

61159

T.C.  
KIRIKKALE ÜNİVERSİTESİ  
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ  
İŞLETME ANABİLİM DALI

**HASTANELERDE YÖNETİM VE ORGANİZASYON SORUNLARI**

Yüksek Lisans Tezi

Hazırlayan  
Mehmet YILMAZ

Yöneten  
Doç.Dr.Mahmud ÖZDEMİR  
KKÜ. İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi  
Öğretim Üyesi

KIRIKKALE-1996

## Ö Z E T

Tarihi gelişim içinde en eski organizasyonlardan olan hastaneler, aynı zamanda zamanımızın tipik karmaşık organizasyonlarıdır. Hastaneleri diğer organizasyonlar yanında daha önemli hale getiren bir takım özellikleri nedeniyle hastanelerin bilimsel yönetim anlayışıyla ele alınması ve yönetilmeleri gerekmektedir.

Hastanelerde bir takım yönetim ve organizasyon sorunları mevcuttur. Türkiye sağlık sistemi, alt sistemi konumunda olan hastaneler için bazı sorunlar oluşturmaktadır: Hasta sevk zincirindeki bozukluk, fiziki alt yapı ile personel yetersizliği yanında bunların dağılımlarında görülen dengesizlik, etkin bir denetim ve değerlendirme mekanizmasının kurulamamış olması ve kaynak yetersizlikleri bu sorunlardan bazılarıdır.

Hastanelerimizde iş bölümü ve uzmanlaşmadan yeterince yararlanılamaması, yetki ve sorumluluğun denk olmaması, iş tanımlarının ve ilişkilerinin belirsizliği, yönetime katılımın olmayışı, örgütsel çatışma ve matriks yapıdan kaynaklanan bir takım organizasyon sorunları da mevcuttur.

Hastanelerdeki yönetim ve organizasyon sorunlarının çözümü; bilimsel yönetim anlayışına sahip yöneticilerin, sağlık sisteminin her kademesinde yönetim görevine getirilmeleri ile uygulayacakları istikrarlı sağlık yönetim politikaları sayesinde mümkündür.

## ***ABSTRACT***

Hospitals, one of the oldest organizations through the historical development are one of the typical complex organizations of today. Since some features enhance the importance of hospitals, they should be dealt with and managed by the scientific management approach.

There are some managerial and organizational problems in hospitals. Turkish Health System creates some problems for hospitals which are its subsystem. The disorder in patient conveyor chain, the insufficient infrastructure and personnel and their imbalance distributions, the absence of an efficient control and evaluations mechanism and the insufficient resources are some of those problems.

Furthermore, there are another organizational problems like not benefitting from labor specialization and expertness sufficiently, the imbalances between authority and responsibility, the uncertainty of job descriptions and relationships, the absence of participations to the management, the organizational conflict and the problems due to the matrix structure.

The managerial and organizational problems in hospitals can be solved only by assigning those managers who have scientific management notions to the each level of health system management and by applying stable health management policies.

## **ŞEKİLLER VE TABLOLAR LİSTESİ**

### **I. ŞEKİLLER LİSTESİ**

Şekil 1- Sağlık Bakanlığı Genel Hastane Organizasyon Şeması.....	29
Şekil 2- ABD Hastaneleri Genel Hastane Organizasyon Şeması.....	36
Şekil 3- İngiltere'de Hastane Organizasyon Şeması.....	40
Şekil 4- Almanya'da Hastane Organizasyon Şeması.....	42
Şekil 5- Sistemler Yaklaşımı Açısından Hastane Organizasyon Şeması.....	48
Şekil 6- Hastanelerde Matriks Organizasyon Şeması.....	54
Şekil 7-Avrupa Topluluğu Kriterlerine Göre Her 10.000 Kişiye Düşen Sağlık Personeli.....	96
Şekil 8- Bazı İllerde Bir Hekime Düşen Nüfus.....	99
Şekil 9- Türkiye'de Sağlık Hizmetleri Finansman Kaynakları.....	106
Şekil 10- Türkiye'de Sağlık Hizmetleri Kaynak Harcamaları.....	107

### **II. TABLOLAR LİSTESİ**

Tablo 1- Bazı Ülkelerde Yataklı Tedavi Kurumları.....	91
Tablo 2- Yıllar İtibariyle Türkiye'de Yataklı Tedavi Kurumları.....	92
Tablo 3- Yataklı Tedavi Kurumlarının Bölgelere ve Nüfusa Göre Dağılımı.....	93
Tablo 4- Bazı Ülkelerde Sağlık Personeli Başına Düşen Nüfus Miktarı .....	94
Tablo 5- Bazı Ülkelerde Toplam Sağlık Harcamalarının GSMH İçindeki Payı..	104
Tablo 6- Gelişmiş Ülkelerde ve Türkiye'de Kişi Başına Düşen Sağlık Harcamaları.....	105
Tablo 7- Hizmet Türüne Göre Sağlık Harcamaları 1987 (MilyarTL).....	108

## İÇİNDEKİLER

ÖZET.....	i
ABSTRACT.....	ii
ŞEKİLLER VE TABLOLAR LİSTESİ.....	iii
GİRİŞ.....	1
1. HASTANELERLE İLGİLİ GENEL BİLGİLER.....	4
1.1. Hastanenin Tanımı.....	4
1.2. Hastanelerin Tarihsel Gelişimi.....	7
1.2.1. Dünya'da Hastanelerin Tarihsel Gelişimi.....	7
1.2.2. Türkiye'de Hastanelerin Tarihsel Gelişimi.....	11
1.3. Hastanenin Amaçları.....	17
1.4. Hastanelerin Sınıflandırılması.....	19
1.4.1 Hizmet Üretimine Göre Hastanelerin Sınıflandırılması.....	19
1.4.1.1 Eğitim ve Araştırma Hastaneleri.....	19
1.4.1.2. Genel Hastaneler.....	19
1.4.1.3. Özel Dal Hastaneleri.....	20
1.4.2. Mülkiyet Türüne Göre Hastanelerin Sınıflandırılması.....	20
1.4.2.1. Devlet Hastaneleri.....	20
1.4.2.2. Dernek veya Vakıf Hastaneleri.....	20
1.4.2.3. Özel Hastaneler.....	20
1.4.3. Yatak Kapasitelerine Göre Hastanelerin Sınıflandırılması.....	21
1.4.4. Hasta Yatış Süresine Göre Hastanelerin Sınıflandırılması.....	21
1.5. Hastane Fonksiyonları.....	22
1.5.1. Tıbbi Fonksiyonlar.....	22
1.5.2. İdari Fonksiyonlar.....	23
1.5.3. Mali Fonksiyonlar.....	23
1.5.4. Teknik Fonksiyonlar.....	24
1.5.5. Eğitim Fonksiyonu.....	24
1.5.6. Sosyal Fonksiyonlar.....	25
1.5.7. Otelcilik Fonksiyonu.....	25
1.5.8. Araştırma-Geliştirme Fonksiyonu.....	25
1.5.9. Koruyucu Tıp Hizmetleri Fonksiyonu.....	26
2. ORGANİZASYON OLARAK HASTANELER.....	27
2.1. Hastanelerin Genel Organizasyon Yapıları.....	27
2.1.1. Türkiye'de Hastanelerin Genel Organizasyon Yapısı.....	27
2.1.1.1. Başhekimlik.....	28
2.1.1.2. Komisyonlar.....	30
2.1.1.3. Hastane Hizmet Gruplarının Organizasyonu.....	32
2.1.2. Bazı Ülkelerde Hastanelerin Organizasyon Yapısı.....	35

2.2. Sistemler Yaklaşımı Açısından Hastane Organizasyonu .....	43
2.2.1. Hastane Alt Sistemleri.....	43
2.2.1.1. Üretim Alt Sistemi.....	43
2.2.1.1.1. Sağlık Personeli Açısından Üretim Alt Sistemi.....	44
2.2.1.1.2. Yapısal Unsur Açısından Üretim Alt Sistemi .....	45
2.2.1.2. Yönetim Alt Sistemi .....	46
2.2.1.3. Kurumsal Alt sistem .....	46
2.3. Hastane Organizasyonlarının Özellikleri .....	49
2.3.1. Matriks Organizasyon Yapıları.....	49
2.3.1.1. Matriks Organizasyon Yapısının Özellikleri .....	51
2.3.1.2. Matriks Organizasyonun Başarı Koşulları .....	52
2.3.1.3. Matriks Organizasyona Geçiş Nedenleri.....	52
2.3.2. Hastanelerde Matriks Yapı.....	53
2.3.2. Hastanelerde Karmaşık Yapı.....	55
2.3.3. Hastane Kuruluş Yeri ve Mimari Özellikleri .....	56
2.3.4. Hastanelerde Sağlık Hizmeti Üretimi.....	59
2.3.5. Hastane Faaliyetlerinde Süreklilik .....	60
2.4. Hastanelerin Diğer Özellikleri .....	61
2.4.1. Hastane Yaşantısının Boyutları.....	61
2.4.2. Hastanelerde Etkinlik.....	61
2.4.3. Hastanelerde Sosyal Sorumluluk.....	62
2.4.4. Zorunlu Fakat Pahalı Kuruluşlardır .....	62
2.4.5. Hastanede Teorik ve Pratik Eğitim.....	63
2.4.6. Hastanede Sağlık Hizmeti Arzı ve Talebi.....	64
2.4.7. Hastane Personeli İçin Avantaj ve Dezavantajlar .....	64
2.4.8. Hastanede Otelcilik Hizmetleri.....	65
3. YÖNETİM BAKIŞ AÇISINDAN HASTANE .....	66
3.1. Hastane Yöneticiliğinin Önemi ve Gelişimi.....	66
3.1.1. Dünyada Hastane Yöneticiliğinin Gelişimi.....	66
3.1.2. Türkiye'de Hastane Yöneticiliğinin Gelişimi .....	68
3.2. Hastane Yöneticisinin Değişen Rollerini.....	69
3.2.1. İş Yöneticisi Rolü .....	69
3.2.2. Koordinatör Rolü .....	70
3.2.3. Başkan Rolü .....	71
3.2.4. Yönetim Ekibi Önderliği Rolü.....	72
3.3. Hastanede Yönetim Kaynakları.....	74
3.3.1. Nitelikli İnsan Gücü.....	74
3.3.2. Para.....	75
3.3.3. Zaman .....	76
3.3.4. Makine ve Malzeme .....	76
3.3.5. Hastane Kuruluş Yeri ve Bina Özellikleri .....	77
3.3.6. Yürürlükteki Mevzuat.....	78

4. HASTANELERDE YÖNETİM VE ORGANİZASYON SORUNLARI.....	79
4.1. Sağlık Hizmetleri Talebinden Kaynaklanan Yönetim Sorunları.....	79
4.1.1. Talebin Yapısı.....	79
4.1.2. Hasta Sevk Zinciri.....	79
4.2. Organizasyon Yapısından Kaynaklanan Yönetim Sorunları.....	82
4.2.1. İş Bölümü ve Uzmanlaşmadan Kaynaklanan Sorunlar.....	82
4.2.2. Yetki ve Sorumluluğun Denk Olmaması.....	84
4.2.3. İş Tanımlarının ve İlişkilerinin Belirsizliği.....	85
4.2.4. Yönetime Katılmanın Olmaması.....	86
4.2.5. Matriks Yapıdan Kaynaklanan Sorunlar.....	87
4.2.6. Örgütsel Çatışma.....	88
4.3. Fiziki Yeterlilik Açısından Hastane ve Hasta Yatağı Sayısı.....	90
4.3.1. Türkiye'nin Hastane ve Hasta Yatağı Açısından Dünya'daki Yeri.....	90
4.3.2. Türkiye'de Hastaneler.....	92
4.3.3. Hasta Yataklarının Bölgelere ve Nüfusa Göre Dağılımı.....	92
4.4. Personel Sorunları.....	94
4.4.1. Türkiye'nin Sağlık Personeli Açısından Dünya'daki Yeri.....	94
4.4.2. Türkiye'de Sağlık Meslek Grupları.....	97
4.4.3. Sağlık Personeli Coğrafi Dağılımı.....	98
4.4.4. Diğer Personel Sorunları.....	99
4.5. Denetim ve Değerlendirme Sorunları.....	101
4.5.1. Denetim Sorunu.....	101
4.5.2. Değerlendirme Sorunu.....	102
4.6. Finansman Sorunu.....	103
4.6.1. Dünya'da ve Türkiye'de Sağlık Harcamaları.....	103
4.6.1.1. Sağlık Harcamalarının GSMH İçindeki Payı.....	103
4.6.1.2. Kişi Başına Düşen Sağlık Harcamaları.....	104
4.6.2. Sağlık Hizmetleri Finansman Kaynakları.....	106
4.6.3. Sağlık Hizmetlerinde Kaynak Harcamaları.....	107
4.6.4. Hizmet Türüne Göre Sağlık Harcamaları.....	108
4.6.5. Diğer Finansman Sorunları.....	109
4.7. Hastaneler Açısından Önemli Olan Diğer Sorunlar.....	110
4.7.1. Mevzuat Sorunu.....	110
4.7.2. Fiziki Yapı Sorunları.....	111
4.7.3. Dış Çevreden Kaynaklanan Yönetim Sorunları.....	112
SONUÇ.....	113
KAYNAKLAR.....	119

## GİRİŞ

İnsan hayatının en önemli unsuru olan sağlığın korunmasında ve hastalıkların tedavisinde hastanelerin önemi bilinen bir gerçektir. Hastaneleri önemli hale getiren ve diğer organizasyonlardan ayıran en önemli özellik, faaliyet konusunun doğrudan doğruya insan hayatıyla ilgili olmasındandır. Günümüzde artık insanların çoğu hayata gözlerini hastanelerde açmakta ve aynı şekilde belki de hastanelerde kapamaktadır. Daha önemlisi ise sağlık açısından her hangi bir sorunu veya sıkıntısı ortaya çıktığında insanlar, bunların çözümünü hastanelerde bulabilmektedir. Hastane haricindeki organizasyonlarda yapılan hatalar telafisi mümkün ve kolay olan maddi zararlara yol açarken, hastanelerdeki hatalar bazen insan hayatının sona ermesine sebep olabilmektedir. Aynı şekilde başka organizasyonlarda elde edilen başarılar maddi ölçülerle ifade edilebilirken, hastanelerdeki başarılar çoğu zaman insan hayatını kurtarmak anlamına gelebilmektedir. Kısaca hastaneler, sağlık açısından insanların başı derde düştüğü zaman başvurdukları kurumlar olduğu için insanlar nazarında daha çok önem ve değer kazanmaktadır.

Modern hastane organizasyonlarının önemini artıran diğer bir neden, verilen sağlık hizmetinin çok pahalı olmasıdır. Çok zengin kişilerin bile hastanede verilen sağlık hizmetini hastane haricinde bulmaları mümkün değildir.

Şehirleşme, sanayileşme ve sosyal güvenliğin gelişmesi gibi bazı nedenler hastanelere olan talebi ve hastanelerin önemini daha da artırmıştır. Hastaneye müracaat eden bir kişi ortalama 1.5-2 gününü hastanede geçirmektedir. Ülke geneli dikkate alındığında bu sayı, ekonomik açıdan işgücü kaybının boyutlarını ortaya koymaktadır.



Ülkemizde hastaneler üzerindeki çalışmalar 1970'li yıllarda başlamıştır. Hastaneleri çeşitli özellikleriyle konu edinen bu çalışmalar içerisinde, "yönetim ve organizasyon sorunları"nı ele alan çalışmalar oldukça azdır. Bunun yanında her geçen gün gelişen tıp ilmi ve diğer bilimsel ve sosyal gelişmeler hastanelerin önemini artırmaktadır. Bu nedenle; hastaneler üzerinde yapılacak bütün çalışmalar büyük önem taşımaktadır.

### *Çalışmanın Konusu ve Kapsamı*

Günümüzün vazgeçilmez ve en tipik modern organizasyonlarından olan hastanelerin yönetim ve organizasyonu, hastaneler açısından en önemli konu haline gelmiştir. Basit mesleklerden en yeni uzmanlık dallarına kadar 800'ün üzerinde iş kolunun faaliyette bulunduğu, en küçüğünde bile yüzlerle ifade edilen personel sayısı, yüzbinlere hitap eden hastanelerde yönetim ve organizasyonun önemi kaçınılmaz olmuştur. Zira etkinliğin ve verimliliğin artırılması ancak modern hastane yönetimi ile mümkün olabilir.

Yönetim ve organizasyonda başarı; mevcut olan ve ilerde çıkması muhtemel sorunların çözümüyle mümkündür. Sorun çözümünde ise ilk basamak, bu sorunların teşhisidir. Hastane yönetimindekilerin, personelin, hastaların, hasta sahiplerinin kısaca tüm toplumun şikayetçi olduğu hastanelerde sorun olmadığı düşünülemez. Bu çalışmanın konusunu; modern hastanelerde yönetim ve organizasyon yapıları ve hastane yönetiminde karşılaşılan sorunlar oluşturmaktadır.

## *Çalışmanın Amacı ve Önemi*

Çalışmanın konusunu oluşturan hastanelerde yönetim ve organizasyon sorunlarının tespit edilmesi bu çalışmanın amacını oluşturmaktadır.

Çalışmayı iki grupta değerlendirmek mümkündür. Birinci grupta hastanelerle ilgili genel bilgiler verilmiştir. Organizasyon ve yönetim açısından hastaneler ele alınmış, hastane organizasyonunun ne olduğu belirlenmeye çalışılmıştır.

İkinci grubu ise yönetim ve organizasyon sorunları oluşturmaktadır. Bu bölümde Türkiye'deki hastaneler için ortak olan sorunlar ele alınmıştır. Hastanelerin üst sistemini oluşturan Türkiye Sağlık Sistemi'nin hastaneler için meydana getirdiği sorunlar, Türkiye'nin dünyadaki konumu da dikkate alınarak incelenmektedir. Çalışmada; istatistiki verilerden hareketle kaynak taramasından elde edilen veriler kullanılmıştır. Ayrıca Kırıkkale hastanelerin de gözlem ve hastane personeliyle yüz yüze görüşme teknikleri de kullanılmıştır.

## *Çalışmanın Planı*

Çalışma dört bölümden meydana gelmiştir. Birinci bölümde; hastanelerin tanımı, gelişimi, amaçları, sınıflandırılması ve fonksiyonları üzerinde durulmuştur. İkinci bölümde ise, hastanelerin genel organizasyon yapısı, bazı ülkelerde hastane organizasyonları, sistemler yaklaşımı açısından hastaneler ve hastanelerin özellikleri incelenmiştir. Üçüncü bölümde hastane yönetim açısından ele alınmış, hastane yöneticiliğinin önemi ve gelişimi, hastane yöneticisinin değişen rolleri ve hastane yönetim kaynakları araştırılmıştır.

Türkiye hastaneleri için genel yönetim ve organizasyon sorunlarının incelendiği dördüncü bölümden sonra, çalışma genel değerlendirmenin yer aldığı sonuç kısmıyla sona ermiştir.

## **1. HASTANELERLE İLGİLİ GENEL BİLGİLER**

### **1.1. Hastanenin Tanımı**

İnsanın günlük faaliyetlerini normal şartlarda yerine getirebilmesi, sağlıklı olmasını gerektirir. Sağlıktaki iyilik halinin değişimi ise hastalık olarak isimlendirilmektedir. Yitirilen sağlığın tekrar kazanılması, yani hastalığın tedavisi ise tıbbi bakım ile mümkündür.

Ele geçen kayıtlara göre tıbbın Sümerler'de başladığı söylenebilir. Eski Mısır, Eski Hint ve Eski Yunan Medeniyetleri'nde de tıbbi kayıtlara rastlanmıştır.<sup>1</sup> Aynı zamanda hekim olan din adamları hasta bakımını da üstlenmişler ve ibadethaneler bünyesinde hasta ve düşkünler için barınaklar inşa edilmiştir. Hastane diyemeyeceğimiz kadar ilkel olan bu barınaklar, hastaneler için temel teşkil etmişlerdir.

Köken itibariyle Farsça bir kelime olan "hastahane"nin, Türkçe'leşmiş ve sadeleşmiş hali olan "hastane" kelimesi; "hasta bakım evi" anlamındadır.

Türklerde hastane için kullanılan bu kelime ile, latince misafirperverlik anlamında kullanılan "hospital" kelimesinin arasında büyük fark yoktur.

Tarihi seyri içerisinde değişik şekiller almış hastanelerin tanımı da değişik şekillerde yapılmıştır. Hastaneler halk arasında; hastaların doktorlar tarafından tedavi edildiği yer olarak bilinmektedir. Hastaneler, Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği'ne göre; "hasta ve yaralıların, hastalıktan şüphe edenlerin ve

---

<sup>1</sup> Şemsi ÖZDİLEK ve Nejat AKGÜN, Hastane Yönetim ve Organizasyonu, Ankara Yarı Açık Cezaevi Matbaası, Ankara, 1970, s.5.

sağlık durumlarını kontrol ettirmek isteyenlerin, ayakta veya yatarak müşahade, teşhis, tedavi ve rehabilite edildikleri, aynı zamanda doğum yapılan kurumlardır."<sup>2</sup>

"Hastaneler; her türlü sağlık hizmetinin ekonomik olarak kesintisiz biçimde üretildiği, eğitim, araştırma ve toplum sağlığı hizmetlerinin yürütüldüğü, kar gözetmeyen, sağlık endüstrisi pazarında çevreden etkilenen ve çevreyi etkileyen, çeşitli girdileri işleyip yararlı çıktılar haline dönüştüren, karmaşık, pahalı ve kendine göre değişik özellikler gösteren bir hizmet işletmesi çeşidi olarak tanımlanabilir."<sup>3</sup>

"Hastane; yeterli nitelik ve nicelikte hizmetleri en düşük maliyetle üreten ve bu hizmetleri, rahatlığı ve beşeri fonksiyonu sağlanmış kurumlarda, hastaların tedavisinde, acılarının dindirilmesinde ve şifalarında kullanarak, onların tekrar ekonomik ve toplumsal hayattaki yerlerini almalarına imkan sağlayan kurumdur."<sup>4</sup>

"Hastaneler, tıbbi bir kuruluş, ekonomik bir işletme, doktor ve diğer sağlık personeline eğitim veren bir eğitim kurumu, bir araştırma ünitesi, birçok meslek gruplarından kişilerin çalıştığı bir teşkilat, sosyal bir kurum ve yukarıdaki amaçların gerçekleştirilmesi doğrultusunda faaliyet gösteren ve hizmet veren kurumlar haline gelmişlerdir."<sup>5</sup>

---

<sup>2</sup> Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı, Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği, S.S.Y.B.Yayın No:499, Başbakanlık Basımevi, Ankara, 1983, s.3.

<sup>3</sup> Bilal AK ve Çetin AKAR, Hastane Kavramı, Sağlık Yönetimi Dergisi, Afşaroğlu Matbaası, Sayı 3-4, Ankara, 1987, s.90.

<sup>4</sup> Rafet GÖK, Sağlık Kurumlarında Maliyet Hesaplama İşlemleri ve Muhasebeleştirilmesi, A.İ.T.İ.A. Muğla İŞl.Y.O. Yayın No:6, s.3.

<sup>5</sup> Harun KARACA, Hacettepe Ü.Sağlık İdaresi Y.O. Yıllığı 84, Ayyıldız Matbaası, Ankara, 1984.

Hastaneyi çok değişik yönleriyle ele alıp tanımlamak elbette mümkündür. Hastaneyle ilgilenen kişilerin ilgi alanlarına göre hastane tanımları da farklı olabilmektedir.

Halbuki bugün için hastaneleri sistem yaklaşımıyla ele alıp tanımlamak daha uygundur. Bu duruma göre hastaneler; "dinamik, değişken bir çevre içinde aldıkları girdileri dönüştürme süreçlerinden geçirerek, çıktılarının önemli bir kısmını gene aynı çevreye veren, geri bildirim mekanizmasına sahip sistemlerdir. Hastanenin girdileri hastalar, insan gücü, malzeme, fiziksel ve parasal kaynaklardır. Çıktıları ise hasta ve yaralıların tedavisi, personelin hizmet içi eğitimi, öğrencilerin klinik eğitimleri, araştırma geliştirme faaliyetleri ile toplumun sağlık seviyesine katkıda bulunmaktır. Dönüştürme süreçleri, sözü edilen sonuçlara ulaşabilmek için hastanedeki çeşitli hizmet birimlerinin kendi alanlarıyla ilgili olarak gerçekleştirdikleri planlama, örgütleme, yürütme ve denetleme faaliyetlerini ifade eder."<sup>6</sup>

Hastane tanımları zaman ve mekan itibariyle ele alındığında, daha önce yapılmış bazı tanımların (sağlık mevzuatında halen geçerli olsa bile) bugün yetersiz kaldığı görülmektedir. Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği'nin yukarıda geçen tanımını bunun en güzel örneklerindedir.

Sağlık alanındaki hızlı gelişim, zamanla hastanelerin değişik yönlerini de ortaya çıkaracak, hastanelere yeni özellikler getirecek ve elbette tanımlarında da değişikliklere yol açacaktır. Günümüz modern hastane organizasyonlarını ise şu şekilde tanımlamak mümkündür:

---

<sup>6</sup> Hikmet SEÇİM, Hastane Yönetim ve Organizasyonu Türkiye'de Hastanelerin Organizasyonu İçin Bir Model Önerisi, A.Ö.F. Yayın No:53, Eskişehir, 1985, s.6.

"Hastane; teşhis, tedavi ve tıbbi bakıma ihtiyaç duyan hasta ve yaralı insanlara her an hizmet sunabilen, iyi yetişmiş personel tarafından modern tıp, yönetim ve organizasyon teknik ve ilkelerine uygun olarak faaliyet gösteren, çeşitli bilimsel ve teknolojik araç ve gereçleri kullanan, aynı zamanda tüm toplumun sağlığını korumayı, sağlık bilgi ve kültürünü yaymayı amaçlayan, tıbbi eğitim, araştırma, teşhis ve tedavi fonksiyonlarını birlikte yürüten bir organizasyondur."<sup>7</sup>

## *1.2. Hastanelerin Tarihsel Gelişimi*

### *1.2.1. Dünya'da Hastanelerin Tarihsel Gelişimi*

İlk insanla birlikte var olan kaybolmuş sağlığı yeniden kazanma çabaları, tarihi süreç içerisinde, ilk olarak Sümerler'de görülen tıp ilmini doğurmuştur. Farklı toplumlarda değişik teşhis ve tedavi yolları uygulanmakla birlikte ortak olan nokta "din"dir. Din adamları aynı zamanda hekimdir. İbadethaneler ise çoğu yerde tedavi amacıyla kullanılmıştır.

Toplumların farklı yapılarda olmaları; ekonomik, sosyal, kültürel değerlerdeki farklılıklar nedeniyle, hastanelerin ortaya çıkış zamanları ve özellikleri de farklıdır. Bu nedenle ilk hastanelerin nerede ve ne zaman kurulduğu kesin olarak bilinmemektedir. Bunun bir diğer sebebi; özellikle dini duygular neticesi fakir, yolda kalmış, aciz veya hasta insanlar için oluşturulan barınak türü yerlerdir. Bir çoğunda sağlık hizmeti de verilen bu yerlere hastane denilemez. Fakat modern hastanelerin oluşmasında en büyük paya sahip bu yerlerin, hastaneler için çekirdek hükmünde olduğu söylenebilir.

---

<sup>7</sup> Mahmut ÖZDEMİR, Sistemler Yaklaşımı Açısından Hastane Organizasyonu ve Yönetimi, Atatürk Ü. Yayın No:649, Erzurum, 1988, s.7.

Bunların başında, Eski Yunanistan'da M.Ö.1134 yıllarında Easculapius adlı bir mabed gelir ki burada hastaların tedavi edilmekte olduğu bilinmektedir.<sup>8</sup>

Hindistan'da BOUDDHA'nın her on kasabaya bir hastane yaptırdığını ve bir hekim tayin ettirdiğini, Doğu Hind hastanelerinin en tanınmışının 18 enstitü halinde M.Ö.226 tarihinde Kral ASOKA tarafından inşa ettirildiğini, ayrıca Seylan'da M.Ö.437'de hastanelerin mevcut olduğu bilinmektedir.<sup>9</sup>

Hristiyanlıktan önce hastaneler tıp ilahına vakfedilmiştir. İlk Hristiyan hastaneleri Roma ve Yunan hastanelerinin yerini aldılar ve kilise dışında hastalara bakacak yerleri meydana getirdiler. Kayseri'de St.Basil tarafından (369) kurulan hastane bunun ilk örnekleri arasında sayılmaktadır.<sup>10</sup>

Müslümanların ilk hastanesi, Emevi halifelerinden Abdülmelik zamanında tesis edilmiştir (687). Burada cüzzama yakalananlar tedavi edilir ve kendilerine maaş verilirdi. Abbasiler zamanında Halife Mansur, Cundişapur (İran) hastanelerinden tabipler getirtmişti. Bağdat'ta ilk hastane ise Harun Reşit tarafından tesis edilmişti.<sup>11</sup>

1096 Haçlı Seferleri'nden itibaren hastaneler süratle çoğalmaya başladı. 1099 yılında Kudüs'te 2000 hastayı alabilecek bir hastane yapıldı.<sup>12</sup>

---

<sup>8</sup> SEÇİM, a.g.e., s.10.

<sup>9</sup> ÖZDİLEK ve AKGÜN, a.g.e., s.6.

<sup>10</sup> A.g.e., s.9.

<sup>11</sup> Osman ŞEVKİ, Beş Buçuk Asırlık Türk Tababeti Tarihi, Kültür Bakanlığı Yayın No:1296, Ankara, 1991, s.86.

<sup>12</sup> ÖZDİLEK ve AKGÜN, a.g.e., s.10.

Kara Avrupası'nda ilk hastane 1070 yılında Berlin'de kurulmuştur. Papa 3.Innocent 1204'de Roma'da Santa Sprito (Mukaddes Ruh) isimli örnek bir hastane yaptırdı. Bir çok ülkeye örnek teşkil eden bu hastaneden etkilenerek Roma'da dokuz hastane, Almanya'da ise 155 ayrı şehirde birer hastane yapıldı. Her şehirde ticaretin bir maddesinde vergi olmak üzere bunlara gelir temin edilmiştir. <sup>13</sup>

Önceleri manastırların etkisinde olan hastanelerin, manastırlardan ayrı olarak kurulmaları ve müesseseleşmeleri 14. yüzyıl sonrasında gerçekleşmiştir. Almanya'da birbirinden bağımsız olan şehirlerde kurulan hastanelerin özelliği ücretle çalışan kadrolu personel istihdam ediliyor olmasıdır. 1897'de bu hastaneler devletin kontrolü altına girmiştir. <sup>14</sup>

İngiltere'de ilk hastane 937'de York'ta yaptırılan St.Peter Hospital'dir. <sup>15</sup> Yine, York'taki Aziz John adına 1084'de yapılan hastanenin de ilk olduğunu belirtenler vardır. Londra'da 1137'de St.Barthelemew, 1207'de St.Thomas, 1247'de St.Mary isimli üç meşhur hastane kurulmuştur. St.Mary bilhassa, İngiltere'de ilk defa ruh hastalarını kabul eden hastanedir. <sup>16</sup>

14. yüzyılın ortalarında İngiltere'de 600'den fazla Darülaceze niteliğinde olan ve kar amacı gütmeyen hastane bulunmaktaydı. Rahiplerin idaresinde bulunan bu hastaneler, 16. yüzyıldan itibaren Governörler kurullarına bırakılmıştır. Governörler Kurulu; şehir belediye meclisi üyelerinden, noterden ve şehrin ileri

---

<sup>13</sup> A.g.e., s.10.

<sup>14</sup> SEÇİM, a.g.e., s.133.

<sup>15</sup> A.g.e., s.133.

<sup>16</sup> ÖZDİLEK ve AKGÜN, a.g.e., s.10-11.



gelen kişilerinden oluşturulmuştur. ABD hastanelerindeki yönetim ekibi karşılığı olarak görülebilir. Governörler Kurulu yürütme yetkisini hastane müdürüne devretmiştir.<sup>17</sup> 18. yüzyılda bölge hastaneleri ve özel dal hastanelerinin ilk örnekleri görülmeye başlanmıştır.<sup>18</sup>

Fransa'da ilk kurulan hastaneler; Hotel Dieu Lyon (542) ve Hotel Dieu Paris (660) hastaneleridir. Her bölümü için bir idareci olan bu hastane orta çağın en düzenli hastanesi olarak kabul edilmektedir. Alım-satım, çamaşırhane, eczane, hemşirelik işleri ayrı ayrı kişilerin sorumluluğuna verilen bu hastane yılda iki kez denetlenmekteydi.<sup>19</sup>

13. yüzyılda Paris hastane bakımından çok iyi bir durumdaydı. Hotel Dieu'dan başka, körler için Quinze-Vingts Hastanesi, kadınlar için St. Avoie, Ste. Catherine hastaneleri vardı. Bir rahip olan GARİN LE MASSON ve oğlu tarafından sadece erkekler için 1171'de St.Germain des Pres Hastanesi tesis edildi.<sup>20</sup>

Benjamin FRANKLİN ve Dr.Thomas BOND'un girişimleri ile 1751'de Pensylvania'da Amerika Birleşik Devletleri'ndeki ilk kar amacı gütmeyen özel hastane (Voluntary Hospital) kuruluncaya kadar, Amerika hastaneleri darülaceze hükmünde idi. 1751-1840 yılları arasında çeşitli yerlerde 11 hastane daha kuruldu. Bu tarihten sonra hastanelerin finansal yönden güçlendikleri ve özel dal hastanelerinin geliştiği görülmektedir. 1852'de Mercy Hospital, 1863'de Cook

---

<sup>17</sup> SEÇİM, a.g.e., s.112.

<sup>18</sup> A.g.e., s.30.

<sup>19</sup> ÖZDİLEK ve AKGÜN, a.g.e., s.11.

<sup>20</sup> A.g.e., s.11.

County Hospital, 1864'de Chicago Women Hospital, 1868'de Jewish Hospital, 1872'de Presbyterian Hospital, 1881'de Polyclinic Hospital, 1886'da Cancer Hospital, 1889'da da John Hopkins Hospital açılmıştır.<sup>21</sup>

1873'de Amerika'da 35.453 yatak sayısına sahip sadece 149 hastane vardı. Hastane sayısı 1955'de 6.970'e, 1979'da ise 7.015'e yükselmiştir. Bu hastanelerin %73'ü kar amacı gütmeyen özel hastanedir. %27'si ise kar amaçlı özel hastanelerle, herkesi kabul etmeyen belirli bir toplumsal kesimden hasta kabul eden hastanelerdir.<sup>22</sup>

### *1.2.2. Türkiye'de Hastanelerin Tarihsel Gelişimi*

Türklerin yaptığı ilk hastane Alparslan'ın 11.yüzyılda yaptırdığı Kars'taki Darüşşifa'dır. Daha sonra Mardin'de 1122'de Artukoğulları'ndan Eminüddin bir Darüşşifa yaptırmıştır.<sup>23</sup>

Melikşah zamanında 1072'de Büyük Selçuklular'ın 40 deve katarından oluşan seyyar bir hastane kurdukları dikkat çekmektedir.<sup>24</sup>

Anadolu'da ilk önemli hastaneler 13. yüzyılda yaptırılmıştır ki, bunların başında 1206'da Kayseri'de hizmete giren Gevher Nesibe Darüşşifası gelmektedir. Sivas'taki 1.Keykavus Darüşşifası (1217), Tokat'taki Pervane Bey Darüşşifası (1288), bu yüzyılda yapılan diğer önemli darüşşifalardır.<sup>25</sup>

---

<sup>21</sup> SEÇİM, a.g.e., s.30.

<sup>22</sup> A.g.e., s.30.

<sup>23</sup> A.g.e., s.142.

<sup>24</sup> Bilal AK, Sağlık Hizmetlerinde Yönetim, Yeni Asya Yayınları, İstanbul, 1990, s.175.

İlhanlılar devrinde 1308'de Amasya'da Yıldız (İldus) Hatun'un yaptırdığı hastane, Mengüceklerin 1228'de Sivas Divrik'teki Turan Melik Hastanesi, Büyük Selçuklu Türklerinin önemli hastanelerindendir.<sup>26</sup>

1320'de Emir Kemaleddin Ahmet'in Sivas Darürrahası, Eseri Umera Cemaleddin Ferruh'un 1235'teki Çankırı Hastanesi, 1272'de Muiniddin Süleyman Pervane Oğlu Ali'nin Kastamonu Hastanesi, Konya, Akşehir ve Aksaray hastaneleri de Anadolu Selçuklu Türklerinin önde gelen hastaneleridirler.<sup>27</sup>

Anadolu Selçukluları döneminde yapılan hastanelerde temiz su tesisatı, havalandırma, kanalizasyon, aydınlatma v.b. tesisatlar yer almış ve hastaneler vakıfların bünyesinde faaliyet göstermişlerdir.<sup>28</sup>

Selçuklu hastanelerinin hepsi bir bütün halindedir. Yani; hastane, medrese, cami, hamam hep bir aradadır. Hatta bir çoğunda kaplıca, ılıca gibi sağlık tesisleri de bulunmaktadır. Ünlü hekimlerin çalıştıkları hastaneler yalnızca hasta bakımı değil, aynı zamanda hekim yetiştirmek suretiyle birer de tıp merkeziydiler. Esasen bir çok Selçuklu eseri gibi, hastaneler de medrese tarzındadır. Böylece hastane ve tıp mektebinin bir arada yürütülmesi, adet ve ananesi 19. yüzyıla kadar devam etmiştir.<sup>29</sup> Bu uygulama Avrupa'da ilk defa 17. yüzyılda Hollanda'da görülmüştür.<sup>30</sup>

---

<sup>25</sup> SEÇİM, a.g.e., s.142.

<sup>26</sup> AK, a.g.e., s.175.

<sup>27</sup> A.g.e., s.175.

<sup>28</sup> A.g.e., s.176.

<sup>29</sup> ÖZDİLEK ve AKGÜN, a.g.e., s.18.

<sup>30</sup> Meydan Larousse, Cilt 5, s.656.

14. yüzyılda Zülkadiroğulları'nın Kayseri'de yaptırdıkları Cüzzam Hastanesi ile Saruhanoğulları'nın Manisa'da yaptırdıkları Körler Hastanesi, Anadolu'daki ilk özel dal hastaneleridir.<sup>31</sup>

Anadolu Beylikleri zamanında, Germiyan Beyi Süleyman Şehzade Yakup Bey'in 1411'de Kütahya'daki, Karamanoğlu İbrahim Bey'in Karaman'daki, İsfendiyaroğulları'ndan Kasım Bey'in Çankırı'daki, Cüneyd Bey'in İzmir'deki, Bayındır Bey'in Ahlat'taki, Zülkadiroğlu Piri Mehmet ve İbrahim Bey'lerin Adana ve Tarsus'taki hastane ve imarethaneleri devrin önemli sağlık kuruluşlarıdır.<sup>32</sup>

Osmanlı döneminin ilk hastanesi Yıldırım Bayezid'in 1399'da yaptırdığı Bursa'daki Darüttıp'dır. Diğer önemli hastaneleri ise şu şekilde sıralamak mümkündür;

- Edirne Cüzzamhanesi 1451,
- Fatih Darüşşifası 1470,
- Edirne Darüşşifası 1486,
- Üsküdar Cüzzamhanesi 1514,
- Haseki Darüşşifası 1539,
- Manisa Hafsa Sultan Darüşşifası 1539,
- Süleymaniye Darüşşifası 1555,
- Üsküdar Toptaşı Bimarhanesi 1583,
- Eskişaray, Galatasaray ve İbrahim Paşa Hastalar Dai. 1772,
- Yenışaray Hastalar Ocağı 1769,

---

<sup>31</sup> SEÇİM, a.g.e., s.142.

<sup>32</sup> AK, a.g.e., s.176.

- Taksim Topçu Hastanesi 1809,
- Topkapı Hastanesi 1834,
- Tophane Hastanesi 1835,
- Edirnekapı Garipler ve Bekarlar Hastanesi 1837,
- Kız Kulesi Veba Hastanesi 1838,
- Mekteb-i Tıbbiye-i Şahane Hastanesi 1838,
- Bezm-i Alem Valide Sultan Vakıf Gureba Hastanesi 1843,
- Haydarpaşa Hastanesi 1845,
- Kuduz Hastanesi 1887,
- Darülaceze Hastanesi 1895,
- Hamidiye Etfal Hastanesi 1899,
- Gülhane Hastanesi 1899.

Bu hastaneler içerisinde, Bezm-i Alem Vakıf Gureba Hastanesi, hastane kelimesinin ilk kullanıldığı hastanedir. Bundan sonra bu kelime aynı anlamı ifade eden diğer kelimeler yerine kullanılmaya başlanmıştır.<sup>33</sup> Sultan Abdülhamid'in yaptırdığı Hamidiye Etfal Hastanesi ise Osmanlı Devleti'nin ilk çocuk hastanesidir.

Osmanlı ve Selçuklu hastaneleri, özellikle devletin ileri gelen varlıklı kişileri tarafından kurulan vakıf halindeki kuruluşlardır. Osmanlı hastanelerinin çoğunluğu, tıp medreselerinin tatbikat yeri idi. Selçuklular'da olduğu gibi, Osmanlı medrese hastaneleri de çok zengin vakıf gelirlere sahipti ve hiç biri devletçe yaptırılmamıştı, hepsi hayır sahiplerinin eseri idi.<sup>34</sup>

---

<sup>33</sup> ÖZDEMİR, a.g.e., s.17.

<sup>34</sup> İ.Erol KOZAK, Bir Sosyal Siyaset Müessesesi Olarak Vakıf, Akabe Yayınları No:39, İstanbul, 1985, s.23.

1861'de yayımlanan Tababet-i Belediye Nizamnamesi ile belediye sağlık hizmetleri gelişmeye başlamıştır. 1909'da ise, Haseki, Etfal, Cerrahpaşa, Zükür (erkek) hastaneleri İstanbul Belediyesi'ne devredilmiş ve böylece ilk belediye hastaneleri ortaya çıkmıştır. 1913'te ise, bütün illerde oluşturulan il özel idarelerine bir çok hastane devredilmiştir. Türkiye Cumhuriyeti ilan edildiğinde ülkede 86 hastane faaliyette bulunmaktaydı.<sup>35</sup> 1924 yılında alınan kararla örnek teşkil etmesi bakımından Ankara, İstanbul, Sivas, Trabzon, Erzurum ve Diyarbakır Numune Hastaneleri ağılmıştır.<sup>36</sup>

1924'de Heybeliada Verem, Haydarpaşa ve İzmir Bulaşıcı Hastalıklar Hastaneleri ağıldı. 1941'de İstanbul Göğüs Cerrahi Merkezi, 1964'de Ankara Yüksek İhtisas Hastanesi kuruldu. Bunun yanında, ruh sağlığı hastaneleri, doğumevleri, çocuk hastaneleri, trahom, kuduz, zührevi hastalıklar, lepra, kanser hastaneleri ve devlet hastaneleri inşa edildi.<sup>37</sup>

Birçok hastane, zamanla bağlı olduğu mahalli teşkilata mali bir yük teşkil etmeleri ve bu müesseselerin yetersiz bütçeleri sebebiyle hastanelerin etkin çalışamayışları yüzünden 1954'de Sağlık Bakanlığı'na devredilmiştir.<sup>38</sup>

Dini duyguların eseri olarak doğan ve gelişen hastane organizasyonlarında devrim denilebilecek gelişme 19.yüzyılda gerçekteştirilmiştir. Bunda; anestezinin bulunmasıyla cerrahide kullanılmaya başlanması ve bakteriyoloji dalındaki yeni

---

<sup>35</sup> SEÇİM, a.g.e., s.144.

<sup>36</sup> ÖZDEMİR, a.g.e., s.19.

<sup>37</sup> AK, a.g.e., s.177.

<sup>38</sup> ÖZDİLEK ve AKGÜN, a.g.e., s.21.

buluşların bulaşıcı hastalıklarla m¼cadelede ve antibiyotiklerde etkin kullanımı iki önemli fakt¼r olmuştur.<sup>39</sup>

Cerrahideki ilerlemeler yanında bir çok salgın hastalığın tedavisi bu devrede bulundu. Buharlı sterilizasyonun ve lastik eldivenin hastaneye sokulması, X ışınlarının hastanelerde kullanılması ve bir çok tıbbi cihazın keşfi 19.y¼zyıl sonlarına rastlar.

Organ transplantasyonları başarılı ameliyatlar arasına girdi ve b¼brek, kalp transplantasyonları, beyin ameliyatları artık rahatlıkla yapılabilir.

Modern anlamda g¼n¼m¼z hastaneleri tıbbi bir kuruluş olmanın yanında, bir işletme ve doktorlar ile diğer sağlık personeline eğitim veren bir eğitim kurumu haline de gelmişlerdir. Yine g¼n¼m¼z hastaneleri, bir çok meslek gruplarından kişilerin çalıştığı bir teşkilattir.<sup>40</sup>

Bug¼n hastaneler, kârdan ziyade etkinliğe önem vermek, 24 saat hizmet etmek, zarar eden birimlerini dahi yaşatmak durumundadır. Bunun yanında kendisine olan talebi, kuruluş yeri ve mimari özellikleri, matriks organizasyon yapısı ve karmaşıklılığının yanısıra oldukça yoğun teknoloji ve emek arzının g¼r¼ld¼đ¼ hastaneler g¼n¼m¼z¼n en modern organizasyon yapısına sahip kuruluşlardandır.

---

<sup>39</sup> ÖZDEMİR, a.g.e., s.17.

<sup>40</sup> Harun KARACA, Hastaneler ve Y¼netimleri, Sağlık Y¼netimi Dergisi, Sayı 1, s.21.

Modern hastanelerdeki bu inkişaf, insanların hastaneye başvurmadaki arzularını da artırmış, güven duymalarını sağlamıştır. Hatta denilebilir ki hastaneler, gerek bireysel sağlık hizmetleri ve gerekse halk sağlığı hizmetleri açısından günümüzün vazgeçilmez kuruluşlarıdır. Bu anlamda gerektiğinde hastaneye başvurmak bir zorunluluk haline gelmiştir. Çok zengin kişiler dahi kaliteli bir hasta bakımını, iyi bir sağlık ekibi nezaretinde, yoğun bir tıbbi teknolojinin olduğu hastanelerden başka yerlerde bulamamaktadır.

### *1.3. Hastanenin Amaçları*

İyi idare, gerçekleştirilecek amaçların belirtilmesi veya hiç olmazsa açık olarak teşhisi ile başlar.<sup>41</sup> Bu noktada hastane amaçlarının yöneticiler tarafından iyi tespit edilmesi zorunluluktur. Hastane amaçları, yönetim süreci içerisinde her kademede göz önünde bulundurulması gereken konulardır.

İlk olarak, insanların hastalık ve yaralarını iyi etmek için sağlık hizmeti veren, küçük ve basit bir birim şeklinde ortaya çıkan hastanelerde her ne kadar önemli olan hasta ve yaralıları tedavi etmek idi ise de, modern hastane amaçları bugün; teşhis, tedavi ve bakım hizmetleriyle birlikte, insan sağlığının korunmasına yardımcı olmak ve insanların sağlıklı, huzurlu yaşamalarına katkıda bulunmak şeklinde gelişmiştir.<sup>42</sup>

---

<sup>41</sup> William H. NEWMAN, *Sevk ve İdare*, çev; Kenan SÜRĞİT, T.O.D.A.İ.E. Yayın No:115, Sevinç Matbaası, Ankara, 1970., s.20.

<sup>42</sup> ÖZDEMİR, a.g.e., s.23.



Genel olarak hastane amaçları Şu Şekilde sıralanabilir;<sup>43</sup>

1- Yüksek nitelikteki hasta bakımı ve tedavi hizmetlerini en düşük maliyetle üretmek ve bunu ihtiyaç sahiplerine satmak (sunmak).

2- Milli gelirden ve hastalardan sağladıkları gelirleri en ekonomik Şekilde kullanarak daha çok sayıdaki hastaya, hasta bakımı ve tedavi hizmeti üretmek.

3- Milli düzeyde istihdam politikasına, ekonomik ve sosyal kalkınmaya katkıda bulunmak için en son tıbbi ve teknolojik bilgilere dayalı eğitim ve araştırma metodlarını kullanmak, hastalıkların önlenmesi ve tedavisi için gerekli tedbirleri almak.

Bir başka amaçlar listesi Şöyle verilebilir;

1- Hasta ve yaralıların tedavi ve bakımını sağlamak,

2- Halk sağlığını korumak,

3- Hekim, hemşire ve diğer personeli eğitmek, yetiştirmek,

4- Tıbbi alanda araştırma ve geliştirme yapmak.<sup>44</sup>

---

<sup>43</sup> Bilal AK ve etin AKAR, Hastanelerin Amaçları, Sağlık Yönetimi Dergisi, Sayı 6, Ankara, 1988, s.35.

<sup>44</sup> ÖZDEMİR, a.g.e., s.24.

#### *1.4. Hastanelerin Sınıflandırılması*

Hastaneleri değişik şekillerde sınıflandırmak mümkündür. Bunlar içerisinde en çok kullanılan sınıflandırma ise şöyledir:

##### *1.4.1 Hizmet Üretimine Göre Hastanelerin Sınıflandırılması*

###### *1.4.1.1 Eğitim ve Araştırma Hastaneleri*

Genelde üniversite hastanesi şeklinde görünen bu hastanelerde, hastaların yatarak veya ayakta muayene, teşhis ve tedavi edildikleri ve özellikle uzman hekim yetiştirilip, yardımcı sağlık personelinin eğitim ve öğretimi, tıp fakültesi öğrencilerinin pratik çalışmaları yapılır.<sup>45</sup>

Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği ise eğitim hastanelerini şöylece tanımlamıştır; "öğretim, eğitim ve araştırma yapılan, uzman ve ileri dal uzmanları yetiştirilen genel, özel dal yataklı tedavi kurumları ile rehabilitasyon merkezleridir". Eğitim ve araştırma hastaneleri görüldüğü gibi, genel yada özel dal hastanesi olabilmesinin yanında üniversite ya da başka kurum hastanesi de olabilmektedir.

###### *1.4.1.2. Genel Hastaneler*

Her türlü acil vaka ile yaş ve cins farkı gözetmeksizin, bünyesinde mevcut uzmanlık dallarıyla ilgili hastaların kabul edildiği ve ayakta hasta muayene ve tedavilerinin yapıldığı yataklı kurumlardır. Verdiği sağlık hizmetinin genelliği nedeniyle bu tür hastaneler en yaygın şekilde görünen hastanelerdir.

---

<sup>45</sup> A.g.e., s.22.

#### 1.4.1.3. Özel Dal Hastaneleri

Sağlık hizmetleri üretimi içerisinde sadece belli bir grubun talebini karşılamak amacıyla faaliyet gösteren hastanelerdir. Diğer bir ifade ile, belirli bir yaş ve cins grubu hastalar ile belirli bir hastalığa tutulanların, yahut belirli bir organ veya organ grubu hastalarının müşahede, muayene, teşhis ve tedavi edildikleri yataklı kurumlardır.<sup>46</sup>

#### 1.4.2. Mülkiyet Türüne Göre Hastanelerin Sınıflandırılması

##### 1.4.2.1. Devlet Hastaneleri

Devlete doğrudan bağlı olan hastanelerdir. Devletin kontrolünde ve mülkiyeti devlete ait olan hastanelerdir. Sağlık Bakanlığı'na ve Milli Savunma Bakanlığı'na bağlı olan hastaneler bunlara en güzel örnektir.

##### 1.4.2.2. Dernek veya Vakıf Hastaneleri

Sosyal Sigortalar Kurumu, M.K.E.K., Belediyeler, D.D.Y., Üniversiteler, Deniz Yolları, Kızılay, P.T.T. Hastaneleri gibi kurum veya kuruluşlara ait, dolaylı olarak devlete ait olan hastanelerdir. Bu hastanelerde kardan ziyade hizmet esastır.

##### 1.4.2.3. Özel Hastaneler

Özel şahıs veya özel dernek, vakıf gibi kuruluşların sahibi olduğu, yönetim ve denetimini ellerinde tuttuğu hastanelerdir. Bu hastanelerde önde gelen amaç kâr elde etmek olarak görülmektedir.

---

<sup>46</sup> Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı, Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği, s.4.

Çeşitli etnik gruplara ya da yabancılara ait olan hastaneler de bu kategoride sayılmaktadır.

#### ***1.4.3. Yatak Kapasitelerine Göre Hastanelerin Sınıflandırılması***

Hastaneleri yatak kapasitelerine göre ya da diğer ifade ile büyüklüklerine göre sınıflandırmak da mümkündür. 25-50-100-200-400-600-800-1000-1500 ve üstü yatak kapasiteli hastane olarak ifade edilebilmektedir.

Diğer bir sınıflandırma ise şöyledir;<sup>47</sup>

0-50 yatak kapasiteli hastaneler küçük hastane,

50-150 yatak kapasiteli hastaneler orta büyüklükteki hastane,

150-500 yatak kapasiteli hastaneler büyük hastane,

500 ve üzeri yatak kapasiteli hastaneler ise çok büyük hastanelerdir.

Hastaneler; yatak kapasiteleri 150 yatağa kadar olanlar "küçük hastane", 150 yataktan büyük olanlar ise "büyük hastane" olarak da sınıflandırılabilir.

#### ***1.4.4. Hasta Yatış Süresine Göre Hastanelerin Sınıflandırılması***

Hastaların hastanede kalış süresine göre sınıflandırmada hastaneler; kısa süreli veya uzun süreli hastaneler olarak ikiye ayrılır. Hastaların %50'den fazlasının 30 günden az kaldığı hastaneler kısa süreli hastanelerdir. Örnek olarak devlet hastaneleri verilebilir.

---

<sup>47</sup> Asım MUTLU, Sağlık Binaları ve Hastaneler, Devlet Güzel Sanatlar Akademisi Yayınları No:36, 1973, s.38.

Hastaların %50'den fazlasının 30 günden çok kaldığı hastaneler ise uzun süreli hastanelerdir. Psikiyatri, tüberküloz hastaneleri ise uzun süreli hastaneler arasında sayılmaktadır.<sup>48</sup>

### ***1.5. Hastane Fonksiyonları***

#### ***1.5.1. Tıbbi Fonksiyonlar***

Tıbbi fonksiyonlar hasta ve yaralıların muayene, teşhis ve tedavileri ile ilgili bütün hizmetleri kapsar. Hastanenin en önemli fonksiyonudur.

Yüzyıllarca acizlerin, kimsesizlerin ve salgın hastalığa yakalanmış kişilerin barınağı durumunda olan hastaneler, günümüzde hemen herkesin başvurmak zorunda kaldığı kuruluşlardır. Teknoloji ve ihtisaslaşmanın çok yüksek olduğu hastanelerde tıbbi bakım hizmetleri bir ekip halinde çalışmayı gerektirir. Tıp alanındaki buluşlarda görülen hızlı gelişim hastane hizmetlerinin verimini ve kalitesini artırmıştır. Bir zamanlar tedavisi imkansız görülen bir çok hastalığın tedavisi hastanelerde mümkün hale gelmiştir.

Hekimlikte görülen ihtisaslaşmanın yanı sıra, hemşirelik meslek olarak gelişmiş ve psikiyatri hemşireliği, pediatri hemşireliği gibi klinikleşmeye gidilmiştir.

Hastane ortamında görülen yüksek teknoloji ve ihtisaslaşmanın getirdiği personel ve techizat zengin insanların bile kendi imkanlarıyla temin edemeyeceği

---

<sup>48</sup> SEÇİM, a.g.e. s.8.

bir hal almıştır. Tedavi hizmetlerini bütün halinde ancak hastanelerde görmek mümkündür.

Bu hizmetler genel olarak poliklinik, klinik, ameliyathane ve laboratuvar gibi birimlerde ihtiyaç sahiplerine sunulmaktadır.

### ***1.5.2. İdari Fonksiyonlar***

Hastane amaçlarına ulaşma yönünde, hastanede görevli bütün personelin sevk ve idare edilmesidir. İlk zamanlarda sadece hekimlerin yönetim ve denetimi altında olan sağlık hizmetleri, zamanla bir çok meslek grubunu barındıran kurumlar haline gelmiştir. Gün geçtikçe kompleksleşen organizasyon yapısı içerisinde, kişilikleri ve meslekleri itibariyle birbirinden oldukça farklı insanların yönetimi ise, ayrıca bir uzmanlaşmayı gerektirmiştir.

Hastane ortamında idari fonksiyon; hizmetlerin etkin, verimli ve koordineli yürütülmesi için gerekli personelin göreve başlama, devamlarının sağlanması, motivasyon, planlama, haberleşme, organize etme gibi faaliyetlerin yönetim süreci içerisinde gerçekleştirilmesini kapsar.

### ***1.5.3. Mali Fonksiyonlar***

Kaliteli sağlık hizmeti üretebilme yönünde gerekli olan yiyecek, içecek, giyim, yakacak, araç-gereç ve diğer malzemelerin temini, personelin maaş ve diğer sosyal haklarının ödenmesi, bütçenin tanzim edilmesi, döner sermayeden ve hastane derneğinden gelir elde edilmesi ve bu gelirlerin sarf edilmesi bu fonksiyon kapsamındadır. Kısaca hastanenin bütün gelir ve gider faaliyetlerini ifade eder.

#### ***1.5.4. Teknik Fonksiyonlar***

Teknik fonksiyonlar bina, araç-gereç ve diğer malzemelerin tamir ve bakımını ifade eder. Işık, ısı, sıcak su ve benzeri kaynaklar sürekli kullanılmaktadır. Faaliyetlerin aksamaması bakımından bunların tamir ve bakımını yapacak, mekanik ve elektronik araç ve gereçlerin hizmete elverişli bir şekilde çalışmasını sağlayacak birimin bulunması zorunludur.<sup>49</sup>

Özellikle tıbbi cihazlardaki olağanüstü gelişmeler ve bu cihazların çok pahalı olmaları, bakımlarının da önemini artırmış ve yüksek bilgi seviyesine sahip teknik personel ihtiyacını doğurmuştur.

#### ***1.5.5. Eğitim Fonksiyonu***

Özellikle üniversite hastanelerinin en temel fonksiyonlarından biri eğitimidir. Bu fonksiyon, hekim, hemşire ve diğer personelin mesleki yönden eğitimini ifade eder. İnsan sağlığı söz konusu olduğu için, iyi yetişmiş personele ihtiyaç vardır. Bunun için sağlık personeline teorik eğitim yanında pratik eğitiminde verilmesi zorunludur. Bu eğitimin yeri ise hastanelerdir. Öğrencilik dönemlerindeki eğitim yanında, çalışan personelin hizmet içi eğitimi, hasta ve hasta sahiplerine hastalıkları ile ilgili, hastalıklardan korunmaları, aile planlaması ve nüfus planlaması, çocuk bakımı v.b. konularda eğitim faaliyetlerini kapsar.<sup>50</sup>

---

<sup>49</sup> ÖZDEMİR, a.g.e., s.26.

<sup>50</sup> Bilal AK, Hastane Yöneticiliği, Özkan Matbaacılık, Ankara, 1990, s.77.

### *1.5.6. Sosyal Fonksiyonlar.*

Dünya Sağlık Örgütü sağlığı, yalnızca hastalık ve sakatlık olmaması değil, fiziksel, zihinsel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik durumu olarak tanımlamıştır.<sup>51</sup> İnsanı sosyal çevresiyle de ele almak gerekmektedir. Artık hekimliğin sadece tıbbi bakım olarak istenen başarıyı sağlayamadığı anlaşılmıştır. Hasta ve ailesinin sosyal durumu, hastalıkları kadar hekimi ve hastaneyi ilgilendirmektedir.<sup>52</sup>

Hastane dernekleri, hastanelerdeki gönüllü hizmetleri, hastanenin diğer kişi ya da kurumlarla ilişkileri bu fonksiyon kapsamında düşünülmektedir.

### *1.5.7. Otelcilik Fonksiyonu*

Tıbbi fonksiyonları çıkardığımızda hastanelerin çalışması tamamı ile bir otel hizmeti durumundadır. Hastanelerde bu hizmetler ev idaresi hizmetleri olarak da anılmaktadır.<sup>53</sup> Hastanın rahat ettirilmesi çeşitli ihtiyaçların zamanında ve gerektiğinde temin edilebilmesi son derece önemli olabilmektedir.

### *1.5.8. Araştırma-Geliştirme Fonksiyonu*

Hastanelerdeki araştırma ve geliştirme faaliyetleri biri tıbbi, diğeri idari olmak üzere iki türdür. Tıbbi araştırma faaliyetleri de klinik araştırma ve geriye dönük araştırma olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. Klinik araştırma hasta ve deney

---

<sup>51</sup> Perihan VELLOĞLU ve diğeri, Hemşirelikte Kişilerarası İlişkiler, Eskişehir Üniversitesi Açık Öğretim Fakültesi, Yayın No:226, s.36.

<sup>52</sup> ÖZDİLEK ve AKGÜN, a.g.e., s.94.

<sup>53</sup> AK, Hastane Yöneticiliği, s.76.



hayvanları üzerinde yapılan araştırma dır. İdari araştırma ise hastanedeki işletmecilik sorunlarının saptanıp, çözümlüne yönelik araştırma dır.<sup>54</sup>

Bazı hastanelerde araştırma ve geliştirme bölümleri, hastane içinde ayrı bir bölüm olarak bulunur. Bölüm olmayan hastanelerde bu fonksiyon ilgili servislere yüklenmiş sayılır.<sup>55</sup>

### *1.5.9. Koruyucu Tıp Hizmetleri Fonksiyonu*

Çevre sağlık koşullarının düzeltilmesi, halkın sağlık konusunda eğitilmesi, bulaşıcı hastalıkların yok edilmesi, ana-çocuk sağlığı ve aile planlaması gibi konuları kapsamaktadır. Kısacası koruyucu tıp hizmetlerinde amaç; hastalık çıkmadan bu hastalıklara karşı toplumu korumak, hastalık kaynağı ile mücadele etmek ve hastalık kaynağını yok etmektir. Hastane bu konuda ferde ve topluma yönelik faaliyetlerde bulunur. Fertlerin sağlık seviyelerindeki yükselme toplumun sağlık seviyesinde de olumlu bir yükselmeye sebep olacaktır.

Hastaneler bu faaliyetlerini değişik kurum ve kuruluşlar yardımıyla gerçekleştirebileceği gibi kendisine baş vuran kişilerin, hastalıklarının tespiti yönünde; tahlil, tetkik v.b. faaliyetleri de koruyucu tıp hizmetleri fonksiyonu icabıdır.

---

<sup>54</sup> SEÇİM, a.g.e., s.18.

<sup>55</sup> AK, Sağlık Hizmetlerinde Yönetim, s.181.

## **2. ORGANİZASYON OLARAK HASTANELER**

### **2.1. Hastanelerin Genel Organizasyon Yapıları**

Tarihsel süreç içerisinde de incelediğimiz gibi hastanelerin ortaya çıkışları ve gelişimleri ülkeler arasında farklılıklar göstermektedir. Ülkelerin gelişmişlik düzeyi ile de ilgili olan bu durum hastane organizasyon yapılarını da etkilemiştir. Bunun yanında aynı ülke içerisindeki farklı hastane türlerinin organizasyon yapıları da farklı olabilmektedir.

#### **2.1.1. Türkiye'de Hastanelerin Genel Organizasyon Yapısı**

Ülkemizde bütün hastaneleri temsil edebilecek bir organizasyon yapısından bahsetmek oldukça güçtür. Çünkü türleri açısından farklı olan hastanelerin organizasyon yapıları da farklı olabilmektedir. Bununla beraber Türkiye hastanelerinin %65'ini oluşturması bakımından<sup>56</sup> Sağlık Bakanlığı hastaneleri genel organizasyon yapısı örnek olarak kabul edilebilir. Bu konuda diğer önemli bir nokta ise bazı bakanlıkların hastaneleri ile SSK hastanelerinin organizasyonunda da Sağlık Bakanlığı Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği'nin esas alınmış olmasıdır.<sup>57</sup>

Sağlık Bakanlığı, sağlık sistemimizin merkez teşkilatını oluşturmaktadır. Sağlık sistemimizin alt sistemi konumundaki Sağlık İl Müdürlükleri, yerinden yönetim birimi olan hastanelerin üst sistemini meydana getirmektedir.

---

<sup>56</sup> Sağlık Bakanlığı, Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yıllığı 1994, Ankara, 1995, s.31.

<sup>57</sup> SEÇİM, a.g.e., s.147.

#### 2.1.1.1. Başhekimlik

Türkiye hastanelerinin iç organizasyon yapısında en üst kademede bulunan yönetim birimi Başhekimlik Makamı'dır (Şekil:1). Hastanenin bütün yönetim faaliyetlerinden sorumlu olan başhekimin görev ve yetkileri, Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği'nin 110. maddesinde açıklanmıştır.

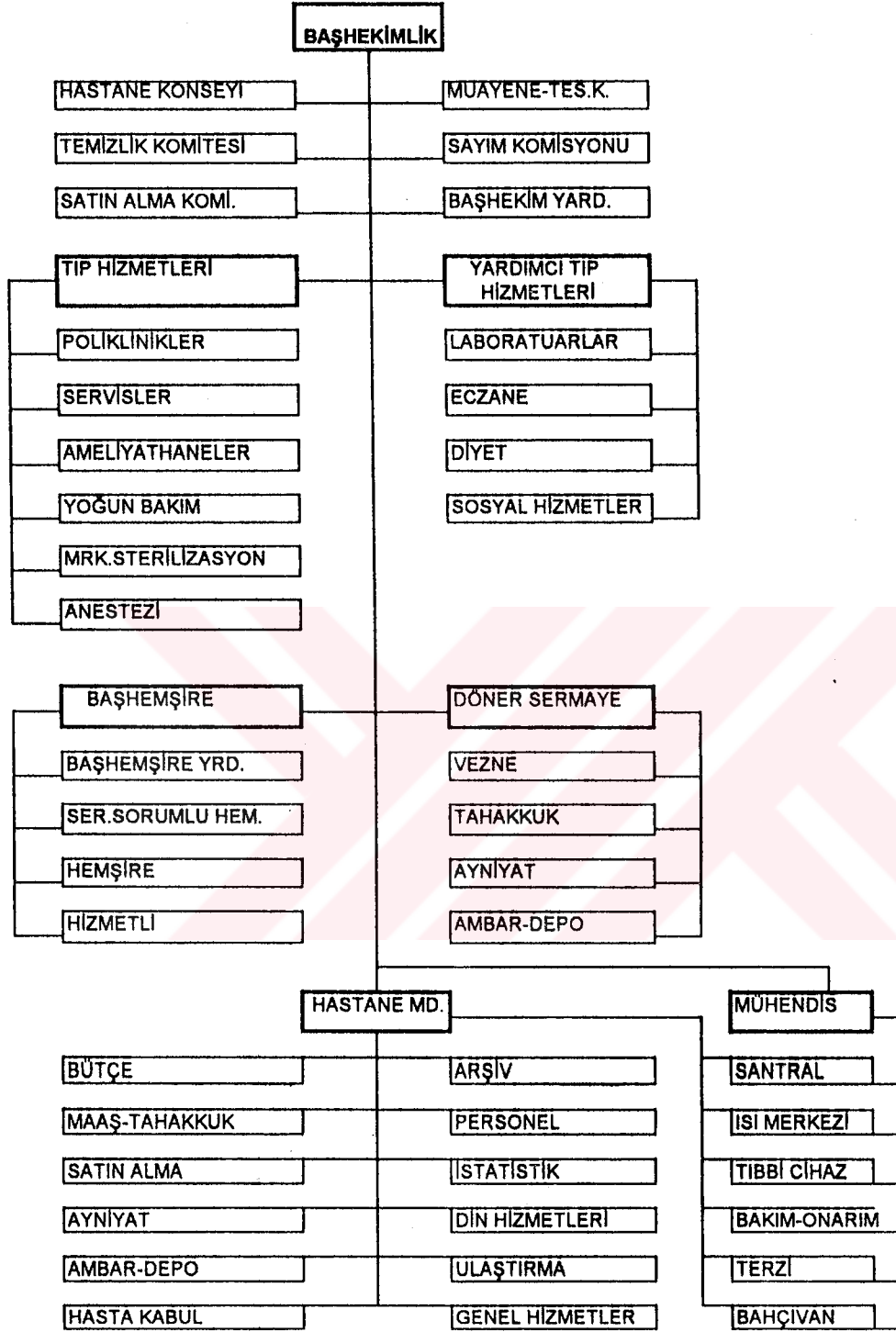
Başhekim bu görev ve yetkilerinin bir kısmını, orta kademedeki fonksiyonel yöneticilere devredebilmektedir. Mali işleri hastane müdürüne, hemşirelik hizmetlerini başhemşireye, tıbbi hizmetleri uzman hekimlere, teknik hizmetleri ise mühendise sorumluluk kendisinde olmak üzere devredebilir. Diğer taraftan başhekim görevlerinin yerine getirilmesinde kendisine yardımcı olmak üzere yardımcı tayin edebilmektedir.

Başhekimin görev ve yetkilerini şöylece özetlemek mümkündür:<sup>58</sup>

- Kurumun tıbbi, idari ve eğitim hizmetlerinin görevlilerce en iyi şekilde yönetilmesini sağlar. Bu hizmetlerin yapılmasını izler, en az haftada bir kez denetler.
- Kurumun verimli olarak çalıştırılması, işlerin sürat ve kolaylık içinde yapılması, kaliteyi düşürmeden ekonomi sağlanması ile hizmeti olabilecek en yüksek düzeye çıkarmak için gerekli tedbirleri alır.
- Bütün personelin görev ve hizmetle ilgili hallerde doğrudan doğruya amiridir.

---

<sup>58</sup> Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı, Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği, Madde:110.



Şekil;1. Sağlık Bakanlığı Genel Hastane Organizasyon Şeması

- Personelin işe geliş ve gidiş saatlerini düzenler, devam cetveline imza atmalarını sağlar ve kontrol eder.

- Kurumdaki nöbet faaliyetlerini takip eder. Yönetmeliğe aykırı hareket edenler hakkında gerekli disiplin işlerini yapar.

- Personelin nezaket kurallarına riayet etmesini sağlar. Personelin, hasta ve yakınlarının yanında, teşhis ve tedavi konusundaki tartışma, tenkitlerine engel olur.

- Ayniyat, ambar, depo, eczane, laboratuvar gibi birimlerdeki faaliyetlerin görevliler tarafından yerine getirilmesini sağlar.

- Tabiplerin hastalara verilmek üzere yazdıkları ilaç, yiyecek ve içeceklerin tıbbi yönden iyi bir şekilde hazırlanmasından sorumludur.

- Hastanedeki bütün tesisat, cihaz ve malzemeyi sık sık kontrol eder.

- Yönetmelik hükümlerine aykırı düşmemek şartıyla hizmetlerde sürat, kolaylık ve tasarruf sağlayacak tedbirleri alır ve yöntemleri geliştirir.

- Tabip ve sağlık kurulu raporlarını kontrol eder.

- Personelin görev yerlerini ve yıllık izinlerini düzenler.

#### 2.1.1.2. Komisyonlar

##### 1) Hastane Konseyi

Hastanelerde başhekimin başkanlığı altında bütün servis, laboratuvar şef veya uzmanları, hastane müdürü ve başhemşirenin katılması ile kurulur. Konsey salt çoğunlukla yılda en az dört defa toplanır. Bunun dışında başhekim lüzum gördükçe gündemli olarak konseyi toplantıya çağırabilir. Bu toplantılarda hastaneyle ilgili ilmi ve idari konular görüşülerek çoğunluk ile kararlar alınır.<sup>59</sup>

<sup>59</sup> A.g.e., s.20.

## 2) Temizlik Komitesi

Hastanenin temizlik işleri hususunda gerekli tedbirleri almak ve yöntemleri sağlamak için ilgili bir uzman başkanlığında başhemşire, hastane müdürü, başhekimin lüzum göreceği diğer personelin katılımıyla kurulur. Bu komitece, temizliğin kimler tarafından, ne zaman ve ne şekilde yapılacağı ile bu personelin ve temizlik maddelerinin sarf şeklinin kimler tarafından kontrolünün sağlanacağı bir iç yönerge ile tespit edilir.

## 3) Satınalma Komisyonu

Hastane satınalma işlemleri büyük ölçüde merkezileşmiş olmakla birlikte, yakacak, yiyecek, bazı tıbbi sarf malzemeleri gibi kalemler için satınalma işlemi yapılabilmektedir. Devlet İhale Kanunu ve Döner Sermaye Kanunu çerçevesinde yapılan ihaleler için bir satınalma komisyonu oluşturulur. Bu komisyonda, başhekim veya tayin edeceği bir başkan, ihale edilecek kalem hakkında bir uzman ve sayman görev yapar.

## 4) Muayene ve Tesellüm Komisyonu

Satınalma yada hibe yoluyla hastaneye gelen herhangi bir malın muayene ve tesellümünü yapan komisyondur. Ayniyat talimatnamesi hükümlerine göre faaliyet gösterir. Hastane müdürünün başkanlığında, teslim alınan mal hakkında uzman biri ve başhekimin tayin edeceği bir kişi olmak üzere üç kişiden oluşur.

## 5) Sayım Komisyonu

Sayım komisyonu, hastanede mevcut her türlü demirbaş malzeme ve mefruşat ile erzak vesair maddelerin sayımını her mali yıl başında yapan komisyondur. İçlerinde ayniyat saymanının da bulunduğu üç kişiden oluşturulur. Ayniyat talimatnamesi hükümlerine göre işlem yapar.

### 2.1.1.3. Hastane Hizmet Gruplarının Organizasyonu

#### - Tıp Hizmetlerinin Organizasyonu

Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği'ne göre, hastanede uzman hekimin bulunduğu her uzmanlık dalında poliklinik ve servis açılması zorunludur. Hastanelerde büyüklüklerine göre hangi servislerin yer alacağı ve servislerin yatak dağılımlarının ne olacağı kadro yönetmeliğinde belirtilmiştir.

Hastanedeki her servis bir uzman hekimin sorumluluğundadır ve uzman hekim başhekimliğe bağlıdır. Servis uzmanı serviste görev yapan bütün personelin görev ve hizmetle ilgili hususlarda amiridir. Yüksek öğrenim görmüş yardımcı sağlık personelinin birinci derece sicil amiri servis uzmanıdır. Yüksek öğrenim görmemiş yardımcı sağlık personelinin ise hasta hizmetinde bulunanların sicil amiri başhemşire, diğerlerinin ise hastane müdürüdür.

Tıp hizmetlerinin organizasyonunda, poliklinikler, servisler, ameliyathane, yoğun bakım, merkezi sterilizasyon, uyandırma ve ameliyat sonu bakım üniteleri sayılabilir.

#### - Yardımcı Tıp Hizmetlerinin Organizasyonu

Teşhis ve tedavide yardımcı ve bu hizmetleri tamamlar nitelikte olan hizmetler yardımcı tıbbi hizmetler olarak adlandırılmaktadır. Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği'nde yardımcı tıp hizmetleri ayrıca organize edilmediği için bu birimler tıp hizmetleri organizasyonu içinde sayılmıştır.

Laboratuvar hizmetleri, eczane, diyetetik hizmetler ve sosyal hizmetler olarak sayacağımız yardımcı tıbbi hizmet gruplarında eğer uzman varsa bu uzman başhekime karşı sorumlu olarak birimin yönetimini üstlenir. Eğer yüksek öğrenim görmüş uzman yoksa, ya o birim açılmamaktadır yada başka bir uzman hekimin veya hastane müdürünün sorumluluğuna bırakılmaktadır.

#### - Hemşirelik Hizmetlerinin Organizasyonu

Hemşirelik hizmetleri hasta bakım hizmetlerinin yürütülmesi ve öğrenci hemşirelere klinik eğitimlerinin verilmesini ifade eder. Hemşirelik hizmetlerinin organizasyonu, yürütülmesi ve denetimi başhekime bağlı, başhemşirenin sorumluluğundadır. Başhemşire yüksek hemşirelik okulu veya sağlık meslek lisesi mezunu olup, en az on yıllık iş tecrübesi olan bir hemşiredir.

Başhemşireye, kadro kıstas yönetmeliği çerçevesinde başhekim tarafından yardımcı tayin edilebilmektedir. Diğer taraftan servislere de yine başhekim tarafından servis sorumlu hemşiresi tayin edilebilmektedir.



Başhemşirenin görevlerini şöylece özetlemek mümkündür;

Yardımcılarının, servis sorumlu hemşirelerinin, başbenin ve diğer kendisine bağlı hizmet birim amir ve sorumlularının birinci derece amiri olarak personelinin görev yapmalarını temin etmek ve denetimini yapmak, aksaklıkların giderilmesi yönünde tedbir almak, hemşirelerin hizmet içi eğitim programlarını yapmak, personelinin nöbet ve izin cetvellerinin hazırlanması, onaylatılması, görüş ve isteklerini başhekime iletmek.

#### - İdari ve Mali Hizmetlerin Organizasyonu

Tıp, yardımcı tıp ve hemşirelik hizmetleri dışında kalan hizmetler idari hizmetler olarak hastane müdürünün sorumluluğunda organize edilmiştir. Fakat hastanede mühendis bulunması durumunda teknik hizmetler mühendisin yetkisinde başhekime karşı sorumlu olarak yürütülmektedir. Mühendisin bulunmadığı hastanelerde ise teknik hizmetler hastane müdürünün sorumluluğundadır.

Hastanelerde idari ve mali işler kapsamında şu birimleri saymak mümkündür: Ayniyat, satınalma, ambar, depo, istatistik, arşiv, hasta kabul, kütüphane personel işleri, hizmetliler grubu, din hizmetleri, emniyet hizmetleri, bakım-onarım işleri, maaş-tahakkuk, halkla ilişkiler, ulaştırma, terzi , berber. bahçıvan, gibi personel çamaşırhane işleri ve santral.

Hastane müdürü sağlık idaresi yüksekokulu veya işletme bölümü mezunu olup, sağlık idareciliği alanında master veya doktora yapmış on yıllık deneyime sahip kimseler arasından bakanlıkça atanır. Hastane müdürüne de hizmetlerinde

yardımcı olmaları için yardımcı atanabilir. Hastane müdürünün görevlerini şöylece özetlemek mümkündür:

Hastanenin verimli çalışması için gerekli girdilerin zamanında ve uygun şekilde temin edilmesi. Satınalma, depolama, depo ve ambardan çıkış işleminin takibi ve günlük işe tabelalarının kontrolü. İstatistik bilgilerinin zamanında gerekli yerlere gönderilmesi. Bütçe işlemlerinin yürütülmesi. Cihaz, her türlü motor, eşya ve bina onarım gibi işlerin zamanında yapılmasının temini. Gerekli emniyet tedbirlerinin alınması. Kısacası başhekime bağlı olarak hastanenin idari, mali ve teknik hizmetlerinin yürütülmesini sağlamak.

Hastane mali işlerinin organizasyonundaki bir diğer organ ise döner sermaye saymanlığıdır. Döner sermaye saymanı Maliye Bakanlığı tarafından atanır ve hastane içinde başhekime karşı sorumludur. Döner sermaye işletmeciliği yoluyla gelir temin etmek ve bu gelirin kullanımından sorumludur.

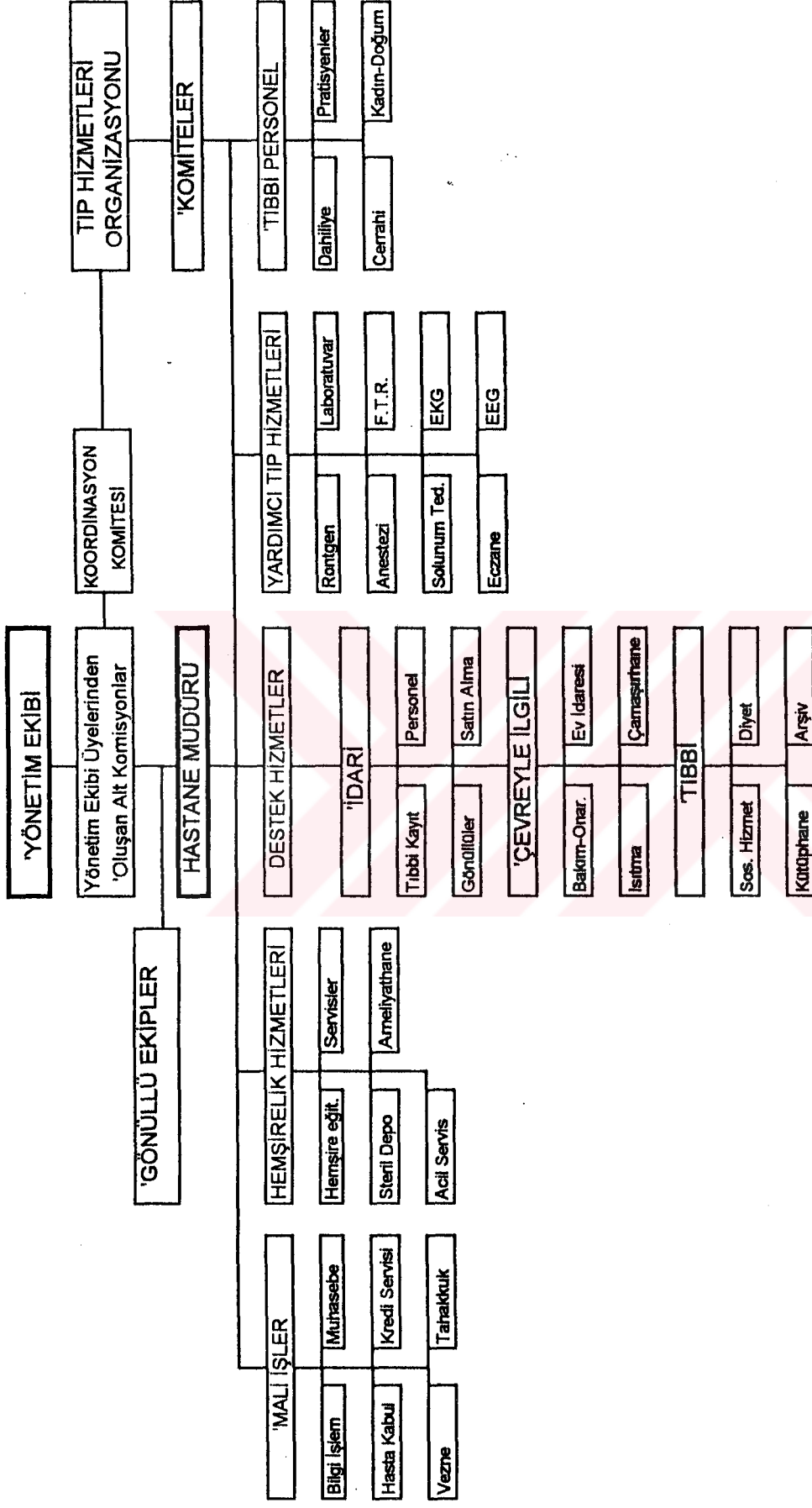
Döner sermaye saymanlığında veznedar, tahhakkuk memuru, ayniyat saymanı ve ambar-depo memurları saymana bağlı olarak görev yapar.

### *2.1.2. Bazı Ülkelerde Hastanelerin Organizasyon Yapısı*

Diğer ülkelerde olduğu gibi Amerikan hastaneleri için de standart bir hastane organizasyonundan bahsedilemez. Bununla birlikte Amerikan hastanelerinin % 73' ünü oluşturan kar amacı gütmeyen hastanelerin genel organizasyon yapıları Şekil:2'deki gibidir.<sup>60</sup>

---

<sup>60</sup> SEÇİM, a.g.e., s.33.



Şekil:2. ABD Hastaneleri Genel Organizasyon Şeması

Üst kademe yönetim organları; hastane mütevelli heyeti ve bu heyet adına işleri takip eden komitelerden ve hastane müdürlüğünden oluşur.

Hastane müdürüne bağlı olarak faaliyet gösteren fonksiyonel yöneticiler ise orta kademe yöneticileridir. Bunları ise şöylece sıralamak mümkündür: Tıp hizmetleri, paramedikal (yardımcı tıp) hizmetler, hemşirelik hizmetleri, destek hizmetler, mali işlerdir.

Alt kademe yönetim organlarında ise fonksiyonel alanlardaki birim şefleri veya sorumluları gelmektedir.

Bürokratik kuralların hakim olduğu Amerikan hastanelerinde, iş bölümünden büyük ölçüde istifade edilirken, hiyerarşik yapıdaki bütün pozisyonların ve görevlerin tanımlanması, komuta birliği, kontrol alanı ve denge ilkelerine uygunluk organizasyonda esas alınan hususlardır.

Genellikle ayda bir defa toplanan ve 8-15 kişi arasında değişen üye sayısı ile yönetim ekibi şu görevleri üstlenmiştir; Hastane müdürlüğüne getirilecek kişiyi tespit ve tayin etmek, plan, program ve politikaları gözden geçirip onaylamak, toplumun hastane içindeki temsilciliğini yapmak, nitelikli tıp personeli istihdamını sağlamak, kendi iç organizasyonunu yapmak, hastane verimlilik ve performans değerlemesini yapmak, yürütmeye ilişkin önemli kararları gözden geçirip, hastane yönetimine danışmanlık yapmak.<sup>61</sup>

Hastane müdürlüğü; hastanenin bütün faaliyetlerinden dolayı yönetim ekibine karşı sorumlu olan bir pozisyonu ifade eder. Hastane müdürü yönetim

---

<sup>61</sup> AK, Hastane Yöneticiliği, s.37.

ekibinden devraldığı yürütme yetkisini kullanarak hastaneyi idare eden ve tıp dışından olan bir kişidir. Hastane müdürlerinin idari faaliyet alanları şu şekilde sınıflandırılmıştır.<sup>62</sup>

- Finansal yönetim faaliyetleri
- Personel yönetimi faaliyetleri
- Bölüm faaliyetlerinin koordinasyonu
- Program gözden geçirme ve değerlendirme faaliyetleri
- Yeni tesislerin planlaması
- Eğitim faaliyetleri
- Diğer sağlık kuruluşlarıyla ilişkiler
- Mesleki ve kamu kuruluşlarıyla ilişkiler

Amerikan hastanelerindeki komiteler ise şunlardır:

- Tıp hizmetleri yürütme kurulu
- Tıbbi soruşturma komitesi
- Koordinasyon komitesi
- Doku komitesi
- Kullanım komitesi
- Sağlık standartlarını gözden geçirme komitesi
- Enfeksiyon komitesi
- Eczane ve ilaç komitesi

---

<sup>62</sup> SEÇİM, a.g.e., s.45.

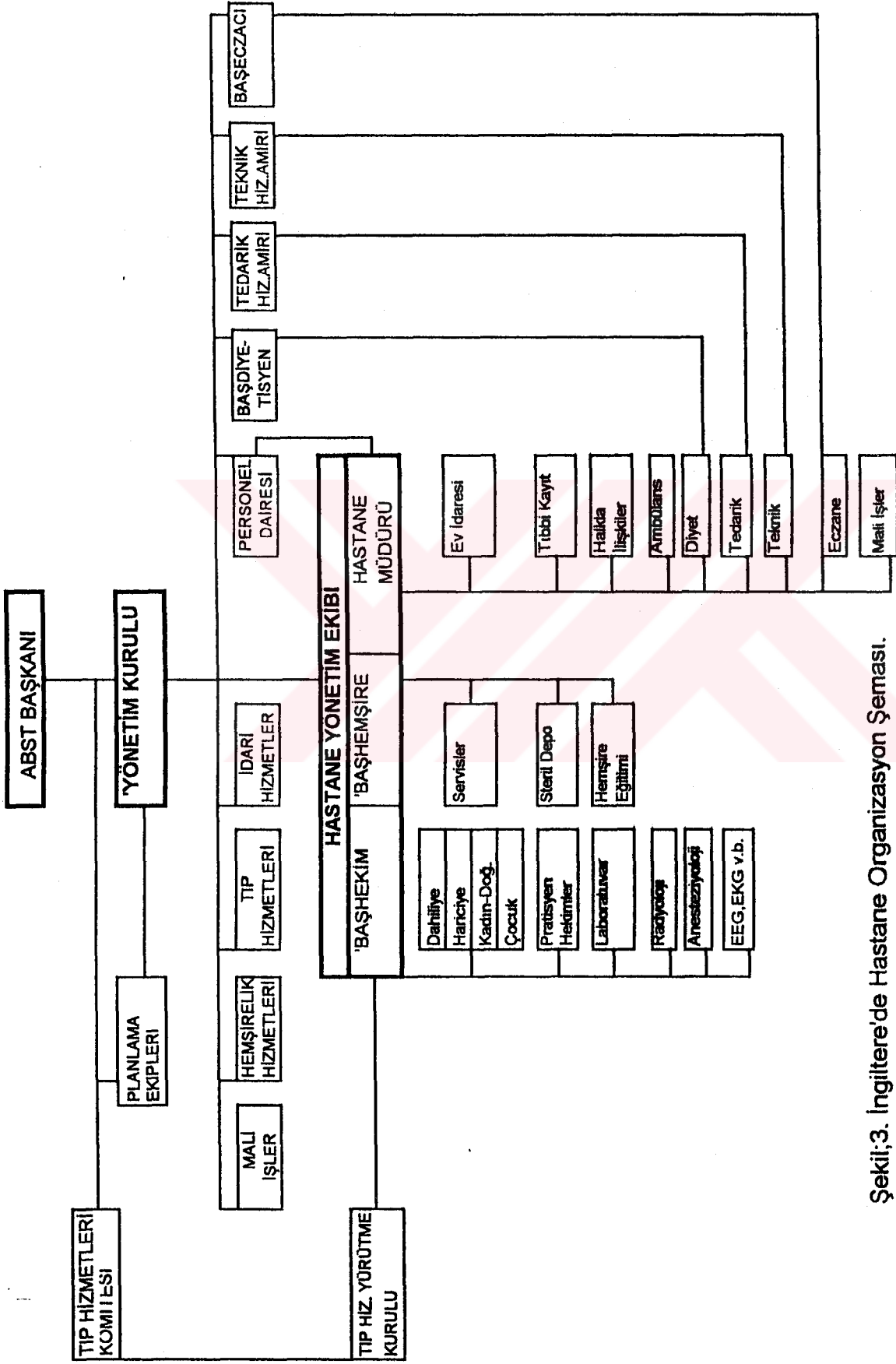
Bunların yanında; poliklinikler ve acil servis komitesi, olağan üstühal komitesi, tıp eğitimi komitesi, kütüphane komitesi, tümör kayıt ve onkoloji komitesi, mortalite komitesi, bilimsel araştırma komitesi, pratisyen ve aile hekimliği komitesi, tıbbi donanım komitesi v.b. muhtelif komitelere de rastlanabilmektedir.<sup>63</sup>

İngiltere hastane organizasyonunda başlıca iki önemli özellik göze çarpmaktadır: Bunlardan birincisi; İngiltere hastanelerinde üst ve orta kademe yönetim organları birleşmiştir. Hastane iç organizasyonunda en üst idari organ yönetim ekibidir. Yönetim ekibi ise aynı zamanda fonksiyonel yönetici olan, hastane müdürü, başhekim ve başhemşireden oluşmaktadır. Hastane müdürü mali ve destek hizmetlerden, başhekim tıbbi ve yardımcı tıbbi hizmetlerden, başhemşire ise hemşirelik hizmetlerinden sorumludur.

İngiltere hastaneleri için ikinci önemli özellik ise hastanelerin, Alt Bölge Sağlık Teşkilatı'nın bir uzantısı olmasından kaynaklanmaktadır. Organizasyon şemasında da görüleceği gibi, hastane içindeki her yönetim organına karşılık olarak alt bölge sağlık teşkilatında da bir pozisyon vardır (Şeki:3). Fakat bu pozisyonlar arasındaki ilişki ast-üst ilişkisi değildir. İzleyicilik yada danışmanlık olarak nitelenebilecek türden bir ilişkidir.

---

<sup>63</sup> A.g.e., s.51.



Şekil;3. İngiltere'de Hastane Organizasyon Şeması.

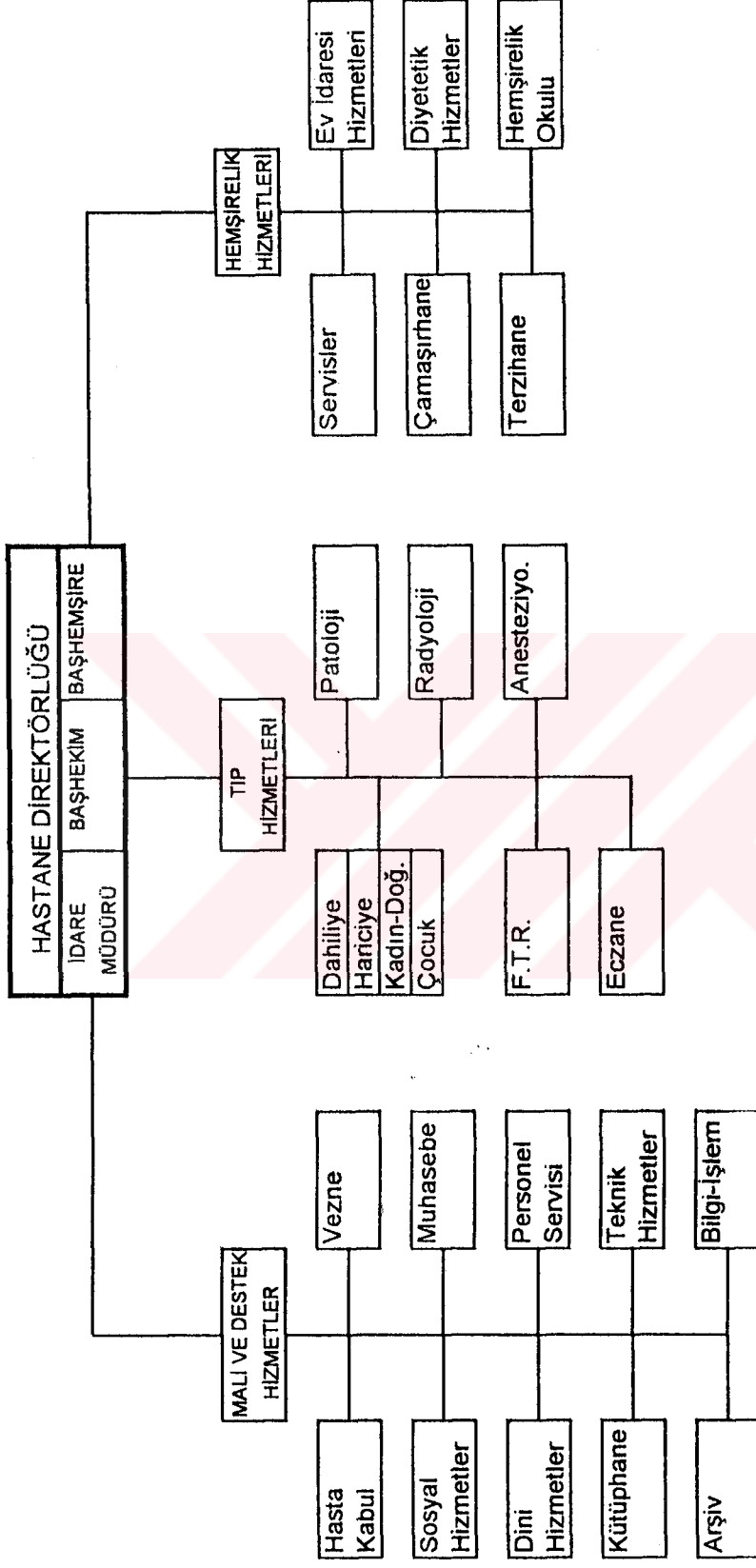
Almanya'daki kar amacı gütmeyen özel hastanelerin organizasyon yapısı, Amerika Birleşik Devletleri'ndeki hastane organizasyon yapısı ile aynı özellikler göstermektedir.

Devlete ait hastanelerin en üst yönetiminde Hastane Direktörlüğü denilen bir pozisyon bulunmaktadır. Hastane direktörlüğü İngiltere hastanelerindeki yönetim ekibiyle aynı konumdadır. Mali ve destek hizmetlerin yürütülmesinden sorumlu hastane müdürü, tıp ve yardımcı tıp hizmetlerinden sorumlu başhekim ve hemşirelik hizmetleri sorumlusu başhemşire hastane direktörlüğünün üyeleridir. Böylece Almanya hastanelerinde de orta ve üst kademe yönetim organları birleşmiş bir durumdadır. Yani fonksiyonel yöneticiler hastane direktörlüğünü de oluşturmaktadır (Şekil:4).

Amerika ve İngiltere hastanelerinden farklı olarak başhemşire ev idaresi, diyetetik hizmetler, çamaşırhane ve terzihane hizmetlerinden de sorumludur. Diğer taraftan eczacılık hizmetleri de başhekimin sorumluluğundadır.

Hastane direktörlüğünde yer alan idareciler statü olarak birbirine eşittir. Herhangi bir birim amirinin, diğer birimlerde görevli amirlere üstünlüğü söz konusu değildir.





'Şekil:4, Almanya Hastane Organizasyonu Şeması (Kaynak; Seçim, s.136)

## ***2.2. Sistemler Yaklaşımı Açısından Hastane Organizasyonu***

Sistem yaklaşımı; yönetim olaylarını ve bu olayların cereyan ettiği birimleri birbirleri ile ilişkili olarak ele alan yaklaşım olarak tanımlanmaktadır.<sup>64</sup>

Sistem, alt-sistem adı verilen parçaların bir bütünüdür. Kendisi de diğer sistemlerle birlikte bir üst sistemin parçası durumundadır.

Hastane, ülke sağlık sisteminin, bireysel sağlık hizmetleri alt sisteminin bir alt sistemidir, şeklinde tanımlamak mümkün olmakla birlikte, hastane çok geniş bir çevreye sahiptir. Bu noktada hastane; ekonomik, sosyal, kültürel, teknolojik, hukuki, siyasi, idari ve doğal çevrenin etkisi altındadır.<sup>65</sup> Küçülen dünyada sadece bu sistemler değil, uluslararası çevredeki gelişim de hastaneleri etkilemektedir.

### ***2.2.1. Hastane Alt Sistemleri***

Hastane sistemini oluşturan alt sistemleri üç başlık altında incelenebilir:<sup>66</sup>

#### ***2.2.1.1. Üretim Alt Sistemi***

Hastaneler sağlık hizmeti üreten organizasyonlardır. Üretim açısından sisteme bakıldığında, iki önemli unsur görülmektedir. Bunlardan birincisi; sağlık hizmeti üreticileri konumunda olan hekim, hemşire ve diğer yardımcı sağlık personelidir. İkinci grubu ise hizmetin üretildiği birimler oluşturmaktadır. Bu birimler ise servisler, poliklinikler, acil servis, laboratuvarlar, ameliyathaneler ve eczane olarak sayılabilir.

---

<sup>64</sup> Tamer KOÇEL, İşletme Yöneticiliği, İstanbul Üniversitesi, İşletme Fakültesi, Yayın No:205, İstanbul, 1989, s.100.

<sup>65</sup> ÖZDEMİR, a.g.e., s.75.

<sup>66</sup> A.g.e., s.78-92.

### 2.2.1.1.1. Sağlık Personeli Açısından Üretim Alt Sistemi

#### - Hekimler

Hastaneyle özdeşleşmiş durumda bulunan hekimler, hastaların teşhis ve tedavilerini üstlenen kişilerdir. Hekimler hastanede diğer hiç bir organizasyonda olmayan bir özerkliğe sahiptir. Her hangi bir hastanın tedavisinde arkadaşlarından fikir alış-verişinde bulunsa bile nihai karar hekimin kendisindedir ve hiç kimse ona ne yapması gerektiğini söyleyemez.

Hekim grubu ülkemiz hastane yönetiminde de söz sahibidir. Hiç bir yöneticilik eğitimi almamış hekimlerin, tıbbi birimler haricindeki alanlarda da söz sahibi olmaları ise bir takım yönetim sorunlarına sebep olmaktadır.

#### - Hemşireler

Hemşirelik; bireyin, ailenin ve toplumun sağlığını koruma ve geliştirmeye yardım eden ve hastalık halinde iyileştirme ve rehabilite etmeye katılan bir meslek grubudur.<sup>67</sup> Hasta iyi bir tıbbi bakım, emniyet, temizlik ve kişisel ilgi beklemektedir. Bütün hastane personeli için geçerli olan bu özellikleri daha çok hemşireler üstlenmiştir.

Hemşirelik hizmetlerini, hasta bakımı, hemşirelik hizmetlerinin organizasyon ve kontrolü ve ev idaresi hizmetleri olarak sınıflandırmak mümkündür.<sup>68</sup>

---

<sup>67</sup> Necmiye SABUNCU ve diğ., Hemşirelik Esasları, Anadolu Üniversitesi., Açık Öğretim Fakültesi, Yayın No:225, Eskişehir, 1991, s.3.

<sup>68</sup> ÖZDİLEK ve AKGÜN, a.g.e., s.196.

### - Yardımcı Sağlık Personeli

Hekim ve Hemşire grubunun dışında kalan bütün sağlık personel gruplarını ifade etmektedir. Oldukça geniş bir yelpazedeki bu meslek gruplarının hastane içindeki etkileri hekim ve hemşire grupları kadar hissedilmemektedir. Bu nedenle hepsini tek başlık altında sıralamak mümkündür. Bu durum onların az önemli olduğu anlamına gelmez. Yardımcı sağlık personeli olarak; diş hekimi, eczacı, laborantlar ve değişik konumlardaki sağlık teknisyenleri gibi personel sayılabilir.

#### 2.2.1.1.2. Yapısal Unsur Açısından Üretim Alt Sistemi

##### - Servisler

Bir uzman doktorun yönetiminde olan servisler; hastaların yatarak teşhis, tedavi ve rehabilite edildikleri yer olarak tanımlanabilir. Hariciye, dahiliye, KBB, göz, intaniye, üroloji, ortopedi servisler örnek olarak verilebilir.

##### - Poliklinikler

Hastaların hastaneye başvuruda ilk müracaat ettikleri tıbbi birim olup, hastaların ayakta teşhis, tedavi ve rehabilite edildikleri birimlerdir. Bir uzman hekimin sorumluluğundadır.

##### - Acil Servis

Günün her anında hemen müdahale edecek şekilde hazır olan acil servis; yaralanma, zehirlenme ya da şiddetli ağrılar gibi nedenlerle hastaneye başvuran hastalara anında müdahale edilen yerdir.

#### - Laboratuvarlar

Hastalığın tedavisi teşhis ile başlar. Teşhis ise bir takım tahliller sonucunda ortaya çıkabilmektedir. Bu tahlillerin yapıldığı ve modern hastanelerin vazgeçilmez unsurlarından sayılan laboratuvarlardan bazıları; biyokimya, hematoloji, röntgen, kan bankası, bakteriyoloji v.b. laboratuvarlardır.

#### - Ameliyathaneler

Dahili ve harici bazı hastalıklarda cerrahi müdahale gerekebilmektedir. Bu durumdaki hastalara yapılan cerrahi müdahale yeri ise ameliyathanedir. Genel olarak bütün birimlerin ihtiyacını karşılayan bir ameliyathane inşa edilmektedir.

#### - Eczane

Hastanede kullanılmak üzere temin edilen ilaçların depo edildiği, sınıflandırıldığı ve gerekli yerlere sevkinin yapıldığı birimdir.

#### 2.2.1.2. Yönetim Alt Sistemi

Üretim alt sisteminin çalışmalarında yardımcı olan, onların daha iyi çalışmalarını için zemin hazırlayan hastane alt sistemine yönetim alt sistemi denir. Hastane müdürüne bağlı olarak faaliyet gösteren bütün idari ve mali birimler yönetim alt sistemini oluşturur. Bunlardan bir kısmı şunlardır; personel işleri, yazı işleri, teknik hizmetler, otelcilik hizmetleri, ayniyat işleri, mali işler, halkala ilişkiler, motorlu araçlar servisi ve hasta kabul.

#### 2.2.1.3. Kurumsal Alt sistem

Kurumsal alt sistem; hastanenin çevresiyle olan ilişkileri düzenleyen, stratejik planları hazırlayan ve uygulanmasını kontrol eden üst yönetim organıdır.

Yönetim kurulu olarak ifade edilebilecek olan kurumsal alt sistem ülkemizde yasal olarak mevcut değildir. Tıbbi hizmetlerden sorumlu başhekim ve destek hizmetlerden sorumlu hastane müdürü bu işi fiilen yapmaktadır. Yasal bir dayanağının olmaması ise çatışmalara neden olmaktadır. Üniversite hastanelerinde oluşturulan hastane konseyini kurumsal alt sistem olarak düşünmek mümkündür.

Çevreyle olan ilişkiler açısından sistem iki şekilde ele alınmaktadır.<sup>69</sup>

-Kapalı sistem; çevresiyle her hangi bir alış-verişi olmayan sistemlerdir.

-Açık sistem; sistem ile çevresi arasında enerji, bilgi ve materyal alış-verişi varsa bu tür sistemler açık sistemlerdir (Şekil:5).

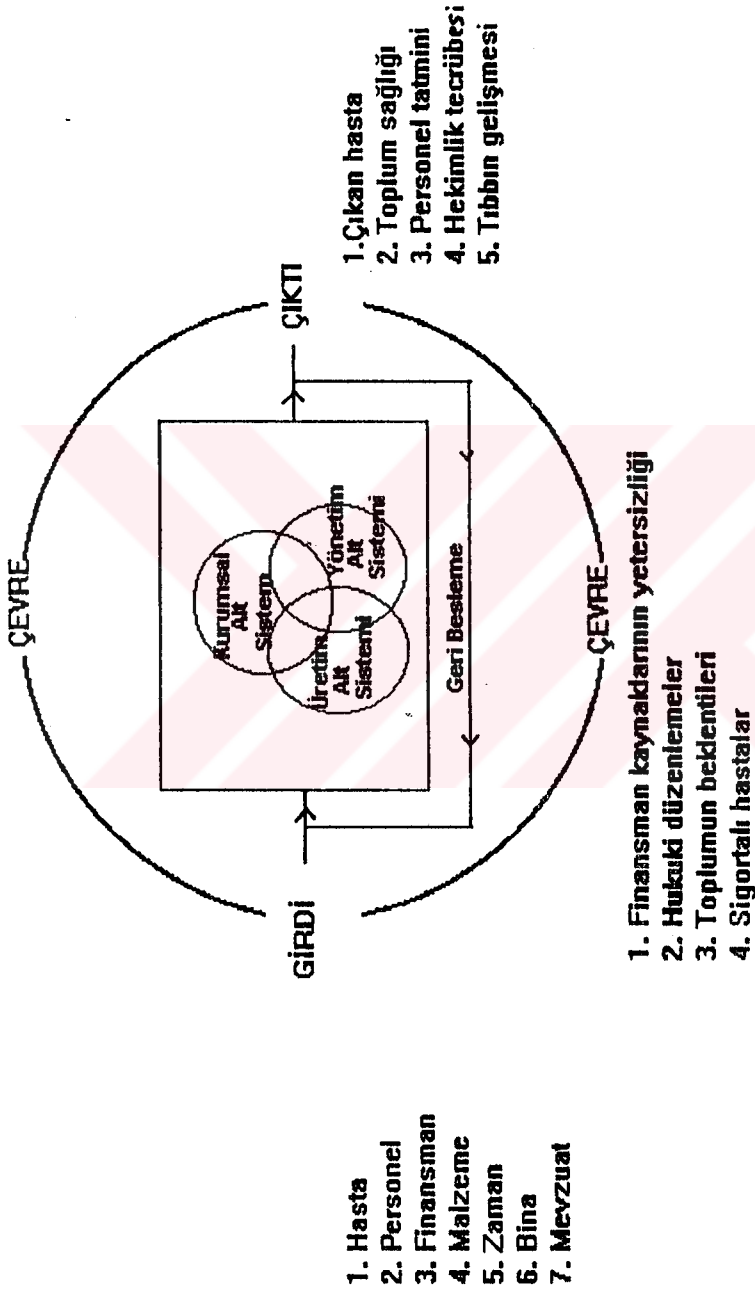
Açık sistem aldığı girdileri dönüşüm sürecinden geçirip çevreye çıktı olarak sunar. Çıktı; organizasyonun faaliyet sahasına göre mal ya da hizmet olabilmektedir. Sistem çıktı sunarken aynı zamanda girdi kabul etmektedir. Açık sistemde entropi olarak ifade edilen ve sistemin bir müddet sonra ortadan kalkmasına, bozulmasına karşı negatif entropi geliştirilir. Yani sistemin dağılmasına engel olacak tedbirler alınabilir. Açık sistemlerde hammadde, malzeme ve enerjinin yanı sıra bilgi de bir girdi olarak görülmektedir. Sistem özellikle geri besleme sayesinde dengede durmaya çalışmaktadır. Dengenin bozulması sistem açısından istenilen bir durum değildir. Bu yüzden istikrarlı bir denge izlenmelidir. Sistem farklı şartlar altında, farklı yollar takip ederek yine farklı metodlar uygulayarak aynı sonuca ulaşabilir. Bu doğru sonuca ulaşmanın, doğru yolunun tek olmadığını, alternatiflerinin denenebileceğini gösterir. Ayrıca sistemler gittikçe karmaşıklaşan ve büyüyen bir eğilim gösterirler ve bunun sonucu olarak alt sistemlerin sayısı artar.<sup>70</sup>

---

<sup>69</sup> KOÇEL, a.g.e., s.104.

<sup>70</sup> ÖZDEMİR, a.g.e., s.48-51.

Şekil 5- Sistemler Yaklaşımı Açısından Hastane Organizasyon Şeması.



## 2.3. Hastane Organizasyonlarının Özellikleri

### 2.3.1. Matriks Organizasyon Yapıları

Organizasyon teorilerini klasik, neo-klasik ve modern organizasyon teorileri olarak sıralamak mümkündür. Matriks organizasyon, modern organizasyon teorilerinden sistemler yaklaşımı ve durumsallık yaklaşımının bir ürünü ve proje tipi organizasyonların bir çeşiti olarak gelişmiştir. Diğer proje organizasyonu çeşitleri ise saf ve kurmay proje organizasyonlarıdır.

Matriks organizasyonu şu şekilde ifade etmek mümkündür:<sup>71</sup>

Matriks Org.=Matriks Sistemler + Matriks Kültürü + Matriks Davranış + Matriks Yapı

Matriks sistemler (süreçler); planlama, kontrol, değerlendirme, ödüllendirme gibi sistemleri içerir. Bunların hem fonksiyonel hem de proje ekseninde birbirine paralel çalışması gerekir.

Bütün organizasyonların kendilerine has bir kültürleri vardır ve bu kültür organizasyon üyelerinin kişilik ve değer yargıları ile organizasyon yapı ve süreçlerince belirlenir.

Matriks organizasyon üyelerinden farklı davranışlar gerektiren bir organizasyondur. Sürekli haberleşme, yardımlaşma, sorunları açık olarak tartışma, empati, ikna etme, amaçlara açıklık kazandırma v.b. davranışlar bunlara bir kaç örnektir.

---

<sup>71</sup> KOÇEL, a.g.e., s.184.



Matriks organizasyon yapısında biri tepe yönetici, ikisi (fonksiyonel ve proje yöneticisi) matriks yöneticiler ve bir de iki üstlü ast olarak dört önemli rol bulunmaktadır.

Tepe yöneticisi; liderlik, strateji tespiti, hakem olma gibi rolleri yerine getirir.

Matriks yapının en önemli özelliği, organizasyon mensuplarının iki ayrı üste karşı sorumlu olmalarıdır.

Matriks yapıda biri fonksiyonel hizmetlerle ilgili, diğeri mal ve hizmetlerle ilgili iki ayrı yapı bulunmaktadır. Esasında matriks yapı; fonksiyonel ve mal tipi organizasyon yapılarını tek bir yapı içinde toplamak düşüncesinden doğmuştur.

Fonksiyonel yapı, fonksiyonel organizasyon yapılarında görülen birimleri; üretim, pazarlama, personel, finans, Ar-Ge, birimlerini içermektedir. Mal veya hizmet tipi yapı ise işletmenin ürettiği mal veya gerçekleştirmeye çalıştığı projeleri içermektedir.

Astları aynı olan matriks yöneticiler yetki açısından eşittir. Fonksiyonel yönetici; işin nerede, nasıl ve kim tarafından yapılacağı ile ilgilidir. Proje yöneticisi ise neyin ne zaman ve niçin yapılacağı ile ilgilidir. Böyle bir yapıda yetki ve sorumluluklar birbirleriyle karışmış görünmektedir. Dolayısıyla bu yapı anlaşmazlık ve çatışmaların doğmasına çok müsait olan bir yapıdır.

### 2.3.1.1. Matriks Organizasyon Yapısının Özellikleri

Matriks organizasyon yapısı esnek bir özelliktir. Yani bitirilen bir projeden sonra hemen yenisine süratle geçilebilmektedir. Yatay ve çapraz ilişkilere yer verilen matriks organizasyonda haberleşme etkinlik kazanmıştır. Matriks organizasyon yapısında yatay ilişkilere de yer verilmiştir. Özellikle proje yöneticileri açısından bakıldığında uzlaşma daha çoktur. Matriks organizasyondaki projeler hakkında standartlaşma fazlaca görülmez. Bunun nedeni her projenin kendine has özellikler göstermesidir. Matriks proje organizasyonunun yararlarını şöylece sıralamak mümkündür;

- Esnek bir yapı olduğu için çevreye uyum kolay olur.
- Farklı projeler nedeniyle bu projelere katılan personelin daha iyi yetişmesini sağlar.
- İnsan gücünden daha iyi yararlanma imkanı sağlar.
- Uzmanlığa dayanan bir çalışma sistemi uygulanmış olur.
- Bir projede edinilen bilgiler sonraki projeler için tecrübe niteliğindedir.
- Projede görevli personel, proje bitince fonksiyonel görevine dönebilmektedir.
- Haberleşmenin gelişmesi ve karar verme noktalarının artmış olması, acil durumlarda çabukluk sağlar.<sup>72</sup>

Matriks organizasyon yapısının sakıncalarına ya da diğer bir ifade ile doğabilecek sorunlara ilerki bölümlerde değinilecektir.

---

<sup>72</sup> Erol EREN, Yönetim ve Organizasyon, İstanbul Üniversitesi, İşletme Fakültesi, İşletme İktisadi Enstitüsü, Yayın No:129, İstanbul, 1991, s.190.

### 2.3.1.2. Matriks Organizasyonun Başarı Koşulları

Matriks organizasyonlar aşağıdaki koşulların gerçekleştirilmesi durumunda daha başarılı olabilmektedir.<sup>73</sup>

- Büyük projelerin gerçekleştirilmesi durumlarında.
- Bilgi ve yetenek çeşitliliğine yüksek düzeyde ihtiyaç duyulduğu durumlarda.
- Koşulların proje gerçekleştirilirken değiştiği durumlarda.
- Koordinasyon, sorun çözme ve zamanlamanın kompleks ve önemli olduğu durumlarda.
- Personelin nitelik ve tutumları açısından profesyonel olması durumlarında.
- Gelişmiş teknolojinin hakim olduğu endüstri dallarında.

### 2.3.1.3. Matriks Organizasyona Geçiş Nedenleri

Matriks organizasyon, 1960 yılından beri Amerika'da ulusal havacılık örgütü olan NASA'da görülebilmektedir.<sup>74</sup> Daha sonraki yıllarda kimya, elektronik, ilaç endüstrisi, üniversiteler ve hastaneler gibi sektörlerde uygulanma alanı bulmuştur. Matriks organizasyona geçiş nedenlerini şöylece sıralamak mümkündür;

- Çevre şartlarının çok değişken ve büyüme imkanı sağlar nitelikte olması.

---

<sup>73</sup> KOÇEL, a.g.e., s.187.

<sup>74</sup> EREN, a.g.e., s.188.

- Organizasyonun büyük ve önemli ölçüde ürün farklılaştırmaya gitmiş olması.
- İşletme faaliyet sahasının yeniliklere ve gelişmelere açık olması.
- Personelin yetenekli, ekip çalışması ruhuna yatkın, bireysel çatışmalara dayanıklı olması.

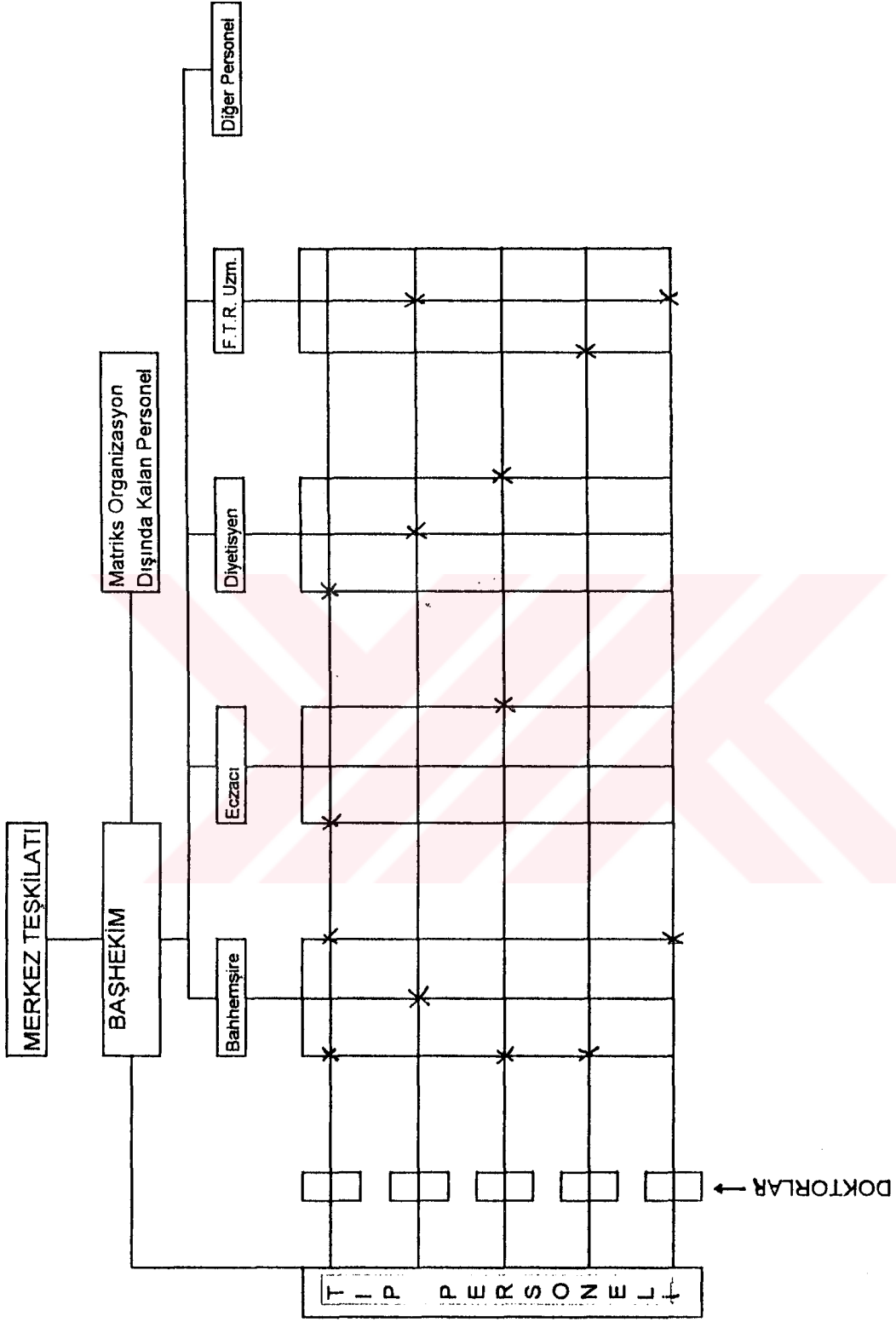
### *2.3.2. Hastanelerde Matriks Yapı*

Hastaneler tipik olarak matriks organizasyonlardandır. Faaliyetlerin tıbbi hizmetler, hemşirelik hizmetleri gibi gruplandırılması fonksiyonel gruplandırılmayı ifade eder. Başhekim ve başhemşire ise birer fonksiyonel yöneticidir.

Tıbbi hizmetlerin kendi içinde dahiliye, hariciye, göz, KBB gibi gruplandırılması ise hizmet esasına göre gruplandırmadır ve proje organizasyonunu ifade eder. Projenin konusu belli türde hastalığın tedavisi, projenin kendisi ise her hangi bir hastanın tedavisidir. Örneğin, göz servisindeki bir hastanın tedavisi bir projedir. Tedavi şahsileştirilmiştir ve tedaviye katılan personel, başka bir hastanın tedavisinde değişebilmektedir. Birinde hekim ve hemşire yeterli olabilirken, bir başkasında çeşitli sağlık teknisyenleri, amelyathane personeli gibi kişiler de tedaviye katkıda bulunabilmektedir. Projenin yöneticisi ve sorumlusu durumunda bulunan hekim için her hasta bir projedir. Projeye katılan personel hem proje yöneticisi hekime; hem de fonksiyonel bağlamdaki yöneticisine karşı sorumludur (Şekil:6).<sup>75</sup>

---

<sup>75</sup> SEÇİM, a.g.e., s.25-26.



Şekil: 6, Hastanelerde Matriks Organizasyon Şeması.

### 2.3.2. Hastanelerde Karmaşık Yapı

Hastaneler aynı büyüklükteki diğer organizasyonlara kıyasla daha karmaşık yapıya sahiptir. Hastanelere karmaşıklık özelliği veren sebeplerin başında hastane çevresinin kompleksliği gelmektedir.<sup>76</sup> Çeşitli örgütlenmiş meslek gruplarının, sigorta şirketlerinin, kamu kurum ve kuruluşlarının hastaneler üzerindeki etkileri gün geçtikçe artmaktadır.

Hastane karmaşıklığının bir diğer sebebi ise hastaneye olan talebin yapısıdır. Sağlık hizmeti talebinde bulunan kişilerin hastaneye müracaatları düzensizdir. Hastalıklardaki farklılıklar ve müracaatlardaki düzensizlikler nedeniyle talep doğru olarak tahmin edilememektedir. Bu nedenle bütün birimlerin her zaman için hizmete hazır bulundurulması gerekir. Bu durum ise gereğinden fazla fiziki donanım ve personel istihdamı demektir. Fakat hastane amaçları göz önünde bulundurulduğunda bu bir zorunluluktur.

Aşırı iş bölümü ve uzmanlaşma da karmaşıklığın bir diğer sebebidir. Tıp alanındaki özellikle son asırdaki ilerlemeler, uzmanlık dallarının artmasına ve hastanelerdeki personel sayısı ile meslek gruplarının büyük sayılara ulaşmasına neden olmuştur. Amerika'da 1971'de hastanelerde yapılan bir araştırmada 800 değişik iş ünvanı saptanmıştır.<sup>77</sup> Dolayısıyla bir hastanın tedavisi için devreye giren kişi sayısı artmaktadır. Birbirinden farklı, psikolojik, sosyal, kültürel ve eğitim seviyesine sahip personelin yönetimi de zorlaşmaktadır.

---

<sup>76</sup> A.g.e., s.20.

<sup>77</sup> A.g.e., s.21.

Tıbbi teknolojideki hızlı gelişmeler karmaşıklığın bir diğer sebebidir. Çok büyük sayıda çeşitliliğe ve yüksek seviyede teknolojik özelliğe kavuşan tıbbi teknoloji, hastanelerde yeni uzmanlık alanlarının doğuşunda da etken olmuştur. Bir çok tıbbi cihazı sadece o konuda uzmanlık eğitimi almış personel kullanabilmektedir.

Hizmet konusunun insan hayatı olması ve bu hizmetin acil ve önemli olması personel üzerinde strese neden olmaktadır. Bu durum ise karmaşıklığı artırıcı bir faktördür.

Hastanenin matriks yapısından kaynaklanan ikili emir-komuta ilişkisi karmaşıklığın bir diğer sebebidir.

### ***2.3.3. Hastane Kuruluş Yeri ve Mimari Özellikleri***

Hastane binası için seçilen arsalarda şu özellikler aranmalıdır.<sup>78</sup>

- Toz, toprak ve dumanlara maruz kalmamalıdır. Büyük sanayi kuruluşlarının yanında bulunan hastaneler bunların dumanlarından olumsuz şekilde etkilenecektir.

- Bataklık ve sisli yerler olmamalı.
- Depreme ve toprak kaymasına karşı dayanıklı sağlam zemin aranmalı.
- Bol güneşli ve havadar yerler tercih edilmeli.
- İç karartan yerler yerine, güzel manzaralı yerler aranmalı.
- Kanalizasyon tertibatı ve su kaynakları açısından müsait olmalı.

---

<sup>78</sup> MUTLU, a.g.e., s.35.

- Şehir merkezine ve ana yollara bağlantısı iyi olmalı.
- İllerdeki büyümeler de dikkate alınarak, yeterli büyüklükte olmalı.

Hastane kuruluş yeri için bir takım kıstasların da göz önünde bulundurulması gerekir. Bunları ise şu şekilde özetlemek mümkündür.

Üretilcek sağlık hizmetinin önceden yapılan talep tahminlerine uygun olarak ihtiyaç duyulan yerlerde gerçekleştirilmesi gerekir. Hastane hizmetleri belli bir bölgeyle sınırlı olduğu için talep iyi tespit edilmelidir. Kemik hastalıklarının görüldüğü bölgelerde kemik hastalıkları hastanesi veya kanserin çok görüldüğü bölgelerde kanser hastanesi inşa edilir.

Pazar durumunda göz önünde bulundurulan diğer bir özellik ise özel hastaneler gelir seviyesi yüksek yerlerde, devlet hastaneleri ise hemen her yerde tesis edilebilmektedir.

#### - Malzeme ve İş Gücü Temini

Hastanelerde mamül veya yarı mamül olarak kullanılan binlerce malzeme mevcuttur. Bu malzemelerin zamanında ve ihtiyaca uygun olarak temin edilmesi, insan hayatı ve hastane verimliliği ve etkinliği açısından son derece önemlidir. Bu nedenle hastaneler yapılırken, bu malzemelerin kolayca temin edildiği büyük şehirler tercih edilmiştir. Artan ulaşım imkanları sebebiyle bu durumun önemi azalmıştır.



Hastaneler çok sayıda ve yüksek nitelikte personel istihdam eden kuruluşlardır. Ülkemizde sağlık personelinin büyük bir kısmı büyük şehirlerde yığılmış durumdadır. Dengeli bir personel politikasının izlenmesi gerekmektedir.

Hastane, kendisine müracat edecek insanların kolayca ulaşabilecekleri, şehir içi trafikten olumsuz etkilenmeyecek yerlerde inşa edilmelidir. Özelliği gereği acil yardım ve trafik hastaneleri büyük şehirlerarası yollara yakın kurulur. Doğumevlerinin ise şehir merkezinde kurulması uygundur.

Ulaşım konusunda diğer bir nokta ise gerek hastanenin üretilip sattığı ve gerekse satın aldığı malzemelerin en ekonomik, en uygun ve en emniyetli şekilde temin edilmesidir.

Hastaneler için özellikle elektrik enerjisinin kolay temin edildiği, petrol ve yan ürünlerinin, katı yakıtların en düşük maliyetle temin edildiği yerler kuruluş yeri için tercih edilebilir.

Büyük oranda suya ihtiyacı olan hastanelerin bol su kaynaklarına ihtiyacı vardır. Kullanılacak bu suyun her bakımdan temiz olması gerekir. İçme suyu yada temizlik için kullanılan suyun temiz olmaması halinde arıtma giderleri gündeme gelecektir.

Hastane mimari yapı unsurları içerisinde, hastane binasının yönü önem arz etmektedir. Soğuk bölgelerdeki binaların güneşten azami istifade için, hasta odaları güneye bakacak şekilde doğu-batı istikametinde blok inşaatlar halinde yapılması uygundur. Rüzgardan ve yağmurdan da korunmalıdır.

Sıcak bölgelerde ise güneş ışınlarının olumsuz etkilerinden korunmalıdır. Rüzgardan istifade edecek şekilde yerleşime gidilmelidir. Sıcak bölgelerde hakim rüzgarlar kuzeybatı veya güneybatı yönünden eser. Bunun için hastanenin güney-kuzey veya doğu-batı yönünde 45 veya 60 derecelik açılarla yönlendirilmelidir.<sup>79</sup>

Mimarideki gelişmeyle birlikte hastane yapılarında da değişik uygulamalar görülmüştür. Farklı yapı tiplerine gidilmesinin sebebi; arsadan daha iyi yararlanmanın yanında, hastane iş akışını kolaylaştırıp daha iyi hizmet üretebilme düşüncesidir.

#### ***2.3.4. Hastanelerde Sağlık Hizmeti Üretimi***

Hizmet işletmeleri; başkalarının ihtiyaçlarını tatmin etmek için hizmet üreten ve satan iktisadi birimlerdir. Hizmet ise herhangi bir insanın ihtiyacını gidermek için belirli bir fiyatla satılan ve fiziki bir malın sahipliğini gerektirmeyen faaliyettir. Hizmetin özellikleri şunlardır:<sup>80</sup>

- Hizmet soyuttur, fiziki boyutları yoktur.
- Hizmet üreticisinden ayırt edilemez. Birbirinden farklı pazarlarda aynı anda pazarlanamaz. Depolanamaz ve stoklama sorunları yoktur. Çeşitli hizmetler aynı anda pazarlanamaz.
- Hizmetler standartlaştırılmaz. Hizmetin kalitesi önceden ve kesin olarak ölçülemez. Niteliği üreticisinin niteliğine bağlıdır. Hizmet arz miktarı ile talep arasında denge kurmak her zaman işletmenin elinde değildir.

---

<sup>79</sup> ÖZDİLEK ve AKGÜN, a.g.e., s.36.

<sup>80</sup> Ömer DİNÇER, Stratejik Yönetim ve İşletme Politikası, Timaş Basımevi, 2.Baskı, İstanbul, 1992, s.377.

Sağlık hizmeti, bu hizmete ihtiyacı olanlara hastane işletmelerinde üretilip satılan bir hizmet çeşitidir. Sağlık hizmeti metre, kilogram gibi çeşitli ölçü birimleriyle tanımlanamayan soyut bir kavramdır. Kullanıcının bu hizmeti ölçme imkanı yoktur. Hizmet standart değildir. Sağlık hizmeti üreticileri olan hekim, hemşire gibi sağlık personelinden ayrı düşünülemez. İhtiyaç anında üretilmek zorunda olunan sağlık hizmeti depo edilemez.

Diğer işletmelere kıyasla hastanelerde önde gelen amaç etkinliktir. İyi bir hasta bakım hizmeti esas alınır. Sağlık hizmetinin bir kamu hizmeti olmasının yanında, hastanelerin özelliklerinden kaynaklanan bir takım nedenler, hastaneleri diğer işletmelerden ayrı olarak düşünmeye sevk etmektedir. Fakat ister mülkiyet itibariyle özel hastaneler olsun, isterse kamu hastanelerinde olsun hastaneleri modern işletmecilik anlayışının haricinde ele almak büyük bir yanlıdır. Genel bütçe içerisinde % 3.7'lik bir paya sahip bulunan sağlık sektörümüzde çok sayıda insanımız çalışmaktadır. Sorunlar ağıyla çevrili bu sektörümüzün hemen hemen bütün sektörlerle doğrudan ya da dolaylı ilişkisi söz konusudur. Etkinliğin ve verimliliğin yükselen değerler olduğu günümüzde, hastanelerin modern işletmecilik anlayışıyla yönetilmesi gerekmektedir.

### ***2.3.5. Hastane Faaliyetlerinde Süreklilik***

Tedavi ihtiyacı ile hastaneye başvuran insanların tedavisi reddedilemez özelliğe sahiptir. Diğer taraftan yoğun bakım üniteleri başta olmak üzere bir kısım hastanın ise sürekli gözetim altında tutulması gerekmektedir. Bu sebeplerden dolayı hastaneler, yılın her günü ve 24 saat hizmet vermek zorundadır.

Faaliyetlerindeki bu sürekliliğin gereği olarak bir kısım personel nöbet usulüyle çalışmak zorundadır. Gündüz çalışan personele oranla gece nöbetlerinde çalışan personel sayısı daha azdır. Buna rağmen kendi aralarındaki ilişkilerde ve göreve olan sadakatlerinde zayıflık görülmektedir. Gece çalışan personelin iş tatmini ve motivasyonu daha zor olmaktadır. Bu durum ise hastanenin etkinliğini ve verimini olumsuz yönde etkilemektedir. Hastane faaliyetlerinin kontrolü ve hastaların sağlığı açısından gece yönetimi büyük öneme sahiptir.

## ***2.4. Hastanelerin Diğer Özellikleri***

### ***2.4.1. Hastane Yaşantısının Boyutları***

Hastane yaşantısı; nüfus çokluğu, üretim ve tüketim hacmi, meslek gruplarının çeşitliliği gibi bir takım faktörler nedeniyle küçük bir şehri andırmaktadır. Birçok hastanenin nüfusu binlerle ifade edilmektedir. Toplumun her kesimini yansıtacak nitelikte çeşitli kültür, eğitim, yaş, cinsiyet gibi farklı özelliklere sahip insan bulunmaktadır. Yüzlerce iş kolunun faaliyette olduğu hastanelerde; cami, gazeteci, banka, çiçekçi, postane, kafeterya, kantin, polis, ayakkabıcı, dershane, dernek, TV-video salonları, konferans, film ve konser salonları ve berber gibi iş kolları mevcuttur.

### ***2.4.2. Hastanelerde Etkinlik***

Etkinlik; her hangi bir faaliyetin amaçlarını gerçekleştirme derecesi olarak ifade edilebilir. Bilimsel Yönetim Düşüncesi Dönemi'nden itibaren geçerliliğini koruyan etkinlik kavramı, verimliliği de içerdiği gibi, moral uyum kabiliyeti, esneklik gibi soyut unsurları da kapsar.<sup>81</sup>

---

<sup>81</sup> Atilla BARANSEL, Çağdaş Yönetim Düşüncesinin Evrimi, Klasik ve Neoklasik Yönetim ve Örgüt Teorileri, Cilt 1, İstanbul Ü., İşletme F., İşl. İktisadı Ens.Yayın No:150, Şişli, 1993, s.35.

Her hangi bir bireyin veya organizasyonun amacını gerçekleştirmiş olma bakımından etkinlik ölçüsünün anlamı büyüktür. Etkinlik ölçüsü yüksek olan organizasyonlar amacına daha çok yaklaşmış sayılır. Beşeri faktörlerle ilgili olan etkinlik, organizasyonun dış çevre faktörlerinin de etkisi altındadır.

#### ***2.4.3. Hastanelerde Sosyal Sorumluluk***

Hastanelerin topluma karşı yerine getirmek zorunda oldukları yükümlülükler, diğer organizasyonlara nazaran daha çoktur. Sosyal hizmet şefliği, hastane derneği, halkla ilişkiler memurluğu gibi birimlerin oluşturduğu hastanelerde sosyal fonksiyonların önemli bir yeri vardır.

Sağlığın bir kamu ihtiyacı olma niteliğinden dolayı hastaneler bir hayır kurumu niteliğine de sahiptir. Maddi durumu sağlık hizmeti almaya elvermeyen kişilerin de hastanelerde teşhis ve tedavilerinin yapılması gerekmektedir ki bu durum da hastane amaçlarından sayılmaktadır.

Çevre temizliğine duyarlı olan hastanelerin, çevreyi kirletmemelerinin yanında, bazı hastanelerde mevcut olan çöp imha tesislerinden çevre de faydalanabilmektedir.

#### ***2.4.4. Zorunlu Fakat Pahalı Kuruluşlardır***

Sağlık hizmeti özelliği gereği acillik ve zorunluluk arzeder. Her ne kadar hasta kendisi için lazım olan sağlık hizmeti arzının nitelik ve niceliğini bilmesede de bu hizmeti zorunlu olarak alması gerektiğini düşünür.

Gelişmiş ülkelerdeki sağlık sektörünün GSMH içindeki payı %10'u aşmıştır.<sup>82</sup> Bu sayı o ülkelerdeki sağlık sektörünün durumu bakımından önemli bir göstergedir. Yüksek ücretle çalışan uzman personel çokluğu ve yüksek teknoloji kullanımı hastaneleri sermaye yoğun kuruluşlar haline getirmiştir. Sağlık harcamalarındaki tırmanışın sebebi hastanelerin birer ekonomik canavar haline dönüşmüş olmasıdır.<sup>83</sup>

Fert başına düşen hastane masrafları giderek yükselmektedir. Sosyal güvenlik şemsiyesi altında bulunanların bile aile tüketim harcamaları içindeki sağlık payı gün geçtikçe artmaktadır. Bu duruma sağlık personelinin iş ahlakındaki değişik görüşlerinden doğan karmaşık durumda eklenince sağlık harcamaları daha da artmaktadır.

#### *2.4.5. Hastanede Teorik ve Pratik Eğitim*

Hastaneler, eğitim ve araştırma faaliyetlerinde teorik ve pratik eğitimin birlikte verildiği kuruluşlardır. Özellikle eğitim hastanelerinde görülen bu uygulama bütün hastaneler için geçerlidir. Bu durum hastane harici kuruluşlarda nadiren görülebilmektedir.

---

<sup>82</sup> Sağlık Bakanlığı, Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yıllığı 1994, s.104.

<sup>83</sup> Peter F.DRUCKER, Gelecek İçin Yönetim, Çev;Fikret Üçcan, İş Bankası Yayın No:327, 1994, s.103.

#### ***2.4.6. Hastanede Sağlık Hizmeti Arzı ve Talebi***

Gelişen ekonomik ve sosyal sistem, insanların sağlığa daha büyük önem vermelerine neden olmaktadır. Bu durum ise hastanelere olan talebi artırmaktadır.

Türkiye'de yataklı tedavi kurumları 1994 yılında 70 milyonun üzerinde poliklinik hizmeti vermiştir. Çalışan kesim açısından düşünüldüğünde bu rakamın ülke ekonomisi için ifade ettiği mananın çok büyük olduğu anlaşılacaktır. Çünkü; ortalama 1.5-2 gününü hastanede geçiren bir çalışan üretici konumundan tüketici konumuna geçmiştir ve ekonomiye katkı sağlayamamaktadır.

Hastanelerdeki çağdaş yönetim anlayışı içerisinde yapılan verimliliği artırıcı çalışmalar neticesinde bu sayının aşağılara çekilmesi ülke ekonomisine trilyonlarca lira katkı sağlayacaktır. Bu ise yöneticilik alanında eğitim almış profesyonel yöneticiler sayesinde mümkündür.

#### ***2.4.7. Hastane Personeli İçin Avantaj ve Dezavantajlar***

Hastalarla yüzyüze ilişkide bulunan sağlık personelinin enfeksiyon kapma ihtimali oldukça yüksektir. Bir çok zaman hastasından kaptığı hastalık yüzünden ölen doktorlar gündemi oluşturmuştur. Taşıyıcı konumunda bulunan hastane personelinin, enfeksiyonu yakınlarına da bulaştırması mümkündür.

Diğer taraftan hastane ortamı mutlu insanların az olduğu bir ortamdır. İzdırıp çeken, inleyen insanlar etraflarına da hüznü yaymaktadır. Hastane personeli bu ortamdan ister istemez etkilenmekte, strese girmektedir. Doğal olarak bu durumdaki personelin performansı düşecektir.

Hastaneler personel açısından bir takım avantajlar da oluşturmaktadır. Kolay ve sürekli sağlık hizmetinden istifade etmek bunların başında gelir. Yakınlarına sağlık işlerinde yardımcı olmanın getirdiği tatmin duygusu ve toplumda değer kazanma bir diğer avantajdır. Hastanenin personeline tanıdığı ücretsiz yemek, giyecek, yakacak yardımı döner sermayeden pay gibi haklar ise diğer avantajlardır.

#### *2.4.8. Hastanede Otelcilik Hizmetleri*

Hastane, müşterisi hasta olan bir oteldir.<sup>84</sup> Günün her anında bakım ve ilgiye muhtaç olan hastalar hastane için birer misafirdir. Ailelerinden ayrı, çeşitli acılara muhatap bu misafirlerin, acılarının dindirilmesi ve mutlu edilmelerine çalışılmaktadır. Bu durum da hastane hizmetleri yönetiminin ne kadar zor olduğunun bir işaretidir.

Hastaneler; hastaların, refakatçilerin ve personelin barındırıldığı kurumlardır. Bu kişilerin güvenli bir ortamda bulunmaları, yeme, içme, ısınma, temizlik gibi ihtiyaçlarının giderilmesi gerekmektedir. Bütün bu faaliyetler hastanelerin otelcilik ya da diğer ifade ile ev idaresi hizmetleri kapsamındadır.

---

<sup>84</sup> ÖZDİLEK ve AKGÜN, a.g.e., s.93.



### **3. YÖNETİM BAKIŞ AÇISINDAN HASTANE**

#### **3.1. Hastane Yöneticiliğinin Önemi ve Gelişimi**

Günümüz ekonominin şartları hastanelerde öyle tehlikeler oluşturabilir ki, bunların gerçekleşmesi halinde hastaneler, insan hayatını yok eden, kendi yaşama ve gelişmelerini de büyük ölçüde kaybeden kuruluşlar haline gelirler.<sup>85</sup> Bu yüzden doğabilecek sorunların önceden tespit edilmesi ve çözüm yolları aranması gerekmektedir. Bu durum ise hastanelerde yönetimin en önemli bir fonksiyon olduğunu göstermektedir.

Hastane işletmeleri kar amaçlı diğer işletmelerden farklı olarak, kardan ziyade hizmete ağırlık vermek zorundadır. Sağlık hizmetlerindeki üretimin miktarını ve bu hizmetin kalitesini, sağlık hizmeti kullanıcılarının isteği yerine onun ihtiyacına göre sağlık hizmeti üreticileri belirler. Hizmet üretiminin gereği olarak ürün depo edilememektedir. Sağlık hizmeti ihtiyaç anında üretilmek zorundadır ve geciktirilmesi hayati tehlikeler doğurabilir. Hastaneleri diğer işletmelerden ayıran bu özellikler nedeniyle hastane yöneticiliği genel yönetimin bir uzmanlık dalı olarak gelişmiştir.

##### **3.1.1. Dünyada Hastane Yöneticiliğinin Gelişimi**

Kiliselerin etkisindeki hastanelerde, ilk hastane idarecileri olarak papazlar görünmektedir.

Zamanla kiliselerin etkisinden kurtulan hastanelerde, başhekimlik tam yetkili olarak gelişmiştir. Sonraki yıllarda ise başhekimin bütün branşları kontrol

---

<sup>85</sup> A.Haydar KIRAL, Hastane İşletmeleri Yönetiminde Temel Bilgiler, Ankara, 1976, s.1.

edemeyeceği anlaşıldı. Bylece hastanede tıbbi fonksiyon ve sağlık personeli fikri yaygınlık kazandı.

Bugün bile bir çok insana göre hastaneyi en iyi doktorlar yönetir. Bu görüşün gelişmesindeki en büyük neden, hastane idareciliğinin batı ülkelerindeki, özellikle Amerika Birleşik Devletleri'ndeki doğrudur. ABD'de ilk hastane idarecileri otel katipleri, benzin istasyon personeli gibi mesleklerden idi.<sup>86</sup> Elbette hastaneyi iyi tanımayan bu kişilerin daha yüksek seviyede eğitim almış hekim grubunun etkisinden kurtulmaları ve yöneticilikte başarılı olmaları düşünülemez.

Amerikan Cerrahlar Birliği'nin 1920 yılına doğru hastaneleri standartlaştırma çalışmaları sırasında, her hastaneye bir idareci tespit etmesi hastane idareciliğinin gelişmesinde büyük bir adım olmuştur.

Katolik Hastanesi Derneği'nin kurucusu Charles Moulinier tarafından 1928 yılında Marquette niversitesi'nde, uzun ömürlü olmasa da ilk hastane idareciliği kursu açılmıştır. 1932 yılında ise ilk Hastane İdareciliği Yüksekokulu kurulmuştur.<sup>87</sup>

Takip eden yıllarda çeşitli üniversitelerde kurs, lisans, lisans üstü ve doktora seviyesindeki bir çok proğramda hastane idarecisi yetiştirilmektedir.

II.Dünya Savaşı sonrası, 1950'li yıllarda hemen her alanda olduğu gibi hastanelerde de büyük gelişmeler olmuştur. İş bölümü ve uzmanlaşmanın oldukça yüksek olduğu ve hızla geliştiği hastanelerde, hastane idareciliği mesleği de

---

<sup>86</sup> AK, Hastane Yöneticiliği, s.101.

<sup>87</sup> A.g.e., s.103.

gelişmiştir. Nasıl ki, beyin cerrahı göz hastalarına bakmaz ve göz doktorunun işine karışmaz ise hastane idareciliği mesleği de ihtisas gerektiren bir konudur ve yönetim alanında eğitim almış kişilerin işidir.

### *3.1.2. Türkiye'de Hastane Yöneticiliğinin Gelişimi*

Dünya'da bilinen ilk hastane idarecisi 850-923 yıllarında yaşamış büyük Türk hekimi Mehmet Razi'dir ve Bağdat Hastanesi'nde hastane müdürlüğü yapmıştır.<sup>88</sup>

14. ve 15. asırlardan itibaren özellikle Kanuni devrindeki hastanelerde hekimlik ve idarecilik çok iyi yönlendirilmişti. Hekimlerin görevi hasta tedavisi ve tıbbi geliştirmektir. İdari hizmetlerin başında tıp dışından olan bir hastane nazırı, tıbbi işlerin başında ise hekimbaşı yer almaktadır.<sup>89</sup>

Vakıf Gureba Hastanesi Müdür-i Hastane, Enderun Hastanesi ise Bimarhane Ağası veya Tımarhane Ağası denilen ve hekim olmayan kişilerce yönetiliyordu.<sup>90</sup>

Türkiye'de sağlık idareciliğine ihtiyaç gerçek anlamda 1960'lı yıllarda belirginleşmiştir. Bu ihtiyaç 1.Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda da yer almış ve plandaki hedef doğrultusunda sağlık idareciliği alanında eğitim vermek üzere 1963 yılında Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'na bağlı olarak ilk Sağlık İdaresi Yüksekokulu açılmıştır.

---

<sup>88</sup> A.g.e., s.101.

<sup>89</sup> A.Haydar KIRAL, Türkiye'de Sağlık İdareciliğinin Tarihsel Gelişimi, Sağlık Yönetimi Dergisi, Sayı:7, Mart 1989.

<sup>90</sup> AK, Sağlık Hizmetlerinde Yönetim, s.176-177.

Daha önceki adı Hastane İdaresi Yüksekokulu olan ve önlisans eğitimi veren Hacettepe Üniversitesi bünyesindeki okul, 1975 yılında Sağlık İdaresi Yüksekokulu olarak lisans eğitimine dönüştürülmüştür.

Bu iki okul 1982 yılında Hacettepe Üniversitesi bünyesinde birleştirilmiştir.

Bugün için Türkiye'de G.A.T.A., Hacettepe, İstanbul, Gazi, Ege, Anadolu Üniversiteleri gibi değişik eğitim kurumlarında önlisans, lisans ve yüksek lisans gibi seviyelerde sağlık idareciliği konusunda eğitim verilmektedir.

### ***3.2. Hastane Yöneticisinin Değişen Roller***

Organizasyon amaçlarının gerçekleştirilmesi yolunda yöneticiler farklı modellerde rol davranışı gösterebileceklerdir. 1920'li yıllardan günümüze kadar gelişen bu rolleri dört ana grupta toplanabilir. Tüm yöneticilerin bu rollerden birine mutlaka uyması gerekmez. Değişik durumlarda değişik roller söz konusudur. Bu roller tarihi süreç içerisinde gelişim göstermesine rağmen, bu gün bu rollerden her hangi birine uyacak hastane ya da yönetici bulunabilir.<sup>91</sup>

#### ***3.2.1. İş Yöneticisi Rolü***

Hastane yöneticisinin ilk rolü iş yöneticisi rolü olmuştur. 1920 ile 1950'li yıllarda geçerli olan bu rolde; müdür yönetim ekibinin direktifleri doğrultusunda hekimlerin ihtiyacı olan malzeme ve personeli tedarik etmekte ve bunları yönetmektedir. Yönetim ekibi ise dış ilişkilerden, kontrol altındaki fonlardan ve

---

<sup>91</sup> Mehtap GÜR, Ders Notları, Hacettepe Ü. Sağlık İdaresi Y.O., 1988, s.1.

hastanenin amaçlarını belirlemekten sorumluydu. Diğer taraftan hastane içi olaylarda da söz sahibi idi.<sup>92</sup>

Bu tip rol hala bir çok organizasyonda yaygın olarak görülmektedir. Bu rolde yönetici diğer modellere göre daha az etkilidir. Sağlık uzmanı azlığı nedeniyle hemşireler yönetim üzerinde baskındır.

### **3.2.2. Koordinatör Rolü**

1950'li ve 1960'lı yıllarda örgüt ve çevre faktörlerindeki değişimler, hastanelerin sosyal fonksiyonlarını daha karmaşık hale getirdi. Bu dönemde yönetim kurulunun etkisi ve doktorların özerkliği azaldı. Uzmanlaşma ve toplu sözleşme gibi sosyal olaylardaki gelişmeler, personel yönetimindeki ilişkileri daha kritik hale getirdi.<sup>93</sup> Bu nedenle gerek birimler arası ve gerekse dış çevre ile olan koordinasyon önemli hale geldi ve hastane yöneticisinin koordinatör rolü önem kazandı.

Koordinatör rolünde yöneticinin görevleri şunlardır:<sup>94</sup>

1. Eğitim, araştırma ve sağlık hizmetlerinin sunumu, toplumsal sağlık programlarına katılım gibi amaçların gerçekleştirilmesini koordine eder.
2. Tespit edilen politikaların uygulanmasından ve birimler arası haberleşmeden sorumludur.
3. Hastane fonksiyonlarını belirleyip, tayin ettiği personelin formel sorumluluklarını belirler.

---

<sup>92</sup> SEÇİM, a.g.e., s.43.

<sup>93</sup> GÜR, a.g.e., s.5.

<sup>94</sup> AK, Hastane Yöneticiliği, s.106.

4. Hastaneyle alakalı olarak hükümetin düzenlediği toplantılara katılır ve gerekli raporları hazırlar.
5. Halkla ilişkiler programını geliştirir.
6. Hastanenin fiziki ve finans kaynaklarının etkin kullanımı ve kontrolünü sağlar.
7. Hastane idarecisi olarak kendini geliştirici programları izler.

### **3.2.3. Başkan Rolü**

Hastane yöneticiliğinin koordinatör rolündeki gelişmeler 1970'li yılların sonlarına doğru, özel bir işletmenin başkanı rolüne benzer bir başkan rolünü teşvik etmiştir.

Başkan; hastaneyi yönlendiren bir sosyal değişim ajanıdır. Sorumlulukları çok yüksek düzeyde mesleki girdi gerektiren, aşırı sermaye ve yoğun emek isteyen bir işletmenin başkanının sorumluluklarıyla aynı sayılır.

Başkanın sorumlulukları şunlardır:<sup>95</sup>

1. Amaçları ve planları belirlemek
2. Planlama ve önceliklere göre kaynak ayrımı yapmak
3. İşletme politikalarını formüle etmek
4. Organizasyon yapısını tespit etmek
5. Yerine gelecek yöneticileri yetiştirmek
6. Hükümet ve diğer kişi ve kuruluşlarla ilişkileri temin etmek
7. Yönetim kurulu yöneticileri ile ilişki kurmak
8. Kontrol standartları saptamak ve başarıyı denetlemek

---

<sup>95</sup> GÜR, a.g.e., s.6.

Klasik Yönetim Teorisi'ne daha yakın olan başkan rolünde, yönetim kurulunun etkisi azalmıştır. Yönetim kurulunun görevi dış çevreden destek ve kaynak sağlamak olarak gelişmiştir.

Tıbbi personel katılımcı olmaktan çok uzlaşmacı bir görünüme kavuşmakta olduğundan, tıbbi personel tarafından bu rol kabul edilememiştir.

Yüksek seviyede bilgili olması gereken başkan, fonksiyonel uzmanlıkların temin edeceği bilgilerle daha da güçlenip, hiyerarşik düzenlemelerde kuvvet bulur.

#### *3.2.4. Yönetim Ekibi Önderliği Rolü*

Hastane idarecisinin rolü 1980'li yıllarda otoriter nitelikteki başkandan, daha demokratik yapıdaki yönetim ekibi önderliğine doğru eğilim göstermiştir.<sup>96</sup>

Yönetim ekibi önderliği rolü, hastane amaçlarının gerçekleştirilmesi doğrultusunda, üst yönetim düzeyinde bir ekip geliştirilmesi gerektiğini varsayar. Yönetim ekibi hastanenin tüm faaliyetlerinden ve hastanenin mal varlığının yönetiminden sorumludur. Bu, hastane idarecisinin sorumluluklarının değiştiği anlamına gelmez.

Yürütme açısından organizasyonun en üst noktasında bulunan hastane müdürü, yönetim ekibinden aldığı görevleri fonksiyonel yöneticilere devretmektedir. Tıp hizmetlerini başhekime, hemşirelik hizmetlerinin yürütülmesini ise başhemşireye bırakmak gibi. Bu bakımdan hastane faaliyetleri; hastane müdürü ve fonksiyonel yöneticilerin oluşturduğu bir ekip tarafından

---

<sup>96</sup> SEÇİM, a.g.e., s.44.

yürütülür. Bu ekipte, emir-komuta ilişkisinden çok ortaklık ilişkisi görülmektedir. Bu ekip içinde hastane müdürünün rolü ise önderliktir.<sup>97</sup> Hastane idarecisi burada, otoriter tekniklerden ziyade daha demokratik, personelin kararlara katılımını, bilgi paylaşımını, amaçlara göre yönetim tekniklerini uygulayan ve yönetim ekibinde kararların alınmasını koordine eden kişidir.

Yönetim ekibi önderliği rolünde, başkanın yasal otoritesinden ziyade amaçların gerçekleştirilmesi üzerinde durulur. Bu rolde kararlara katılım söz konusu olduğundan, örgütsel çatışmanın istenmeyen boyutlara ulaşması da belli ölçülerde engellenmiş olur.

Ekip; kaynakları, amaçları, öncelikleri belirleme, politikaları formüle etme ve standartları belirleme sorumluluğuna sahiptir. Yönetim kurulu bu sorumlulukların yerine getirilmesinde ekibe imkan sağlar ve sorumlu tutar. Kararların uygulanması ve sonuçların sorumluluğu yönetim şeflerindedir.

Gittikçe karmaşıklaşan ve büyüyen hastanelerde bir kişinin her alanda yönetici konumunda bulunması imkansızdır. Bu tip organizasyonlarda yönetim bir kişiyi aşar ve ekip çalışmasını gerektirir.

Özellikle ABD'de değişim ve gelişim gösteren bu roller, farklı ülkelerde farklı seviyelerde bulunabilir. Gelecekte de bu rollerin değişeceği beklenmelidir. Bu gün için bir çok kişi tarafından hastane yönetimi için en uygun rol olarak görülen yönetim ekibi önderliği rolü yerini daha iyi bir role bırakabilecektir. Bu ise ancak mevcut yöneticilerin değişimden korkmadan, statükoyu yasal otorite ile güçlendirme yerine, örgüt amaçlarına ulaşma yönünde değişik rol modelleri geliştirmeleri ile olacaktır.

---

<sup>97</sup> A.g.e., s.42.



### ***3.3. Hastanede Yönetim Kaynakları***

Her hangi bir işletmenin amaçlarına ulaşabilmesi, faaliyetlerindeki kaynak kullanımına bağlıdır. Hastanedeki yönetim kaynaklarının diğer işletmelerden bir farkı yoktur. Fakat bu kaynaklarda önem ve sıra farklılıkları vardır.

Hastanelerin bu kaynakları temin etmede ve kullanmada daha dikkatli olmaları gerekmektedir. Çünkü bu kaynakların eksikliği ya da etkin şekilde kullanılmayışı insan hayatının sona ermesine sebep olabilecektir. Bu noktada yöneticilere büyük görev düşmektedir.

#### ***3.3.1. Nitelikli İnsan Gücü***

İlk hastanelerden itibaren, hastanelerdeki en büyük güç kaynağı insan olmuştur. Hastane personeli içerisinde en önemli insan gücünü ise hekimler oluşturmaktadır.

Küçük bir şehri andıran hastanelerde her cinsten, etnik gruptan, meslekten ya da diğer sosyal gruplara mensup personelle karşılaşmak mümkündür. Bunlar içerisinde sağlık personelinin önemi hissedilmektedir. İkinci planda ise memurlar, teknisyenler, şöförler, müstahdemler v.b. personel yer almaktadır. Fakat özellikle günümüz hastanelerinde bu durum, bu meslek mensuplarının az önemli olduğu anlamına gelmez.

Hasta tedavisinde hekimlerin yerini alabilecek bir gelişme henüz görülmemiştir. Hekimlik bilgi ve el hüneleri gerektiren bir meslektir. Bunlardaki eksiklik ise telafisi imkansız hatalara yol açabilir. Hemşirelik ve diğer sağlık

meslek mensuplarının durumu da farklı değildir. Bu nedenle hastanelerde yüksek nitelikte sağlık personeline ihtiyaç vardır.

İnsan; diğer üretim kaynaklarını da bir araya getiren ve onları yöneten kaynaktır. Ayrıca hastane ortamında hizmet sunan ve bu hizmeti kullanan kişilerin de insan olması, hizmet konusunun insan hayatı olması nitelikli insan gücüne ayrıca önem verilmesi gerektiğini göstermektedir.

### 3.3.2. Para

Mali kaynaklar ya da kısaca para, hastane yönetim kaynakları içerisinde önemli bir yere sahiptir. Çünkü; insan gücünün, tıbbi malzemelerin, makinelerin temini, arsaların satın alınması, hastane binalarının yapılması, kiralanması ya da tamir ettirilmesi gibi faaliyetler ancak yeterli miktarda para ile temin edilebilir.

Nitelikli insan gücü bulandıran hastanelerde personel giderleri oldukça önemli bir yer tutar. Diğer taraftan sağlık sektöründeki teknolojik ilerlemeler çok hızlı olmaktadır. Yüksek seviyedeki bu teknoloji ürünü makine, teçizat ve malzemeler de pahalı olmaktadır. Bu yüzden hastanelerin sağlam para kaynaklarına ihtiyacı vardır. Temin edilen paraların akılcı kullanımı ise ayrıca önem arzeder.

Ayrıca hastanelerde verimliliği esas alan çalışmalar yapılmalıdır. Gereksiz masraf kalemleri ortadan kaldırılmalı, israfın önüne geçilmelidir.

Türkiye'de kamu hastanelerinde para kaynağı olarak genel bütçe, döner sermaye ve dernek gelirleri mevcuttur.

### 3.3.3. Zaman

Hizmet üretiminin gereği olarak ürün talep anında üretilmelidir. Konu insan sağlığı olunca, bu hizmetin üretimini durdurmak ya da geciktirmek düşünülmemelidir. Zira geçen zaman geri gelmeyeceği gibi durdurmak, yavaşlatmak ya da hızlandırmak mümkün değildir. Diğer taraftan zaman stoklanamaz, satın alınamaz, kiralanamaz, çoğaltılamaz, ikamesi yoktur, kullanılır ya da kaybedilir. Yönetim açısından her zaman pahalı olan zaman, hastane konu olunca daha da önemli hale gelmektedir. Zira önemsiz görülen küçük zaman kayıpları nedeniyle başarısız olan bazı faaliyetler sonucu insan hayatının sona ermesi mümkündür. Bu yüzden zaman, hiç bir işletmeyi hastane kadar etkilemez.

Yitirilen zaman; personelin kusur, hata ve ihmaliyle gereksiz yere israf edilen verimsiz zamandır.<sup>98</sup> Hekim ya da hemşire gibi personelin bir çoğunun zamanını hastane dışında geçirmesi bir israftır. Doktorların poliklinikte olmaları gereken zamanda, odalarında sohbet ediyor olmaları veya gereksiz bürokratik işlemlerle meşgul olmaları, poliklinikteki hastaların yığılma sebeplerinden biri olmaktadır. Böylece hasta başına düşen muayene süresi kısalmaktadır. Bunun sonucu ise hastanelerde etkinliğin ve verimliliğin düşmesidir.

### 3.3.4. Makine ve Malzeme

Hastaneler makinelerden fazlaca yararlanan kuruluşlardır. Modern hastanelerin etkinliği, verimliliği personelin yanı sıra makinelerine bağlı olarak da gelişmektedir. Her hangi bir hastalığın tedavisi için geliştirilmiş yeni bir makine, o hastaneye olan talebi kısa sürede artırmaktadır.

---

<sup>98</sup> Mehmet YAZICI, Örgütlenme İlkeleri, İ.T.Y.O. Sadrettin Tosbi Yayın ve Yardım Vakfı, Yayın No:2, İstanbul, 1978, s.72.

Yüksek teknoloji ve makineleşme, emeğe olan ihtiyacı azaltırken, para ve zamandan tasarruf edilmesine sebep olmaktadır. Hastane yönetim kaynakları içerisinde oldukça büyük bir öneme sahip olan makinelerin, modern hastanelerin ortaya çıkmasındaki rolleri çok büyüktür. Bilgisayar, hemodiyaliz cihazı, EKG, röntgen, küvöz, ultrasonografi, anestezi cihazı, bilgisayarlı tomografi, eliza, gastroskop, sintigrafi, steriliztör, otoklav ve etüv gibi çok sayıdaki makineler hastanelerin vaz geçilmez unsurudur.

Sağlık hizmetlerinde kullanılan maddeler, malzeme olarak adlandırılmaktadır. Sarf edilen bu malzemeler hastanelerin bütçesinde önemli bir yere sahiptir. Bu nedenle kullanımlarında israfa yol açan nedenlerin ortadan kaldırılması gerekir. Bu malzemelerden odun, kömür, su gibileri doğadan çıktığı şekilde kullanılır. Çoğunluğu oluşturan gazlı bez, flaster, oksijen gazı, pamuk, röntgen filmi, laboratuvar kitleri gibi malzemeler ise sanayi ürünüdür.

### *3.3.5. Hastane Kuruluş Yeri ve Bina Özellikleri*

Hastane konumluk yer seçimi üzerinde fazla durulmayan, fakat son derece önem verilmesi gereken bir konudur. Politik bazı tutumlar nedeniyle gerekli yerlere hastane yapılamazken, bazı yerlere ihtiyaçtan fazla yatak kapasiteli hastaneler yapılabilmektedir.

Hastane yerleşimindeki birimlerden en uygun şekilde yararlanma yolları araştırılmalı ve iş akışına göre birimler yerleştirilmelidir.

"Azalan Verim Kanunu"na göre; bir yerde gereğinden fazla personel çalıştırılması verimi düşürecektir.<sup>99</sup> Bu nedenle odalar birimin yüküne göre uygun büyüklükte olmalıdır.

Toplumun istifadesi açısından, hastanenin şehir içinde olmasının önemi vardır. Şehirden uzak hastanelere halkın ulaşması zordur. Diğer taraftan hastanenin toz, duman, sis gibi kötü koşullardan, gürültüden uzak yerlerde olması gerekir.

### 3.3.6. Yürürlükteki Mevzuat

Bütün bürokratik örgütlerde olduğu gibi, hastaneler de yazılı kurallara göre yönetilmek zorundadır. Özellikle ülkemizdeki kamu hastaneleri merkeziyetçi usulle yönetilmektedir ve çok sayıdaki mevzuat hükümlerine uymak zorundadır.

Yataklı tedavi kurumlarıyla ilgili mevzuattan bir kısmını şunlardır:<sup>100</sup>

- Hususi Hastaneler Kanunu.
- Özel Hastaneler Tüzüğü.
- Döner Sermaye Kanunu ve Yönetmeliği.
- Organ ve Doku Alınması ve Nakil Hakkında Kanun.
- Ödeme Gücü Olmayan Vatandaşların Tedavi Giderlerinin Yeşil Kart Verilerek Devlet Tarafından Karşılanması Hakkında Kanun ve Yönetmelik.
- İnsan Cesedi Üzerinde Bilimsel Araştırma Yapılmasına İlişkin Yönetmelik.
- Kan ve Kan Ürünleri Kanunu ve Yönetmeliği.
- Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği.
- Yataklı Tedavi Kurumları Konut Yönergesi.
- Yataklı Tedavi Kurumları Merkezi Tıbbi Arşiv Yönergesi.
- Diyaliz Merkezleri Yönetmeliği.
- Sağlık Bakanlığına Ait Döner Sermayeli Kurum ve Kuruluşlarda Görevli Personele Döner Sermayeden Yapılacak Ek Ödeme Hakkında Yönerge.

---

<sup>99</sup> Nurullah GENÇ ve Osman DEMİRDÖĞEN, İşletme El Kitabı, Birey Yayıncılık No:1, Erzurum, 1994, s.17.

<sup>100</sup> Sağlık Bakanlığı, Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yıllığı 1994, s.7.

## **4. HASTANELERDE YÖNETİM VE ORGANİZASYON SORUNLARI**

### **4.1.Sağlık Hizmetleri Talebinden Kaynaklanan Yönetim Sorunları**

#### **4.1.1. Talebin Yapısı**

Sağlık hizmetleri talebi, klasik mallarda olduğu gibi düzenli ve önceden tespit edilebilecek nitelikte değildir. Talep ancak hastalık halinde ortaya çıkar.<sup>101</sup> Trafik veya meslek kazaları, zehirlenme ya da salgın hastalık gibi faktörlerin de devreye girmesiyle talep tahmini daha da güçleşmektedir.

Hasta tedavide kendisine yapılan uygulamanın maliyetini hesaplayamaz. Bu uygulamanın niteliği hakkında da bilgi sahibi değildir. Hasta kendisine yapılan tedaviyi kabul etmemek ya da hasta olduğunu kabullenmemek gibi irrasyonel tutumlar içine girebilir.<sup>102</sup>

Sağlık hizmeti ihtiyacı acillik özelliği gösterir. Hasta hayatı açısından ihmalî yada geciktirilmesi, telafisi mümkün olmayan sonuçlar doğurabilir. Bu nedenle sağlık hizmeti arzının her an yapılabilecek şekilde hazır olması gerekmektedir.

#### **4.1.2. Hasta Sevk Zinciri**

Hasta sevk zincirindeki amaç; ülke genelinde daha kaliteli ve ekonomik sağlık hizmeti sunumudur.

---

<sup>101</sup> Kenan MORTAN ve Tandoğan TOKGÖZ, Sağlık Ekonomisi ve Eğitimi, Ankara, 1984, s.11.

<sup>102</sup> A.g.e., s.12.

Hasta önce birinci basamakta sağlık hizmeti üreten sağlık ocaklarına (köylerde sağlık evlerine) müracaat edecektir. Buralarda tedavisi mümkün olmayanlar, ikinci basamakta bulunan genel hastanelere sevk edilir. Eğer hastanın tedavisi genel hastanelerde de mümkün değilse eğitim hastanelerine sevki yapılır. Ancak bu sistemin ülkemizde uygulandığını söylemek mümkün değildir. Bu durumun nedenlerinden biri; hastaların pratisyen hekim, uzman hekim arasındaki tercihini uzman hekim yönünde yapmasıdır. Uzman hekimler kendilerini, pratisyen hekimlerin tamamlayıcısı değil aynı hasta grubuna hitap eden kişiler olarak görmektedir. Bir diğer önemli neden ise sağlık ocaklarının çoğunun fiziki yapı unsurları açısından yetersiz oluşudur.<sup>103</sup>

Birinci basamaktaki bu sorunlar nedeniyle hastalar doğrudan hastaneye başvurmaktadır. Halbuki hastaneler, birinci basamakta halledilmemiş sağlık sorunlarının çözümü yönünde planlanmıştır. Doğrudan hastaneye baş vuran hastaların yüzde 90-95'inin tedavisi sağlık ocaklarında mümkündür. Bu hastaların ancak yüzde 5-10'u sağlık ocağı tarafından hastaneye gönderilmelidir.

En küçük sorunlar için bile hastaneye baş vurulması, hastanedeki tedavi ve eğitim hizmetlerinin kalitesini düşürmektedir. Eğitim hastanelerinde poliklinik muayenesi için haftalar sonraya randevu verilmekte, yığılmalar nedeniyle eğitim ihmal edilmektedir.

Normal şartlarda bir hastanın muayenesi ortalama 15-20 dakika sürmesi gerekirken, bu sayının 1.5-2 dakikaya düştüğü olmaktadır. Örneğin; Kırıkkale SSK Hastanesi, Dahiliye Polikliniği'nde 1995 yılı itibariyle 83.059 kişi muayene

---

<sup>103</sup> DPT, VI. Beş Yıllık Kalkınma Planı, ÖİK Raporu. DPT Yayın No:2274, Ankara, 1991, s.146.

edilmiştir. Dört dahiliye uzmanının görevli olduğu bu birimde, sadece cumartesi ve pazar günleri muayene olmadığını kabul edip, geri kalan 260 gün poliklinik hizmeti verildiğini kabul edelim. Bir dahiliye uzmanı başına günde 80 hasta düşmektedir. Diğer hastane faaliyetleri, öğle yemeği gibi zamanlar düşüldükten sonra poliklinik için ayrılan fiili zaman azami dört saattir. Bu ise bir hastanın muayenesi için sadece üç dakika ayrıldığını ifade eder. Hastaların poliklinik odasına giriş-çıkışı, reçete yazılması, bazı hastalar için yapılan tahlillerin incelenmesi gibi faaliyetlerden sonra muayene için ayrılan zaman çok daha az olmaktadır.

Yatak işgal oranının çok düşük olduğu ülkemizde, eğitim hastanelerindeki hizmet için uzun süre beklenilmektedir. Yatak işgal oranındaki düşüklük sağlık hizmeti üreten tesislerin modern işletmecilik esasına göre yönetilmemesinden, sistemdeki organizasyon bozukluğundan ve koordinasyon yetersizliğinden kaynaklanmaktadır.<sup>104</sup>

Hasta sevk zincirindeki aksaklıkların ortadan kaldırılması, yönetim kademesindeki kişilerin istikrarlı politikaları sayesinde mümkündür. Sistemin bir an önce işletilerek, hastane polikliniklerindeki yığılmaların önlenmesi gerekmektedir. Hastane bütçesinde poliklinik gelirleri önemli bir yer tutuyor olmasına rağmen bu yığılmalar hastanelerin amaçlarına ulaşmalarına engel olmaktadır.

---

<sup>104</sup> Savaş YILDIRIM, Sağlık Hizmetlerinde Harcama ve Maliyet Analizi, DPT Yayın No:2350, 1994, s.36.



## *4.2. Organizasyon Yapısından Kaynaklanan Yönetim Sorunları*

### *4.2.1. İş Bölümü ve Uzmanlaşmadan Kaynaklanan Sorunlar*

"İş Bölümü İlkesi", Klasik Yönetim Düşüncesi içerisinde önemli bir yeri olan H.FAYOL'un, Yönetim Teori çerçevesinde geliştirmiş olduğu bir ilkedir. İş bölümü örgüt büyüklüğünün bir fonksiyonudur ve verimliliği artırıcı bir etkiye sahiptir.<sup>105</sup>

İş bölümü uzmanlaşmayı beraberinde getirir ve bir sınırı vardır.<sup>106</sup> Bu sınır ve uzmanlaşma ne kadar kesinlik kazanırsa, bölümün kendi amaçlarını öne çıkarma eğilimi de o kadar artar. Bunun neticesi bölüm kendi amaçlarını örgüt amaçlarına ulaşmada en büyük faktör olarak görmektedir. Bölüm açısından diğer bölümler daha önemsiz olarak algılanmakta, bu ise bölümler arasında bir takım sorunların çıkmasına ve çatışmalara neden olmaktadır.<sup>107</sup>

Türkiye hastanelerinde iş bölümünden yeterince yararlanıldığı kabul etmek güçtür. Bunun örnekleri Başhekimlik Makamı'na verilen görevlerde, eczacıların faaliyetlerinde ve hemşirelik hizmetlerinde görebiliriz. Hastanenin üst yönetim kademesinde bulunan başhekimliğin görevleri; politika tespiti, hedef tayini, hastane genelinde hizmet planlaması ve organizasyonu, denetimin sağlanması ile bölüm sorumlularına danışmanlık hizmeti olmalıdır.<sup>108</sup> Halbuki, Yataklı Tedavi

---

<sup>105</sup> BARANSEL, a.g.e., s.136.

<sup>106</sup> A.g.e., s.137

<sup>107</sup> Sıdıka DOĞRUSÖZ, Hastanelerde Örgütsel Çatışmanın Yönetimi, Basılmamış Bilim Uzmanlığı Tezi. Ankara. 1987,s.14.

<sup>108</sup> SEÇİM, a.g.e.,s.200

Kurumları İşletme Yönetmeliği'ne göre başhekimin, bütün personelin tespit edilen saatlerde görev başında bulunmalarını takip edeceği, her sabah nöbet defterlerini inceleyeceği, diğer uzmanlarla aynı saatte hastanede bulunacağı gibi görevleri yerine getirmesi gerekir.

Yönetmelikte, başhekimin verimlilik konusunda da gerekli tedbirleri alacağı ve gerekli gördüğü hallerde uzmanları ve diğer yetkilileri toplantıya çağırarak istişarelerde bulunacağı belirtilmiştir. Oldukça genel olan bu ifadeden de anlaşılacağı gibi bu görevler, üst kademe yönetim organının yürütmesi gereken görevlerle aynı nitelikte değildir. Çünkü bu tedbirlerin alınmasını, uygulanmasını ve takibini sağlayacak bir organizasyon hastanelerde mevcut değildir. Etkili bir kontrol mekanizması da yoktur. Bu sebeplerden dolayı iş bölümünde başhekimlik makamınca yerine getirilmesi gereken görevler yerine getirilememektedir.<sup>109</sup>

Uzmanlaşmadan da gerektiği şekilde yararlanılabildiğini söylemek zordur. Örneğin; eczacılar gerçek fonksiyonlarından uzak, birer kayıt memuru gibi faaliyet göstermektedir. Eczacıların görevi servislere gidecek ilaçları hazırlamak ve kayıtları tutmak iken, bir çok hastanede ilaçlar eczacı kalfaları tarafından hazırlanmakta, eczacıya sadece kayıt işleri düşmektedir.

Servis eczacılarının olmadığı yerlerde servis sorumlu hemşiresi, servis eczacısının görevlerini de üstlenir. Ayrıca bir takım ev idaresi ile ilgili hizmetler başhemşirenin veya servis sorumlu hemşiresinin sorumluluğuna verilmiştir.

Modern yönetim ve işletmecilik anlayışına sahip olarak yetiştirilen profesyonel hastane idarecilerinin hastane içindeki durumları da farklı değildir.

---

<sup>109</sup> A.g.e., s.200

Başhekimlik makamında toplanmış bir takım yetkileri devralamamaları ve bazı hukuki düzenleme yetersizlikleri yüzünden profesyonel hastane yöneticileri, hastanenin daha etkin ve verimli işlemesi yönünde çalışma yapamamaktadır.

#### *4.2.2. Yetki ve Sorumluluğun Denk Olmaması*

Hastaneler için önemli bir sorun da; yetki ve sorumluluk dengesinin kurulamamış olmasıdır. Örneğin; hemşirelik hizmetlerinin sorumlusu olan başhemşire, astı konumunda bulunan servis sorumlu hemşirelerini bile tayin edememektedir. Hazırladığı nöbet çizelgelerine kadar başhekime onaylatmak zorundadır. Aynı şekilde bütün eczacılık hizmetlerinden sorumlu olan başeczacı, amiri konumunda olduğu personelin çalışmalarını denetleyemez durumdadır. Çünkü bu yetkiler başhekime aittir. Mühendis bulunan hastanelerde mühendisin yardımcısı konumundaki başteknisyenin, hastane müdürünün teklifi üzerine başhekim tarafından atanması, mühendisin her hangi bir etkisinin olmaması yetki ve sorumluluk denksizliğinin açık bir göstergesidir.

Yetki ve sorumluluk dengesinin kurulamaması personel üzerinde olumsuz etki yapmakta, organizasyon içerisinde karışıklıklara yol açmaktadır. Her ikisi de birer motivasyon unsuru olarak kullanılabilen olan yetki ve sorumluluk, aralarında dengenin kurulamaması nedeniyle örgütsel başarı düşmektedir.

Başdiyetisyenin bazı görevleri hastane müdürünün de görevleri arasında sayılmıştır. Ambar hizmetlerinin düzenli ve verimli yürütülmesinden başdiyetisyen sorumludur. Aynı şekilde hastane müdürü de ambarda bulunan ve ambardan çıkarılan her çeşit maddenin kayıtlarındaki miktarlara ve günlük yiyecek ve içeceklerin tabeladaki miktarları ile şartnamelerindeki niteliklere uygunluğunu kontrol eder.

Fonksiyonel anlamda hemşirelik hizmetleri başhemşire, mali-destek hizmetler ise hastane müdürü tarafından yürütülmektedir. Bu alanlardaki sorumluluğun ise başhekimde olması, yetki-sorumluluk dengesinin kurulamadığının diğer bir göstergesidir.

#### ***4.2.3. İş Tanımlarının ve İlişkilerinin Belirsizliği***

Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği'ne göre hastanelerimizdeki iş tanımları şöyledir:

- 1- Tıbbi hizmetler,
- 2- Tıbbi teknisyenlik hizmetleri,
- 3- İdari işler,
- 4- Teknik ve diğer işler.

Lisans mezunu bütün personelin başhekime bağlı olması başhekimin yönetim alanını çok genişletmiştir. Bu ise başhekimliğe verilmiş olan görevlerin etkin olarak yürütülmesine engel olmaktadır. Ayrıca tıp hizmetlerinin organizasyonu mevcut değildir. Tüm hekimler, tüm poliklinik ve klinikler başhekimliğe bağlanmıştır.

Hastanedeki bütün faaliyetlerin yürütülmesinden sorumlu olan başhekimin görev tanımının iyi yapıldığı söylenemez. Bütün hastane personelinin göreve devamının izlenmesi başhekimin görevidir. Fakat bu görev çamaşırhane personeli için ayrıca hastane müdürüne de verilmiştir.

Diğer taraftan görev tanımı içinde sayılan bir çok görevi başhekimin yerine getirmesi imkansızdır. Örneğin; personelin işe devamından, hastalara uygulanan laboratuvar muayenelerinin takibine, tüm cihazların ve teçizatın kontrolünden,

hasta personel ilişkilerinin denetimine kadar bir yığın sorumluluğu vardır. Zaten çok sayıda ziyaretçisi olan başhekimin bu görevleri yerine getirmek için vakti bulunmamaktadır.<sup>110</sup>

#### *4.2.4. Yönetime Katılmanın Olmaması*

Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği'ne göre, başhekimin başkanlığında bütün servis ve laboratuvar uzmanları ile hastane müdürü ve başhemşirenin üyesi olduğu bir konsey oluşturulur.<sup>111</sup> Hastane Konseyi adını alan ve yılda dört defa toplanan bu konsey, hastanenin ilmi ve idari konularında stratejik kararlar alabilecek olan bir konseydir.

Hastane içerisinde ekip çalışması ve yönetime katılım açısından son derece önemli olabilecek bu konseyden Türkiye hastanelerinde yeterince yararlanılmamaktadır. Konseyin görev alanı tam olarak belli değildir. Hangi idari ve ilmi konuların ele alınacağı, bu konuların kimler tarafından konseye getirileceği ve konseyin çalışma esasları belirlenmemiştir.<sup>112</sup> Konseydeki üye sayısının fazlalığı ve üç ayda bir toplanmaları, konseyi verimsizleştirmektedir. Diğer taraftan hekimlik mesleğine mensup üyeleredeki fazlalık sebebiyle hastane müdürü ve başhemşirenin kararlara katılımı çok güç olmaktadır.

Modern yönetim anlayışı hastanelerin bir ekip tarafından yönetilmesini gerekli kılmaktadır. Bu ekip hastane içerisinde en önemli hizmet birimlerini oluşturan tıbbi hizmetler, idari-teknik hizmetler ve hemşirelik hizmetleri yöneticilerinden oluşturulmalıdır.

---

<sup>110</sup> SEÇİM, a.g.e., s.166.

<sup>111</sup> Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı, Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği, m.20. s.8-9,

<sup>112</sup> SEÇİM, a.g.e., s.167.

Hastanede karşılaşılan sorunları çözümlenebilmek için kaynak temininden kullanımına, karar vermeden denetime kadar özerk yönetimin ağırlıklı olması gerekir.<sup>113</sup> 1987'de çıkarılan 3359 Sayılı Temel Sağlık Hizmetleri Kanunu kapsamında, özelleştirme maksadıyla sağlık işletmesinden bahsedilmektedir. Fakat 1995 yılına kadar her hangi bir gelişme olmamıştır.

Türkiye'de örnek teşkil etmesi açısından, Türkiye Yüksek İhtisas Hastanesi'nde uygulamaya konulan Kamu Kurum ve Kuruluşlarına Ait Sağlık İşletmelerinin Yönetimi İle Çalışma Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik yönetime katılım açısından yenilikler getirmektedir. Bu yönetmelikte sağlık işletmelerinin faaliyet ve görevlerinde göz önünde bulundurulacakları ilkeler içerisinde; katılımcılık ve işletmecilik esaslarına göre sevk ve idare, desantralizasyon ve oto kontrol gibi ifadeler yer verilmektedir. Bu ilkelerin gündeme gelmesi, hastanelerde yönetime katılım açısından sorun bulunduğunun ve bu sorunun giderilmesi gerektiğinin, sağlık sistemimizin üst düzey yöneticileri tarafından kabul edildiğinin bir göstergesi olması açısından önemlidir.

#### ***4.2.5. Matriks Yapıdan Kaynaklanan Sorunlar***

Hastanelerde personelin, matriks yapının gereği olarak iki üste bağlı olması bir takım sorunları da beraberinde getirmektedir.

Matriks organizasyonlarda personelin ne zaman kime karşı sorumlu olduğunu bilememesi organizasyon içerisinde anarşiye yol açmaktadır.<sup>114</sup> Hastanelerde her

---

<sup>113</sup> Mahmud ÖZDEMİR, Türkiye'de Eğitim ve Araştırma Hastanelerinin Organizasyon ve Yönetim Sorunları, Basılmamış Araştırma, Ankara. 1989. s.68.

<sup>114</sup> EREN, a.g.e., s.192.

hangi bir projede görev yapan bir personelin, proje sınırlarını, yetki ve sorumluluk alanlarını bilememesi çatışmalara neden olabilmektedir. Yetki ve sorumluluk sınırlarının kesin olarak belirlenemediği matriks organizasyonlarda güç mücadelesi kaçınılmazdır. Bazen bu mücadelede denge bozulmaktadır. Dengenin bozulması ise bir tarafın diğer taraf üzerinde etkinlik sağlaması şeklinde gelişir ki, bu da bir takım yönetim sorunlarının ortaya çıkmasına yol açar.

Kişilerarası ilişkilerin sıkı olduğu hastanelerde üst yöneticiler, kişilerarası ilişkileri düzenlemeye ayırdıkları zaman çokluğu yüzünden, hastane için stratejik plan hazırlayıp takip edememektedir. İç işlere ayırdıkları zaman nedeniyle çevreyle ilişkiler zayıf kalmaktadır. Toplumun hastane yönetimine katılımının zaten olmadığı Türkiye'de hastaneler böylelikle toplumdan kopmaktadır.

Karar verme noktasında iki ayrı üstten farklı emirler geldiğinde personel ne yapacağını bilememektedir. Bu durum üstler arasında da çatışma nedeni olabilmektedir.

#### **4.2.6. Örgütsel Çatışma**

Çatışma; bireyler ve grupların birlikte çalışma sorunlarından kaynaklanan ve normal faaliyetlerinin durmasına veya karışmasına neden olan olaylardır.<sup>115</sup>

Klasik ve Neo-klasik yönetim anlayışında çatışma, istenmeyen bir durumdur. Eğer yönetim ve organizasyon ilkeleri uygulanırsa çatışma olmayacaktır. Fakat modern yönetim anlayışında çatışma kaçınılmazdır. Çatışmanın olmadığı organizasyonlarda yenilik ve değişim olmayacağı gibi performans da düşecektir. Sürekli çatışma ise kararların alınamaması, çok sayıda taviz verilmesi gibi

---

<sup>115</sup> A.g.e., s.429.

sorunları ortaya çıkarır. Her iki durumda da organizasyonun varlığını sürdürmesi tehlikeye girecektir.<sup>116</sup>

Hastane Organizasyonlarında çatışmaya yol açan nedenleri şöylece sıralamak mümkündür.<sup>117</sup>

- |                               |                          |
|-------------------------------|--------------------------|
| - İş bölümü                   | - Fonksiyonel bağımlılık |
| - Ortak karar verme           | - Sınırlı kaynaklar      |
| - Yeni uzmanlıklar            | - İletişim               |
| - Örgütün büyüklüğü           | - Bürokratik nitelikler  |
| - Personelin farklılığı       | - Denetim biçimi         |
| - Kişisel davranış faktörleri |                          |

Organizasyonlarda kaçınılmaz olan çatışmanın yönetiminde yapılacak olan ilk iş çatışmanın nedenlerini ortaya çıkarmaktır. Çatışma bir veya birden çok nedenden dolayı meydana gelebilir. Nedenleri tespit edilen çatışmanın yönetimi ise aşağıdaki yöntemler kullanılarak yapılır.<sup>118</sup>

- |  |                 |
|--|-----------------|
| - Kaçınma ve bağlanmama                    | - Problem çözme |
| - Çatışma kaynağını ortadan kaldırma.      | - Güç kullanma  |
| - Üstün amaçlar belirleme                  | - Taviz verme   |
| - Örgütsel ilişkileri değiştirme           | - Çoğunluk oyu  |
| - Çatışmaya taraf olan kişileri değiştirme | - Yumuşatma     |

Modern hastane organizasyonları çatışmanın en yoğun görüldüğü organizasyonlardandır. Bu noktada hastane yöneticilerine çok büyük görevler

---

<sup>116</sup> KOÇEL, a.g.e., s.328-329.

<sup>117</sup> DOĞRUSÖZ, a.g.e., s.13-36.

<sup>118</sup> KOÇEL, a.g.e., s.341-344.



düştmektedir. Zira farklılıkları yöneten kişi olarak tarif edilen yöneticinin çatışmaları yönlendirememesi, hastanenin amaçlarını gerçekleştirememesi ve verimsiz çalışması demektir.

Meslek organizasyonlarında bir meslek grubu diğer meslek gruplarına göre daha baskındır ve bunlar üzerinde etkisi vardır. Çatışma esnasında tarafsız olması gereken yöneticinin, baskın meslek grubuna mensup olması çoğunlukla taraflı olmasını da beraberinde getirir. Günümüz gerçeklerine göre modern yönetim ve organizasyon eğitimi almamış başhekimlerin, örgütsel çatışmanın yönetiminde başarılı olmaları beklenmemelidir.

#### ***4.3. Fiziki Yeterlilik Açısından Hastane ve Hasta Yatağı Sayısı***

##### ***4.3.1. Türkiye'nin Hastane ve Hasta Yatağı Açısından Dünya'daki Yeri***

Ülkelerin sağlık düzeylerinin tespitinde kullanılan ölçütlerden biri 10.000 kişiye düşen hasta yatağı sayısıdır. Bu sayının yüksek olması, ülkenin sağlık seviyesindeki yüksekliği ifade eder. Özellikle ülkedeki yataklı tedavi kurumlarının fiziki yapıları hakkında bilgi verir.

Ülkelerin gelişmişlik düzeyleriyle birlikte hastane ve yatak sayılarında da bir artış olması beklenir. Tablo:1'den de anlaşılacağı gibi gelişmiş ülkelerde 10.000 kişiye düşen yatak sayısı diğer ülkelere göre daha fazladır.

Bu ülkelerdeki 10.000 kişiye düşen yatak sayısı itibariyle Fransa 121.4 yatakla ilk sırayı almaktadır. Sonra sırasıyla Japonya 115.8, İtalya 97.5, Yunanistan 61.7, Türkiye 24.6 ve Suriye 11.1 gelmektedir. Dünya ortalaması ise 36'dır.

Tablo 1- Bazı Ülkelerde Yataklı Tedavi Kurumları.

	Yıl	Nüfus (Bin)	Hastane Sayısı	Yatak Sayısı	10000 Nüfusa Düşen Yatak
Fransa	1977	53080	3548	644118	121.4
Japonya	1981	117645	9224	1362161	115.8
İtalya	1979	56909	1832	554595	97.5
Yunanistan	1981	9707	688	59914	61.7
Suriye	1981	9314	151	10308	11.1
Türkiye	1994	61183	1024	150565	24.6

Kaynak;Sağlık Bakanlığı, Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yıllığı 1994.

Türkiye 10.000 kişiye düşen yatak sayısı itibariyle Avrupa ülkelerinin yaklaşık 1/3'ü kadardır. Bu konuda Avrupa ülkeleri içerisinde en geride olan Yunanistan'da bile bu sayı 1981 yılı itibariyle, 1994 Türkiye'sinin 2.5 katıdır. Dünya'da 10.000 kişiye düşen yatak ortalaması 36 iken bu sayı Türkiye'de 24.6'dır. Yani Dünya ortalamasının 2/3' ü kadardır.

Gerek gelişmiş ülkeler ve gerekse dünya ortalaması dikkate alındığında, Türkiye hastanelerinde sayı ve yatak sayısı itibariyle eksiklik görülmektedir. Fakat bu durum ülkemiz açısından büyük bir sorun olarak anlaşılmamalıdır. Çünkü ilerde değinileceği gibi, hastanelerimiz için etkin ve verimli yönetim sorunu, yatak sayısının artırılmasından daha önemlidir. Türkiye geneli yatak işgal oranı %57 iken, yani her iki yataktan biri boş duruyorken yatak sayısını artırmanın bir anlamı yoktur.

#### 4.3.2. Türkiye'de Hastaneler

Türkiye hastanelerinin sayı ve yatak kapasitesi itibariyle her geçen sene artmasının yanında, kişi başına düşen yatak sayısında fazla bir artışın olmadığı görülmektedir. Bu durumun üzerinde hızlı nüfus artışının etkisi vardır. Türkiye'de yıllar itibariyle yataklı tedavi kurumlarının gelişimi Tablo:2'dedir.

Tablo 2- Yıllar İtibariyle Türkiye'de Yataklı Tedavi Kurumları.

	1990	1991	1992	1993	1994
Kurum Sayısı	899	941	970	1004	1024
Hasta Yatağı	136638	139606	142511	147774	150565
Nüfus/Yatak	416	413	411	405	406
10000 Kişiye Yatak	24	24.2	24.3	24.7	24.6

Kaynak; Sağlık Bakanlığı, Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yıllığı 1994.

Bu tablo incelendiğinde, 1990 yılında 899 olan hastane sayısının 1994 yılında 1024'e çıktığı görülür. Yani %14'lük bir artış olmuştur. Halbuki 10.000 kişiye düşen yatak sayısında bu artış sadece yüzde 2.5 olarak gerçekleşmiştir.

#### 4.3.3. Hasta Yataklarının Bölgelere ve Nüfusa Göre Dağılımı

Türkiye'deki yataklı tedavi kurumlarına sayı ve yatak sayısı açısından bakıldığında görülen en büyük sorun, sayısal yetersizlik değil, bölgelere ve nüfusa göre dağılım sorunudur.

Türkiye'deki yataklı tedavi kurumlarının bölgelere ve nüfusa göre dağılımını gösteren Tablo:3'de görüldüğü gibi, yatak sayısı itibariyle bölgeler arasında dengeli olmayan bir dağılım söz konusudur. İstanbul'un da içinde bulunduğu I. Bölge'de

10.000 kişiye düşen yatak sayısı 33.4 iken bu sayı, Muş, Bitlis, Van ve Hakkari'yi içine alan XVI. Bölge'de 9.2'dir.

Aynı bölge içerisindeki illerde de dengeli bir dağılım yoktur. VII. Bölge içerisindeki illerden Ankara'da 10.000 kişiye düşen yatak sayısı 40.8 iken, bu sayı Yozgat'ta 14'tür.

Tablo 3- Yataklı Tedavi Kurumlarının Bölgelere ve Nüfusa Göre Dağılımı.

Bölgeler	Nüfus 1994	Yatak Sayısı	10000 Kişiye Yatak Sayısı	BÖLGEYE DAHİL İLLER
1.Bölge	9882089	33046	33.4	Kırklareli,Edirne,İstanbul,Tekirdağ
2.Bölge	3510293	6236	17.7	Kocaeli,Zonguldak,Bolu,Sakarya,Bartın
3.Bölge	3312654	6957	21.0	Bursa,Çanakkale,Balıkesir
4.Bölge	6587884	14183	21.5	Manisa,İzmir,Aydın,Denizli,Muğla
5.Bölge	2568903	5499	21.4	Bilecik,Eskişehir,Kütahya,Uşak,Afyon
6.Bölge	2088725	5024	24.0	Isparta,Burdur,Antalya
7.Bölge	5692401	18473	32.4	Kastamonu,Çankırı,Ankara,Kırşehir,Yozgat, Nevşehir,Kırıkkale
8.Bölge	2793707	3701	13.2	Konya,Niğde,Karaman,Aksaray
9.Bölge	3308257	6507	19.6	Samsun,Sinop,Çorum,Amasya,Ordu
10.Bölge	2521202	5396	21.4	Tokat,Sivas,Kayseri
11.Bölge	6996185	10447	14.9	K.Maraş,Adana,İçel,G. Antep,Hatay
12.Bölge	2106112	5185	24.6	Gümüşhane,Bayburt
13.Bölge	2201795	4147	18.8	Bingöl,Tunceli,Elazığ,Malatya,Adıyaman
14.Bölge	3985574	4615	11.5	Diyarbakır,Siirt,Mardin,Ş. Urfa,Batman,Şırnak
15.Bölge	2213224	3704	16.7	Kars,Ağrı,Erzurum,Erzincan,Iğdır,Ardahan
16.Bölge	1675143	1545	9.2	Muş,Bitlis, Van,Hakkari
TOPLAM	61183000	134665	22.0	

Kaynak: 1- Sağlık Bakanlığı, Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yıllığı 1994.

2- DİE, İstatistik Yıllığı 1994.

NOT: 1- MSB'na ait 15900 hasta yatağı dahil değildir.

#### 4.4. Personel Sorunları

##### 4.4.1. Türkiye'nin Sağlık Personeli Açısından Dünya'daki Yeri

Her hangi bir ülkenin sağlık seviyesinin tespitinde kullanılan en önemli ölçütlerden biri, o ülkede mevcut sağlık personeli başına düşen nüfus miktarıdır. Bir sağlık personeline düşen nüfus miktarı, sağlık hizmetinin ne kadar çok kişiye ulaştırılabildiği, genel olarak sağlık düzeyinin kalite seviyesi gibi özellikleri incelemek bakımından önemlidir.

Bazı ülkelerde hekim sayısı, hemşire ve ebe sayısı ile bu meslek gruplarına mensup bir sağlık personeline düşen nüfus miktarı Tablo:4'de verilmiştir.

Tablo 4- Bazı Ülkelerde Sağlık Personeli Başına Düşen Nüfus Miktarı (1985).

	Nüfus (Milyon)	Hekim Sayısı	Bir Hekime Düşen Nüfus	Hemşire-Ebe Sayısı	Bir Hemşire-Ebe'ye Düşen Nüfus
ABD	239	534834	447	1475000	162
Fransa	55	128000	431	416212	133
Japonya	121	181101	671	657389	185
İtalya	57	74719	764	218287	262
Yunanistan	9	29103	342	28500	349
Suriye	10	5543	1858	4351	9994
Türkiye(1992)	58.6	56985	1028	85552	685

Kaynak : 1- DİE, İstatistik Yıllığı 1994

2- Sağlık Bakanlığı, Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yıllığı 1994

Bu ülkeler içerisinde bir hekime düşen nüfus miktarında 342 kişi ile Yunanistan birinci sıradadır. Bu ülkeyi sırasıyla 431 kişi ile Fransa, 447 kişi ile ABD, 671 kişi ile Japonya, 764 kişi ile İtalya, 1028 kişi ile Türkiye ve 1858 kişi ile Suriye takip etmektedir.

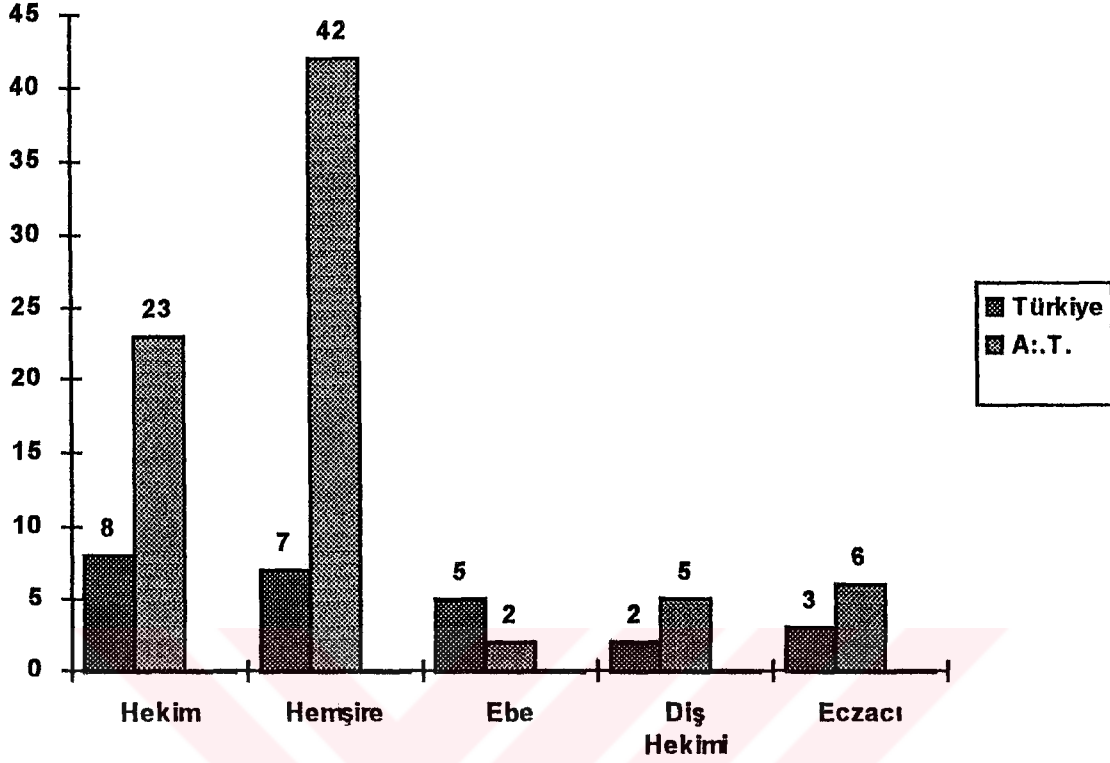
Sağlık hizmetlerinin sunumunda bir hekim başına düşen nüfus itibarıyla Türkiye'den Yunanistan üç, ABD ve Fransa 2.5, Japonya ve İtalya ise iki kat daha fazla kişiye ulaşmış durumdadır.

Hemşire ve ebe grubunda ise bir personele Fransa'da 133 kişi, ABD'de 162, Japonya'da 185, İtalya'da 262, Yunanistan'da 249, Türkiye'de 685, Suriye'de ise 9994 kişi düşmektedir. Hemşire ve ebe grubunda Türkiye'ye göre Fransa, ABD ve Japonya'nın yaklaşık dört, İtalya'nın 2.5, Yunanistan'ın ise iki kat daha fazla kişiye hizmet ulaştırdığı görülmektedir.

Türkiye açısından özellikle hemşire sayısında eksiklik vardır. Bu rakamlarda hemşire ve ebe sayılarının toplamının verilmiş olması ebe sayısında da eksiklik var gibi göstermektedir. Fakat Şekil:7 incelenirse Avrupa Topluluğu kriterlerine göre daha doğru bir sonuca varılır.<sup>119</sup>

Türkiye'de 10.000 kişiye düşen hekim sayısı 1988 yılında 7.6 iken, bu sayı Avrupa Topluluğu kriterlerinde 23'tür. Aynı nüfus grubunda hemşire sayısı Türkiye için 7.1, Avrupa Topluluğu için ise 42 olarak görünmektedir. 10.000 kişiye düşen ebe sayısı Avrupa Topluluğu kriterlerinde 2 iken, Türkiye'de 4.7'dir. Ebe sayısındaki bu durum, Türkiye'nin gerçeklerine aykırı sayılmaz. Daha çok taşrada çalışan ebe sayısındaki fazlalık Türkiye'nin yapısına uygundur. Diş hekimi ve eczacı gruplarında da Türkiye sayısı Avrupa Topluluğu kriterlerinin yarısı kadardır.

<sup>119</sup> Sağlık Bakanlığı, Sağlık Hizmetlerinde Mevcut Durum, Ankara, 1992.

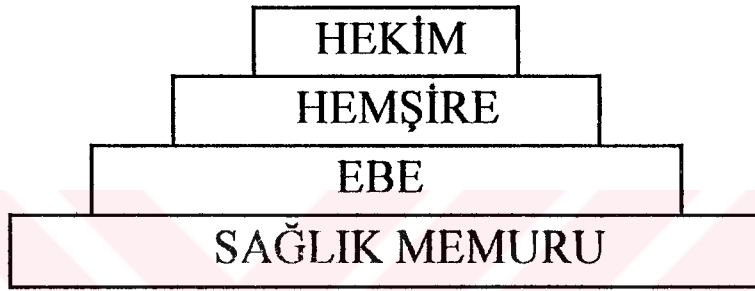


Şekil 7-Avrupa Topluluğu Kriterlerine Göre Her 10.000 Kişiye Düşen Sağlık Personeli.

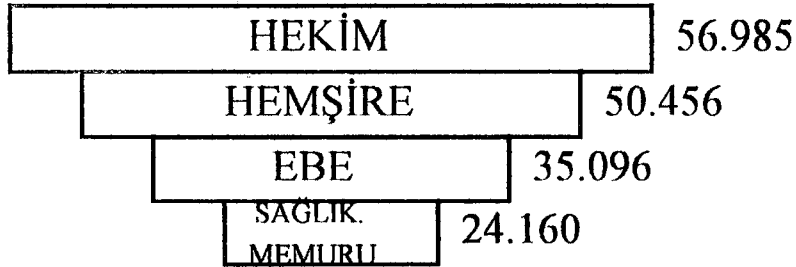
Türkiye'de sağlık personeli açısından Avrupa Topluluğu kriterlerine göre özellikle hekim ve hemşire grubunda eksiklik söz konusudur. Bu eksiklik diş hekimi ve eczacı grubunda da hissedilmektedir. Personel başına düşen nüfusun fazla olması yada 10.000 kişiye düşen sağlık personeli sayısındaki azlık, sağlık hizmeti üretiminde personel sayısı bakımından sorun bulunduğu bir göstergesidir.

#### 4.4.2. Türkiye'de Sağlık Meslek Grupları

Türkiye'de rasyonel bir sağlık personel politikasının olduğu söylenemez. Sağlık meslek grupları arasında dengesiz bir dağılım mevcuttur. Sağlık meslek gruplarını ifade eden bir piramit oluşturulması gerekirse, bu piramit normal şartlarda şöyle olmalıdır:<sup>120</sup>



Oysa Türkiye'de bu piramit neredeyse tersine dönmüştür (1992).



<sup>120</sup> Sağlık Bakanlığı, *Türkiye'de Sağlık Reformu, Sağlıkta Mega Proje*, Ankara, 1992.



Uzman hekim sayısına kıyasla pratisyen hekim sayısının daha fazla olması beklenir. Öte yandan hekim sayısına kıyasla hemşire, ebe ve sağlık memuru sayılarındaki düşüklük, Türkiye sağlık personel politikasındaki yanlışlığın en büyük göstergelerindendir. Çünkü, bir hekime düşen hemşire, ebe ve sağlık memuru sayısının her grup için birden fazla olması gerekir. Oysa; 56.985 kişi ile hekim grubu, sağlık meslek grupları içerisinde birinci sırayı almıştır. Hemşireler 50.456 kişi ile sayıca ikinci büyük sağlık meslek grubudur. Ebeler 35.096 kişi ile üçüncü sırada bulunurken, sağlık memurları 24.160 kişi ile dördüncü sıradadır.

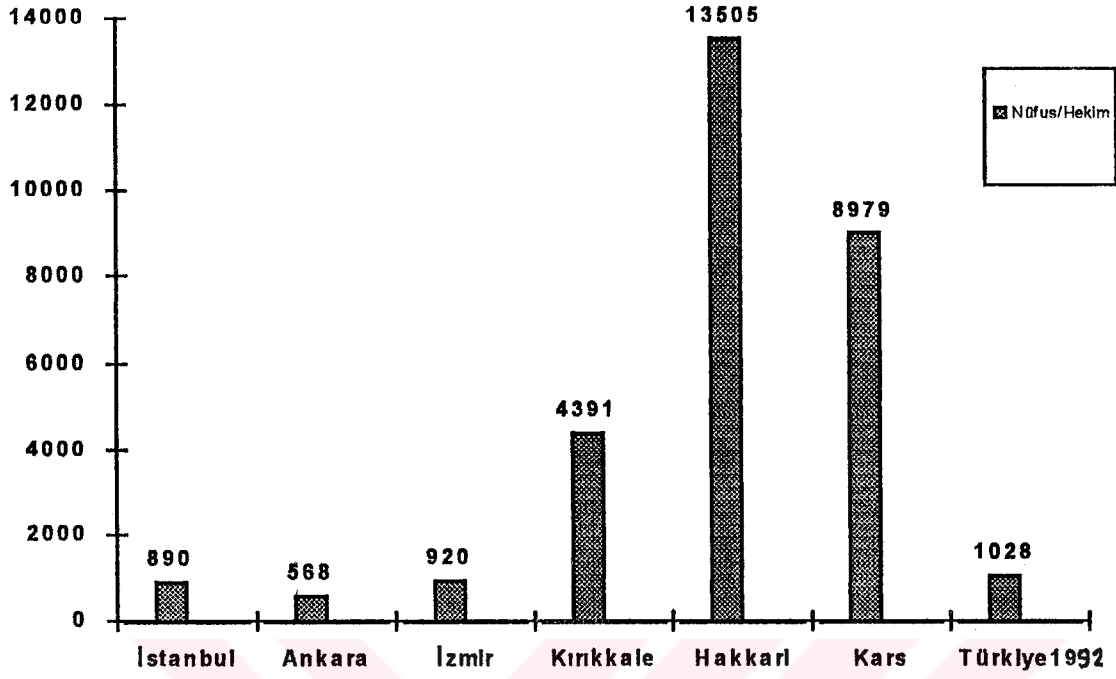
#### ***4.4.3. Sağlık Personeli Coğrafi Dağılımı***

Sağlık personelinin bölgeler arasındaki dağılımı da dengeli değildir. Özellikle üç büyük ildeki personel yığılmalarının yanı sıra, bir çok bölgede önemli sıkıntılar çekilmektedir. Bazı illerdeki bir hekime düşen nüfus miktarını gösteren Şekil:8 bu durumu açıkça ortaya koymaktadır.<sup>121</sup>

Üç büyük ildeki hekim sayısı Türkiye genelinin % 34'ü kadardır. İstanbul'da 890, Ankara'da 568, İzmir'de ise 920 kişiye bir hekim düşmektedir. Kırıkkale'de 4391 kişiye bir hekim düşerken, yaklaşık aynı nüfusa sahip Kars'ta ise bu sayı 8979'dur.

Ankara için 568 olan bir hekime düşen nüfus miktarı, Hakkari'de 13.505'dir. Aralarında yaklaşık 24 kat fark vardır. Bu dengesizlik, Ankara eğitim hastanelerinin çok olduğu, Anadolu'nun hemen her yerinden gelen hastaları kabul ettiği gibi bazı nedenlerle açıklanmaya çalışılabilir. Fakat bu yöndeki açıklamaların hiç biri, bu denli bir farklılığın yeterli nedenleri olamaz.

<sup>121</sup> DİE, İstatistik Yıllığı 1994.



Şekil 8- Bazı İllerde Bir Hekime Düşen Nüfus.

#### 4.4.4. Diğer Personel Sorunları

- Türkiye'de kamu personeli ücret politikası yıllardan beri tartışmalara konu olmuştur. Kamu personeli ücretlerini yetersiz görmektedir. Diğer taraftan bu ücretlerin çalışanla çalışmayanı ayırt etmeden dağıtıldığı da hep gündemdedir.

- Hastane faaliyetlerinin insan hayatıyla ilgili olması, bazı hataların insan hayatına son verebilecek nitelikte olması, personel üzerinde strese neden olmaktadır.

- Hastanelerde personel açısından ücretsiz yemek, sağlık hizmetini daha kolay kullanabilme gibi avantajlar varsa da personeli motive edecek unsurlar fazla değildir. Özellikle idari personeldeki ücret düşüklüğü ve sosyal haklardaki yetersizlik personeli olumsuz yönde etkilemektedir.

-Hastane personelinin 1/3'ü bayanlardan oluşmaktadır. Bunda en büyük etken; hastalara karşı daha duyarlı olan bayanların tekelinde bulundurdukları ve hastaneler için vaz geçilmez öneme sahip, hemşire ve ebe gibi meslek mensuplarının hastanelerde çok sayıda olmalarıdır. Hastanedeki bayan personelin çokluğu, personel devir hızının yüksek olmasına neden olmaktadır. Çünkü; 24 saat hizmet vermek zorunda olan hastanelerde akşam ve gece vardiyalarında ve tatil günlerinde çalışılması bayan personel için bir takım sorunlara sebep olmaktadır. Ailedeki huzursuzluklar, çocuk bakımı, ulaşım v.b. sorunların yanında, genellikle işe girişte bekar olan bayan personelin evlendikten sonra, aileleri tarafından çalıştırılmak istenmemesi personel devir hızını artırmaktadır. Personel devir hızının yüksek olması ise hastane yönetimi tarafından istenmeyen bir durumdur. Hastane için, ayrılan her tecrübeli personelin nitelikli hale gelmesinin masrafları ile yaptığı hataların bir maliyeti vardır.<sup>122</sup> Diğer taraftan ayrılanın yerine gelecek her personel için de hastane aynı oranda maliyete maruz kalacaktır.

- Görevde yükselmenin adil olmaması, adam kayırma gibi sorunlar da sıkça görülmektedir.

- Hastane hizmet gruplarındaki fazlalık da bir sorun oluşturabilmektedir. Vasıfsız işçilikten en yeni uzmanlık dallarına kadar yüzlerce meslek grubunun faaliyetlerinde koordinasyonu sağlamak oldukça zordur.

---

<sup>122</sup> Erol EREN, İşletme Örgütleri Açısından Yönetim Psikolojisi, Fatih, 1978, s.235.

#### 4.5. Denetim ve Değerlendirme Sorunları

##### 4.5.1. Denetim Sorunu

Mevcut anlayışta denetim; personelin işe geliş gidişlerinin kontrolü, görev yerinde bulunup bulunmadığı ve belirli formalitelerin yerine getirilmesi olarak anlaşılmaktadır. Hatta müfettiş denetimlerinde bile bunlara ek olarak sadece resmi evraklarda ve alım satımlarda imza ve formalitelerin yerinde olup olmadığına bakılmaktadır. Bu denetimlere göre pahalı, gereksiz, hasta ve hastaneyi zarara sokacak bir alış-veriş, tetkik, tedavi, girişim, sevk veya rapor eğer formalitelere uygun ise normal kabul edilmektedir.

Mevcut yönetmeliğe göre, başhekimin hastanede bütün tıbbi, idari, mali ve teknik hizmetleri en az haftada bir defa kontrol edeceği belirtilmektedir. Çok geniş olan bu denetim alanının başhekim tarafından bu süre içerisinde denetlenmesine imkan yoktur. Yapıldığı söylene bile bu sözde bir denetim olacaktır. Böyle bir denetimin yapılamayacağına bir diğer göstergesi ise, başhekimin farklı uzmanlık dallarını denetleyememesidir. Dolayısıyla klinik hizmetlerinin denetimi uzmanlara bırakılmıştır. Oto-kontrol mekanizması ile hekimlerin kendi kendilerinin denetimi ise subjektif olacaktır. Başhekim veya denetim görevini yapacak makamın etkin bir denetim yapabilmesi, gerekli olan standartların ve raporlama sisteminin oluşturulması ile mümkündür.<sup>123</sup>

Hastane mali denetimi de üzerinde önemle durulması gereken bir konudur. Hastanelerimizde verimlilik ölçümüyle alakalı bir sistem geliştirilmemiştir.

<sup>123</sup> SEÇİM a.g.e.,s.199.

Hastanelerimizde maaliyet muhasebesi uygulanmamaktadır. Hastane finansal yönetimi için çeşitli finansal tablolar aracılığı ile denetim ve değerlendirme işleri de yapılmamaktadır.

#### 4.5.2. Değerlendirme Sorunu

Hastane hizmetlerinin değerlendirilmesinde kullanılan veri kaynakları şunlardır: Hasta dosyaları, hastalık endeksi, ameliyat endeksi, günlük sayım formu ve idari kayıtlar.

Hastane klinik etkinliklerinin değerlendirilmesinde kullanılan bazı ölçütler:

- |                                    |                               |
|------------------------------------|-------------------------------|
| - Kaba ölüm oranı                  | - Ameliyat sonrası ölüm oranı |
| - Net ölüm oranı                   | - Ana ölüm oranı              |
| - Anestezi ölüm oranı              | - Bebek ölüm oranı            |
| - Kaba enfeksiyon hızı             | - Gereksiz ameliyat hızı      |
| - Net enfeksiyon hızı              | - Ortalama hasta kalış günü   |
| - Ameliyat sonrası enfeksiyon hızı | - Yatak işgal oranı           |
| - Otopsi hızı                      | - Devir aralığı               |
|                                    | - Sezeriyan hızı              |

Yukarıda sayılan değerlendirme ölçütlerinin yanı sıra, muayene edilen hastaların çeşitli özellikleri itibariyle incelenmesi de poliklinik faaliyetlerinin değerlendirilmesinde yardımcı olur. Hastanelerde idari ve teknik birçok bölüm bulunmaktadır. Bunların değerlendirilmesinde de çeşitli ölçütler geliştirilmiştir.

ABD standartlarında kısa süreli genel hastanelerde, ortalama kalış süresi 6-10 gündür. Yatak işgal oranı ise %80-85'dir. Kaba ölüm oranı ise %3 olarak tespit edilmiştir.<sup>124</sup> Türkiye için bu oranlar ise 1994 yılında; ortalama hasta kalış süresi 6,5 gündür. Yatak işgal oranı % 57.4 ve kaba ölüm oranı ise % 1.9'dur.

<sup>124</sup> Kadir SÜMBÜLOĞLU, Sağlık Alanına Özel İstatistiksel Yöntemler. Hatipoğlu Yayınları. Ankara. 1990. s.169.

Türkiye hastanelerindeki kaba ölüm oranının düşüklüğü, hizmetteki kalitenin yüksek olduğunu düşündürebilir. Yatak işgal oranındaki büyük fark ise etkin ve verimli bir hizmetin verilmediğinin bir göstergesidir. Bu çelişkili durumun anlaşılmasında göz önünde bulundurulması gereken hususlar vardır. Türkiye özellikle kırsal kesimde geleneklerine bağlı, ataerkil aile yapısına sahip bir ülkedir. Hayatından ümit kesilen hastaların evinde kendi yatağında ölmesi istenir. Bu sebeple hastaneden ayrılan hasta sayısı az değildir. Diğer önemli bir husus ise hasta yatırılmasında bazı doktorların özel hastalarının isteklerini yerine getirmedeki ısrarlarıdır.

#### **4.6. Finansman Sorunu**

##### **4.6.1. Dünya'da ve Türkiye'de Sağlık Harcamaları**

###### **4.6.1.1. Sağlık Harcamalarının GSMH İçindeki Payı**

Gelişmiş ülkelerde toplam sağlık harcamalarının GSMH içindeki payı %10 civarındadır. Kişi başına 1500-3000\$ arasında değişen sağlık harcamalarıyla bu sektör, sosyal açıdan olduğu kadar ekonomik bakımdan da önemini ispat etmiştir. Böylesine büyük kaynak ihtiyacı gerektiren bu sektörün sorunlarının çözümünde en büyük sorun finansman sorunu olarak görülmektedir.<sup>125</sup> Tablo:5'de bazı ülkelerde toplam sağlık harcamalarının GSMH içindeki payı verilmiştir.

---

<sup>125</sup> Mehmet TOKAT, Türkiye'de Sağlık Sektörünün Finansmanı, Sağlık Bakanlığı, Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü. Ankara. 1993. s.9.

Tablo 5- Bazı Ülkelerde Toplam Sağlık Harcamalarının GSMH İçindeki Payı.

	1980	1985	1989	1990
ABD	9.3	10.7	11.7	12.4
İngiltere	5.6	5.8	5.8	6.1
Almanya	8.4	8.7	8.2	8.1
Kanada	7.4	8.5	8.7	9.0
Fransa	7.6	8.5	8.8	8.9
Türkiye	4.0	2.8	3.9	4.0

Kaynak :Sağlık Bakanlığı, Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yıllığı (1994)  
Not : 1990 yılından sonraki veriler tespit edilememiştir.

ABD 1990 yılı itibariyle GSMH'sının % 12.4'ünü sağlık sektörüne ayırmıştır. GSMH'dan İngiltere % 6.1, Almanya % 8.1, Kanada % 9, Fransa % 8.9 pay ayırırken, Türkiye sadece % 4 ayırabilmiştir.

Bu durum Türkiye'de sağlık sektörü açısından, gelişmiş ülkelere kıyasla finansman temini açısından bir sorun bulunduğu bir göstergesidir.

#### 4.6.1.2. Kişi Başına Düşen Sağlık Harcamaları

İçerisinde ABD, Kanada, Almanya, Fransa, İsviçre, Hollanda, İngiltere, İsveç ve Japonya'nın bulunduğu gelişmiş ülkeler ile Türkiye arasındaki, kişi başına düşen sağlık harcamalarının dağılımı Tablo:6'dadır.

Tablo 6- Gelişmiş Ülkelerde ve Türkiye'de Kişi Başına Düşen Sağlık Harcamaları.

	Gelişmiş Ülkeler %	Türkiye %
Yataklı Tedavi Hizmetleri	50	35.3
Ayakta Tedavi Hizmetleri	32	44.2
İlaç, Tıbbi Alet ve Malzeme	18	20.5

Kaynak : Mehmet Tokat, Türkiye'de Sağlık Harcamalarının Geliştirilmesi, Finansman ve Örgütlenme.

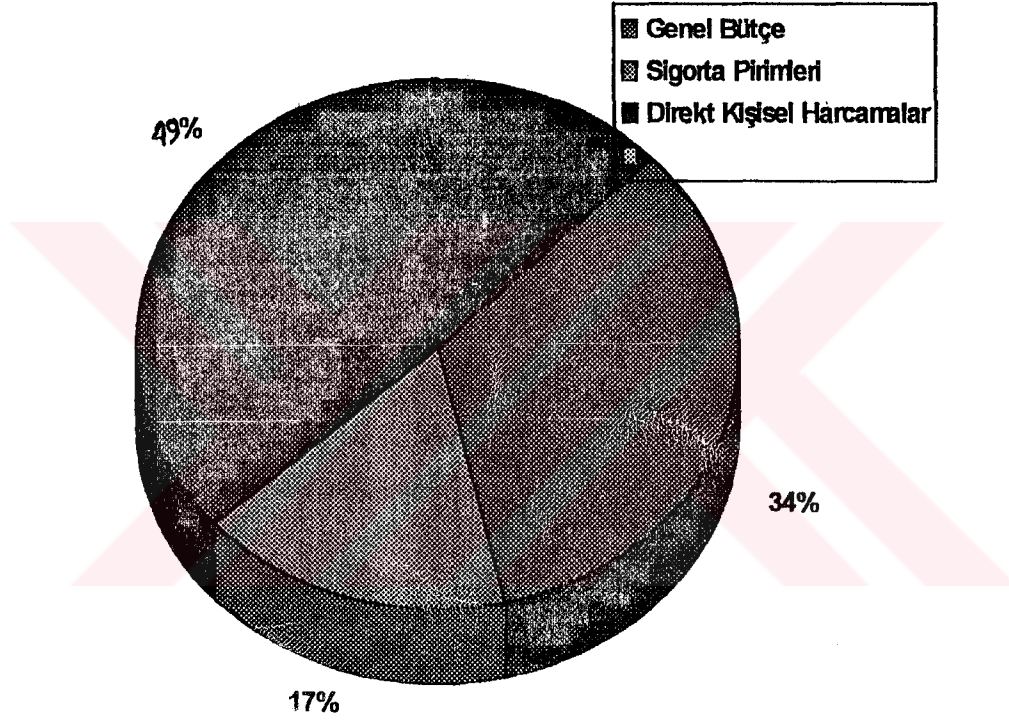
Kişi başına düşen sağlık harcaması bakımından gelişmiş ülkelerdeki yataklı tedavi hizmetlerine ayrılan pay %50 iken, Türkiye'de %35.3'tür. Ayakta Tedavi hizmetlerine gelişmiş ülkelerde %32, Türkiye'de ise %44.2 pay ayrılmaktadır. İlaç, tıbbi alet ve malzeme de ise gelişmiş ülkeler %18 Türkiye ise %20.5 pay ayırmaktadır.

İlaç, tıbbi alet ve malzemede %2'lik fark olmasına rağmen bu dengeli bir durum olarak kabul edilebilir. Fakat yataklı tedavi kurumları ve ayakta tedavi hizmetlerinde ters yönde bir fark vardır.



#### 4.6.2. Sağlık Hizmetleri Finansman Kaynakları

Türkiye toplam sağlık harcamaları üç kaynaktan sağlanmaktadır. Bunlar; genel bütçe, sigorta pirimleri ve direkt kişisel harcamalardır. Şekil:9'dan da anlaşılacağı gibi bu finansman kaynakları içerisinde genel bütçenin payı %34.1, sigorta pirimlerinin payı %16.9 ve direkt kişisel harcamalar ise %49 gibi önemli bir miktardır.<sup>126</sup>

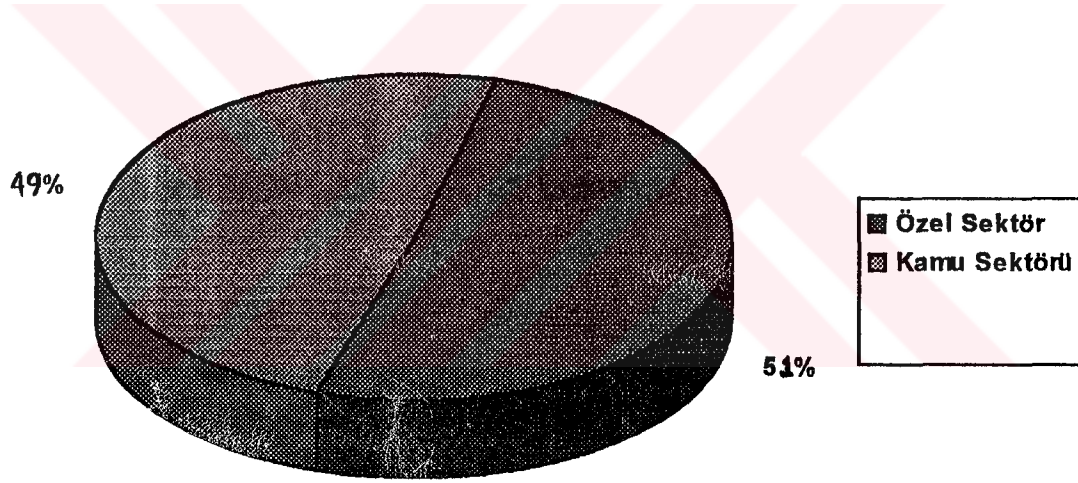


Şekil 9- Türkiye'de Sağlık Hizmetleri Finansman Kaynakları.

<sup>126</sup> Mehmet TOKAT, Türkiye'de Sağlık Harcamalarının Geliştirilmesi, Finansman ve Örgütlenme, Ankara, 1991.

#### 4.6.3. Sağlık Hizmetlerinde Kaynak Harcamaları

Sağlık hizmetlerinin toplam finansmanının harcanmasında kamu sektörü ve özel sektör ayırımı yapıldığında, % 51.4'lük gibi büyük bir rakamın özel sektörün payına düştüğü görülmektedir. Kamu sektörüne ise % 48.6'lık kısım kalmaktadır. Şekil:10'da sağlık hizmetlerinin kaynak harcamaları görülmektedir.<sup>127</sup>



Şekil 10- Türkiye'de Sağlık Hizmetleri Kaynak Harcamaları.

<sup>127</sup> A.g.e.

#### 4.6.4. Hizmet Türüne Göre Sağlık Harcamaları

Sağlık Hizmetleri, koruyucu sağlık hizmetleri, birinci basamak sağlık hizmetleri ve hastane hizmetleri olarak incelenebilir. Bu sağlık hizmeti türlerini kamu ve özel sektör açısından Tablo:7'de incelemek mümkündür.

Tablo 7- Hizmet Türüne Göre Sağlık Harcamaları 1987 (MilyarTL)

	Koruyucu Sağlık Hiz.		Birinci Basamak Sağ.Hiz.		Hastane Hizmetleri		Toplam	
	Miktar	%	Miktar	%	Miktar	%	Miktar	%
Kamu Sektörü	35.8	4	169.7	18.8	697.5	77.2	903	100
Özel Sektör	0	0	1049.1	95	55.1	5	1104.2	100
Toplam	35.8	1.8	1218.8	60.7	752.6	37.5	2007.2	100

Kaynak : Sağlık Bakanlığı, Sağlık Hizmetlerinde Mevcut Durum 1992.

Sağlık hizmetlerinin toplam finansman kaynaklarının yarıya yakını oluşturulan direkt kişisel harcamaların tamamına yakını özel sektöre yapılmaktadır. Özel sektör harcamaları içerisinde ise hastane harcamaları yüzde beşlik bir kesimi oluşturmaktadır. Bu durum kişisel sağlık harcamaları içerisinde ayakta tedavi hizmetlerinin yüksekliğini açıklamaktadır.

Toplam içerisindeki hastane harcamalarının payı %37.5'dir. Birinci basamak sağlık hizmetlerine ise %60.7'lik pay ayrılmıştır. Koruyucu sağlık hizmetlerine ayrılan pay ise %1.8'dir.

Dünya standartları itibariyle, GSMH'dan Türkiye'nin sağlığa ayırdığı payın düşük olması, sağlığa harcanan kaynak içerisinde direkt kişisel harcamaların %50'yi oluşturması ve bu miktarın da %95'inin birinci basamaktaki özel muayenehane ve ilaç giderlerine ayrılması hastanelerin finansman sıkıntısına düşmesine yol açmaktadır.

#### **4.6.5. Diğer Finansman Sorunları**

- Hastanelerde iki türlü mali güç kullanılır. Bunlar; genel bütçe ve döner sermayedir. Yapıları gereği, bir hesaptan alınabilecek her malzemeyi diğer hesaptan almak mümkün olmayabilmektedir.

- İdari ve mali işlerden sorumlu hastane müdürü olduğu halde, döner sermaye bir saymanlık halinde ayrıca teşekkül ettirilmiştir. Genel bütçe ve döner sermaye faaliyetlerindeki kopukluk ve koordinasyonsuzluk yüzünden hastane faaliyetleri aksamaktadır.

- Hastaneler yıllık hazırlanan bütçeye göre faaliyet göstermektedir. Fiyatların hızla arttığı sağlık sektöründe, hazırlanan bütçe yeterli olmamaktadır. Diğer taraftan bütçe kalemleri arası devir ise genellikle yapılamamaktadır. Yıl içinde acil bir alım gerektiğinde ise eğer ilgili hesapta para yoksa, merkezi idare ile mütabakat sağlanmadan bir işlem yapılamamaktadır.

- Hastanelerde finansal yöneticiden söz etmek oldukça güçtür. Döner sermaye saymanlarının çoğu ilkokul ya da ortaokul mezunudur.

- Hastanelerde maliyet/etkinlik prensipleri doğrultusunda çalışılmadığı için, kaynak israfı büyük olmaktadır.

- Hastanelerde finansman kullanımına önem verilmemesinin bir diğer nedeni ise, SSK gibi bazı kurumların hem sağlık hizmeti sunucuları hem de finanse eden konumunda olmalarıdır.

#### ***4.7. Hastaneler Açısından Önemli Olan Diğer Sorunlar***

##### ***4.7.1. Mevzuat Sorunu***

Türkiye'nin sağlık mevzuatı oldukça eski ve karışıktır. Hala yürürlükte olan sağlıkla alakalı kanunlarımızın çoğu 1920-1930 yılları arasında çıkarılmıştır. Örneğin; "Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun" 1928 yılında yürürlüğe girmiştir. Hala yürürlükte olan bu kanun sağlık personelinin görev yetki ve sorumluluklarını tanımlamaktadır. Ancak gelişen tıp ilmi ile bazı sağlık meslek grupları bugün mevcut değildir. Bunun yanında son 30 yılda fizyoterapi, diyetisyenlik, psikoloji gibi meslekler de 1928'de mevcut olmadığından bu kanunda yer almamıştır.

Sağlığın anayasası olarak görülen "Umumi Hıfzıssıhha Kanunu" ise 1930 yılında yürürlüğe girmiştir. Hala yürürlükte olmasının yanı sıra, geçen 66 yıl bu kanunun dinamizmini ortadan kaldırmıştır.

Hastanelerin yönetimi için hazırlanan Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği içerisinde çok çeşitli çelişkiler zaman zaman sıralanmıştır. Bugün için bu yönetmelik hastane yönetiminde yetersiz kalmaktadır.

Hastane yönetiminin tabi olduğu mevzuat, sağlık mevzuatıyla sınırlı değildir. Devlet Memurları Kanunu, Emekli Sandığı Kanunu, Vergi İadesi Kanunu, Tasarrufu Teşvik Kanunu, Harcırah Kanunu, Devlet İhale Kanunu gibi mevzuat da hastane yönetimini yakından ilgilendirmektedir.

#### *4.7.2. Fiziki Yapı Sorunları*

Fiziki yapı sorunları içerisinde ilk sorun konumluk yer sorunudur. Büyük şehirlerde her hangi bir inşaat için bile arsa bulmak başlı başına bir sorundur.

Hastane arsaları için toz, toprak ve gürültüye maruz kalınmayacak yerler tercih edilmelidir. Bataklık ve sisli yerlerden uzak, depreme karşı sağlam zeminler aranmalıdır. Bol güneşli, güzel manzaralı olmalı, su ve kanalizasyon tertibatı bulunmalıdır. Merkeze ve ana yollara yakın ve yeterli büyüklükte olmalıdır.<sup>128</sup>

Türkiye'de hastane binalarının yapımında uzmanlaşmış kişi ve kuruluşlar yoktur. Kamu hastanelerinin projeleri Bayındırlık ve İskan Bakanlığı'nca hazırlanmakta ve ihaleleri birim fiyat esasına göre Devlet İhale Kanunu çerçevesinde yapılmaktadır. Hastane binalarının inşasında kaliteden ziyade ucuzluk ön plana çıkmaktadır.

Diğer sağlık binalarının yanında hastaneler için de stratejik kararlar alacak konumda olması gereken Sağlık Bakanlığı konuya uzaktır. Bu konunun organizasyonu yapılamamıştır. Türkiye'nin her yanında dört deprem ve üç ısı bölgesi dikkate alınarak hazırlanmış olan tip projeler uygulanmaktadır.<sup>129</sup> Esneklikten uzak, gelecekteki gelişmelere kapalı yapılan hastanelerde yerleşim

---

<sup>128</sup> MUTLU, a.g.e., s.35

<sup>129</sup> Sağlık Bakanlığı, Ulusal Sağlık Politikası, Ankara, 1993, s.21.

sorunları önem kazanmaktadır. Projedeki eksiklikler yüzünden onarım ve tadilat işleri hastane hizmete açıldığı andan itibaren başlamaktadır. Periyodik bakım işleri ise geliştirilememiştir.

#### ***4.7.3. Dış Çevreden Kaynaklanan Yönetim Sorunları***

Sosyal çevre çeşitli çıkar ve baskı grupları aracılığı ile hastaneler açısından sorun kaynağı olabilmektedir. Bu çıkar grupları içerisinde personel, hastalar, hasta sahipleri, mali çevreler, diğer hastaneler, meslek örgütleri sayılabilir. Bu grupların hastaneden ayrı ayrı beklentileri vardır. Personel iyi iş şartı ve yüksek ücret, hastalar iyi bakım, hasta sahipleri ucuzluk, firmalar kendinden alım yapılmasını ister.

Ülke genelindeki bürokratik yozlaşmadan hastaneler de payına düşeni almaktadır. Başhekimden park bekçisine kadar hastane personeli, iktidar partilerinin il ve ilçe merkezlerinde belirlenmektedir. Adam kayırma ve aracılıya başvurma sık sık görülmektedir. Rüşvetin yanı sıra yöneten ve yönetilen ilişkilerinde bir diğer yozlaşma görüntüsü ise kabilecilik olarak ifade edilebilir.<sup>130</sup>

Hastayla direkt muhatap olan personel açısından bir diğer sorun ise şive farklılığıdır. Özellikle bölgeye yeni atanan sağlık personeli, gerek şive farklılığı ve gerekse dildeki erozyon sebebiyle hastayla iletişimde zorlanmaktadır. Hastane yönetiminin ve personelinin, toplumun tutum ve değerlerini, ahlaki yapısı ve demografik özelliklerini dikkate alması gerekmektedir.

Hastaneler teknolojinin yoğun kullanıldığı organizasyonlardır. Bu nedenle ülke içindeki ve dışındaki teknolojiyi ve gelişmesini iyi takip etmelidir.

---

<sup>130</sup> Osman PAZARCIK ve Gültekin ÇOYGUN, Kamu Bürokrasisinde Organizasyon Sorunları, Verimlilik ve Etkinlik, M.P.M. Yayın No:322, Ankara, 1985, s.39.

## SONUÇ

Bir sistem içerisinde alt sistem konumunda bulunan organizasyonlar, üst sistemlerinin iyi veya kötü yöndeki etkileri altındadır. Modern hastane organizasyonlarının da üst sistemlerinden etkilenmemeleri düşünülemez. Bu araştırmada, Türkiye sağlık sisteminin hastaneler için doğurduğu şu sonuçlara ulaşılmıştır.

- Temel sağlık hizmetlerinin sunumu için oluşturulmuş olan sağlık ocaklarının etkin kullanılmayışının yanında halkın tutum ve davranışları nedeniyle tercihini büyük hastaneler yönünde yapması, genel olarak hastanelerde yığılmalara neden olmaktadır. Etkin bir temel sağlık hizmeti geliştirildiği takdirde, hastaneye baş vuran hastaların %90-95'inin problemi birinci basamakta çözülecektir. Hasta sevk zincirindeki bu bozukluk, hastanelerde yoğun iş yükü, kalite düşüklüğü ve verimsizlik olarak sonuçlanmaktadır.

- Türkiye hastane ve hasta yatağı açısından Dünya'da çok geri sıralarda bulunmaktadır. Onbin kişiye düşen yatak sayısı Türkiye'de, Yunanistan'da 2.5, Fransa'da 5 kat daha düşüktür. Hasta yatağı sayısında gelişmiş ülkelere göre büyük eksiklikler görülmektedir.

- Hasta yatağı sayısı açısından Türkiye'nin, Dünya ortalamasının çok gerisinde olmasının yanında bu durum büyük bir sorun sayılmaz. Türkiye hastanelerinin en büyük sorunu verimsizliktir. 1994 yılında Türkiye hastaneleri yatak işgal oranı %57.4'tür. Yaklaşık olarak iki yataktan biri boş demektir.

- Hasta yataklarının bölgeler arası dağılımı da dengeli değildir. Özellikle üç büyük ilde yığılmalar görülmektedir.



- Sağlık personel sayısında yetersizliğin yanında, sağlık meslek gruplarında da dengesizlik vardır. Bir hekime dūşen yardımcı sağlık personeli sayısı eksiktir. Sağlık personelinin bölgeler arasındaki dağılımında da denge bulunmamaktadır.

- Türkiye genelinde etkin bir sağlık denetim mekanizması kurulamamış, sağlık alanına özel standartlar geliştirilememiştir.

- Gayri Safi Milli Hasıla'dan sağlığa ayrılan pay çok dūřüktür. Toplam kamu sağlık harcamalarının ancak %35'i hastanelere yapılmaktadır.

- Hastane yapımlarında fizibilite çalışmaları yapılmamaktadır. Bunun sonucu olarak bir yerde çok sayıda kamu hastanesi açılabilmekte ve hepsinin de yatak işgal oranı dūřük olmaktadır.

- Aynı ilde bulunan farklı kurumlara ait hastanelerde hasta yoğunluğu farklı olabilmektedir. Birinde atıl kapasite varken, diğerinde yoğun bir iş yükü görülebilmektedir.

- Farklı kurumlara ait hastanelerde koordinasyon sağlanamamıştır.

- Sağlık Bakanlığı ve SSK gibi kurumların hem finansman kuruluşları ve hem de sağlık hizmeti sunucuları konumunda olmaları verimsizliğe neden olmaktadır.

- Hastaneler arasında rekabet unsuru geliştirilememiştir.

- Türkiye hastanelerinde çok başlılığın yanında aşırı merkeziyetçilik hakimdir. Hastaneler yerinden yönetilememektedir.

- Sağlık mevzuatı oldukça eski olup, günümüz şartlarına hitap edecek mevzuat geliştirilememiştir.

- Bürokratik yozlaşma hastanelerimizi de etkisi altına almıştır.

Çalışmada Türkiye hastanelerinde yönetimlerinden ve organizasyon yapılarından kaynaklanan bir takım sorunlar da tespit edilmiştir.

- Örnek olarak verilen ülkelerin hastane organizasyon yapılarından farklı olarak, Türkiye hastanelerinde yönetim başhekimin tekelinde görülmektedir. Başhekimlerin hastane yönetiminde tek söz sahibi olmaları, hastanelerin modern işletmecilik anlayışından uzak yönetilmelerine sebep olmaktadır. Ayrıca yüzlerce hekimden istifade edilememesi demektir.

- Hastane komisyonları içerisinde satın alma, sayım ve temizlik komisyonlarının haricinde etkin komisyonlar yoktur.

- Hastanelerin oldukça karmaşık bir yapıya sahip olması, basit mesleklerden en yeni uzmanlık dallarına kadar yüzlerce iş kolunun faaliyette olması hastane yönetimini güçleştirmektedir

- İnsan hayatının en önemli unsuru olan sağlık alanında faaliyet göstermesi nedeniyle küçük hataların bile insan hayatının sona ermesine sebep olabilecek nitelikte olması, personel üzerinde strese neden olabilmektedir.

- Bayan personel sayısının fazla olması ve yirmi dört saat hizmet etme zorunluluğu, özellikle gece nöbetlerinin düzenlenmesini güçleştirmektedir. Bayan personel sayısının fazla olması, personel devir hızını da artırmaktadır.

- Hastanelerimizde yönetim ekip işi olarak görülmemektedir. İş bölümü ve uzmanlaşmadan yeterince yararlanılmamaktadır. Bunun yanında aşırı uzmanlaşma da birim amaçlarının hastane amaçlarının önüne geçmesi gibi sorunlar doğurabilmektedir.

- Hastanelerimizde yetki ve sorumluluğun denk olmadığı bir yapı mevcuttur. Özellikle hastane müdürü ve başhemşirenin, sorumluluklarını yerine getirebilecekleri yetkiye sahip olmadıkları görülmektedir.

- İş tanımları ve ilişkileri de belirlenememiştir. Hatta bazı görev tanımları birbiriyle çatışır durumdadır.

- Hastane içerisinde yönetim ekibi anlayışı geliştirilmemiş olduğu için, başhekimlik makamı haricindeki yönetim kademelerinde yönetime katılım sorunu yaşanmaktadır.

- İki üste bağlılık, astlar ve iki üst arasında çatışmalara neden olmaktadır. Organizasyonlar açısından kaçınılmaz olan çatışmanın yönetimi ise çoğu zaman hastanelerimizde mümkün olamamaktadır.

-Personel açısından ücret yetersizliğinin yanı sıra, faaliyetlerin insan hayatıyla ilgili olması strese neden olmaktadır.

-Maaliyet kavramı geliştirilememiş, maaliyet muhasebesi sistemi uygulanamamıştır.

- Yönetimin performansını değerlendirecek göstergeler mevcut değildir.

- Genel bütçe ve döner sermayenin farklı kişilerin sorumluluğunda olması ve her ikisinin de işletmecilik eğitimi almamış başhekime bağlı olması bu hesapların etkin kullanımını engellemektedir.

- Hastane yönetimlerinde modern hastane yönetimi eğitimi almış, profesyonel yöneticilerin sayıca az olması ve yetki sorunları sebebiyle hastaneler,

başhekimler tarafından gelişmiş tıbbi ve deneme yanılma yöntemiyle yönetilmektedir.

- Çoğu hastanede mühendis olmaması teknik hizmetlerin, yönetmelik gereği hastane müdürü tarafından yürütülmesine sebep olmaktadır. Bu durum ise teknik hizmetlerdeki başarıyı olumsuz yönde etkileyebilmektedir.

- Hastane binalarının yapımında uzmanlaşmış kuruluşların olmaması, hastanelerin açılıştan itibaren bakım-onarım faaliyetlerine başlamalarına sebep olmaktadır.

- Hastane yataklarının servislere dağılımında iş yoğunluğu dikkate alınmamaktadır. Bazı servislerde yatak işgal oranı çok düşük iken, bazılarında ise kadrosunun üzerinde yatak kullanılmaktadır.

- Hızla gelişen tıbbi teknoloji takip edilememektedir.

- Personel tanıdıklarının özel iş takibi, hastane faaliyetlerini aksatmaktadır.

- Siyasi çevrenin hastaneler üzerinde oluşturmuş olduğu baskı, hastane faaliyetlerindeki verimliliği, kaliteyi ve hastaneye olan güveni azaltmaktadır.

Hastanelerde mevcut yönetim ve organizasyon sorunlarının çözümünde; ilk olarak sistemler yaklaşımının bir gereği olduğundan ülke sağlık sistemi ele alınmalıdır. Sağlık hizmetlerinin sosyalizasyonu çerçevesinde düşünülen hasta sevk zincirinin uygulanması gerekir. Bu sayede gereksiz yığılmalar önlenecektir.

Hastane binası ve yatak kapasitesi artırımına gidilmesinden ziyade, mevcut yataklar iyi değerlendirilmelidir. Yaklaşık iki hastane yatağından birinin boş kaldığı Türkiye'de rasyonel olmayan, politik düşüncelerden doğan hastane inşaatlarına son verilmelidir. Hastane binalarının yapımında standartlar geliştirilmelidir. Bölgeler arasındaki dengesizlik kaldırılmalı, planlamalarda iş yoğunluğu dikkate alınmalıdır.

İlekim, hemşire, ebe ve sağlık memuru oranında ters olan orantı düzeltilmeli, yardımcı sağlık personeli sayısı artırılmalıdır. Sağlık personelindeki coğrafi dağılım dengelenmeli, üç büyük ildeki personel yığılmaları önlenmelidir.

Farklı kurumlara ait hastaneler arasında koordinasyon sağlanmalıdır. Sağlık hizmetini sunan ve finanse eden kurumlar ayrı ayrı olmalıdır. Sağlık hizmetini sunan kurumlar arasında rekabet ortamı geliştirilmelidir.

Sağlık mevzuatı günün şartlarına göre yeniden ele alınmalıdır.

Sağlık Bakanlığı strateji belirleyen ve uygulamayı denetleyen kurum haline getirilmelidir. Bunun için sağlık alanına özel standartlar geliştirilmeli ve hastanelerde yerinden yönetime gidilmelidir.

Hastanelerdeki iş ve mevki tanımları günümüz şartlarına göre yenilenmeli, yetki ve sorumluluk dengesi kurulmalıdır. Atıl duran komisyonlara işlerlik kazandırılmalı, verimliliği ve kaliteyi artırıcı yeni komisyonlar teşkil ettirilmelidir. Özellikle idari, teknik ve hemşirelik hizmetlerinde fonksiyonel yöneticilerin yönetime katılmaları sağlanmalıdır.

Hastaneler açısından zaten kıt olan kaynakların etkili kullanılmaması verim kaybına sebep olmaktadır. Döner Sermaye ve Genel Bütçe harcamaları tek elden yapılmalı, Maaliyet Muhasebesi uygulamaya konulmalıdır.

Ülke sağlık sisteminden kaynaklanan sorunlar yanında, hastanelerdeki organizasyon bozukluğu, rasyonel yapılmayan yatırımlar, sağlık personeli istihdamındaki yanlışlıklar, etkin bir denetim ve değerlendirme mekanizmasının olmaması gibi bir yığın sorunun çözümü; hastanelerde bilimsel yönetim anlayışına uygun sağlık personelinin istihdamı veya mevcut yönetimin bilimsel bir anlayışı benimsemesiyle mümkün olabilecektir.

## KAYNAKLAR

- AK, Bilal. Hastane Yöneticiliği. Özkan Matbaacılık. Ankara. 1990.
- AK, Bilal. Sağlık Hizmetlerinde Yönetim. Yeni Asya Yayınları. İstanbul. 1990.
- AK, Bilal ve AKAR, Çetin, Hastane Kavramı, Sağlık Yönetimi Dergisi. Afşaroğlu Matbaası. Sayı 3-4. Ankara. 1987.
- AK, Bilal ve AKAR, Çetin, Hastane Amaçları, Sağlık Yönetimi Dergisi. Sayı 6. Ankara. 1988.
- BARANSEL, Atilla. Çağdaş Yönetim Düşüncesinin Evrimi. Klasik ve Neoklasik Yönetim ve Örgüt Teorileri. Cilt 1. İstanbul Ü. İşletme Fakültesi, İşletme İktisadi Ens. Yayın No:150. Şişli. 1993.
- DİNÇER, Ömer. Stratejik Yönetim ve İşletme Politikası. Timaş Basımevi. 2. Baskı. İstanbul. 1992.
- DOĞRUSÖZ, Sıdıka. Hastanelerde Örgütsel Çatışmanın Yönetimi. Basılmamış Bilim Uzmanlığı Tezi. Ankara 1987.
- DRUCKER, Peter F. Gelecek İçin Yönetim. Çev; Fikret ÜÇCAN. İş Bankası Yayın No:327. 1994.
- EREN, Erol. Yönetim ve Organizasyon. İstanbul Üniv. İşletme Fakültesi, İşletme İktisadi Enstitüsü. Yayın No:129. İstanbul. 1991.
- EREN, Erol. İşletme Örgütleri Açısından Yönetim Psikolojisi. Fatih, 1978.
- GENÇ, Nurullah ve DEMİRDÖĞEN, Osman. İşletme El Kitabı. Birey Yayıncılık No:1. Erzurum. 1994.
- GÖK, Rafet. Sağlık Kurumlarında Maliyet Hesaplama İşlemleri ve Muhasebeleştirilmesi. A.İ.T.İ.A. Muğla İşletmecilik Y.O. Yayın No:6.
- GÜR, Mehtap. Ders Notları. Hacettepe Ü. Sağlık İdaresi Y.O. 1988.

- KARACA,Harun. Hacettepe Ü.Sağlık İdaresi Y.O. Yıllığı 84. Ayyıldız Matbaası. Ankara. 1984.
- KARACA,Harun. Hastaneler ve Yönetimleri. Sağlık Yönetimi Dergisi. Sayı 1. 1987.
- KIRAL,A.Haydar. Hastane İşletmeleri Yönetiminde Temel Bilgiler. Ankara. 1976.
- KIRAL,A.Haydar. Türkiye'de Sağlık İdareciliğinin Tarihsel Gelişimi. Sağlık Yönetimi Der. Sayı:7. Mart 1989.
- KOÇEL,Tamer. İşletme Yöneticiliği. İstanbul Ü. İşletme F. Yayın No:205. İstanbul. 1989
- KOZAK, İ.Erol. Bir Sosyal Siyaset Müessesesi Olarak Vakıf. Akabe Yayınları No:39. İstanbul. 1985.
- MORTAN,Kenan ve TOKGÖZ,Tandoğan. Sağlık Ekonomisi ve Eğitimi. Ankara. 1984.
- MUTLU, Asım. Sağlık Binaları ve Hastaneler. Devlet Güzel Sanatlar Akademisi Yayınları No:36. 1973.
- NEWMAN, William H. Sevk ve İdare. çev;Kenan SÜRĞİT. T.O.D.A.İ.E. Yayın No:115. Sevinç Matbaası. Ankara. 1970.
- ÖZDEMİR,Mahmud. Sistemler Yaklaşımı Açısından Hastane Organizasyonu ve Yönetimi. Atatürk Ü. Yayın No:649. Erzurum. 1988.
- ÖZDEMİR, Mahmud. Türkiye'de Eğitim ve Araştırma Hastanelerinin Organizasyon ve Yönetim Sorunları. Basılmamış Araştırma. Ankara. 1989.
- ÖZDİLEK,Şemsi ve AKGÜN,Nejat. Hastane Yönetim ve Organizasyonu. Ankara Yarı Açık Cezaevi Matbaası. Ankara. 1970.
- PAZARCIK,Osman ve ÇOYGUN,Gültekin. Kamu Bürokrasisinde Organizasyon Sorunları. Verimlilik ve Etkinlik. M.P.M. Yayın No:322. Ankara. 1985.
- SABUNCU,Necmiye ve diğ., Hemşirelik Esasları. Anadolu Üniv. A.Ö.F. Yayınları No:225. Eskişehir. 1991.

SEÇİM, Hikmet. Hastane Yönetim ve Organizasyonu Türkiye'de Hastanelerin Organizasyonu İçin Bir Model Önerisi, A.Ö.F. Yayın No:53. Eskişehir. 1985.

SÜMBÜLOĞLU, Kadir. Sağlık Alanına Özel İstatistiksel Yöntemler. Hatipoğlu Yayınları. Ankara. 1990.

ŞEVKİ, Osman. Beş Buçuk Asırlık Türk Tababeti Tarihi, Kültür Bakanlığı Yayın No:1296. Ankara. 1991.

TOKAT, Mehmet. Türkiye'de Sağlık Sektörünün Finansmanı. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü. Ankara. 1993.

TOKAT, Mehmet. Türkiye'de Sağlık Harcamalarının Gelişimi, Finansman ve Örgütlenme. Ankara. 1991.

VELİOĞLU, Perihan ve diğ. Hemşirelikte Kişilerarası İlişkiler. A.Ö.F. Yayın No:226.

YAZICI, Mehmet. Örgütlenme İlkeleri. İ.T.Y.O. Sadrettin Tosbi Yayın ve Yardım Vakfı. Yayın No:2. İstanbul. 1978.

YILDIRIM, Savaş. Sağlık Hizmetlerinde Harcama ve Maaliyet Analizi. DPT Yayın No:2350. 1994

DİE. İstatistik Yıllığı 1994. Ankara. 1995.

DPT. VI. Beş Yıllık Kalkınma Planı, ÖİK Raporu. DPT Yayın No:2274, Ankara, 1991.

Meydan Larousse, Cilt 5.

Sağlık Bakanlığı. Sağlık Hizmetlerinde Mevcut Durum 1992. Ankara. 1992

Sağlık Bakanlığı. Ulusal Sağlık Politikası. Ankara. 1993.

Sağlık Bakanlığı. Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yıllığı 1994, Ankara, 1995.

Sağlık Bakanlığı. Türkiye'de Sağlık Reformu Sağlıkta Mega Proje, Ankara. 1992.

Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı. Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği, S.S.Y.B. Yayın No:499, Başbakanlık Basımevi, Ankara, 1983.

T.C. YÜKSEKÖĞRETİM KURULU  
DOKÜMANTASYON MERKEZİ