

**YATAKLI SAĞLIK KURULUŞLARINDA YÖNETSEL SORUNLARIN
İNCELENMESİ EDİRNE İLİNDE
ÖRNEK BİR UYGULAMA**

Hazırlayan: Yasemin YILDIZ

Danışman: Yrd. Doç. Dr. Adil OĞUZHAN

Lisansüstü Eğitim, Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin
İşletme Anabilim Dalı İçin Öngördüğü YÜKSEK LİSANS TEZİ
Olarak Hazırlanmıştır.

Edirne
Trakya Üniversitesi
Sosyal Bilimler Enstitüsü
Temmuz, 2008

TEŐEKKÖR

Tez çalıőmam boyunca bana önerilerini ve ilgisini eksik etmeyip beni her konuda destekleyen tez danışmanım Yard. Doç. Dr. Adil OĞUZHAN'a, bilimsel katkıda bulunan Prof. Dr. Derman KÜÇÜKALTAN'a, anket formunun oluşturulmasında yardımlarını esirgemeyen Yrd. Doç. Dr. Sinan ÜNSAR'a ve Tıp Fakültesi Hastane Müdürü Nevzat ÜSTÜN'e, tezimin her aşamasında beni yüreklendiren, destekleyen eşim Mustafa YILDIZ ve eşimin saygı değer anne ve babasına teşekkürlerimi sunarım.

Hazırlayan: Yasemin YILDIZ

Tezin Adı: Yataklı Sağlık Kuruluşlarında Yönetmel Sorunların İncelenmesi Edirne İlinde Örnek Bir Uygulama

ÖZET

Günümüzde sağlık hizmetleri, ülke ekonomilerinin önemli bir parçası olup, büyük bir hizmet endüstrisi olarak karşımıza çıkmaktadır. Ülkemizde, sağlık hizmetlerinin verimli ve kaliteli bir şekilde yapılandırılabilmesine ilişkin planlama çalışmaları, son yıllarda üzerinde en fazla tartışılan konulardan birisi haline gelmiştir. Her alanda olduğu gibi, sağlık hizmetlerinde de beklenen kalite ve verim düzeyinin elde edilebilmesi için, sağlık kurum ve kuruluşlarının yönetimleri profesyonellerce icra edilmesi gerekmektedir. Nedenlerine gelince, sağlık örgütlerinin en üst kademesinden en alt kademesine kadar olan pozisyonlarda çalışanlar, yönetimle ilgili görevler ifâ etmektedirler. Sağlık hizmeti veren üretim birimlerinin en büyük alt sistemleri hastaneler olabilmektedir. Dolayısıyla söz konusu hizmet üretiminin büyük bir bölümünü üstlenmiş olması sebebiyle bu birimlerin, çağdaş işletmecilik anlayışına göre yönetilmeleri gerekmektedir.

Çalışmamızın birinci bölümünde, sağlık hizmetleri ve sağlık işletmeleri üzerinde durulmuştur. Sağlık hizmetlerinin türleri incelenmiş, genel işletme ve yataklı sağlık işletmelerinin tanımları yapılarak, türleri hakkında bilgi verilmiştir. Hastane yönetiminin özellikleri ve diğer işletmelerden farklılıkları incelenmiştir.

İkinci bölümde, yataklı sağlık kuruluşlarında yönetmel faaliyetler incelenmiştir.

Üçüncü bölümde de yataklı sağlık kuruluşlarının yönetmel sorunlarını tespit etmek amacıyla, Edirne il ve ilçelerindeki 6 devlet hastanesi, 3 özel hastane ve 1 tıp fakültesi hastanesinde toplam 67 yöneticiyle anket uygulaması yapılmış ve sonuçları yorumlanmıştır. Toplanan veriler SPSS istatistik paket programında değerlendirilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Yataklı sağlık kuruluşları, işletme, yönetim ve organizasyon.

Prepared by Yasemin YILDIZ

Name of thesis: Research of Administrative Problems İn Hospitals An Example Application in Edirne

ABSTRACT

In contemporary world health service – an important part of state economy focuses us as a huge service industry. The planning research of constructing efficient and productive health services has become one of the most frequently discussed subject. As it is true for all institutes, to maintain the quality and efficiency level in health services, associations and establishments must be administered by professionals, as the ones working in all levels from top to the bottom for health organizations perform duties related to administration. The subsystems of production unit giving health services may be hospitals. That's why these units, with the reason of taking over most of the service production, must be administered according to contemporary management methods.

In the first part of our study health services and units producing health services are the main focuses; the kinds of health services have been searched. General operating units and hospitals have been described and information about them has been given; the characteristics of hospital management and the differences between hospital management and other operating units have been searched.

In the second part administrative activities of hospitals have been searched.

In the third part with the aim of determining administrative problems of hospitals totally 67 managers – working for 6 state hospitals, 3 private hospitals, 1 medicine faculty in Edirne and its towns – have answered a questionnaire. The results have been explained.

The data obtained from questionnaire has been evaluated with SPSS statistical programme.

Key Words: Hospitals, operating units, management and organizations.

İÇİNDEKİLER

GİRİŞ	1
PROBLEM	2
AMAÇ	3
ÖNEM	3
SAYILTILAR	3
SINIRLILIKLAR	3
TANIMLAR	4

BÖLÜM I

I. SAĞLIK HİZMETLERİ VE SAĞLIK İŞLETMELERİ

1.1. Sağlık Hizmetleri	5
1.1.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri	5
1.1.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri	7
1.1.3. Rehabilitasyon Edici Sağlık Hizmetleri	7
1.2 İşletme ve Sağlık İşletmeleri	8
1.2.1 İşletmenin Tanımı ve Amaçları	8
1.2.2 Sağlık İşletmelerinin Amaçları	11
1.2.3 Sağlık İşletmelerinin Türleri	13
1.2.3.1 Yataksız Sağlık İşletmeleri	14
1.2.3.2 Yataklı Sağlık İşletmeleri	21
1.2.3.3 Hastane İşletmelerinin Tanımı Ve Türleri	21
1.3. Hastane İşletmelerinin Özellikleri ve Diğer İşletmelerden Farklılıkları	24
1.3.1. Hastanelerin Hizmet Organizasyonu Özelliği	25
1.3.2 Hastanelerin Karmaşık Açık-Dinamik Yapı Sistemleri Özelliği	26
1.3.3 Hastanelerin Matriks Yapıdaki Faaliyet Organizasyonu	28
1.3.4 Hastane Hizmetlerinin Süreç Organizasyonu	30
1.3.5 Hastane Personelinin Cinsiyet Dağılımına Göre Özelliği	30
1.4 Hastane İşletmelerinin Diğer İşletmelerden Farklılıkları	30

BÖLÜM II

2. YATAKLI SAĞLIK KURULUŞLARINDA YÖNETSEL FAALİYETLER	32
2.1. Yönetimin Tanımı ve Amacı	32
2.2 Yönetim Süreci Ve Planlanması	33
2.2.1. Planlama Türleri	34
2.2.1.1 Niteliklerine Göre Planlar	35
2.2.1.2. Sürelerine Göre Planlar	35
2.2.2. Karar Verme Süreci	36
2.2.3. Sağlık Hizmetlerinde Planlama	38
2.2.3.1 Sağlık Hizmetlerinde Uzun Dönemli Planlama	40
2.2.3.2 Yataklı Sağlık Kuruluşlarında Planlama	41
2.3. Örgütlenme (Organizasyon)	46
2.3.1. Örgütlenme İlkeleri	48
2.3.2. Türkiye’de Hastane İşletmeleri Organizasyonu	49
2.3.2.1 Başhekimlik	50
2.4. Sağlık İşletmelerinde Denetim Süreci Ve Türleri	55
2.4.1 Kamu İşletmelerinde Denetim Türleri	58
2.4.1.1 Yasama Denetimi	58
2.4.1.2. Yürütme Denetimi	58
2.4.1.3 Yargı Denetimi	59
2.4.2 Sağlık İşletmelerinde Denetim Komiteleri	59
2.4.3 Özel İşletmelerde Denetim Türleri	65
2.4.4. Sağlık İşletmelerinde Kalite Denetimi	66
2.4.5 Hastane Hizmetlerinde Kalite Değerleme İle İlgili Komiteler	66
2.5. Üretim Yönetimi Fonksiyonları	70
2.5.1. Sağlık Kuruluşlarında Üretim Yönetimi	70
2.6. Pazarlama Yönetimi Ve Fonksiyonları	71
2.6.1. Pazarlamanın Önemi	71
2.6.2. Sağlık Hizmetlerinde Pazarlama Yönetimi	74
2.6.2.1 Tüketici Bilgisizliği ve Uzmanın Kuvveti	77

2.6.2.2 Tıp Mesleğinin Kuralları	77
2.6.2.3 Mamul Belirsizliği	77
2.6.3 Hizmet Pazarlaması	78
2.6.4 Bir Pazarlama Programının Oluşturulması	80
2.6.4.1 Denetim	80
2.6.4.2 Pazar Bölümlendirmesi	81
2.6.4.3 Pazarlama Karışımı	81
2.6.4.4 Yürütme	84
2.6.4.5 Değerlendirme ve Kontrol	84
2.6.5 Pazarlama Faaliyetlerinde Halkla İlişkilerin Rolü	84
2.6.5.1 Hastanede Halkla İlişkilerin Yol ve Yöntemleri	86
2.7. İnsan Kaynakları Yönetimi	87
2.7.1. Sağlık Kuruluşlarında İnsan Kaynakları Yönetimi	88
2.7.1.1. İşgören Bulma ve Seçme	90
2.7.1.2. Eğitim Ve Geliştirme	91
2.7.1.3. Ücret Yönetimi	94
2.7.2 Yönlendirme ve Motivasyon	94
2.7.2.1 Motivasyonun Temel Unsurları	97
2.7.2.2 Motivasyon Süreci	99
2.7.3 Liderlik	100
2.7.3.1 Liderin Güç Kaynakları	102
2.7.3.2 Liderliğin Önemi	103
2.7.3.3 Liderlik ve Motivasyon	104
2.8. Finans Yönetimi ve Fonksiyonları	105
2.8.1. Sağlık Kuruluşlarında Finans Fonksiyonu ve Finans Kaynakları	106
2.8.1.1. Kamu Kaynakları	107
2.8.1.2 Özel Kaynaklar	108
2.9. Malzeme Yönetimi	109
2.9.1. Malzeme Yönetim Fonksiyonları	110
2.9.2 Malzeme Yönetimi İlkeleri	110
2.9.3 Malzeme Yönetim Teknikleri	111
2.9.3.1 Malzeme İhtiyaç Planlaması Yöntemi	112

2.9.3.2 Just in time (JIT)	113
2.10. Stok Kavramı ve Stok Kontrol Yöntemleri	114
2.10.1. Gözle Kontrol Yöntemi	116
2.10.2.Yedekleme Yöntemi	116
2.10.3.Önemlilik Yöntemi	116
2.10.4.Ekonomik (Sabit) Sipariş Yöntemi	116
2.10.5. Stoksuz Malzeme Yönetimi	117
2.10.6.Bar-Kod Sistemi	117
BÖLÜM III	
3.YATAKLI SAĞLIK KURULUŞLARINDA YÖNETİM VE ORGANİZASYON SORUNLARINA İLİŞKİN EDİRNE İLİNDE BİR İNCELEME	120
3.1 Araştırmanın Modeli	120
3.2 Evren ve Örneklem	121
3.3 Verilerin Toplanması	121
3.4 Verilerin Çözümü ve Yorumlanması	122
3.4.1 Güvenilirlik	122
3.5 Araştırma Bulguları	123
3.5.1 Yataklı Sağlık Kuruluşlarındaki Yöneticilerin Sosyo – Demografik Özelliklerine İlişkin Frekans Dağılım Tabloları	123
3.5.2 Yataklı Sağlık Kuruluşlarının Yönetim ve Organizasyona Bakışlarına İlişkin Frekans Dağılımları	129
3.5.3 Faktör Analizi	138
3.6 Yöneticilerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Yönetim ve Organizasyon Alt Boyutları Asındaki Farka İlişkin Bulgular	142
3.6.1 Hastanelerde Yönetim Organizasyon Sorunlarının Alt Boyutlarının Aralarındaki Farklarına İlişkin Bulgular	142
SONUÇ	147
KAYNAKÇA	149
EKLER	158

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 2.1: Kontrol Süreci	57
Şekil 3.1: Araştırma Modeli	120

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 3.1: Hastane Yöneticilerinin Yaş Dağılımları	123
Tablo 3.2: Hastane Yöneticilerinin Cinsiyet Dağılımı	124
Tablo 3.3: Hastane Yöneticilerinin Eğitim Düzeylerine İlişkin Frekans Dağılımları	124
Tablo 3.4: Ankete Katılan Hastane Yöneticilerinin Görev Dağılımı	125
Tablo 3.5: Hastane Yöneticilerinin Toplam Çalışma Süreleri	125
Tablo 3.6: Yöneticilerin Görev Yaptıkları Kurumda Toplam Çalışma Süreleri	126
Tablo 3.7: Ankete Katılanların Hastane Yönetimiyle İlgili Eğitim Alma Durumları	126
Tablo 3.8: Hastane Yöneticilerinin Medeni Durumu	126
Tablo 3.9: Hastane Yöneticilerinin Çocuk Sayısı	127
Tablo 3.10: Hastane Yöneticilerinin Eşlerinin Çalışma Durumu	127
Tablo 3.11: Hastane Yöneticilerinin Babalarının Eğitim Durumu	127
Tablo 3.12: Hastane Yöneticilerinin Annelerinin Eğitim Durumu	128
Tablo 3.13: Anketin Yapıldığı Hastaneler Ve Katılımcı Sayıları	128
Tablo 3.14: Sağlık İşletmeleri Yöneticilerinin, Yönetim ve Organizasyon Maddelerine İlişkin Görüşlerinin Frekans Dağılım Tablosu	137
Tablo 3. 15: Faktör Analizi Matrisi	140
Tablo 3.16: Yataklı Sağlık Kuruluşlarının Yönetim ve Organizasyon Alt Boyutlarına İlişkin Farklılığın Testi	141
Tablo 3.17: Cinsiyetlere Göre Hastanelerde Yönetim Organizasyon Sorunlarının Alt Boyutlarının Arasındaki Farklara İlişkin Mann – Whitney U Test Sonuçları	142
Tablo 3.18: Yaşlara Göre Hastanelerde Yönetim Organizasyon Sorunlarının Alt Boyutlarının Arasındaki Farklara İlişkin Kruskal Wallis Test Sonuçları	143
Tablo 3.19: Öğrenim Durumuna Göre Hastanelerde Yönetim Organizasyon Sorunlarının Alt Boyutlarının Arasındaki Farklara İlişkin Kruskal Wallis Test Sonuçları	143
Tablo 3.20: Toplam Çalışma Sürelerine Göre Hastanelerde Yönetim Organizasyon Sorunlarının Alt Boyutlarının Arasındaki Farklara İlişkin Kruskal Wallis Test Sonuçları	144
Tablo 3.21: Babalarının Eğitim Durumuna Göre Hastanelerde Yönetim	

Organizasyon Sorunlarının Alt Boyutlarının Arasındaki Farklara İlişkin Kruskal Wallis Test Sonuçları	144
Tablo 3.22: Annelerinin Eğitim Durumuna Göre Hastanelerde Yönetim Organizasyon Sorunlarının Alt Boyutlarının Arasındaki Farklara İlişkin Kruskal Wallis Test Sonuçları	145
Tablo 3.23: Gelire Göre Hastanelerde Yönetim Organizasyon Sorunlarının Alt Boyutlarının Arasındaki Farklara İlişkin Kruskal Wallis Test Sonuçları	145
Tablo 3.24: Kurumda Çalışma Sürelerine Göre Hastanelerde Yönetim Organizasyon Sorunlarının Alt Boyutlarının Arasındaki Farklara İlişkin Kruskal Wallis Test Sonuçları	146

KISALTMALAR

TSH: Temel Sağlık Hizmetleri

AÇSAP: Ana Çocuk Sağlığı Merkezi

BCG: Bacillus Calmette-Guerin (Tüberkuloza karşı bağışıklık sağlamak için yapılan bir aşı)

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

DDY: Devlet Demir Yolları

KBB: Kulak Burun Boğaz

TBMM: Türkiye Büyük Millet Meclisi

TŞSTİDK: Tababeti Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun

UHK: Umumi Hıfzısıhha Kanununun

DPT: Devlet Planlama Teşkilatı

TSE: Türk Standartları Enstitüsü

ISO: (International Organization for Standardization)Uluslararası Standard Organizasyonudur

TV: Televizyon

İKY: İnsan Kaynakları Yönetimi

MİP: Malzeme İhtiyaç Planlaması

JIT: Just In Time

TKY: Toplam Kalite Yönetimi

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

GİRİŞ

Günümüzde hastaneler; tedavi ve tıbbi bakım fonksiyonlarının yanı sıra, hekimlerin ve yardımcı sağlık personelinin eğitimi, tıbbi araştırma ve toplum sağlığı gibi bir kuruluş, ekonomik bir işletme, doktor ve diğer personeline eğitim veren bir eğitim kurumu, bir araştırma birimi, birçok meslek gruplarından kişilerin çalıştığı bir örgüt, sosyal bir kurum ve çoğunluğu kamu kuruluşu niteliğinde olan hizmet işletmeleridir. Ülkelerin gelişmişlik göstergelerinden biri de verilen sağlık hizmetlerinin düzeyidir. Sağlık hizmetlerinin etkin bir şekilde verilmesi, sağlıklı nesillere ulaşmanın belki de tek yoludur. Sağlık hizmetlerinin verildiği yerlerden biri olan hastanelerin bu hizmetleri verebilmesi ise, hastanelerin modern yönetim ve organizasyon anlayışına göre yönetilmeleri ve sunulan hizmetlerin daha da ileriye götürülebilmesi için, mevcut sorunların ortaya çıkarılması ve çözümlenmesi büyük önem arz etmektedir.

Hastanelerin verimli bir şekilde faaliyet gösterebilmesi için nitelikli tıp, yardımcı tıp, mali, idari ve destek personel kadrosuna, yeterli araç gereç ve tıbbi cihazlar ile diğer fiziksel ve insangücü kaynaklarına ihtiyaç vardır.

Hastane; “gözlem, tanı, tedavi ve rehabilitasyon (yaşama döndürme) olmak üzere kümelenendirilebilecek sağlık hizmetleri veren, hastaların uzun ya da kısa süreli tedavi edildikleri yataklı kuruluşlardır” (Seçim, 1991, s.5). Yada "Hastane, hasta ve yaralıların, hastalıktan şüphe edenlerin ve sağlık durumlarını kontrol ettirmek isteyenlerin, ayakta veya yatarak müşahede, muayene, teşhis, tedavi ve rehabilite edildikleri", "aynı zamanda doğum yapılan kurumlardır" (Eren, 1984, s.17).

Temel amacı hastaların beklentilerini karşılamak olan hastanelerde aşırı iş bölümü ve uzmanlaşma, kullanılan teknolojinin karmaşıklığı, çok farklı eğitim düzeyinden insanların bir arada çalışması, 24 saat hizmet veren organizasyonlar olması gibi nedenlerle yönetimi oldukça güçtür.

PROBLEM

Yönetim çeşitli bilim dallarınca farklı bir biçimde tanımlanabilir. Örneğin ekonomistlere göre; toprak sermaye ve emekle birlikte üretim fonksiyonlarından biridir. Siyasal bilimcilere göre; yönetim, bir otorite sistemi olarak kabul edilir. Toplumbilimcilerin gözünde yönetim, bir sınıf ve saygınlık sistemidir. Hatta yönetim bilimcilerin bile üzerinde anlaştıkları bir tanım vermek oldukça zordur. Örneğin klasik yönetim taraftarları yönetimi; para, makine, metod, insan ve araç, gerecin uyumlaştırılması olarak tanımlarken, davranış bilimciler; kararların alınması ve uygulamaya aktarılması diye belirlerler. Genellikle yönetim dendiğinde akla hiyerarşik basamakta üst düzey gelir. Ama örgütlenmiş bir toplumda yönetim, çeşitli düzeyleri kapsayan bir süreçtir.

Çok bilinen tanımı ile "yönetim, amaçların başka insanlarla birlikte ve onlar yoluyla gerçekleştirilmesidir." Buna göre, sağlık yöneticisi "sağlık hizmetlerinin, amaçlara uygun olarak, başka insanlarla ve onlar yoluyla sunulmasını sağlayan kişi" olarak tanımlanabilir.

Genellikle hastane ve sağlık kuruluşu yöneticileri tıp fakültesi mezunu hekimlerce yürütülmekte ve tıp fakültelerinde yönetimle ilgili bilgi ve beceriler verilmemektedir. Oysa, nasıl ki bir hastalığın tanı ve tedavisi için ayrıntılı bir teorik ve uygulamalı eğitim gerekiyorsa bir sağlık kuruluşunun yönetimi için de eğitime ihtiyaç duyulmaktadır. Nasıl ki aynı hastalığın belirtileri ve tedavisi kişiler arasında farklılıklar gösterebiliyorsa, yönetim fonksiyonu da benzer kurumlar arasında farklılık gösterebilmektedir. İyi bir sağlık yöneticisinin öncelikle bu alandaki bilgi ve beceri eksikliğini gidermesi gereklidir.

AMAÇ

“Yataklı Sağlık Kuruluşlarında Yönetmel Sorunların İncelenmesi Edirne İlinde Örnek Bir Uygulama” konulu tezin amacı; sağlık hizmetlerinin genel yapısıyla hizmetin sunum şekillerini anlatmak, işletme çeşitlerini inceleyerek, sağlık işletmelerinin genel işletmelerden farkını anlatmak, tedavi hizmetleri ile temel sağlık hizmetlerindeki organizasyon ve hizmet akışını anlatmak, ülkemizde genel ve yerel yönetimi ile sağlık hizmetlerinde yürütme, personel yönetimi, malzeme yönetimi, finans yönetimi, pazarlama yönetimi, üretim yönetimi, denetim ve planlama faaliyetlerinin nasıl yapıldığının ortaya konulması ve varsa sorunların giderilmesine ilişkin çözüm yollarının tespitinin yapılmasıdır.

ÖNEM

Sağlık yöneticiliği bütün dünyada oldukça yeni bir meslektir ve bu mesleğin en gelişmiş dalı hastane yöneticiliğidir. Sağlık yönetimi alanında ilk eğitim programları “Hastane Yöneticiliği” adıyla başlatılmıştır. Günümüzde hastane yöneticileri, kıt kaynaklar ile çok hızlı ilerleyen teknoloji ve tüketici hareketlerinin baskısı altında çok büyük bir bütçenin sorumluluğunu taşımakta ve çok değişik alanlardan profesyonel, yarı profesyonel ve yardımcı hizmet personelinin uyumunu sağlamak üzere son derece karmaşık bir kurumu işletmek durumunda kalmaktadır.

SAYILTILAR

Araştırmada temel alınan dayanak noktaları şu şekilde sıralanabilir:

- 1- Ülkemizde, her kurumda olduğu gibi sağlık işletmelerinde de merkezîyetçi bir yönetim tutumu sergilenmektedir.
- 2 – Sorun çözmek yerine geleneksel idareci zihniyetiyle ve katı sistem kuralları içinde yönetilmektedir.
- 3 - Görevlendirmeler formal maharetlere göre yapılmaktadır.
- 4 – Takım çalışmasının olmadığı bir sistemle yönetilmektedir.

SINIRLILIKLAR

1. İşletmelerinde araştırmanın yapıldığı süre içinde görev yapan üst düzey yöneticilerle sınırlıdır.

2. Toplanan verilerin güvenlik ve geçerliliği, kullanılan anket tekniğinin özellikleriyle sınırlıdır.
3. Araştırma uygulamanın yapıldığı hastanelerdeki yönetim organizasyon sorunları için geçerlidir. Bu araştırmanın sonuçlarına dayanarak diğer illerdeki benzer kuruluşlar için yapılacak genellemelerin doğruluk derecesi sınırlı olacaktır.

TANIMLAR

İşletme, kişilerin ihtiyaçlarını karşılamak amacıyla üretim faktörlerini uyumlu bir biçimde bir araya getirerek, ekonomik mal ve hizmet üretmek ve / veya pazarlamak için faaliyette bulunan kuruluştur. Ya da belli nedenler ile ortaya çıkan gereksinmelerin uyumlu biçimde doyurulmasını sağlayan, gereksinmeler ile onların doyurulması arasında bir ilişki kuran birim "İşletme"dir (Can ve diğ. 1996, s.16).

Hastane; "gözlem, tanı, tedavi ve rehabilitasyon (yaşama döndürme) olmak üzere kümelenendirilebilecek sağlık hizmetleri veren, hastaların uzun ya da kısa süreli tedavi edildikleri yataklı kuruluşlardır" (Seçim, 1991, s.5). Yada "Hastane, hasta ve yaralıların, hastalıktan şüphe edenlerin ve sağlık durumlarını kontrol ettirmek isteyenlerin, ayakta veya yatarak müşahede, muayene, teşhis, tedavi ve rehabilite edildikleri", "aynı zamanda doğum yapılan kurumlardır" (Eren, 1984, s.17).

Yönetim; sanatların en eskisi, bilimlerin en yenisi olarak nitelenen yönetim biliminin değişik bilim dallarında neredeyse aynı kelimelerle yapılmış değişik tanımları vardır. Örneğin ekonomistlere göre; toprak, sermaye ve emekle birlikte üretim fonksiyonlarından biridir. Siyasal bilimcilere göre; yönetim, bir otorite sistemi olarak kabul edilir. Toplum bilimcilerin gözünde yönetim, bir sınıf ve saygınlık sistemidir. Hatta yönetim bilimcilerin bile üzerinde anlaştıkları bir tanem vermek oldukça zordur. Genelde yönetim dendiğinde akla hiyerarşik basamakta üst düzey gelir. Ama örgütlenmiş bir toplumda yönetim, çeşitli düzeyleri kapsayan bir süreçtir (Can ve diğ. 1996, s.105).

BÖLÜM I

I. SAĞLIK HİZMETLERİ VE SAĞLIK İŞLETMELERİ

Bu bölümde sağlık hizmetlerinin tanımını yaparak, sağlık hizmetlerinin türlerinden olan koruyucu sağlık hizmetleri, tedavi edici sağlık hizmetleri, rehabilite edici sağlık hizmetler hakkında bilgi verilecektir.

1.1 Sağlık Hizmetleri

Sağlık hizmetleri, bir toplumdaki birey ve ailelerin geneli tarafından kabul görecektir şekilde ve onların tam katılımı sağlanarak, devlet ve toplumca karşılanabilir bir bedel karşılığında verilen temel hizmetlerdir. Sağlık hizmetlerinin çekirdeğini oluşturan Temel Sağlık Hizmetleri (TSH), toplumsal ve ekonomik kalkınmanın vazgeçilmez bir parçasıdır.

Sağlık, temel bir insan hakkı olup, bu hakkın tüm dünyada mümkün olan en yüksek düzeyde verilmesi sosyal bir amaç olarak görülmeli ve bunu gerçekleştirmek için sağlık sektörüne ek olarak diğer sosyal ve ekonomik sektörlerin harekete geçmesi sağlanmalıdır.

TSH, ülkenin ve toplumların sosyokültürel, ekonomik ve politik özellikleri ile yakından ilişkili olup, sosyal, biyomedikal ve sağlık hizmetlerine ilişkin yapılan araştırma sonuçları ve halk sağlığı alanındaki deneyimlere hem uygun olmalı hem de bunlar doğrultusunda geliştirilmelidir (Hayran, 1997, s.19).

Sağlık hizmetlerini şu şekilde gruplandırmak mümkündür:

1.1.1 Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Koruyucu sağlık hizmetleri, adından da anlaşılacağı gibi kişinin sağlığını korumak, geliştirmek amacıyla kişiye ve ailesine doğrudan yapılan hizmetlerle, kişi ve ailesinin çevresini olumlu hale getirmek amacıyla çevreye yönelik yapılan hizmetlerdir.

Koruyucu sağlık hizmetleri, halk sağlığı hizmetleri veya temel sağlık hizmetleri adı altında sunulan hizmetlerdir. Tüm dünya ülkelerinin kabul ettiği gibi bizim ülkemizde de Anayasamız, yaşama ve sağlık hakkının temel bir insan hakkı olduğunu kabul etmiştir.

Anayasamıza göre, herkes dengeli ve sağlıklı bir çevrede uzun bir hayat sürdürme hakkına sahiptir. Devlet bu hakkın yerine getirilmesinde birinci derecede sorumludur. Bu hizmetleri, sağlık ocakları, Ana-Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması merkezleri (AÇSAP), verem savaş dispanserleri ve benzeri sağlık kuruluşları yürütür (Sağlık Ve Sosyal Yardım Vakfı Dergisi, Yıl:4, Sayı:4).

Kişiyeye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri; kişisel hijyen hizmetleri, sağlık eğitimi hizmetleri, hastalığın erken teşhis ve tedavisi hizmetleri, hastalıklara karşı ilaçla koruma hizmetleridir. Çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ise; yeterli temiz su temini hizmetleri, yeterli sağlıklı gıda temini hizmetleri, hava, gürültü ve toprak kirliliğinin önlenmesi hizmetleri, katı – sıvı atıkların imhası hizmetleridir (Sözen, 2002, s.9).

1.1.2 Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri

Birinci basamak: Hastaların tedavilerinin evde ve ayaktan yapıldığı sağlık kuruluşlarıdır. Sağlık Ocağı, Ana Çocuk Sağlığı Merkezleri, Kurum Hekimlikleri birinci basamak tedavi edici hizmetlerin verildiği yerlerdir. Birinci basamaktaki imkânlarla tanı ya da tedavisi yapılamayan hastalar ikinci basamağa sevk edilirler.

Birinci basamak hizmete önem verilmediğinden, sağlık hizmetleri hastane ağırlıklı hale gelmiştir. Hasta sevk zinciri de işletilmediği için; bademcik iltihabı olan hastalar ile kanser hastaları, aynı üniversite hastanesinin aynı polikliniğinde sıra beklemektedir. Ama yine de hastanelerin yatak doluluk oranlarının % 60'ların bile altında olması düşündürücüdür.

İkinci basamak: Hastaların yatırılarak tanı ve tedavi hizmetlerinin verildiği hastanelerdir. Hekim, hemşire ve diğer ilgili personellerin kontrolünde, her türlü tıbbi araç – gereç uygulayarak yapılan teşhis ve tedavi hizmetleridir. Amaç hastayı tekrar eski sağlığına kavuşturmadır. Hastanelerde hasta yatırılarak yapılan tedavi ikinci basamak, ayaktan yapılan poliklinik hizmetleri de ikinci basamak tedavi hizmetlerini oluşturmaktadır (Ak, 1999, s.7).

Üçüncü basamak: Özel dal hastaneleridir. En yüksek tıp teknolojilerinin uygulandığı gelişmiş tedavi merkezleridir. Kansere hastaneleri, ruh sağlığı hastaneleri, sanatoryumlar, kalp-damar hastaneleri... gibi (www.merih).

Üniversite hastaneleri ile doğumevlerinin özel konumları vardır. Bu iki hastane birinci, ikinci ve üçüncü basamak tedavi edici sağlık hizmetini birlikte sunmaktadır. Tedavi edici hizmetlerin basamaklar halinde ele alınmasının nedeni, bu basamaklar arasında bir hasta sevk sisteminin gerekliliğini vurgulamak içindir.

1.1.3 Rehabilitasyon Edici Sağlık Hizmetleri

Beden ya da ruha sakat kalmış kişilerin başkalarına bağımlı olmaksızın yaşayabilmelerini sağlamak amacıyla yapılan çalışmalardır. İki tip rehabilitasyon vardır:

Tıbbi Rehabilitasyon; bedensel sakatlıkların olabildiğince en aza indirme ve düzeltilmesini içerir. Fizik tedavi ve ortopedik araç-gereçleri kullanarak hastanın eski sağlığına kavuşturulmasına ya da yeni duruma uyum sağlamasına çalışılır.

Sosyal (Mesleki) Rehabilitasyon; sakatlıkları nedeniyle eski işlerini yapamayanlara ya da belli bir işte çalışamayanlara iş öğretme, iş bulma ve işe uyum sağlamalarına yönelik hizmetlerdir. Bu hizmetler sosyal hizmet uzmanları tarafından yerine getirilir. (www.bilkent.edu.tr).

Rehabilitasyon hizmetlerinin amacı, kişinin eski üretkenliğine yaklaştırılabildiği oranda yaklaştırmak veya yeni durumuna alıştırarak üretken hale getirmek, toplum içindeki uyumunu sağlamaktır (Sözen, 2002, s.12).

1.2 İşletme ve Sağlık İşletmeleri

Bu bölümde, işletmenin tanımı yapılarak, işletme ve sağlık işletmelerinin özel ve genel amaçları, sağlık işletmelerinin özellikleri ve diğer işletmelerden farklılıkları, yataklı ve yataksız sağlık işletmeleri ve bu işletmelerin özellikleri ele alınacaktır.

1.2.1 İşletmenin Tanımı ve Amaçları

İşletme, kişilerin ihtiyaçlarını karşılamak amacıyla üretim faktörlerini uyumlu bir biçimde bir araya getirerek, ekonomik mal ve hizmet üretmek ve / veya pazarlamak için faaliyette bulunan kuruluştur. Ya da belli nedenler ile ortaya çıkan gereksinmelerin uyumlu biçimde doyurulmasını sağlayan, gereksinmeler ile onların doyurulması arasında bir ilişki kuran birim “işletme”dir (Can ve diğ. 1996, s.16).

İşletme, insanların gereksinmelerini gidermek ve değeri ölçülebilen bir verimi sağlamak için tekniğe, uygulamaya, planlamaya ve örgütlenmeye dayanan yöntemli çalışmalar olarak görülmektedir. Ancak bu yöntemli çalışmalar sürdürülürken, mal veya hizmet ortaya koyan işletmelerin, içinde yaşamlarını sürdürdükleri ekonomik sisteme bağlı ve bağlı olmayan bazı öğelerden etkilendikleri de gözden uzak tutulmamalıdır.

İşletmelerin amaçları, bir işletmenin ulaşmak istediklerini ifade eder. Amaçlar; ne, neden, ne zaman, nasıl, hangi kapsamda, nerede yapılacak sorularına verilecek yanıtları şekillendirir. İşletmelerin başarılı olmasında ve sağlıklı kararlar alınmasında temel koşul, ne yapılacağıının bilinmesidir. İşletmelerin genel amaçları, kâr elde etmek, topluma hizmet etmek, işletmenin varlığını sürekli kılmaktadır. İşletmelerin özel amaçları, sosyal sorumluluk, çevrecilik, kaliteli ve nitelikli bir çalışma ortamı, çalışanlara daha iyi ücret, çevre koşullarına uyum, uluslar arası ilişkiler vb. olarak sıralanabilir. İşletmelerin işlevlerini genel veya özel amaçları şekillendirir (Tatar, 1992, s.15).

Bu işlevler işletmenin belirli bölümlerinde gerçekleştirilir. Yönetim, üretim, pazarlama, finansman, personel, muhasebe, ar-ge, halkla ilişkiler, ulaştırma, depolama bunlardan başlıcalarıdır. Günümüzdeki gelişmeler, işletmecilik işlevleri ve uygulamalarında yenilikleri zorunlu kılmıştır. Klasik işlevlerin yanı sıra, çağdaş, küresel ve rekabetçi anlayışın gerektirdiği işlevler de büyük önem kazanmıştır. İnsan kaynakları, planlama, reklâm ve özendirme, eğitim, kalite kontrol, uluslararası ilişkiler çağdaş işletmelerde sürdürülen işlevlerden bazılarıdır. İşletmelerde, yukarıda sözü edilen işlevlerden hangilerinin uygulanacağı ya da hangileri için ayrı bölümler açılacağı; üst yönetimin yaklaşımı, üretim konusu, sektör özellikleri, işletmenin içinde bulunduğu özel koşullar, büyüklük gibi unsurların etkisi altında kararlaştırılır. İşletmelerin çevresini oluşturan çıkar grupları ile ilişkisi, onların beklentilerini karşılama ve faaliyetleri yoluyla onları etkileme biçiminde ortaya çıkar. Her işletme, çevresindeki kişi veya kurumlara karşı sorumludur. Bu sorumluluğun gereği olarak bu kişi veya kurumların çeşitli beklentileri ve gereksinimlerini karşılamak zorundadır. İşletmelerin çevre ilişkileri ve sorumlulukları iç ve dış çevre olarak ayrılmıştır. İç çevre unsurları, işletmeyi doğrudan etkileyen ve karşılığında işletme faaliyetlerinden doğrudan etkilenen unsurlardır. İşletmelerin iç çevresinde yer alan temel unsurlar; sermaye sahipleri, yöneticiler ve yönetilenler yani çalışanlar ve onlardan kaynaklanan yönetim biçimi ya da örgüt kültürüdür. İşletmelerin dış çevresinde; devlet ve yasalar, tüketiciler, toplum yapısı ve kültürü, rakipler, tedarikçi işletmeler, diğer işletmeler ve tüm bu unsurların bir arada oluşturduğu piyasa koşulları yer alır (www.aofsitesi.com).

İşletmelerde geleneksel olarak iki temel amaç ortaya çıkar: Kâr elde etmek ve topluma hizmet. Bunlar, öncelik sırası ve boyutları değişmekle birlikte, her nitelikteki işletme için geçerli olan amaçlardır. Bunların dışında, işletmelerin kendi koşullarına göre ağırlık verdiği özel amaçlar da söz konusudur.

Kâr, bir işletmenin belirli bir dönem sonunda elde ettiği katıksız (net) gelirlerin toplamıdır. Başka bir deyişle, işletmenin belli bir dönem sonunda elde ettiği toplam gelirler ile katlandığı toplam giderler arasındaki olumlu farktır. Kimi dönemlerde bu farkın olumsuzlaştığı görülebilir. Bu olumsuz farka zarar adı verilir, işletmeler giderlerini en aza indirmek ve gelirlerini en üst düzeye çıkarmak için çalışırlar. Bu sonucu sağlayan alanlara

yatırım yapmak, kârlılığı azalan ya da yok olan alanlardan kaçmak isterler. Özel işletmelerin, kâr sağlama özgürlüğü bu-ondığı ölçüde kurulup, yayıldıklarını görürüz (Şimşek, 1993, s.23).

Kâr, işletmeler için temel amaç olarak ele alınırken, çeşitli değerlendirmelerde ölçüt olarak da kullanılır. Kâr, işletmeler için gelişme ve büyüme göstergesidir. Üst yönetim için bir başarı değerlendirme ölçütü olan kâr, çalışanlar için de bir özendirme ve teşvik aracıdır.

Diğer bir temel amaç ise topluma hizmettir. İşletmeler yaşadıkları toplumun birer ürünü olarak o topluma katkıda bulunur, hizmet ederler. Ancak, temel konu işletmelerin ana amacının bu noktada odaklanıp odaklanmadığıdır. Gerçekten de bir özel kesim işletmesinin salt topluma hizmet amacına yönelik olarak işlemesi söz konusu edilemeyecektir. Kâr yönünden ön planda gelen bir üretim alanı, toplumsal katkı açısından çok önemsiz de olsa özel girişimci için çekici olabilir, işletmeler, belli bir üretimi gerçekleştiriyorlarsa sonuçta bir katma değer sağlarlar ve belli sayıda kişiye çalışma olanağı yaratırlar. Bütün bunlar sonuçta topluma katkı sayılır. Ancak, işletmeler başlangıç noktası olarak bu sonuçları amaç olarak alıp yola çıkmazlar.

Temel amaç olarak topluma hizmete yönelik işletmeler, kapitalist ekonomilerde kamu girişimleri olarak karşımıza çıkabilir. Ancak, yaşanan toplumsal ve ekonomik gerçekler, bu amaca yönelik çalışmanın uzun süre gitmesini engelleyicidir. Ülkemizde, Cumhuriyetten bu yana, varlıklarını çeşitli düzeylerde koruyan Kamu İktisadi Teşebbüsleri, toplumsal amaçlı işletmeler olarak kamu tarafından kurulmuşlardır. Ancak, bunların günümüzde geldikleri nokta, amaçlarının değiştirilmesi, çalışma ilkelerinin pazar koşulları çerçevesine sokulması ve özelleştirilmesi yönündedir (www.ekodiyalog.com).

Kâr ve topluma hizmet amaçları, işletmelerin belli bir ekonomik yapı içerisinde önde tutacakları temel güdülerdir. Bu güdüler dışında, kimi zaman sonuç olarak kimi zaman bu

temel amaçlarla birlikte gerçekleşen ya da gerçekleştirilmesi için çaba gösterilen alt amaçları uzun dönemli büyüme, tüketicilere nitelikli mal sunma, bağımsız çalışma arzusu şeklinde sıralayabiliriz.

İşletmeler, temel olarak, uzun dönemde en yüksek kâra ulaşmayı isterler. Bunun temelinde işletmelerin varlıklarını sürdürebilmesi ve sürekli büyüme ve gelişmenin sağlanması yatar, işletmelerin varlıklarını eriterek, küçülmesi ve yok olması kârlılığı ortadan kaldıran çeşitli etkenlerin bir araya gelmesi sonucudur. Uzun dönemde gelişme ve büyümenin hangi boyutlara varacağı, kıvamlı düzeye nasıl ulaşılacağı kârlılıkla bağlantılı olacaktır (Can ve diğ. 1996, s.42).

İşletmelerin tüketicilere daha nitelikli mal sunması, tüketicilere verilen hizmeti en üst düzeye çıkarması, kâr amacını olumlu yönde etkileyen bir çabadır, işletmeler, üretim planlaması yaparken belli bir nitelik düzeyi ve buna bağlı olan belli bir fiyat düzeyi kararlaştırırlar.

Birçok kimse başkalarına bağımlı olarak çalışmak istemez. Çalışma koşulları ağır ve az karlı olsa bile, kendi kendinin buyruğu olma arzusu birçok kimseye olanakları oranında bağımsız çalışmak isteği aşılar (Can ve diğ. 1996, s.23).

1.2.2 Sağlık İşletmelerinin Amaçları

Tüm işletmelerde olduğu gibi sağlık işletmelerinin de birinci amacı kâr sağlamaktır. Ancak ülkemizde sağlık hizmetleri özelliğinden dolayı ve çoğunlukla devlet tarafından sunulduğundan, bizdeki sağlık işletmelerinin birinci amacı toplumsal sorumluluktur. İnsanların ihtiyaçlarının giderilmesi asli amaçtır. Hatta insanlar tarafından ihtiyaç olarak hissedilmeyen hizmetler bile resmi sağlık işletmeleri tarafından sunulmaktadır. Ayrıca resmi sağlık kurumları tarafından sunulan sağlık hizmetlerinin bir diğer amacı da, sağlık talebi

oluşturarak, insanların hasta olmamalarına yönelik olarak sunulan temel sağlık hizmetlerini talep eder hale getirmektir. Dolaylı olarak sağlığa etki eden eğitim seviyesi ile ekonomik düzeyin sağlığa yararı; insanların sağlıklarına sahip çıkma bilincini geliştirmesi, insanlarda sağlığı talep eder hale getirmesidir. Dolayısıyla toplumdaki sağlık standartlarının yükselmesini sağlamaktır (Kıral, 1978, s.32).

Tüm işletmelerde olduğu gibi sağlık işletmelerinde de amaçlar genel ve özeldir. Genel amaçlardan ilki kârlılıktır. Kâr, işletme faaliyetleri sonunda gelirle gider arasındaki gelir farkına denir. Kârlılık, müşteri memnuniyeti, verimlilik, büyüme, sorumluluklarını yerine getirme açılarından önemlidir. Kâr edemeyen bir işletmenin piyasa şartlarında rekabet edebilmesi imkânsızdır. Kâr, bu kadar önemli olmasına karşılık, sağlık hizmetlerinde birinci öncelikli bir amaç değildir. Çünkü sağlıklı olmak, her insanın isteyeceği temel bir haktır. İnsan haklarına bağlı her ülkede de sağlık hizmetleri devletin asli görevidir. Ayrıca sağlık ihtiyacı diğer ihtiyaçlardan farklı bir özellik gösterir, insanın ne zaman hasta olacağı, hastalığın türü, şiddeti ve gidişatı önceden bilinemez. Sağlık, ticari bir hizmet gibi parayla satın alınamaz, üzerine pazarlık yapılamaz, tehir edilemez. Bu nedenlerden dolayı sağlık işletmelerinde kârlılık önemli ancak asla birinci öncelikli olamaz (Fişek, 1993, s.124).

Kâr göz ardı edilerek de sağlık işletmesi yönetilemez. Çünkü kâr, bir işletmenin en önemli göstergesidir. Kâr amacı gütmeyen, işletme kurallarıyla yönetilmeyen kamu sağlık işletmelerinin durumu ortadadır. Her geçen gün daha verimsizleşmekte, hantallaşmaktadır. Kâr hiç düşünülmediğinden hizmeti alanlar hiç önemsenmemektedir. Hizmeti alanlarında seçme hakları olmadığından bu kısır döngü böylece devam etmektedir.

İşletmelerin sosyal sorumluluğu, topluma hizmet etmeleri, insanların ihtiyacını gidermeleridir. Sosyal sorumluluk, sağlık işletmelerinde kârdan önce gelen birincil görevdir. Sağlık işletmelerinin farklı alanlarda hizmet veren diğer işletmeler gibi tam bir işletme olmamasının esas nedeni budur (Fişek, 1993, s.124).

Genel amaçlardan bir diğeri ise sürekliliktir. Süreklilik, sonsuza kadar var olmaktır. Bunun için varlığını koruması ve geliştirmesi gerekir. İşletmeler günübürlük düşüncelerle, kısa dönemli amaçlarla kurulamaz.

Ülkemizde özel sağlık işletmeleri için özellikle süreklilik amacı çok önemlidir. Piyasada yer edinmesi ve müşteri güveni sürekli olmasına bağlıdır. Kamuya ait resmi sağlık işletmeleri sürekliliği daha fazla sağlarlar. Bu süreklilik müşteri memnuniyeti veya verimlilikten değil, kamunun yaptırım gücünden kaynaklanır. Ülkemizde sunulan sağlık hizmetlerinin büyük bir çoğunluğu devlet tarafından sunulduğundan bilinen işletme kuralları fazla geçerli değildir. Kararlar, devlet yönetimi tarafından alınır, gelirlerinin tamamına yakını da genel bütçeden karşılanır. Bu nedenle süreklilikleri daha yüksektir.

Sağlık işletmelerinin özel amaçları, sunduğu hizmetin özelliğine göre farklılık gösterir. Örneğin, AÇSAP merkezinin özel amacı; etkili aile planlaması yöntemi kullananların sayısını % 100'e yaklaştırmak olabilir. Deri ve zührevi hastalıklar dispanserlerinin özel amacı ise toplumu özellikle cinsel yolla bulaşan hastalıklardan haberdar ederek, bu hastalıklardan korunma yollarının herkes tarafından bilinmesini sağlamaktır.

Genel olarak hastane amaçları ise şu şekilde sıralanabilir;

- Yüksek nitelikteki hasta bakımı ve tedavi hizmetlerini en düşük maliyetle üretmek ve bunu ihtiyaç sahiplerine satmak (sunmak).
- Milli gelirden ve hastalardan sağladıkları gelirleri en ekonomik şekilde kullanarak daha çok sayıdaki hastaya, hasta bakımı ve tedavi hizmeti üretmek.
- 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 (Ak ve diğ., 1984, s.35).

1.2.3 Sağlık İşletmelerinin Türleri

Sağlık işletmeleri çeşitli ölçüler baz alınarak gruplandırılabilir. Yataklı, yataksız, kamu, özel, koruyucu, tedavi edici, doğrudan devlete bağlı olanlar, dolaylı devlete bağlı olanlar gibi.

1.2.3.1 Yataksız Sağlık İşletmeleri

Yataksız sağlık işletmeleri, temel sağlık hizmeti sunan kuruluşlardır. Bunlar, sağlık evleri, sağlık ocakları, ana çocuk sağlığı aile planlaması merkezleri, dispanserler, verem savaş dispanseri, trahom savaş dispanseri, deri ve tenasül (zührevi) hastalıklar dispanseri, akıl ve ruh sağlığı dispanseri, sıtma laboratuvarı, Hıfzısıhha Enstitüleri, bölge laboratuvarlarıdır (halk sağlığı laboratuvarları). Yataksız sağlık işletmelerinin en yaygın olanı sağlık ocaklarıdır. Bu işletmelerin temel özellikleri;

- İnsanları, hasta olmadan, gerekli önlemleri alarak, hastalıklardan korumak,
- Halk sağlığı sorunu niteliğindeki toplumda en çok görülen, en çok öldüren, en çok ekonomik kayba neden olan hastalıklarla mücadele etmektir (Sözen, 2002, s.19).

Sağlık evi, sağlık hizmeti sunulan bir bölgeyi ifade etmektedir. Coğrafi olarak sınırları belirlenmiş bir bölgedeki belli bir nüfusa hizmet sunulur. Bir sağlık evinde bir ebe görev yapar. Sağlık hizmetlerinin en küçük birimidir. Bir ebe kırsalda (köy) 2.000 – 2.500 nüfusa, kentte (şehir) 2.500 – 5.000 nüfusa sağlık hizmeti sunar. 2002 yılı haziran ayı sonu itibariyle ülkemizde 11.735, Edirne’de ise 182 sağlık evi bulunmaktadır (www.saglik.gov.tr).

Sağlık evi, kırsalda ortalama üç köye hizmet sunar. Genellikle merkezi köyde özel olarak yapılmış, hem lojman hem de hizmet binası olarak kullanılan yerde bu hizmetler sunulur. Ebe burada hem hizmet sunar, hem de burada ikamet eder.

Sağlık evi ebesi, kendi bölgesinde temel sağlık hizmetleri ile AÇSAP hizmetlerini yürütür. Bebek, çocuk ve gebelerin aşılarını düzenli olarak yapar, kaydeder. Gebeleri en erken dönemde tespit eder, doğum öncesi ve gebelik sonrası bakımlarını yapar.

Sağlık ocağı, temel sağlık hizmeti ile birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunulduğu, en yaygın teşkilat ağı olan yataksız sağlık işletmesidir. Sağlık ocakları köyde 5.000 – 10.000 nüfusa, ilçelerde 10.000 – 30.000 nüfusa, kentlerde 30.000 – 50.000 nüfusa hizmet edecek şekilde planlanır ve Sağlık Bakanlığınca açılır, işletilir (Eren, Öztekin, 1985, s.18).

Sağlık ocağı personeli ocağın büyüklüğüne göre değişmekle birlikte şu kişilerden oluşur; hekim, diş hekimi, eczacı, sağlık memuru, hemşire, ebe, çevre sağlığı teknisyeni, laboratuvar teknisyeni, tıbbi sekreter, şoför ve hizmetli.

Sağlık ocaklarında sunulan hizmetler ise şunlardır:

- Aşılama, bulaşıcı hastalıklarla mücadele hizmetleri,
- AÇSAP hizmetleri,
- Sağlık eğitimi hizmetleri,
- Hastalıkların erken tanısı ve gerekirse evde tedavi hizmetleri,
- İlk yardım – acil bakım hizmetleri,
- Teşhis – tedavi (poliklinik) hizmetleri,
- Okul sağlığı hizmetleri,
- Çevre – gıda sağlığı hizmetleri,
- Adli hekimlik hizmetleri (Sözen, 2002, s.22).

2002 yılı haziran ayı sonu itibariyle ülkemizde 5.840, Edirne’de ise 52 sağlık ocağı bulunmaktadır (www.saglik.gov.tr).

Ana çocuk sağlığı ve aile planlaması merkezleri, bölgesindeki nüfusa aile planlaması, ana sağlığı ve çocuk sağlığı konularında hizmet sunan yataksız sağlık işletmeleridir.

AÇSAP hizmetleri, sağlık ocağı tarafından temel sağlık hizmeti olarak sunulan hizmetlerdir. Ancak, ülkemizde ana ve çocuk sağlığı göstergeleri istenilen düzeyde olmadığı için ayrıca AÇSAP merkezleri kurulmuştur. 2002 yılı haziran ayı sonu itibariyle ülkemizde 280, Edirne’de ise 3 tane AÇSAP bulunmaktadır (www.saglik.gov.tr).

AÇSAP merkezleri:

- Yıllık hizmet plan ve programlarını hazırlamak, uygulamak, uygulatmak ve değerlendirmek,
- Hizmetlerin gerçekleşmesi için gerekli insan gücü planlamasını ilgili şube ile işbirliği içerisinde yapmak, planlamanın gerçekleşmesi için gereken tedbirleri almak,
- İlgili kişi ve birimlerle işbirliği içerisinde personelin toplu, ferdi veya kurumsal hizmet-içi eğitimlerinin plan ve programını yapmak, bu plan ve programın gerçekleşmesini sağlamak,
- Aile planlaması hizmeti verilen sağlık ocağı, ana-çocuk sağlığı ve aile planlaması merkezi ve nüfus planlaması kliniği olan devlet hastanesi ve doğumevlerinde, aile planlaması danışmanlık hizmetleri ile rahim içi araç dâhil bütün yöntemlerin uygulamasına yönelik personel eğitiminin planlanması ve uygulanmasını sağlamak,
- Aile planlaması uygulama eğitimi merkezi olan illerde, bu merkezin eğitim planını yapmak, eğitilecek personeli tespit etmek ve eğitimini sağlamak,
- İldeki bütün sağlık kuruluşlarında, ana-çocuk sağlığı ve aile planlaması hizmetlerinin yaygın ve sürekli verilebilmesi için gerekli tedbirleri almak,
- Doğum yapılan ortamların standartlara uygun hale getirilmesini sağlamak ve bunları denetlemek,
- Doğum eylemine müdahale eden bütün sağlık çalışanlarının (kadın hastalıkları ve doğum uzmanı, çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanı, anestezi uzmanı, aile hekimliği uzmanı, pratisyen hekim, ebe, hemşire, anestezi teknisyeni) neonatal resusitasyon (yeni doğan bebeği canlandırma) eğitimi olarak sertifikalandırılmasını sağlamak,
- Doğum yapılan sağlık kuruluşlarında, doğru anne sütü uygulamaları konusunda personelin ve anne adaylarının eğitimlerini yaparak, emzirmenin bu kuruluşlarda başarılı ve yerleşik bir uygulama haline getirilmesini sağlamak; birinci basamak sağlık kuruluşlarında sağlık personeli izlemleri ile emzirmenin korunması, sürdürülmesi ve desteklenmesi ile ilgili çalışmaların yürütülmesini sağlamak,
- Bütün araç ve gereçlerin envanter kayıtlarını tutmak, ihtiyaç duyulanların temin, depolama ve dağıtım hizmetleri ile ödeneklerin zamanında, usulüne uygun ve yerinde harcanmasını ilgili şube ile işbirliği yaparak sağlamak,

- Hizmetlerinin gerçekleştirilmesi için gereken organizasyonu ve eşgüdümü sağlamak, bu konuda diğer resmi ve özel kuruluşlarla işbirliği yapmak,
- Sağlık kuruluşlarının çalışmalarını denetlemek, çalışmaların niceliği ve niteliği hakkında veri toplamak, kurumları belli aralıklarla ziyaret ederek gereken yönlendirmeleri yapmak,
- İlgili birimler ve istatistik şubesi ile işbirliği içerisinde hizmet değerlendirmesi yapmak, saptanan aksaklıkların düzeltilmesini sağlamak ve değerlendirme sonuçlarını gelecek yılın çalışma plan ve programında göz önünde bulundurmak,
- Sağlık kurumlarının ana-çocuk sağlığı ve aile planlaması konusunda eğitim programlarını yapabilmesi için Eğitim Şube Müdürlüğü ve ilgili sektörlerle işbirliği yapılmasını sağlamak,
- İstatistik bilgilerin toplanmasında ilgili şubeye yardımcı olmak,
- Bakanlık emirlerinin ilgili kurumlara ulaşmasını sağlamak,
- Sağlık Müdürünün verdiği diğer görevleri yapmaktır (www.bitlissm.saglik.gov.tr).

Dispanserler, belli bir hastalıkla ilgili olarak, o hastalıktan korunma, hasta olanların erken teşhis edilip tedavi edilmesi, gerekirse hassas grupların aşılınması ve ilgili hastalığın toplumdan yok edilmesi amacıyla hizmet sunan yataksız sağlık işletmeleridir (Sözen, 2002, s.30).

Verem savaş dispanseri, ülkemizde yıllarca veremle mücadele etmiş, halende mücadele etmekte olan sağlık işletmesidir. Verem savaş dispanserleri personelinin dağ – taş demeden köy köy gezerek yapmış oldukları özverili çalışmaları ile verem korkulu bir hastalık olmaktan çıkmıştır. Verem savaş dispanserlerinin görevleri şunlardır (Kıral, 1978, yayın no:445):

- Buldukları il veya ilçede verem savaşını Verem Savaşı Hizmetlerinin Yürütülmesi İle İlgili Yönerge'ye göre yürütmek,
- Hastanelerden, sağlık ocaklarından, diğer sağlık kuruluşlarından ve tarama ekiplerinden gönderilen hastaların, şüpheli ve semptomlu vakaların klinik, bakteriyolojik ve radyolojik muayenelerini ve tedavilerini yapmak; klinik ve

radlyolojik olarak Őüphelenilip, ancak bakteriyolojik olarak teyit edilemeyenleri hastaneye yollamak.

- Sağlık ocakları tarafından tedavileri izlenen hastaların belirli aralıklarla muayenelerini yapıp gerektiğinde hastaneye yollamak.
- Dispanser bölgesi veremlilerin arşivini “Dispanser Arşiv İşletmesi Yönetmeliği”ne göre tutmak.
- Veremin toplum içinde oranını azaltmak için, bölgesindeki mahalli verem savaşı derneği ile işbirliği yapmak; gönüllülerin hasta takip ve tedavisinde rol almasını sağlamak.
- Sağlık ocağı ve sağlık evi personeli tarafından hastaların evde/ayakta tedavilerini izlemek ve hasta ailelerinin kontrol ve eğitim işlerini dispanser hekimleri veya ziyaretçi hemşireleri ile yapmak, denetlemek ve eğitmek.
- Bölgesindeki sağlık ocaklarına BCG aşısı yapılması konusunda destek vermek ve eğitimlerini sağlamak.
- Bölgesindeki sağlık ocaklarına her ay veremli hastaların isimlerini ve bu hastalara ait tedavi Őemalarını bildirmek; bu bilgilerin hastaların kişisel sağlık fişlerine yazılmalarını sağlamak.
- Hastalığın gidişini izlemek amacı ile hastaların kontrolünün, muayenesinin ve laboratuvar tahlillerinin yapılması için sağlık ocağından, verem savaşı dispanserine gönderilmelerini sağlamak.
- Verem tanısı ile tedavi kurumlarından çıkan hastaların inceleme, izleme ve hastane sonrası tedavilerini sağlamak; bu kurumlardan taburcu olan hastaların dispansere bildirilmelerini il koordinatörlüğü aracılığı ile istemek.
- Dispanserde kayda aldığı hastayı sağlık ocağına bildirerek, ev halkı tespit fişlerinden temaslularının yakınlıklarını gösteren liste istemek; bunları kayıtları ile karşılaştırmak; bu temasluların ocak hekimi tarafında kontrolden geçirilmesini, Őüphelilerin dispansere yollanılmasını sağlamak.
- Bakteriyolojik muayene yapılacak materyalin, laboratuvar yönergesine göre bölge tüberküloz laboratuvarına zamanında uygun Şekilde yollanmasını; gelen sonuçların

hasta tedavi kartına, veremli hasta kayıt defterine ve laboratuvar defterine işlenmesini sağlamak (Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Yönerge, 1995, s. 283).

Trahom savaş dispanseri, trahomun yaygın olduğu bölgelerde trahomla mücadele çalışmaları yürüten yataksız sağlık işletmesidir. Trahom körlüğe neden olan bulaşıcı bir göz hastalığıdır. Ülkemizde 16 Trahom Savaş Dispanseri bulunmaktadır. Bölgesinde taramalar yaparak hasta olanları tespit eder, tedavilerini sağlar, trahomun yayılmasını önlemeye yönelik, çalışmalar yapar ve bu konuda hem bölge halkına hem de bölgedeki sağlık personeline eğitim verir (Benli, Özalp, 1994, s. 125).

Deri ve tenasül (zührevi) hastalıklar dispanseri, cüzzam hastalığı ile cinsel yolla bulaşan hastalıkların toplumdan yok edilmesine veya en aza indirilmesine çalışır. Hasta olanları tedavi eder, rehabilitasyonlarına yardımcı olur. Ülkemizde 12 cüzzam dispanseri faaliyette bulunmaktadır (Sözen, 2002, s.32).

Akıl ve ruh sağlığı dispanseri ise çok az sayıda büyük kentlerde kurulmuş yataksız sağlık işletmesidir. Amacı, toplumda ruh sağlığının korunması ve geliştirilmesidir. Akıl hastalıklarının klinikteki tedavilerinden sonra toplumda rehabilitasyonuna yardımcı olur, ruh sağlığına etki eden uyuşturucularla mücadele eder (Velioğlu, 1993, s.68).

Ülkemizde özellikle güney ve güneydoğu Anadolu bölgesinde hizmet sunan, 1 adet sıtma enstitüsü, 86 adet sıtma laboratuvarı vardır. Bu laboratuvarlarının amacı, sağlık ocağı ve sağlık müdürlüğü bulaşıcı hastalıklar şubesi ile birlikte sıtma hastalığı ile mücadele etmektir (Sözen, 2002, s.32).

Hıfzısıhha enstitüsü 1928 yılında Ankara'da kurulmuştur. Daha sonra ismi ve görevleri yeniden düzenlenmiştir. Hıfzısıhha, kelime olarak sağlığı koruma anlamına gelmektedir. Umumi hıfzısıhha da toplumun korunmasıdır. Şu anda Ankara'da görev yapan "Dr. Refik SAYDAM Hıfzısıhha Merkezi Başkanlığı"nın görevleri şunlardır:

- Aşı, serum, kan ve kan ürünleri üretmek.

- Ürettiği ürünlerle ilgili araştırma yapmak.
- İlaç ve kozmetik ürünlerinin denetimini yapmak.
- İthal edilen her türlü aşı, serum ve ilaçların kontrol ve uygunluklarını araştırmak.
- Çevreyle ilgili her türlü araştırma ve laboratuvar hizmetlerini sunmak.
- Gıda ve temizlik ürünlerinin kontrollerini yapmak (Sözen, 2002, s.33).

Bölge laboratuvarları (halk sağlığı laboratuvarları), il merkezlerinde ve bazı büyük ilçelerde faaliyette bulunan, sağlık müdürlerine bağlı olarak hizmet üreten yataksız sağlık işletmeleridir. Adından da anlaşılacağı gibi halkın sağlıklı bir ortamda, hastalıklardan korunarak yaşaması için laboratuvar hizmetleri üretir. Laboratuvarların büyüklüğüne göre yeteri kadar biyolog, kimyager, gıda – çevre mühendisi, mikrobiyolog, parazitolog bakteriyolog, ziraat mühendisi, veteriner hekim, eczacı, hekim, laboratuvar teknisyeni, tıbbi sekreter, memur ve hizmetli görev yapar. Ülkemizde 94, Edirne’de ise 1 Halk Sağlığı Laboratuvarı bulunmaktadır (www.bitlissm.saglik.gov.tr). Halk sağlığı laboratuvarları personel ve malzeme durumuna göre şu görevleri yerine getirirler:

- Bölgedeki içme ve kullanma suyunun insan sağlığına uygunluğunu denetler.
- Hava kirliliği ile ilgili ölçümleri günlük olarak yapar. Kirlilik sınır değere ulaşır veya geçerse sağlık müdürlüğü ile birlikte gerekli önlemler alınır.
- Belediye ve sağlık müdürlüğü tarafından alınan gıda numunelerinin tahlillerini yapar. Sonuçlarını ilgililere bildirir.
- Şehir ve sanayi atık suyunun çevreye zarar vermeden boşaltılması için araştırmalar yapar, atıkların gerekli tahlillerini yapar.
- Bulaşıcı hastalık çıkarsa bulaşıcı hastalığın yayılmaması amacıyla, hastalığın kaynağının bulunmasına yönelik yapılan epidemiyolojik çalışmalara katılır.
- Esnaf muayene ve tahlillerini yapar.
- Halka ve sağlık personeline yönelik eğitim faaliyetlerinde bulunur (Sözen, 2002, s.34).

1.2.3.2 Yataklı Sağlık İşletmeleri

Yataklı sağlık işletmeleri, yatılarak hasta tedavi edilen, genel anlamı hastane denilen yerlerdir. Buralarda hastalar yatırılarak sürekli takip edilir, yoğun bakım uygulanarak tedavi edilirler. Buralarda teknolojik, gelişmiş araç – gereçlerde kullanılır.

Sağlık hizmetleri haricinde yatak ve yemek hizmetleri de sunulduğu için zor ve komplike hizmetlerdir. Ülkemizde hizmet veren başlıca yataklı sağlık işletmeleri hastaneler, sağlık merkezleri ve rehabilitasyon merkezleridir. Bunlardan en yaygını ve bilineni hastanelerdir. Hastane kavramı için yapılmış tanım sayısı çok olmakla birlikte, yaklaşık tümünün ortak kaygılarını paylaşan tanım DSÖ (Dünya Sağlık Örgütü) tarafından yapılan tanımdır. Buna göre hastane; “gözlem, tanı, tedavi ve rehabilitasyon (yaşama döndürme) olmak üzere kümelenirilebilecek sağlık hizmetleri veren, hastaların uzun ya da kısa süreli tedavi edildikleri yataklı kuruluşlardır” (Seçim, 1991, s.5).

Rehabilitasyon merkezleri, sakatlanan veya çalışma gücünü kaybeden kişilere yönelik hizmet sunan yataklı sağlık işletmeleridir. Bu merkezlerin amacı; çalışma gücünü kaybeden bu kişilerin kendi kendilerine yeter hale gelmelerine yardımcı olmaktır. Buralarda rehabilitasyon uzmanı, fizik tedavi uzmanı, sosyal hizmet uzmanı başta olmak üzere çeşitli uzmanlar görev yaparlar (Sözen, 2002, s.19).

1.2.3.3 Hastane İşletmelerinin Tanımı Ve Türleri

Hastane; “gözlem, tanı, tedavi ve rehabilitasyon (yaşama döndürme) olmak üzere kümelenirilebilecek sağlık hizmetleri veren, hastaların uzun ya da kısa süreli tedavi edildikleri yataklı kuruluşlardır”, bunun yanı sıra, sunulan sağlık hizmetlerinin ekonomik olarak kesintisiz, sürekli ve yüksek bedelli olarak üretilmesi, kar amacından çok kamu yararını önde tutan bir anlayışın egemen olması, buna karşın temel işletmecilik ilkelerinin de kaçınılmaz olarak uygulanması ve çevresel maliyetlerinin çok yüksek birer yatırım olması, hastanelerin önemini günümüzde biraz daha arttırmaktadır (Seçim, 1991, s.5).

Temel amacı, hasta beklentilerini karşılamak olan hastaneler, sundukları hasta bakımı ve tedavi hizmetlerini en düşük maliyetle üretmeye ve gereksinim duyanlara sunmaya çalışırlar (Ak, ve diğ., 1994, s.43).

Hastaneler, "hizmet üretimi yapan bir işletme çeşididir" (Ak ve Akar, 1987, s.9). "Hastane, hasta ve yaralıların, hastalıktan şüphe edenlerin ve sağlık durumlarını kontrol ettirmek isteyenlerin, ayakta veya yatarak müşahede, muayene, teşhis, tedavi ve rehabilite edildikleri", "aynı zamanda doğum yapılan kurumlardır" (Eren, 1984, s.17).

Cox ve Groves (1990), genel hastane tanımını; "hastalığın, toplumdaki küçük sağlık merkezlerinde veya evde ekonomik bir şekilde tedavi edilemediği, ekipman ve özelleşmiş aletlere ihtiyaç duyan, hastalıkları çeşitli konularda ele alan, organize olmuş kurumlardır" şeklinde vermektedir.

Tanımdan da anlaşılacağı gibi temel işlevleri hastaların tedavi edilmesi olan hastaneler; aynı zamanda eğitim ve araştırma yapılan, toplumun genel sağlık düzeyinin yükselmesine katkıda bulunan, sadece hastaların değil, hastalıktan şüphe edenlerle, sağlık durumunu kontrol ettirmek isteyenlerin ve aynı zamanda doğum yapmak üzere başvuranların da yararlandığı yataklı sağlık kurumlarıdır.

Hastaneler verdikleri tedavi hizmetlerinin türüne, yönetim, finansal kaynaklarının türüne (mülkiyet türüne), büyüklüklerine (yatak kapasitelerine), hastaların hastanede kalış sürelerine, kadrolu personelinin özelliklerine göre sınıflandırılabilir. Fakat yapılan sınıflandırmalarda genellikle, "verilen tedavi hizmetinin türü", "hastaların hastanede kalış süreleri", "finansal kaynakların türü yani mülkiye türü" ve "büyüklükleri" esas alınmaktadır (Ak, 1990, s.90).

Diğer bir sınıflandırmada ise "hastaların hastanede kalış süreleri" esas alınmaktadır. Buna göre hastaneler kısa süreli hastaneler ve uzun süreli hastaneler olarak ikiye ayrılmaktadır. Kısa süreli hastaneler hastalarının % 50'den fazlasının 30 günden az hastanede kaldığı hastanelerdir. Türkiye'deki Devlet Hastaneleri bir gruba örnek olarak gösterilebilir.

Uzun süreli hastaneler ise, hastalarının yarıdan fazlasının bir aydan daha fazla hastanede kaldığı hastanelerdir. Sözcüğü, psikiyatri hastaneleri ve tüberküloz hastaneleri bu gruba girmektedir (Ak, 1990, s.91).

Bu açıklamanın üzerine hastane işletmelerini yaptıkları hizmetlere göre ve ait oldukları kurumlara göre iki grupta incelemek mümkündür.

Yaptıkları hizmetlere göre hastaneler; genel hastaneler, özel dal hastaneleri, rehabilitasyon merkezleri, eğitim ve araştırma hastaneleridir.

Genel hastaneler, genel sağlık hizmeti üreten en az dahiliye hariciye, çocuk, doğum servisleri bulunan hastanelerdir. Tüm il merkezlerinde ve ilçelerin çoğunda bulunur ve ortalama 50 ile 400 arasında yatak kapasiteleri vardır.

Özel dal hastaneleri, hekimlere uzmanlık eğitimi ile öğrenci hekimlere uygulama eğitimi veren hastanelerdir. Bu hastanelerin çoğunluğu üniversitelere bağlı araştırma hastaneleridir. Sağlık bakanlığı ve çalışma bakanlığına bağlı da eğitim araştırma hastaneleri vardır (Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı, Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği, 1983, s.4).

Eğitim ve araştırma hastaneleri ise 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.

Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği ise eğitim hastanelerini şöyle 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 ya da özel dal hastanesi olabilmesinin yanında üniversite ya da başka kurum hastanesi de olabilmektedir (Sözen, 2002, s.45).

Ait oldukları kurumlara göre hastaneler; Sağlık Bakanlığı'na bağlı olanlar, Milli Eğitim Bakanlığı'na bağlı olanlar, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı'na bağlı olanlar, üniversitelere bağlı olanlar, belediyelere bağlı olanlar, Milli Savunma Bakanlığına bağlı olanlar, vakıf ve derneklere bağlı olanlar şeklinde gruplandırılabiliriz. Ayrıca diğer bir gruplandırmayı da devlete doğrudan bağlı olanlar, devlete dolaylı bağlı olanlar ve özel hastaneler şeklinde yapabiliriz (Sözen, 2002, s.45).

Devlete doğrudan bağlı olan hastaneler, bir bakanlığa bağlı, genele hizmet sunan devlet hastaneleri, askeri hastaneler, ve üniversite hastaneleridir (Özgen, 1993, s.22).

Devlete dolaylı bağlı olan hastaneler, belli bir gruba sınırlı hizmet sunan hastanelerdir. DDY hastanesi, öğretmen hastanesi, azınlıklara ait Rum hastanesi, belediye ve vakıf hastaneleri gibi hastanelerdir (Özgen, 1993, s.22).

Özel hastaneler, genel işletme kurallarıyla sağlık, ticaret ve vergi mevzuatına göre kurulan ve işletilen özel hastanelerdir. Kişi ve kişilerce adi ve ticari ortaklık olarak kurulurlar. Tüm özel hastaneler bu gruptandır (Özgen, 1993, s.22).

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;

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 büyük hastanelerdir (Özgen, 1993, s.23).

1.3 Hastane İşletmelerinin Özellikleri ve Diğer İşletmelerden Farklılıkları

İşletmeler, kâr amacıyla toplumun belli bir ihtiyacını gideren ekonomik ve sosyal kurumlardır. Belli bir sermaye ve emekle kurulur ve yönetilirler. Pazar şartlarında rekabet

ederek kâr elde etmeye çalışırlar. Kâr elde ederken de sürekli olmaya ve toplumsal bir sorumluluğu yerine getirmeye özen gösterirler. Bu bölümde bu koşullar altında hizmet veren hatanelerin özellikleri ele alınacaktır.

1.3.1 Hastanelerin Hizmet Organizasyonu Özelliği

Organizasyonları, farklı kıstaslara göre sınıflandırarak yönetimlerini ve yapısal özelliklerini inceleyen bazı çalışmalar yapılmıştır: Bunlardan biri de Blau ve Scott'un yaptıkları sınıflandırmadır. Blau ve Scott organizasyonları, "organizasyonun varoluşundan öncelikle kimin yararlandığı" kıstasına göre sınıflandırmışlardır. Bu kıstasa göre organizasyonları,

- Yalnızca üyelerinin çıkarlarını koruyan, üyeleri için faaliyette bulunan ortak yarar sağlayan kuruluşlar (sendikalar, Kulüpler, siyasi partiler, dini kuruluşlar gibi).
- Öncelikle mal sahiplerine yarar sağlayan kuruluşlar, işletmeler (sanayi işletmeleri, mağazalar, bankalar, sigorta şirketleri gibi);
- Öncelikle müşterilerine yarar sağlayan hizmet organizasyonları ve
- Kamu yararına faaliyet gösteren kuruluşlar (Maliye Bakanlığı, polis, itfaiye örgütleri gibi) olarak dört kategoride toplamışlardır. Hastaneler ise öncelikle müşterilerine yarar sağlayan hizmet organizasyonları arasında sayılmıştır. Çünkü hastanelerin varoluşundan yararlananların başında hastanenin müşterileri yani hastalar gelmektedir. Diğer bir deyişle hastaneler hastaların tedavi görmeleri amacına dayalı olarak varlıklarını sürdürmektedirler. Çünkü gerek hastanelerde; gerekse diğer organizasyonlarda, organizasyonun hayatını sürdürebilmesi, birinci derecede çıkarlarına hizmet ettiği kimselere yararlı olmaya devam etmesine bağlıdır. Dolayısıyla hastalara tedavi hizmeti veremeyen bir hastanenin, üyelerinin menfaatini koruyamayan bir sendikanın, sahibine kâr sağlayamayan bir işletmenin, toplum yararına faaliyet gösteremeyen bir polis örgütünün mevcudiyetinin de anlamı olmamaktadır. Ancak toplumun sağlık seviyesinin yükseltilmesine katkıda bulunan (Koruyucu Sağlık Hekimliği) fonksiyonu düşünüldüğünde hastanelerin kamu yararına faaliyet gösteren kuruluşlar arasında yer aldığı ileri sürülebilir. Fakat hastanelerin esas kuruluş nedeni hastalara tedavi hizmeti vermek olduğu için, hizmet organizasyonları arasında sayılmıştır (Seçim, 1991, s.107).

Hizmet kuruluşlarının, dolayısıyla hastanelerin en önemli özelliği hastalara verilen tedavi hizmetlerinin türünü, niteliğini ve kalitesini belirleme ve değerlendirme durumunda olamamalarıdır. Bu husus, hastaneleri diğer pek çok organizasyondan ayıran önemli bir özelliktir.

Hasta kendisi için gerekli olanı bilemediği için istismara açıktır. O'nun menfaatinin korunması hastanenin görevidir. Bu görevin en iyi şekilde yerine getirilebilmesi, hastane görevlilerinin, hastanın sağlığını ön planda tutmalarıyla mümkündür. Hastanın kendisine uygulanan, tedaviyi kontrol etme olanağı olmadığından tedavi hizmetlerinin gözetimi ve denetimi, tıbbi hizmetlerin organizasyonunda önem kazanan hususlar olmaktadır. Özellikle hastanelerde yapılan klinik araştırmalar, hasta açısından risk unsuru taşıdığından, bu gözetim ve denetim konusu daha da önemli hale gelmektedir (Özgen, 1970, sayı:8).

1.3.2 Hastanelerin Karmaşık Açık-Dinamik Yapı Sistemleri Özelliği

Hastaneler karmaşık yapıda organizasyonlardır. Hatta benzer büyüklükteki diğer organizasyonların en karmaşık olanıdır. Hastanenin karmaşık yapıda olmasının çeşitli nedenleri bulunmaktadır. Bunlardan biri, hastane dışında hastaneyi etkileyen etmenlerin yani hastane çevresinin çok karmaşık oluşudur. (I. Ulusal Sağlık Kuruluşları Ve Hastane Yönetimi Sempozyumu, 1994, s.282).

Hastane çevresinin karmaşık oluşunun diğer bir nedeni de, çok sayıda farklı hastalıklardan şikâyetçi olan hastaların hastaneye gelişlerindeki düzensizliktir. Bu yüzden, herhangi bir an için hastaneye olan talep doğru olarak tahmin edilememektedir. Hastaneye gelen hastanın tedavi talebinin, acillik özelliği göstermesi ve reddedilemez nitelikte oluşu, gerek donanım, gerekse personel açısından hastanenin her zaman kullanıma hazır tutulmasını gerektirmektedir. Bunun bir sonucu olarak, hastanede tam kapasite çalışmayan ve zarar eden servisler veya birimler kapatılamamaktadır. Bu ise, hastanede fazla sayıda personel istihdamına yol açmaktadır.

Hastanedeki aşırı işbölümü ve uzmanlaşma, yapısal, karmaşıklığa yol açan nedenlerden bir başkasıdır. Özellikle 20. yüzyılda tıpta ve teknolojide görülen büyük

ilerlemeler yeni mesleklerin ortaya çıkmasına ve tıpta ihtisaslaşmaya yol açmıştır. Bu gelişmelerin hastaneye yansması hastanede hem personel, hem de hizmet birimleri sayısının hızla artmasına neden olmuştur. Bu bağlamda ayrı uzmanlıklarda bölünme olan personel, birbirlerine göre çok farklı seviyelerde ve farklı alanlarda eğitim görmüştür. Yine bu personel kendi içinde çok farklı ihtiyaçlara, değerlere, eğitime ve tutumlara sahiptir. Bu nedenle, gerek personel arasında, gerekse görevlilerle hastalar arasında sürtüşmelerin, yanlış anlamaların ve gerginliklerin ortaya çıkması kaçınılmaz olmaktadır. Ayrıca, bu kadar farklı yapıda ve özellikteki personelin faaliyetleri arasında koordinasyonun sağlanması da bir sorun olarak ortaya çıkmaktadır. Dolayısıyla; hastana organizasyonunda koordinasyon ve haberleşme araçları, organizasyonun başarısı açısından önem taşıyan unsurlar olmaktadır (I. Ulusal Sağlık Kuruluşları Ve Hastane Yönetimi Sempozyumu, 1994, s.283).

Hastane içindeki birimler arasında ve hastaneye hastane dışındaki kurum ve kuruluşlar arasındaki ilişkilerin sürdürülmesi ve koordinasyonun sağlanması konusunun hastanelerde önem kazanması hastane içindeki gücün hekimlerden, tıp kökenli olmayan ve hastane idareciliği alanında formel eğitim görmüş idarecilere kaymasında etkili olmuştur.

Hastanedeki karmaşıklığın diğer bir nedeni de kullanılan teknolojinin karmaşık oluşudur. Tıbbi teknolojinin hızla gelişmesi sonucu, teşhis ve tedavide kullanılan cihazlar, hem sayı olarak artmış hem de yalnızca uzmanların kullanabileceği bir özellik kazanmıştır. Dolayısıyla hastanedeki aşırı uzmanlaşmanın diğer bir nedenini, bu teknolojik gelişmeler oluşturmaktadır. Teknolojik karmaşıklık konusunda fikir verebilmek için, 1969 yılına kadar hastanelerde kullanılmak üzere 100.000 değişik cihaz üretilmiş olduğunu belirtmemiz sanırım yeterli olacaktır (Şehsuvaroğlu, 1984, s.127).

Hastanelerin bir sistem olarak nitelendirmesinde çeşitli kavramlar kullanılmaktadır. Sözcüleri hastaneler, sosyal sistemler, sosyo-teknik sistemler, çevreye uyum gösterebilen (adaptive) sistemler açık-dinamik sistemler olarak nitelendirilmektedir. Sosyal sistem kavramında, organizasyonun çevreyle olan ilişkilerine ve organizasyon içindeki biçimsel ve biçimsel olmayan ilişkilere ağırlık verilmektedir. Sosyo-teknik sistemler kavramında ise, organizasyon içindeki sosyal (beşeri) sistem ile teknolojinin birbirini karşılıklı olarak etkilediği hususu üzerinde durulmaktadır. Çevreye uyum gösterebilme, gerçekte tüm sosyal

sistemlerin bir özelliğidir. Çünkü çevresine uyum gösteremeyen, çevresinin taleplerine ve çevresindeki değişimlere cevap veremeyen her türlü sosyal sistem giderek yok olmak durumundadır. Yok olmamak için de, sistemin çevresine açık olması gerekmektedir. Hastaneler ve benzeri tüm sosyal sistemler, girdilerini çevreden aldıkları ve çıktılarının önemli bir kısmını çevreye verdikleri için bu açıklık kısmen zaten vardır. Buna ilaveten, çevredeki değişikliklerin izlenebilmesi ve ihraç edilen çıktılarının çevreyi tatmin edip etmediğinin kontrolü için geribildirim mekanizmasının oluşması ile organizasyonun çevresiyle ilgili diğer bağlantıları da kurulmuş olmaktadır. Böylece açık-dinamik sistem çevreden aldığı girdileri dönüştürme süreçlerinden geçirerek elde edilen çıktıları yine çevreye veren, geribildirim mekanizmasına sahip sistem olarak tanıtılmaktadır (Schwartz, 1999, s.142).

1.3.3 Hastanelerin Matriks Yapıdaki Faaliyet Organizasyonu

Herhangi bir işletmenin, organizasyon yapısı teşkil edilirken yapılan işlerden biri de, işletmede yürütülecek faaliyetlerin belirli esaslara göre gruplandırılmasıdır. Faaliyetler genellikle, mal ve/veya hizmete göre, bölgeye göre, müşterilere göre, sayı temeline göre, sürece göre veya işlemlere göre ve zaman esasına göre gruplandırılmaktadır. Büyüklüğüne, faaliyet konusuna, teknolojisine ve içinde bulunduğu çevrenin özelliklerine göre bu gruplandırmalardan biri veya birkaçı birden esas alınarak organizasyona gidilmektedir. Gruplandırmada fonksiyon ve mal (hizmet) esasları birlikte alındığında ortaya çıkan yapıya matriks yapı denmektedir. Diğer deyişle matriks organizasyon, faaliyetlerin fonksiyon esasına göre gruplandırıldığı bir organizasyonun üstüne proje organizasyonunun monte edilmesi ile ortaya çıkan bir yapıdır (Özgen, 1992, sayı:8).

Matriks organizasyonda iki tür yönetici bulunmaktadır: Fonksiyonel yönetici ile proje yöneticisi. Fonksiyonel yönetici, gruplandırılmış birtakım faaliyetlerin, dolayısıyla o bölümün yönetimini üstlenmiş idarecidir. Sözgelisi, herhangi bir işletmede üretim faaliyetlerinin yürütüldüğü üretim bölümünün yöneticisi bir fonksiyonel yöneticidir. Proje yöneticisi ise belirli bir malın (veya hizmetin) üretilmesiyle ilgili her türlü faaliyetin, planlanması, organizasyonu ve yürütülmesi sorumluluğunu üstlenmiş idarecidir. Sözgelisi, orduda tatbikat amacıyla yapılan ve çeşitli askeri birliklerin katıldığı bir hareketin sorumluluğunu taşıyan komutan veya büyük bir inşaat firmasının aynı anda yürüttüğü baraj inşaatının sorumluluğunu

taşıyan bir mühendis ile liman inşaatının sorumluluğunu taşıyan diğer bir mühendis birer proje yöneticisi durumundadırlar. Fonksiyonel yönetici, işin kimler tarafından, nerede hangi projede ve mesleki açıdan nasıl yapılacağı konularıyla ilgilenmektedir. Proje yöneticisi ise neyin, ne zaman, neden yapılacağını belirlemektedir. Projede çalışan personel her iki yöneticiye de bağlı bulunmaktadır. Amaç, projenin sonuçlandırılması olduğundan bu personel hizmetin yürütülmesi açısından, proje yöneticisine, mesleki ve teknik konularda da fonksiyonel yöneticiye karşı sorumludur. Dolayısıyla proje yöneticisi ile fonksiyonel yönetici personeli (astları) ayrı olan idarecilerdir. Bu durum her iki yöneticinin otoritelerinin çatışması, yetki alanlarının aşılması olasılığını doğurmaktadır. Bu bakımdan, matriks organizasyonun iyi işleyebilmesi için sorumluluk ve yetki alanlarının çok net şekilde belirlenmesi, bu yapıya uygun, tutum ve davranışların geliştirilmesi gerekmektedir. Sürekli haberleşme, sorunları açık olarak tartışma, yardımlaşma, sempati, ikna etme ve amaçlara açıklık kazandırma matriks yapıda önem kazanan tutum ve davranış biçimleri olmaktadır (Rakich, 1992, s.7).

Hastaneler matriks yapıda faaliyet gösteren organizasyonlardan biridir. Hastanede faaliyetlerin tıbbi hizmetler, hemşirelik hizmetleri, şeklinde gruplandırılması fonksiyonel örgütlenmeyi ifade etmektedir.

Tıbbi hizmetlerden sorumlu olan başhekim, hemşirelik hizmetlerinde sorumlu olan başhemşire birer fonksiyonel yöneticidir. Tıbbi hizmetlerin, kendi içinde dahiliye, hariciye, göz hastalıkları şeklinde gruplandırılması ise, hizmet esasına göre gruplandırmayı ifade etmekte ve proje organizasyonuna esas oluşturmaktadır. Burada, projenin konusu belirli türde hastaların tedavi edilmesidir. Projenin kendisi ise herhangi bir hastanın tedavisidir. Sözcüğü, Kulak Burun Boğaz (KBB) hastalıkları servisinde bir hastanın tedavisi bir projedir. Çünkü hastalara verilen tedavi "şahsileştirilmiş " tedavidir. Bir KBB hastasının tedavisinde uygulanan usuller ve tedaviye katılan elemanlar, başka bir KBB hastasının tedavisinden farklı olabilmektedir. Bir hastanın tedavisinde yalnızca hekim ve hemşire yer alabilirken, başka bir hastanın tedavisinde hekim, hemşire, ameliyathane, fizik tedavi ve rehabilitasyon bölümü personeli de sosyal hizmet uzmanı da yer alabilmektedir. Uygulanan tedavi "şahsileştirilmiş tedavi" olduğundan, her hasta hekim için projedir. Projenin sorumlusu ve yöneticisi de hastanın hekimidir. Tedavi ekibinde yer alan sağlık personeli ise hizmetin, yürütülmesi açısından hekime tedarik ve mesleki konularda da bağlı oldukları fonksiyonel yöneticilere karşı sorumludur (Kavuncubaşı, Ersoy, 1998, s.8).

1.3.4 Hastane Hizmetlerinin Süreç Organizasyonu

Hastaneye gelen hastanın tedavisi acillik ve reddedilemezlik özelliği gösterdiği ve hastanedeki bir kısım hastanın sürekli bakım altında tutulması gerektiği için hastanelerde tüm gün boyunca hizmet verilmektedir. 24 saat boyunca hizmet verilebilmesi için hastanedeki bir kısım personel vardiya ve/veya nöbet usulü ile çalıştırılmaktadır. Özellikle gece çalışan personelin kişiler arası ilişkilerinde ve göreve bağlılıklarında zayıflık görüldüğünden, hastanenin gece ve akşam vardiyalarındaki yönetimi, gerek hastane giderlerinin kontrolü, gerekse hastanın sağlığı açısından önem taşımaktadır (Caldwell, 1998, s.22).

1.3.5 Hastane Personelinin Cinsiyet Dağılımına Göre Özelliği

Hastanedeki insan gücünün önemli bölümünü, yaklaşık üçte birini bayanlar oluşturmaktadır. Bunların çoğunluğu hemşirelerden oluşmaktadır. Bayan personelin bir özellik olarak ele alınmasının sebebi, bayan personel arasında devir hızının yüksek olmasıdır. Akşam ve gece vardiyalarında, tatil günlerinde çalışılıyor olunması, özellikle bayan personel için bazı problemlere sebep olmaktadır. Sözgeşi, ulaşım zorlukları, çocuklarının bakımı, karı-koca arasındaki huzursuzluklar bunlardan bazılarıdır. Bu yüzden evlendikten ve doğumdan sonra görevden ayrılmalar sık olmaktadır ve buna bağlı olarak personel devir hızı yükselmektedir. Hizmetlerin aksamadan yürütülebilmesi için hastanelerde bu hususun dikkate alınması gerekmektedir (www.merih.net).

1.4 Hastane İşletmelerinin Diğer İşletmelerden Farklılıkları

- Sağlık hizmetine ne zaman ihtiyaç duyulacağı önceden bilinemez. İhtiyaç olduğunda hemen giderilmesi gerekir, bekletilmez, tehir edilemez.
- Hizmet üretildiği an, tüketilir. Kontrol edilemez, denetlenemez, araştırma veya bekletme, depolama şansı yoktur.
- Hizmeti alan (müşteri / hasta) hizmetin niceliği ve niteliği hakkında bilgi sahibi değildir. Kolayca da bilgilenemez. Telkine açıktır.
- Hizmetin alınıp – alınmaması konusunda seçme şansı yoktur. Hasta hemen ihtiyacının giderilmesini ister.

- Hata ve yanlışta çoğunlukla geri dönüş yoktur. Zaman çok önemlidir. Bu nedenle hiç hatasız hizmet sunulması gerekir.
- Hizmeti alanların psikolojik yapısı hizmeti doğrudan etkiler. Sağlık kavramı ve memnuniyet görecelidir, kişiden kişiye değişir.
- Sağlık hizmeti, hizmet üretimi sektöründe en pahalı hizmeti oluşturur.
- Bilim ve teknoloji sürekli olduğu için hizmetin eşit sunumu zorlaşmaktadır. Bu eşitsizlikte hizmeti sunanların farklılığı da bir etkendir.
- Sağlık hizmetleri çok kişi tarafından, komplike olarak sunulur. Karışıktır, zordur.
- Otelcilik ve lokantacılık gibi yan hizmetler, dini – sosyal hizmetler önemlidir. Çünkü bunlar tedaviyi etkiler.
- Fiziksel şartları, binanın yapısı, mimari özellikleri, kullanımı farklıdır. Temizlik ve hijyen kuralları diğer işletmelere göre daha önemlidir.
- Çalışanların çoğu bayandır.
- Çoğulculuk vardır. Bir hastanın tedavisi ile çok kişi ilgilenir.
- Sosyal sorumluluk ve süreklilik amacıyla karlılıktan uzaklaşan doğrudan devlete bağlı hastaneler verimsiz bir hale gelmiştir. Hizmetin maliyeti yükselmiştir. Kalitesizlik ve müşteri memnuniyetsizliği ortaya çıkmıştır (Sözen, 2002, s.76).

Hastanelerin mevcudiyeti ve yaptıkları işin önemi tartışılmaz. Diğer işletmelerden farklıdırlar. Tam bir genel işletme olamayacakları gibi işletmeciliğin genel kurallarından da bu kadar uzaklaşamazlar. Hastane işletmelerini diğer işletmelerden ayıran farklardan birisi de hastane hizmetleri genellikle devlet tarafından, diğer işletmelerde sunulan genel hizmetlerin ise özel kişiler tarafından yerine getirilmesi ve üretilmesidir.

BÖLÜM II

2. YATAKLI SAĞLIK KURULUŞLARINDA YÖNETSEL FAALİYETLER

Bu bölümde önce yönetimin tanımı ve amaçları açıklanarak, yönetim süreci ve planlama, örgütleme, denetim süreci ve denetim türleri, üretim yönetimi ve fonksiyonları, pazarlama ve halkla ilişkiler, insan kaynakları yönetimi, malzeme ve stok yönetimi konuları ele alınacaktır.

2.1 Yönetimin Tanımı ve Amacı

Çevremize baktığımız zaman, toplumumuzun çok geniş bir sorumluluk alanına sahip olduğunu görürüz. Evrensel özellik yönetimin dar kalıplar içerisinde sıkışıp kalmasına engel olmaktadır. Yalnızca ekonomik mal üreten fabrika ve pazarlama işlerini yürüten mağaza vb. işletmelerde değil, aynı zamanda en küçük üretim birimleri olan evlerde, boş zamanların değerlendirildiği eğlence yerlerinde, derneklerde, dini kuruluşlarda, okullarda, spor kulüplerinde hep yönetim faaliyeti söz konusu olmaktadır. Hangi tür kurum ya da kuruluşun yönetimi olursa olsun, yönetim işlevinin yerine getirilmesinde izlenen aşamalar, hep birbirinin benzeri olmaktadır. Bu nedenle, yönetim “evrensel bir süreç”tir.

Bu tanıma göre yönetim, ortak bir amacı gerçekleştirmek için bireysel ve grupsal çabaların eşgüdümlemesi olarak tanımlanırken, bir başka tanıma göre, diğer kişilerin faaliyetleri aracılığıyla işlerin yapılması olarak gösterilmektedir.

Yönetimin niteliğini yönetim biliminin kurucusu Henry Fayol; işletmeyi amacına doğru yöneltmek için, işletme içinde faaliyetler, hareketler, işler yapıldığı, sözü geçen faaliyetlerin değişik gruplar halinde toplanabileceği ve bu sınıflama sonunda hangilerinin

yönetim faaliyeti olduğunu ortaya çıkarılabileceği şeklinde açıklamıştır. İşletmelerde sözü edilen faaliyetleri; üretim faaliyetleri, finansal faaliyetler, güvenlik faaliyetleri, ticari faaliyetler, muhasebe faaliyetleri, sevk ve idare (yönetim) faaliyetleri olmak üzere altı ana grupta toplamakta ve bu suretle de yönetimin diğer bütün işlerden ayrı karakteri ve özelliği olan bir faaliyet ve arı bir işlev olduğunu açıkça belirtmektedir.

Yönetimin zorlaşması, önem kazanması ve ayrı bir işlev haline gelmesi ve üretim öğeleri arasında yer alması, son elli yılın ürünüdür. Bir sıralama yapıldığında bu öğeler; men (insangücü), machines (makinalar), materials (hammadde ve donanım), money (para), management (yönetim) olmak üzere beş grupta toplanabilmektedir. Modern örgütlenme fikrine dayanan bu sıralama şekli halen tüm yönetim bilimcileri ve yöneticiler tarafından benimsenmiş bulunmaktadır (Hayran, Sur, 1998, s.112).

Gerçekten çok detaylı bir işbölümü, uzmanlaşma ve eşgüdümlemeyi gerektiren büyük işletmelerde, üretimin rast gele bir düzenle gerçekleştirilemeyeceği bir gerçektir. İşte bu nedendir ki, çağdaş işletme bilimcileri haklı olarak, yönetim faaliyetlerinin de bir hammadde, bir makine ve sermaye kadar, üretimin gerekli ögesi olduğu kanısındadırlar. Bu yeni görüşe göre işletmenin nihai amacı olan üretim; para – insan – makine – materyal gibi maddi ve beşeri öğelerin amaca uygun bir düzen içinde birleştirilmesi ile meydana gelen bir çıktı (output)dır ve aşağıdaki gibi formüle edilebilir;

$$\text{ÜRETİM} = \text{Money} + \text{Men} + \text{Machines} + \text{Materials} + \text{Management} = 5M$$

$$(M) \quad (M) \quad (M) \quad (M) \quad (M)$$

2.2 Yönetim Süreci Ve Planlanması

Planlama, girişimin tümünü ya da herhangi bir birimini ilgilendiren geleceğe yönelik alternatif hareket biçimleri arasında bir seçim yapmaktır. Planlama hizmeti bir temel seçim işlemidir ve değişik işlem ve karar biçimlerinin bulunması halinde geçerlidir. Bu durumda planlama, büyük ölçüde karar verme aşamaları sırasında olur.

Teknik bir işlev olan planlama mevcut durum ve gelecekteki durum ile ilgilidir. Bu anlamda nelerin, ne zaman ve nasıl yapılması gerektiğini kapsar. Planlama, kısa ya da uzun vadeli olabilir. Diğer yönetim işlevleri bununla yakından ilişkili olduğu için önemlidir.

Planlama, önceden ne yapılacağına, nasıl yapılacağına, neden yapılacağına, ne zaman yapılacağına, nerede yapılacağına ve bunları kimin yapacağına karar vermektir. Planlama bir süreci, plan ise bir sonucu ifade eder. Planlama, planı ortaya çıkarmak için sarf edilen gayretleri, plan ise bir karar veya kararlar toplamını ifade eder.

Planlama, örgüt faaliyetlerini önceden tanımlanmış ve kararlaştırılmış amaçlara doğru yöneltilir. Eğer bir örgütte planlama yoksa örgüt faaliyetleri gelişigüzel bir hal alır ve bu durum, örgüt amaçlarının gerçekleşmesini sağlar. Planlama ile her pazarın değerlendirilmesi, pazarlardaki değişmelerin özünün belirlenmesi ve bu pazarlarda firmanın yerinin konumlandırılması mümkün olabilir. Ancak bu hususlar yerine getirilirse firma kaynaklarını olumlu bir şekilde değerlendirmiş olacaktır. Planlama kuruluşa sistemli düşünme ve karar alma alışkanlığını getirir. Problemlerin pek çoğunun kökünde sistemsiz bir yönetim anlayışı yatmaktadır. Planlama bu problemlerin çıkmasını önleyecek temel tedbirdir. Faaliyetlerini çeşitlendirmiş olan firmalarda planlama, yönetimde birleştirici etki yapar. Firmanın bir bütün olarak, sonrada bünyede yer alan her işletmenin ayrı ayrı amaçlarının belirlenmesi ve firmada yer alan çeşitli bölüm ve fonksiyonların yeterlilik derecelerinin ölçülmesiyle başlayan planlama süreci, firmanın üst düzey yöneticilerini diğerleriyle üzerinde birleştikleri ve inandıkları aynı amaçlara yönlendirecektir. Planlama firmaya bir benlik kazandırır. Benlik insan davranışlarının sınırlarını nasıl belirliyor ve ona düzenleyici olarak hizmet ediyorsa, aynı şekilde planlı çalışmalarla oluşacak girişimci bir firma benliği de tüm organizasyon için büyük bir güç anlamına gelir (Hayran, Sur, 1998, s.117).

2.2.1 Planlama Türleri

Planlama entellektüel bir hizmettir. Gerekli rotaların bilinçli bir biçimde kararlaştırılması, bilimsel ve deneyimsel tahminlere dayanarak kararsızlık ve belirsizlik hallerinin en aza indirilmesidir. Böylece girişimin risk alanından uzaklaştırılması gerçekleştirilmiş olmaktadır. Bu durumda etkili bir planlama;

- Geçmiş bilgilerin analizini,
- Mevcut durum içinde karar verilmesi ve
- Geleceği dönük değerlemeyi gerektirir (Hayran, Sur, 1998, s.116).

Planlama türlerini niteliklerine ve sürelerine göre iki gruba ayırmak mümkündür.

2.2.1.1 Niteliklerine Göre Planlar

Niteliklerine göre planlar stratejik ve taktik (yönetmel) planlar olmak üzere ikiye ayrılır.

Stratejik planlar, örgütün zaman içindeki büyüme ve gelişimini etkileyen büyük sorunlarla ilgili olan planlardır. Stratejik planlama, örgütün kontrolü dışında sayılan dış çevrenin yarattığı öğeleri göz önünde tutar. Stratejik planlama, işletmeyi bir bütün olarak değerleyerek, üst yönetimi basamağında, sistematik olarak işletmenin ulaşmayı düşündüğü ana amaçlarının, ürün-pazar yeteneklerinin ve bu amaçlara ulaşmak için işletme kaynaklarının elde edilmesi ve geliştirilmesine ilişkin yazılı değerlerden ibarettir. Stratejik planlamayı, diğer planlama türlerinden ayıran dört ana özellik vardır;

- Planı tamamlama süresi ve ufku,
- Verilerin yapısı,
- Verilerin sayısı,
- Organizasyon seviyesi (Topaloğlu, Koç, 2003, s.76).

Stratejik planlamaya şu örnek verilebilir: Radyo ve benzeri araçların üretimiyle uğraşan bir işletmenin, faaliyet programında bir değişiklik yaparak askeri amaçlı elektronik araç ve gereçleri üretmeyi planlaması.

Taktik (yönetmel) planlama, stratejik planlarda saptanmış olan işletme amaçlarına ulaşmada nasıl davranılması gerektiğini belirleyen planlardır. Stratejik planlama, örgütün ne yapması gerektiğine eğilirken, taktik planlama, amaçlara nasıl ulaşılacağını belirtir. Taktik planlar genellikle örgütün kontrolü altında bulunan öğelerle ilgilidir.

2.2.1.2 Sürelerine Göre Planlar

Kapsadıkları süreler bakımından planları; kısa süreli planlar, orta süreli planlar, uzun süreli planlar olarak üç grupta incelemek mümkündür.

Kısa süreli planlar, genellikle bir dönemlik işletme amaçları ya da faaliyetleri için düzenlenen planlar olup, çoğu zaman bir yıllık süreyi kapsar. Genellikle günlük idari durumlarla ilgilidir.

Orta süreli planlar, süre bakımında 1–5 yıl arasında değişen bir süreyi kapsayan planlardır. Uygulamada birkaç yıllık süreyi kapsayan işletme yatırımları, gelir ve giderler vb. konular için düzenlenen planlardır.

Uzun süreli planlarda ise süre genellikle 5 yıldan başlamakta ve amaçları gerçekleştirmek için belirlenmiş politika ve stratejilerin öngördüğü etkenlere bağlı olarak uzamaktadır. Bu etmenler, işletme, iş kolu ya da ekonomik ve teknik çevre ile ilgili olabilmektedir. Uzun süreli planlamada, çevresel etmenler üzerinde durulur ve çevresel öngörüler yapılır (Sözen, 2002, s.84).

2.2.2 Karar Verme Süreci

Karar verme, çeşitli amaçlar, bunlara ulaştırılacak yollar, araçlar ve imkânlar arasından seçim ve tercih yapmakla ilgili zihinsel, bedensel ve duygusal süreçlerin toplamıdır. Yöneticiler mümkün olduğu sürece işlerini yürüttükleri kuruluşların amaçlarını ve bunlara ulaştıracak yol, yöntem, araç ve imkânlarının neler olduğunu bilmeli ve birer alternatif dizisi ortaya koyarak sağlıklı bir seçim yapmalıdır. Değerlendirmeye alınan birçok alternatif arasından seçilen alternatif, firmanın içinde bulunduğu koşullar ve yöneticinin bilgi, yetenek, kişilik ve eğilimi bakımında en uygun olanıdır. Bu nedenle, karar vermede alternatif maliyet önemli bir yer tutar. Yani değerlendirme sonucu olarak kabul görmeyen ve seçim dışı kalan alternatiflerin sağlayacağı yararlardan vazgeçildiği için bunlar kuruluş için alternatif maliyet oluştururlar. Karar verme sürecinin özellikleri ise şunlardır:

- Karar verme süreci insanı psikolojik bir stres içine sokar. Zahmetli bir iştir. Alternatifleri araştırmak, bulmak ve sayılarını arttırmak kolay değildir. Her alternatifin yarar ve sakıncaları birbiriyle karşılaştırılarak seçimi gerçekleştirmek zor ve stresli bir iştir.
- Karar vermek teknik bir konudur. Bilgi toplama ve bilgileri yararlı hale gelecek biçimde işlemeyi gerekli kılar. Belli bir konuda karar verme neyi aradığını ve bundan nasıl yararlanacağını bilmeyi gerektirir. Bu nedenle bilinçli bir seçim ve tercih için işin uzmanı olmak, bilgileri yararlı hale getirmek ve yorumlamak gerekebilir.
- Karar verme masraflıdır. Bilgi toplama, işleme, alternatiflerden vazgeçmenin bedeli büyüktür. Gerekli bilgileri toplama bir araştırma organizasyonu gerektirir. Bilgileri işleme ve yararlı hale getirme uzmanlara ihtiyaç gösterir. Dolayısıyla bilgi toplamanın maliyeti büyüktür. Ayrıca, alternatiflerin yararlarından vazgeçmekte ayrı bir masraftır.
- Karar verirken amaçlara en az harcama ve fedakarlıkla ulaşmak ön planda tutulur. Bunun bir diğer anlamı rasyonel olmaktır, ancak karar vermede rasyonel davranılıp davranılmadığı uygulama sonuçlarının elde edilebilmesi ile araştırılabilir. Bununla beraber, temelde alternatiflerin elenmesinde etkinlik, verimlilik ve karlılık ilkelerini daima göz önünde bulundurma zorunluluğu vardır.
- Karar verme, maddi ve beşeri kaynakları kullanabilme yetkisini ve belli ölçüde bağımsız hareket edebilme özgürlüğü gerektirir. Diğer bir ifadeyle, karar veren yönetici bu konuda insan çalıştırabilmeli, araştırmaya para harcıyabilmeli ve her şeyden önemlisi işletmenin kaderini etkileyen konularda karar verme ve uygulama yetkisine sahip olmalıdır.
- Karar vermede geleceğe ilişkin tahmin ve bilimsel araştırmaların rolü büyüktür. Karar verme bugünden gelecekte ne yapılması gerektiğini ortaya koymalıdır.
- Kararların verilmesi ve uygulanmasında koşullara en uygun olan bir zaman aralığı belirlenir. Karar geleceğin tahmini olduğuna göre ne kadar bir gelecek zaman ufku içinde karar verilmesi gerekmektedir. İkinci olarak, ne zaman harekete geçileceği belirlenmelidir. Üçüncü olarak ise, verilerin toplanması ve işlenmesi ne kadar bir süreyi alacağı bilinmelidir. Bunlar karar vermenin, kendi içinde bir planlama faaliyeti olduğunu göstermektedir.

- Karar verme amaçlara ulaşmak için ortaya çıkan sorun ve engelleri bertaraf etme işidir. Karar niçin verilir denince, karar vermeyi zorunlu kılan sorunların olduğunu ve karar vermenin de sorun ve belirsizliklerle mücadele etme faaliyeti olduğunu unutmamak gerekir. O halde, karar verme sorunlarla ve belirsizliklerle mücadele etme ve onları bertaraf ederek neyin, nasıl, ne zaman yapılabileceğini ortaya koymaktır (Topaloğlu, Koç, 2003, s.76).

Yöneticileri kararsızlığa sevkeden başlıca faktörleri, herhangi bir önem sırası gözetmeksizin, şöyle sıralayabiliriz:

- Bilgi, data ve veri yetersizliği: Yönetici amaç belirlemek veya sorun tanımlamak için gerekli bilgiden yoksundur. Bu nedenle karar verme sürecini işletemiyor olabilir.
- Amaçlar veya sorunlar net ve açık olarak tanımlanmadığı için alternatifler arasında seçim yapmak güç olabilir.
- Alternatifler yetersiz ve tatmin edici olmaktan uzak olabilirler.
- Seçim kriteri belirsiz olabilir.
- Çözüm alternatifleri birbirine çok yakın olduğu için yönetici aralarında tercih yapmakta güçlük çekebilir.
- Yönetici karar sürecini kullanma yetkisine sahip olmayabilir. Yani karar vermek durumunda olmayabilir.
- Yönetici vereceği kararın uygulamada çıkaracağı güçlükler nedeniyle tercih yapmakta zorlanıyor olabilir.
- Tercih edilen alternatifin olumsuz sonuç vermesi halinde ortaya çıkacak zarar veya diğer sonuçların büyüklüğü karşısında yönetici seçim yapmakta zorlanabilir.
- Yönetici risk almak istemeyebilir. Dolayısıyla riski yüksek alternatifler karşısında seçim yapmakta zorlanabilir (Koçel, 2003, s.107).

2.2.3 Sağlık Hizmetlerinde Planlama

Sağlık hizmetlerinde planlı dönem 1960'dan sonra gerçekleşmiştir. Sağlık hizmetlerinde gelişmeleri birkaç dönem halinde inceleyebiliriz. Bunlar milli mücadele dönemi (1920-1923), Dr. Refik SAYDAM dönemi (1923-1946), Dr. Behçet UZ dönemi (1946-1960), planlı-sosyalizasyon dönemi (1960-2000) ve 2000 sonrası dönem (Seçim, 1991, s.142).

Milli mücadele döneminde Ankara'da 1920'de kurulan TBMM hükümetinin ilk Sağlık Bakanı Dr. Adnan ADIVAR'dır. Dr. Adıvar özellikle sağlık kayıtları ve savaş sonrası göçmen iskânıyla ilgilenmiştir.

1923'te Cumhuriyet ilan edildikten sonra 1937 yılına kadar Dr. Refik SAYDAM Sağlık Bakanlığı yapmıştır. Bu dönemde;

- Bakanlığa bağlı teşkilat geliştirilmeye çalışılmış,
- Hekim, ebe, hemşire gibi sağlık personeli yetiştirilmesine hız verilmiş, bu amaçla okullar açılmış,
- Aşı uygulamaları yaygınlaştırılmış,
- Belediyelere bağlı olan hastanelere örneklik teşkil etmesi için bakanlığa bağlı numune hastaneleri açılmış,
- Frengi-lepra, sıtma, verem gibi hastalıklarla mücadele edilmiş, bu amaçla bu hastalıklarla mücadele etmek için kanunlar çıkartılmış, bu hastalıklarla mücadele eden teşkilatlar kurulmuş,
- Aşılar ve halk sağlığı çalışmaları hükümet tabiplikleri tarafından yerine getirilmiş,
- 1219 sayılı Tababeti Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun (TŞSTİDK= tıp ve şubelerinin sanatlarına uygulaması ile ilgili kanun), 1593 sayılı Umumi Hıfzısıhha Kanununun (UHK=toplumun sağlığının korunması kanunu) ve diğer bazı önemli kanunlar çıkartılmış, salgın hastalıklarla mücadele edilmiş,
- Halk sağlığı hizmetlerini yürütmek üzere ebe-hemşire haricinde bunların programlarına uygun sağlık memurları yetiştirilmiş, yeni bir personel grubu oluşturulmuş,
- Temel halk sağlığı hizmetlerine önem verilmiştir (Şehsuvaroğlu ve diğ. 1984, s.71.).

1946'dan sonra Dr. Behçet UZ Sağlık Bakanı olmuştur. 1960 yılına kadar devam eden bu dönemde tedavi hizmetlerine önem verilmiştir. Tedavi edici ve koruyucu sağlık hizmetlerini tek elde toplamak amacıyla ortalama 20.000 nüfusu kapsayacak şekilde il ve ilçe merkezlerine birer tane sağlık merkezi açılmıştır. Bu sağlık merkezlerinden düşünülen verim alınamamıştır. Yine bu dönemde;

Bulaşıcı, - sosyal hastalıklarla mücadele eden dispanserler, kısmen hastane – poliklinik hizmeti sunan sağlık merkezleri, Bakanlığa bağlanan devlet hastaneleri, aşılarla – resmi işlemleri yürüten hükümet tabiplikleri birlikte hizmet sunmuşlardır. Bu dönemde bulaşıcı – sosyal hastalıklarla etkin mücadele yapılmıştır (Tunca, 1964, s.15).

Dr. Refik SAYDAM döneminde ve Dr. Behçet UZ döneminde aralıklarla başka hekimlerde Sağlık Bakanlığı yapmışlardır.

1960'dan sonra,

- Teşkilatın çok ve dağınık olması,
- Sağlık merkezlerinin istenilen hizmeti sunamamaları,
- Devlet Planlama Teşkilatının kurulması,
- Dünyada ve ülkemizde sağlığın öneminin daha fazla anlaşılması gibi nedenlerle hem sağlık hem de diğer alanlarda planlı döneme geçilmiştir (Sözen, 2002, s.29).

2.2.3.1 Sağlık Hizmetlerinde Uzun Dönemli Planlama

1960 yılından itibaren sağlık hizmetlerinde planlı bir döneme girilmiştir. Bu amaçla 1961 yılında 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun yayımlanarak yürürlüğe girmiştir. Yaygın tabiriyle Sosyalizasyon Kanununun genel amacı ve felsefesi şöyle özetlenebilir. Sağlık temel bir insan hakkıdır. Tüm insanlara eşit olarak sunulması gerekir. İnsan hakları ve sağlık hakkının uygulanması ve hayata geçirilmesi devletin sorumluluğundadır. Sağlık hizmetleri devlet tarafından sunulur. İnsanların hasta olmadan sağlıklı, uzun bir hayat sürmeleri için gerekli tedbirleri almak devletin görevi ve sorumluluğudur. Hasta olduklarında da herkese en üst düzeyde sağlık bakımı sunulması gerekir. Bu amaçlar sağlık hizmetleri – tedavi ve koruyucu hizmetler olarak ayırmadan tek elden sunulmalıdır. Temel sağlık hizmeti sunan kurumlar (sağlık ocakları) sorumlu oldukları bölgedeki nüfusu tek tek ve aile olarak tespit edip, doğumdan ölüme kadar sağlık açısından takibini yapar. Sağlık hizmetlerinin, ekip halinde entegre olarak sunulması gerekir (Eren, 1984, s.39).

1960 yılından sonra başlayan planlı sosyalizasyon döneminde, 1983 yılına kadar kademeli olarak tüm ülke sosyalizasyon kapsamına alındı. Sağlık hizmetleri sağlık ocağı merkezli yürütülmeye çalışıldı. Sağlık ocağı bölgesindeki nüfus tespit edilip gerekli çalışmaların buna göre düzenlenmesi sağlandı. Tespit edilen nüfus, kart ve formlara kaydedilerek takip ve kontrolleri yapıldı. Hizmetler, bir grup sağlık personeli tarafından bir bütün halinde sunulmaya çalışılmıştır. Bu sistemin kurucusu, ülkemizde halk sağlığının da kurucusu ve babası sayılan rahmetli Dr. Nusret FİŞEK'tir (1914–1989) (Ankara DPT Yayın No: 1272, 1973).

2000'li yıllara geldiğimizde, sosyalizasyonun insanımıza inkâr edilemez hizmetlerine rağmen memnuniyetsizlikler ortaya çıkmıştır. Tam planlandığı şekilde uygulanamamıştır. Zaman içerisinde verimsiz hale gelmiştir. Verimsizliğin çeşitli nedenleri vardır. Günümüz de bu verimsizliğin nedenleri ve yeni sistem önerileri tartışılmaktadır.

DPT tarafından yapılan beşer yıllık kalkınma planlarında yatak sayısı ve oranı, hekim sayısı ve oranı ile sağlıkla ilgili diğer hedefler belirlenmektedir. Bu hedeflerin çoğunluğu tutturulmuştur. Buna rağmen hizmeti alanlar, hizmetten memnun değillerdir.

2000 ve sonrası dönemde, yüzde yüz müşteri memnuniyetinin ve kalitenin öne çıktığı bir dönem olacağı kanaatindeyiz. İki bin ve sonrası dönemde ülkemiz yeni bir sağlık sistemine geçeceğini düşünmekteyiz. Çünkü yoğun olarak yeni alternatifler, seçenekler tartışılıyor.

2.2.3.2 Yataklı Sağlık Kuruluşlarında Planlama

Sağlık planlaması, belirli bir sürede sağlık düzeyini yükseltmek için kıt kaynakların optimal (en iyi) kullanımudur. Sağlık hizmetleri pahalı hizmetlerdir. Özgün ve özel sunulan hizmetlerdir. Planlamayla sağlık hizmetlerinde kaynaklar daha iyi kullanılabilir.

Genel planlama kuralları içerisinde hastane ve sağlık ocağındaki hizmetler planlanmalıdır. Tıbbi sekreter bile bürosundaki hizmeti planlayarak emekten ve zamandan tasarruf sağlayabilir. Yapacağı işleri bir özen içerisinde yapabilir.

Sağlık hizmetlerinde planlama, sağlık örgütünde lider konumunda olan kişilerin de katkısıyla üst düzey yöneticiler tarafından yapılan, gerek zaman gerekse kapsam olarak geniş planlamalardır. Bu planlamada koşullar değerlendirilerek, amaçlar ve izlenecek stratejiler belirlenir.

Sağlık hizmetlerinin planlanması, hizmetten yararlanması beklenen kişilerin, başka bir deyişle "müşterilerin" kimler olduğuna bağlı olarak toplumsal planlama, kurumsal planlama ve program planlama olarak üç şekilde yapılabilir.

Toplumsal planlama, sınırları belirlenmiş bir bölgede yaşıyan tüm nüfusun sağlığı için elde bulunan kaynakların kullanımı amacıyla yapılan planlamadır. Bu planlamada, var olan sağlık hizmetleri sisteminin kullanımındaki eksiklik ve fazlalıklar, o bölge için en uygun olabilecek hizmet kullanımı ile kıyaslanır ve değişim için gerekli olan strateji belirlenir. Hizmetlerin kullanımı için öngörülen bu değişim, kaynaklar için de geçerli olabilir (Hayran ve Sur, 1998, s.118).

Kurumsal planlama, bir sağlık kurumunun hangi tür hizmetleri ne düzeyde verebileceğinin belirlenmesi amacıyla yapılan planlamadır. Burada, kurumun, tanımlanan görevlerini başarmasının yanı sıra, pazarda müşteriler açısından talep edilen hizmetler de göz önünde tutulur. Toplumsal planlamadan farkı, bölgesindeki nüfusa "pazar" gözüyle bakması ve bölge dışından kişilere de açık olmasıdır (Hayran ve Sur, 1998, s.118).

Program planlama, diğer iki planlamadan da parçalar içerir. Toplumsal planlamaya benzer, çünkü bir sağlık sorunu için program planlanırken (örneğin sıtma eradikasyonu), hedef toplumlar, bunların ihtiyaçları, bu ihtiyaçları karşılamak için gerekli hizmetler ve bu hizmetleri sunmak için kaynakların kullanımını kapsar. Program planlamanın amacının belirli

bir toplum için, özel bir sağlık hizmeti sunmak olması nedeniyle toplumsal planlamanın yöntemlerini kullanması gereklidir (Hayran, Sur, 1998, s.118).

Sağlık hizmetlerinin planlaması, toplumsal planlama, kurumsal planlama ve program planlamanın yanı sıra amaçların saptanmasından başka başlıca üç tür faaliyeti gerektirir:

- Mevcut durumun değerlendirilmesi,
- Gelecekte ulaşılmak istenen durumun tanımlanması,
- Gelecekteki duruma ulaşabilmek için gereken değişim ve müdahalelerin belirlenmesi.

Sağlık hizmetlerinde planlama yapılırken, mevcut durumun değerlendirilmesi sırasında, var olan fiziki imkânlar, insan gücü, para-bütçe, araç-gereç, mevzuat, halkın bilgi-tutum-inanç ve davranışları, hizmetin planlandığı nüfus ya da bölgedeki sağlık düzeyi göstergeleri, sağlık açısından ihtiyaç ve önceliklerin neler olduğu, sağlık personelinin nicelik ve nitelikleri, personelin eğitim durumu ve eğitim ihtiyaçları, kısacası belirlenen amaç açısından gerekli olan her değişkenin ne durumda olduğu değerlendirilmeli ve somut bir şekilde ifade edilmelidir (Rakich, 1992, s.7).

Örneğin, eğer çocuk sağlığını geliştirmek amacıyla, sınırları tanımlanmış bir bölge içinde program planlanıyorsa durum saptaması açısından şu noktalar üzerinde durulmalıdır:

- Çocuk sağlığı hizmeti veren kurum ve kuruluşlar hangileridir, fiziki imkânları nelerdir?
- Bu hizmet kimler tarafından verilmektedir? Bu hizmeti veren sağlık insangücünün, personelinin sayısı, dağılımı, eğitim-öğretim ve bilgi düzeyi nedir?
- Eldeki parasal imkânlar nelerdir? Hükümetin bütçeden ayırdığı para, bu amaçla var olan hükümet dışı kuruluşlar ya da gönüllü kuruluşların durumu ve imkânları nelerdir?
- Kullanılabilecek tıbbi araç-gereçler ile, demirbaş malzeme, araba, iletişim araçları, eğitim için kullanılabilecek gör-ışit araç-gereçleri, sayı ve kalite olarak ne durumdadır?

- Hizmet veren sektör ve kurumları ilgilendiren yasa, yönetmelik, tüzük, yönerge ve genelgeler nelerdir?
- Halkın çocuk sağlığına ilişkin bilgi düzeyi, tutumları, inançları, beklentileri ve davranış biçimleri nelerdir?
- Çocuk sağlığı düzeyinin göstergesi olan yaşa özel ölüm hızları, ölüm nedenleri, ölümlerin önlenebilirlik oranları, en çok görülen hastalıklar, bağışıklanma durumu, beslenme durumu, çevre koşulları, vb. nelerdir? Gibi sorulara aranacak ve bulunacak cevaplar ile mevcut durum hakkında bir sonuca ulaşılmalıdır (Hayran, Sur, 1998, s.119).

Mevcut durumun değerlendirmesinde, genel olarak bölgeyi tanıma, bölgeyi sağlık örgütü yönünden tanıma, bölgeyi sağlık yönünden tanıma göz önünde bulundurulması gereken noktalardır.

Genel olarak bölgeyi tanıyabilmek için; coğrafi yapısı, iklimi, ulaşım olanakları, haberleşme olanakları, ekonomik yapısı, yerleşim özellikleri, genel kamu yönetim yapısı ve yöneticileri, bölgenin genel yatırım durumu, sağlıkla ilgili yatırımlar, alt yapı ile ilgili yatırımlar ve sağlık hizmetini etkileyecek diğer konular hakkında yeterli araştırmanın yapılması gerekmektedir.

Bölgeyi sağlık örgütü yönünden tanımak için; birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık örgütleri, bu örgütlerin personel durumu, bina, fizik alt yapı durumu, demirbaş malzeme, araç-gereç durumu, hasta yatak sayısı, yatak işgal oranı, laboratuvar, ameliyathane gibi olanaklar, yönetim yapısı ve ilgili mevzuat, verdiği hizmetler, hizmet alanı, sorumlu olduğu nüfus grubu gibi konularda araştırma yapmak gerekmektedir (Hayran, Sur, 1998, s.119).

Bölgeyi sağlık yönünden tanımak için ise aşağıdaki bilgilere ihtiyaç duyulmaktadır:

- Nüfusun Yaş Grubu, Cinsiyet ve Yerleşim Birimlerine Dağılımı (Nüfus piramidi, yaşa ve cinsiyete göre dağılımı, göçler ve nüfusun değişim oranı).
- Doğurganlık Durumu (Kaba doğum hızı, genel doğurganlık hızı, doğumların olduğu yer ve yaptıran kişiye göre dağılımı).

- Hastalık Durumu (En çok görülen hastalıklar, bulaşıcı hastalıklar, kronik hastalıklar, beslenme durumu ve ilgili sağlık sorunları)
- Ölümlülük Durumu (En çok ölüme neden olan hastalıklar, kaba ölüm hızı, bebek ölüm hızı, ana ölüm hızı, yaşa özel ölüm hızları, bulaşıcı hastalık ölümleri, ölümlerin temel, ara ve son nedenleri)
- Sağlık Enformasyon Sistemi Durumu (Doğum, ölüm ve hastalık bildirimleri, hastalıkların sınıflandırılması, sağlık istatistiklerinden sorumlu olan kurum ve kuruluşlar).

Mevcut durumun bilgileri ışığında, uzak ve yakın gelecekte, sağlık hizmetlerinde ulaşılmak istenen durum tanımlanır. Başka bir deyişle, planın amaçları ve hedefleri saptanır. Amaçlar, gerçekleştirilmek istenilenlerin geniş kapsamlı ifadeleri olup genellikle uzun vadelidirler. Hedefler, nüfus ya da bölgede, sağlık alanında nelerin başarılması gerektiğine ilişkin bir tür yönlendirmelerdir. Kişiler için anlaşmazlık konusu olabilecek ayrıntıları içermezler. Örneğin çocuk sağlığına ilişkin hizmetler planlanırken amaçlar şöyle olabilir (Hayran, Sur, 1998, s.120); bebek ölüm hızı düşürülecektir, bağışıklama oranları arttırılacaktır, beslenme bozuklukları en aza indirilecektir, ailelerin çocuk sağlığına ilişkin bilgi düzeyi geliştirilecek, hizmetlerin kullanımı yaygınlaştırılacaktır gibi. Amaçlar konusunda hizmetle ilgili tüm tarafların görüş birliği içinde olmaları gerekir. Hedefler ise, amacın gerçekleştirilmesi için gerekli olan ödevleri tanımlayan kesin ve net ifadelerdir. Bunlar genellikle kısa zaman dilimleri için tanımlanır.

İyi tanımlanmış, anlaşılır bir hedef:

- Kesin ve vurgulu bir ifade olmalı,
- Tek ve özel bir amaca yönelik olmalı,
- Tek ve özel bir sonucu olmalı,
- Tanımlanmış bir zaman kesiti için geçerli olmalıdır.

Hedef, kesin ve vurgulu bir dille ifade edilmelidir. Örneğin, "bebek ölüm hızı azaltılmaya çalışılacaktır" şeklinde zayıf bir ifade yerine, "bebek ölüm hızı binde 20'ye düşürülecektir" şeklinde ölçülebilir, kesin ve güçlü bir şekilde ifade edilmelidir. Birden fazla

ya da genel bir amaca yönelik olmamalıdır. Örneğin:"bebek ölüm hızı düşürülecek ve çocuk sağlığı düzeyi geliştirilecektir" şeklindeki bir hedefte farklı stratejiler gerektiren iki ayrı iş vardır. Öte yandan: "bebek ölüm hızı düşürülecek ve doğuştan beklenen yaşam umudu arttırılacaktır" şeklindeki bir hedef de iki sonucun ortaya çıkmasını gerektirdiğinden uygun değildir. Tek bir hedefin kendi sonucunun yanı sıra başka sonuçların da ortaya çıkması mümkün olabilir. Ancak, hedef belirlenirken, tek bir sonuç gözetilmelidir (Hayran, Sur, 1998, s.121).

Hedeflenen işin hangi zaman kesitinde -bir yıl, iki yıl, beş yıl gibi- yapılacağı belirli olmalıdır. Bu anlamda, örneğimiz için iyi tanımlanmış bir hedefin ifadesi şöyle olmalıdır: "önümüzdeki bir yılın sonunda bebek ölüm hızı binde 20'ye düşürülecektir".

Mevcut durumdan, gelecekte ulaşılmak istenilen duruma varmak için gerekli olan değişimler ile bu değişimi sağlayacak müdahale ve uygulamalar gerek sağlık örgütünde, gerekse örgüt dışında pek çok düzenlemeyi gerektirebilir. Örneğin, çocuk sağlığı düzeyinin geliştirilmesinde kısa vadeli hedeflerden birisi bebek ölüm hızını düşürmek ise, bu değişimi sağlamak için özet olarak şu bilgilere gerek duyulabilir (Hayran, Sur, 1998, s.122): Bebeklerin başlıca ölüm nedenleri nelerdir? Bunları önlemenin ya da azaltmanın yolları nelerdir? Eldeki sağlık personeli, bütçe, araç-gereç, alt yapı bunun için yeterli midir? Desteğe ihtiyaç var mıdır? Hangi konularda, ne kadar, ne tür destek gereklidir? Bunlar nerelerden sağlanabilir? Eldeki kaynaklar ne şekilde dağıtılacak ve nasıl kullanılacaktır? Bu işin başarılması için yeni bir örgütlemeye, mevzuat değişikliğine, yeni düzenlemelere gerek var mıdır?

Özet olarak, mevcut durumdan, gelecekte ulaşılmak istenilen duruma varmak için, gerek hizmeti verenler, gerek hizmeti alanlar, gerekse bu konu ile ilgili diğer sektörlerin, politika oluşturanların ve karar mekanizmalarının durumu, gerekli değişimin sağlanması açısından gözden geçirilmeli ve gerekli müdahaleler tanımlanmalıdır.

2.3 Örgütlenme (Organizasyon)

Örgütlenmenin kavram olarak tanımını yapmadan önce, “örgüt” kavramını açıklamakta yarar vardır. Örgüt konusunda çeşitli yazarlar ve bilim adamları tarafından yapılmış pek çok tanım vardır. Bunlardan birkaç tanesi şu şekildedir;

Alvin Brown’a göre örgüt, her birinin özel bir işlevi, yeni ya da genel anlamda bir ilişkisi olan birbirine bağlı kısımların düzenlenmiş veya oluşturulmuş halidir (Maynard, 1993, s.139).

Leon P. Alford ve John R. Banks’a göre örgüt, yapılacak işin tanımlanmış, görevlere bölünmüş ve bu görevlerin, etkili bir biçimde başarılabilmesi için yaradılıştan yeteneği olan bu konuda uzmanlaşmış, bu görevlere uygun olan bireylere tahsis edilmesidir (Maynard, 1993, s.139).

E. Zoga’ya göre örgüt, başka başka faaliyet alanlarında çalışan ve çeşitli insan gruplarının belli bir amacın gerçekleştirilmesinde ya da etkili ve verimli bir sonucun elde edilmesinde, tek bir birey veya grupmuş gibi ortak hareket etmeleri halidir. Bu tanımlarda yer alan belirgin ve ortak özelliklerden de yararlanarak örgüt için şu tanım yapılabilir; “Ortak çaba sarfıyla bir işi başarmak için bir araya gelen ve her birinin bir faaliyet bütünü içinde belirli görev, sorumluluk ve yetkileri bulunan bireyler veya gruplar arasındaki ilişkileri temsil eden yapıya örgüt denir”. Örgütlenme ise, işletme yönetiminde planlama işlevinden sonra gelen en önemli işlemdir. Örgütlenme işlevi, işletme faaliyetlerinin gruplandırılmasında olduğu kadar, hedeflere götüren kararların alınacağı noktaları, çeşitli yetki ilişkilerini ve işletme yapısı içerisindeki iletişim akımlarını da en iyi bir biçimde yanıtlamak zorundadır (Kavuncubaşı, 2000, s. 152).

Geniş anlamda örgütlenme beşeri, fiziksel ve teknik olanakları ve araçları, işletmenin amacını gerçekleştirecek şekilde düzenlemek ve hizmete koymak demektir.

Genelde işletme ekonomisi bakımından örgütlenme, en iyi sonuca ulaşmak için, işletme içinde yapılan veya yapılması gerekli olan örgüt, alınması veya kurulması gereken düzen, biçiminde tanımlanabilir.

Örgütlenme;

- Planlanmış amaçlara ulaşmak için gerekli olan özel faaliyetlerin saptanması,
- Bu faaliyetlerin mantıklı bir yapı veya çerçeve içinde gruplanması,
- Faaliyetlerin özel pozisyon ve kişilere tayinidir (Kavuncubaşı, 2000, s. 152).

2.3.1 Örgütlenme İlkeleri

İşletme ve yönetim faaliyetlerinin özellikleri, sürekliliği gerektirmektedir. İşletmenin sürekli faaliyetleri yanında, kısa veya uzun fakat geçici bir süre için muhtemelen tekrar karşılaşılmayacak veya ancak başka bir şekil altında yeniden karşılaşılabilecek öğeler nedeniyle, işletme olanaklarından bir kısmı harekete geçirebilir. Bu takdirde örgütlenme yerine operasyon kavramı kullanmak gerekir.

Örgüt sürekli ve düzenli bir sistemdir. Buna karşılık operasyonları yürütmek üzere operasyonel gruplar oluşturulur ve görevlendirilir. Bu gruplar, örgüt yapısına dahil çeşitli kademe gruplarına ait iş görenin kısmen veya tamamen görevlendirilmesi suretiyle oluşturulur.

İyi bir iş örgütlenmesinin temel ilkeleri şöyle sıralanabilir;

- Amaç birliği ilkesi: Bir işletmede iskeleti oluşturan tüm birimler, aynı amacı ya da amaçlar topluluğunu gerçekleştirmek üzere etkin olarak katılmayı sağlayacak biçimde düzenlenmelidir.
- Ekonomiklik ilkesi: Örgüt, işletmenin amaçlarını en az maliyetle, en etkin biçimde gerçekleştirmelidir.
- İşbölümü ve uzmanlaşma ilkesi: İşbölümü, işlerin küçük parçalara bölünerek, bir kişinin işin bütününe yapması yerine, uzmanlaştığı tek bir parçasını yapmasıdır.
- Faaliyetlerin tanımlanması ilkesi: Faaliyetler analiz, tanım ve tasnif edilerek gruplandırılır. Yapı içinde faaliyetler ve işlevleri belirten bölümler, birimler ve alt birimler ortaya konulabilir.
- Hiyerarşi ilkesi: Üstten asta doğru zincirleme yetki bağları dikkatle kurulmalıdır.
- Kumanda birliği ilkesi: Her ast ancak bir tek üstten emir almalıdır.

- Yönetim birliği ilkesi: Aynı amaca hizmet eden faaliyetlerin bir plan ve programa bağlı olarak bir yönetici tarafından yürütülmesidir.
- Yetki ve sorumluluk ilkesi: Her grup amiri, astlardan belli faaliyetleri istemek veya belli faaliyetlerin yapılmasını sağlamak yetkisine sahiptir.
- Yetki ve sorumluluğun denkliği ilkesi: Bir kimsenin üstüne karşı taşıdığı sorumluluk o kimsenin kendi astına karşı sahip olduğu yetkiye eşit olmaz ise, görevlerin yerine getirilmesi olanaklı değildir.
- İç denge ilkesi: Örgüt yapısının çeşitli katlarına devir olunan yetki ve sorumluluk, bu kademenin örgüt yapısı içindeki yeriyle bağdaşmalıdır.
- Örgütün değiştirilebilir olması ilkesi: İşletmenin etkisi altında bulunduğu dış çevrede yer alan sosyal, ekonomik kültürel, yasal, teknolojik koşullar sabit olmadığına göre, işletmenin amaçları da değişebilir.
- Liderliğin kolaylaştırılması ilkesi: Örgütün, tepe yöneticisinin işini kolaylaştıracak yapıda olması gerekir.
- Özel ilkeler: Örgütün etkinliğini sağlayabilecek özel bazı ilkeler işletmelerin kendi iş koluna göre alınır (Hayran, Sur, 1998, s.126).

2.3.2 Türkiye’de Hastane İşletmeleri Organizasyonu

Türkiye’de hastaneler, tıbbi kurallarla idari mevzuata göre organize olurlar. Sağlık Bakanlığı hastaneleri, diğer bakanlık hastaneleri, üniversite hastaneleri ve özel hastanelerin formal örgüt yapıları genelde birbirlerine yakındır. Genel işletmeden ve yönetimden başhekim sorumludur. Başhekime karşı sorumlu olarak çalışan, hekim, hemşire, destek ve idari personel vardır. Hastanenin büyüklüğüne göre değişmekle birlikte bir hastanede dâhiliye hariciye, çocuk ve kadın – doğum olmak üzere en az dört hasta servisi (klinik) ve muayenehane (poliklinik) bulunur. Ayrıca bir hastanede acil servis, ameliyathane, laboratuvar, diş, röntgen ve eczane üniteleri de bulunur. Bu servislerde yeteri kadar uzman hekim ve hemşire görev yapar. Pratisyen hekimler genelde acil serviste görev yapmalarının yanı sıra servislerde de çalıştırılabilirler (Sözen, 2002, s.111).

İdari işler, hastane müdürüne karşı sorumlu olarak tıbbi sekreter, memur, hizmetli, teknisyen ve diğer personel tarafından yerine getirilir. Satın alma ve döner sermayede (sayman hariç) bu gruba girer. Bakım hizmetleri hemşirelik hizmetleri olarak başhemşirenin sorumluluğunda servis sorumlu hemşireleri, hemşire, ebe ve yardımcı hemşireler tarafından yerine getirilir. Tıbbi hizmetler, servis şefinin sorumluluğunda hekim ve hemşireler tarafından yerine getirilir (Sözen, 2002, s.112).

2.3.2.1 Başhekimlik

Türkiye hastanelerinin iç organizasyon yapısında en üst kademedeki bulunan yönetim birimi Başhekimlik Makamı'dır. 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:

- 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.
- 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 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 (www.merih.net).

Başhekim, bu görevlerinin yanı sıra hizmetlerin verimli ve etkin olabilmesi için, tıp hizmetlerinin organizasyonu, yardımcı tıp hizmetlerinin organizasyonu, hemşirelik hizmetlerinin organizasyonu ve idari ve mali hizmetlerin organizasyonun düzenli bir şekilde yürütülmesinden sorumludur.

Hastanelerde, tıp hizmetlerinin organizasyonu, Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği'ne göre, hastanede uzman hekimin bulunduğu her uzmanlık dalında poliklinik ve servis açılması zorunludur.

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 hastane müdürüdür (www.merih.net).

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 yürütülmelidir. Yataklı Tedavi Kurumları İşletme

Yönetmeliği'nde yardımcı tıp hizmetleri ayrıca organize edildiği için bu birimler tıp hizmetleri organizasyonu içinde sayılmıştır (Seçim, 1991, s.52).

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 (Ak, 1990, s.27).

Hemşirelik hizmetleri hasta bakım hizmetlerinin yürütülmesi ve öğrenci hemşirelere klinik eğitimlerinin verilmesini ifade eder. Hemşirelik hizmetlerinin organizasyonu, yürütülmesi ve denetimi başhekime bağlı, başhemşirenin sorumluluğundadır (Eren, Öztekin, 1985, s.141).

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, satın alma, 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 (Kavuncubaşı, 2000, s.157).

Mali ve destek hizmetler bölümünün sorumlusu olan idari işler müdürü, hastane idareciliğinde yüksek lisans veya doktora derecesine sahip, en az beş yıllık tecrübesi olan bir idarecidir. Bölümüyle ilgili görevleri şunlardır (Kavuncubaşı, 2000, s.157):

- Hastane faaliyetlerinin aksamadan yürütülebilmesi için gerekli olan mali ve destek hizmetlerin planlanması,

- Bu hizmetlerle ilgili amaç ve politikaların tayini ve hastane bütçesinin hazırlanması,
- Mali ve destek hizmetlerle ilgili kayıtların eksiksiz olarak tutulması,
- Mali ve destek hizmetlerde verimliliği ve etkinliği artırıcı tedbirler alınması,
- Bölüm personelinin hizmet-içi eğitim programlarının hazırlanması,
- Bölüm personelinin işyeri ve çalışma disiplinine uygun davranmalarının temini.

İdari işler Müdürünün diğer bir önemli görevi de hastane konseyinin sekreteryaya hizmetlerinin yürütülmesi ile hastanenin dışarıda temsilidir. İdari işler müdürlüğüne bağlı birimlerin görevleri aşağıdaki şekilde düzenlenmiştir:

Muhasebe servisi; hastane bütçesinin hazırlanması; mali işlerin yürütülmesinde takip edilecek politikaların, kural ve yöntemlerin tespiti veya tespit edilmiş kural ve yöntemlere göre mali işlerin yürütülmesi; hastanenin mali durumuyla ilgili kayıtların tam ve doğru olarak tutulmasını ve istenen bilgilerin zamanında teminini sağlayan bir muhasebe sisteminin geliştirilmesi, hastanenin faaliyetleri ve mali durumuyla ilgili finansal raporların hazırlanması, hastanede maliyetlerin düşürülmesi için çalışmalar yapılması görevlerini yürütmektedir (Seçim, 1991, s. 61).

Ev idaresi hizmetleri birimi; hastane ve çevresinin hijyen kurallarına uygun olarak temiz ve bakımlı tutulması. Hastaların ve personelin kullandığı çamaşırların ve giysilerin temizlenmesi ve sterilize edilmesi, hastanede sivil savunma tedbirlerinin alınması görevlerini yürütmektedir. Bu birime bağlı alt birimler çamaşırhane, ütühane, terzihane, sivil savunma birimi ile ev idaresi hizmetleri personelidir.

Teknik hizmetler servisi, mekân olarak hastane binasının ve bina içindeki her tür tesisatın faal halde bulundurulmasını sağlamak üzere bakım-onarım hizmetlerini yürütmekle görevlendirilmiştir. Teknik hizmetler içinde elektrik santrali ve kazan dairesi, biomedikal

mühendislik, bakım-onarımı ve bahçe - park yeri tanzim birimleri bulunmaktadır (Seçim, 1991, s. 62).

Personel servisi, hastane personelinin özlük işlerinin takibi, kayıtlarının tutulması ve personelle ilgili bilgilerin Sağlık Müdürlüğü İdari işler şube müdürlüğüne ulaştırılması görevlerini yürütmektedir.

Tedarik servisi, hastane faaliyetlerinin yürütülebilmesi için gerekli olan malzeme, cihaz, eşya ve hizmetlerin satın alınma veya kiralanmasıyla ilgili tüm işlemleri yürütmek üzere oluşturulmuştur.

İstatistik ve tıbbi dokümantasyon servisi, tıbbi istatistik ve dokümanların toplanması, arşivlenmesi işlemlerini yürüten bir birimdir.

Diyetetik hizmetler birimi, hastalara ve hastane personeline normal ve diyet yemeklerinin planlanması, hazırlanması ve dağıtımı, hastaların diyet ve beslenme konularında eğitimi ve tedavi hizmetlerini destekleyen diyet rejimleri konusunda araştırmalar yapılması faaliyetlerini yürütmektedir.

Sosyal hizmetler servisi, hastanın tedavisini ve iyileşmesini etkileyen, hastayla ilgili sosyal ekonomik ve psikolojik faktörlerin incelenerek tedavi hizmetlerinde yardımcı olunması, hasta taburcu olduktan sonra ihtiyacı olan hastalar için maddi ve manevi yardım sağlanması, bu amaçla yardımsever kuruluşların desteğinin sağlanması ve bu faaliyetlere esas olmak üzere hasta takip programlarının hızlanması görevlerini üstlenmiştir (Kavuncubaşı, 2000, s.157).

Örgütlenme faaliyetlerini yürüten bir diğer üst düzey yönetici hastane müdürüdür. Hastane müdürü sağlık idaresi yüksekokulu veya işletme bölümü mezunu olup, sağlık idareciliği alanında yüksek lisans veya doktora yapmış on yıllık deneyime sahip kişiler arasından bakanlıkça atanır. Hastane müdürüne de hizmetlerinde yardımcı olmaları

için yardımcı atanabilir. Hastane müdürün görevlerini şöylece özetlemek mümkündür (Kavuncubaşı, 2000, s.157).

- Hastanenin verimli çalışması için gerekli girdilerin zamanında ve uygun şekilde temin edilmesi.
- Satın alma, depolama 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 sağlamaktır (www.saglikyonetimi.org)

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.

2.4 Sağlık İşletmelerinde Denetim Süreci Ve Türleri

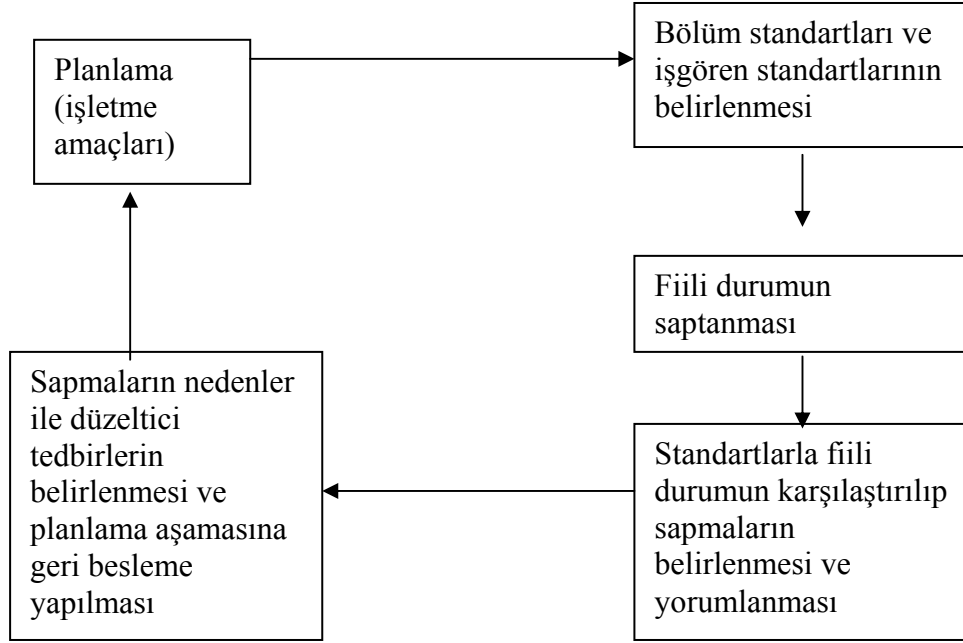
İşletme yönetimi açısından denetim, örgütte gerçekleşen eylemler ile planlananların karşılaştırılması ve sapma halinde sapmaların nedenlerinin bulunup giderilmesi sürecidir. Denetim, örgütün planlanmış amaçlarına ulaşması için üstün, astı özendirme, iş başında eğitmesi, desteklemesi ve sonuç olarak değerlendirmesidir (Sözen, 2002, s.143). Bu nedenlerle planlama ile denetim işlevi fonksiyonu arasında organik bir ilişki vardır. Daha açık bir ifadeyle, plan olmaksızın denetim fonksiyonundan söz edilemez. İşletme olarak hangi amaçlara ulaşmak istediğimiz planlama fonksiyonu tarafından belirlendiğine göre, planlanan amaçlarla varılan sonuçlar arasında bir sapma olup olmadığı, sapma varsa nedenlerinin ne olduğu denetim fonksiyonunca belirlenmektedir.

İşletmenin amaçları, işletme faaliyetleriyle ulaşılmak istenen sonuçlardır. Saptanan bu amaçlara ulaşabilmesi için gerekli olan plan, politika ve yöntemlerin belirlenmiş olması gereği de gözden kaçırılmamalıdır. Kontrol işlevi yardımı ile bu araçların tam olarak uygulanıp uygulanmadığı, sonuçlara ulaşmakta yararlı olup olmadıkları saptanır. Kontrol işlevinin arzulandığı biçimde yerine getirilebilmesi için bazı ölçülere, standartlara gereksinim duyulur. Böylece ulaşılmak istenen sonuçlar, bir ölçü ile değerlendirilir veya isimlendirilir. Bu ölçüler ya da standartlar, elde edilen sonuçlarla karşılaştırılır (Topaloğlu, Koç, 2003, s.119).

Herhangi bir sapmanın ortaya çıkmasında, faaliyetlerin tüm ayrıntısına kadar kontrol edilmesi hem çok zaman alır, hem de çok maliyetli olur. Bu nedenle, bir sapmanın ortaya çıkması durumunda, kontrol noktası öyle saptanmalıdır ki, plan, program vb. konulardaki sapmalar, ya oluşmadan önce ya da oluşuktan sonra, çok az bir çabayla ortadan kaldırılabilmelidir (Topaloğlu, Koç, 2003, s.119).

Kontrol sonucu belirlenmiş bir sapma varsa, bunun üzerinde durmak gerekir. Özellikle sapmalar, önlem almaya, gider ve yorulmaya katlanacak kadar önemli ve geniş kapsamlı bulunursa, düzeltici önlemlere başvurma yoluna gidilir. Ancak sapmalar sağlıklı bir biçimde ortaya konulmamış ise, bu konuda alınacak önlemler de çoğu zaman yetersiz kalacaktır. Sapma nedenleri belirlendikten sonra alınacak önlemlerin etkin ve verimli olmasına çaba harcanır. Ayrıca ortaya çıkan bir sapma için alınacak önlemin rasyonellik ilkesine aykırı olmamasına dikkat edilir. Her yönetici, asli fonksiyonlarından birisi olarak yukarıdaki süreci yerine getirir. Burada amaç, hata ve yanlış aramak değildir. Hataları sapmaları tespit edip gidermek, personele rehberlik – danışmanlık yapmaktır (Can ve diğ. 1996, s. 77).

İşletme faaliyetlerinin ulaştığı sonuç, yani gerçekleşen durum saptanamazsa, standartlarla karşılaştırma olasılığı olmaz. Bu bakımdan gerçekleşen durumun belirlenmesi zorunluluğu vardır. Yönetici bu durumu ya kendisi saptar, ya da bu işi başkalarının üstlenmesini isteyebilir (Topaloğlu, Koç, 2003, s.119).



Şekil 2.1: Kontrol Süreci

Denetimin başarılı bir biçimde yerine getirilmesi ile yönetim faaliyetleri iyi sonuçlar verebilir. Ancak, işletmede iyi bir kontrol sisteminin oluşturulabilmesi için şu noktalara dikkat edilmelidir;

- Denetim kapsayıcı olmalıdır: Örgütün tümünü kapsamı içine almalıdır. Örgüt içindeki birimlerin yaptıkları işler bakımından, birbirlerinden farklılık gösterse de, birimler yakın ilişkiler içerisinde bulunmak zorundadırlar.
- Örgütsel yapıya uygun olmalıdır: Denetimi gereken bir faaliyet, yönetici durumunda olan kişinin işi kolaylaştırmak için görevleri gruplandırılarak dağıtılmalı ve yetkileri detaylı bir biçimde açıklığa kavuşturulmalıdır.
- Denetim ekonomik olmalıdır: Denetim için yapılan harcamalar, denetim sonucunda elde edilecek faydadan fazla olmamalıdır. Kontrol amacıyla bilgi alışverişi için sürdürülen faaliyetler ekonomik olmalıdır.
- Denetim sistemi esnek olmalıdır: Örgütsel ortam dinamik bir özelliğe sahip olduğundan, kontrol da esneklik gerektirir. Planların başarısızlıklarını, kontrol işlevi ortaya çıkarabilmeli, başarısızlıklara rağmen faaliyetlerin yönetsel kontrolünü sürdürmede yeterli derecede esnek olmalıdır. Plan ya da programın uygulanmasında ortaya çıkan bir aksaklık, kontrolün akışını engellememelidir.

- Denetim tarafsız olmalıdır: Kontrolü yapan kişi, duygusal ögelere yer vermeden, tarafsız bir biçimde, olması gereken standartlar ne ise, bu standartlardan sapma olup olmadığını araştırmalıdır. Denetim sonucunu da yazılı ya da sözlü olarak ilgililere objektif bir biçimde yansıtmalıdır.
- Denetim düzeltici eylemi göstermelidir: Örgüt içinde etkili bir kontrol sisteminin gerçekleştirilebilmesi için bir başka koşul da, herhangi bir sapma bulunduğu zaman, sapmayı düzeltici yöntemin belirtilmesidir. Etkin bir denetim sistemi oluşturulduğu zaman, bu sistemin sadece sapmayı bulması yeterli olmamakta, aynı zamanda sapmaya neden olan sorumlu kişiyi ve sapmanın nerede oluştuğunu da belirtmesi gerekmektedir (Özkul, 1994, s.29).

2.4.1 Kamu İşletmelerinde Denetim Türleri

Ülkemizde kamu işletmeleri, devleti temsil etmeleri nedeniyle yasama, yargı, yürütme ve kamuoyu denetimi altındadırlar. En etkili ve kesin olanı yargı denetimidir.

2.4.1.1 Yasama Denetimi

Kamu işletmeleri, yasama organınca (Türkiye Büyük Millet Meclisi) siyasi olarak denetlenirler. Devlet kurumlarının TBMM'nce denetlenmesine yasama denetimi denir. Herhangi bir kamu kuruluşu görevlerini tam olarak yapıp-yapmaması açısından yada bir yanlış olduğunda soru, genel görüşme, meclis soruşturması, meclis araştırması ve gensoru denetim yöntemleri ile bağlı bulunduğu bakanlık tarafından denetlenir (Sözen, 2002, s.145).

2.4.1.2 Yürütme Denetimi

Kamu işletmelerinin kendi kendilerini denetlemeleri yürütme denetimidir. Yürütme denetimine iç denetimde denilebilir. Yürütme, kamu işletmelerindeki denetimi üst amirlerle veya teftiş kurulu gibi özel deneticilerle yerine getirir. Teftiş kurulu bir program dahilinde kendilerine bağlı olan kamu işletmelerini düzenli olarak denetler. Bu rutin denetim dışında bir olay nedeniyle de soruşturma şeklinde denetlenirler. Teftiş kurulu doğrudan bakanlığına karşı sorumlu olarak çalışır. Ayrıca Başbakanlık ve Cumhurbaşkanlığına bağlı olarak görev yapan denetleme kuralları da vardır. Kamu işletmelerinde bir olay olduğunda devlet memurları ya kurallara uymadıkları ve disiplinsiz çalıştıkları durumlarda disiplin cezası ya da bu uygun

olmayan davranışları araştırılarak gerekli duyulduğu zamanlarda yapılan ceza soruşturması olarak 2 şekilde denetlenir (Sözen, 2002, s.145).

2.4.1.3 Yargı Denetimi

Kamu işletmelerinin, yürütmenin eylem ve kararlarının bağımsız mahkemelerce denetlenmesine (yargılanması) yargı denetimidir. Yargı denetimi hukuk devletinin temelidir.

2.4.2 Sağlık İşletmelerinde Denetim Komiteleri

Sağlık işletmelerinde çeşitli konularda danışma ve denetim görevi yapan komiteler vardır. Amerika ve Avrupa ülkelerinde aktif görev yapan bu komiteler ülkemizde bir kısım üniversite hastaneleri ile birkaç büyük hastanemizde vardır. Ele alınacak komitelerin hepsi bir hastanede bulunmayabilir. Hastanenin büyüklüğü komitelerin sayısında önemli bir etkidir. Eğer mümkün olursa her hizmet için bir komite kurulması hastanenin hizmetlerinin kapasitesini, dolayısıyla hastanenin kalitesini yükseltecektir. Hastane küçük çapta ise komitelerin görevlerini bir kalite sağlama uzmanı da yürütebilir. Bu komiteler ve görevleri şunlardır:

Tıp Hizmetleri Yürütme Kurulu; hastanedeki poliklinik ve servisteki tıp hizmetlerinin planlamasını ve yürütülmesini yapan kuruldur. Hekimlerden oluşur (www.merih.net).

Tıbbi Soruşturma Komitesi; hastanede çalışan hekim, hemşire ve diğer sağlık personelinin işe alımında ve çalışma esnasında personelin değerlendirmesini yapan ve sözleşmelerini yenileyen veya iptal eden bir komitedir (www.merih.net).

Koordinasyon Komitesi; hastanede tıp hizmetleri, hemşirelik hizmetleri, idari – mali hizmetler ve destek hizmetleri arasında koordinasyonu sağlayan komitedir (www.merih.net).

Tıbbi Personelin Kalitesini Sağlama Komitesi; tıbbi personelin faaliyetlerini izlemekte ve faaliyetlerin etkinleştirilmesini sağlayacak bir kalite sağlama planı kurmaktadır. Komitenin başkanı başhekim tarafından atanmakta ve komitede en az dokuz üyenin bulunması gerekmektedir. Komitenin görevleri arasında: Her ay bütün kalite sağlama verilerini

inceleme, faaliyetler hakkında doktorların şikâyetlerini dinleme, denetim kriterlerini geliştirme, tıbbi kayıtları saklama, denetim faaliyetlerinin sonuçlarını raporlama işleri yer almaktadır. Komite bu faaliyetlerini yürütebilmek için gerekli gözetim mekanizmasını kurmak zorundadır (www.merih.net).

Komite ayrıca, hastanede olan faaliyetler hakkında doktorların şikâyetlerini dinlemek, kişisel vakalarda şeflerin veya komitelerin kararlarına başvurmak, hekimler arasında uyumu sağlamak gibi fonksiyonları da yerine getirmektedir. Komitenin derlediği bilgiler ve komitenin önerileri komite başkanı veya başkanın atadığı bir kişi tarafından tıbbi personel bölümüne veya hastane müdürüne iletilmektedir. Ayrıca, bu bilgiler tıbbi personel bürosundaki dosyada saklanmakta ve gerektiğinde başvuru kaynağı olmaktadır. Çünkü bu faaliyet sonuçları tıbbi personelin yeniden atanmaları veya bir üst dereceye yükseltilmeleri dönemlerinde göz önünde tutulmaktadır.

Hastanede verilen bakım hizmetlerinin kalitesini değerlemede kullanılan önemli belgelerden biri de hasta dosyalarıdır. Bu dosyaların önemli olması, birtakım standartlar getirmiştir. Bu standartlara uyulup uyulmadığını denetleyen komiteler oluşturulmuştur. Tıbbi kayıtları inceleme komitesi bu tür komitelerdendir. Yani, hastane için geliştirilen standartlara çalışanların ve kliniklerin uyup uymadığını denetlemekle görevlidir. Bunun için komite üyeleri yasal ve hastanenin kendi koymuş olduğu standartlara uygun tıbbi kayıt tutulmasından ve denetlenmesinden, ayrıca hasta dosyalarının saklanması ve gizliliğinin sağlanmasından da sorumludur. Komite ayrıca, hasta bakımında yüksek kalite sağlama, uzmanlık eğitimi, bilimsel araştırma ve hastaların yasal olarak korunmalarını sağlama gibi faaliyetlerde önemli fonksiyonlara sahiptir. Bu fonksiyonların yanında, hastanedeki hasta kayıtlarını da kontrol etmektedir. Kayıtların tutulmasında getirdiği standartların kullanılmasını şemalar yardımı ile sağlamaktadır. Bu şemalarda; tıbbi personelin hangi hastalıklar için hangi belirtileri not etmesi gerektiği, hangi klinik gözlemlerin kaydedilmesi gerektiği, laboratuvar hizmetlerinin hangi sıraya göre yapılması gerektiği gibi hususlar yer almaktadır. Bütün bunlardan başka, her teşhis için tercih edilen tedavi metodu ve izlenen bakımın özeti de bu şemalarda yer almaktadır. Dolayısıyla, kayıtlar gözden geçirildiği zaman hekim tarafından bulunan çözüm objektif kriterler ile karşılaştırılabilir. Bu faaliyetler dışında tıbbi kayıtları inceleme komitesinin görevleri arasında: konsültasyonları, anestezi kayıtlarını, ölüm nedenlerini, otopsi raporlarını, röntgen raporlarını, üroloji raporlarını v.b. gibi inceleme de yer almaktadır.

Komite üyeleri bir yıl için tıbbi personel içinden, yürütme komitesi tarafından seçilmektedir. Komitede en az dört üye olmalıdır. Fakat üye sayısının daha fazla olması hastanenin büyüklüğüne bağlıdır. Komitenin fonksiyonunu iyi bir şekilde yerine getirebilmesi için kayıtların sağlıklı ve düzenli olarak tutulması gerekmektedir. Çünkü hastanede verilen hizmetlere ilişkin her problem bu kayıtlar yardımı ile bulunmaktadır. Ayrıca kayıtların iyi tutulması kadar önemli alan diğer bir konu da istatistiklerdir. Burada tıbbi kayıtlar departmanına önemli görevler düşmektedir. Bu departmanın iki temel görevi bulunmaktadır. Bunlardan birincisi; hastane akreditasyon standartlarına uygun olarak ayakta tedavi gören ve yatan hasta kayıtlarını hazırlamak, saklamaktır. İkincisi ise; tıbbi personel ve tıbbi kayıtları inceleme komisyonu tarafından kullanılacak istatistik veriler için bir sistem kurmak ve çalıştırmaktır (www.merih.net).

Hemşirelik Hizmetlerinin Kalitesini Sağlama Komitesi; hemşirelerden oluşan ve başkanlığını hemşirelik müdürünün yaptığı bir komitedir. Bu komite hasta bakımındaki problemleri tanımlama, izleme ve çözme faaliyetlerini yürütmektedir. Bu faaliyetler komitenin başkanı olan başhemşire tarafından koordine edilmektedir. Komite aynı zamanda hasta bakımının kalitesini izlemekle de sorumludur. Komite, ayrıca hemşirelik hizmetlerinin kalitesini sağlama ile ilgili bulguları ilgili kliniklere ve hemşirelik bölümüne iletecek bir mekanizmayı kurmakta ve yürütmektedir. (www.merih.net).

Hemşirelik hizmetlerinde kalite sağlama iki temel parçadan oluşmaktadır. Bunlardan birincisi, hemşirelik hizmetlerini geliştirme standartlarının koordinasyonu, ikincisi ise verilen hemşirelik hizmetlerinin klinik fonksiyonlara uygunluğunun değerlendirilmesidir. Bunun için "Hemşirelik Bilgi Sistemi" kurulmakta ve hemşirelik hizmeti verilen bütün alanlar üç ayda bir, bir ay süreyle gözden geçirilmektedir. Bu izlemeler sonucunda üniteler için kalite puanları verilmektedir. Bu puanlar hemşirelik hizmetlerinden sorumlu başkan yardımcısına ve başhemşireye iletilmektedir. Bu kişiler kendilerine ulaştırılan bakım puanlarına göre ünitelerin nasıl çalıştığını öğrenmekte, bakımda aksayan yönleri belirlemekte ve düzeltilmesine çalışmaktadır. Bu sistemin yönetilmesi hemşirelik hizmetlerinin kalitesini sağlama komitesi tarafından yapılmaktadır. Böylece hemşirelik performansının gözden geçirilmesi ve hemşireliğe dayalı destek servislerin incelenmesi kolaylaşacaktır. Bu komite hemşirelik hizmetleri ile ilgili standartları da geliştirmek zorundadır. Bu standartları geliştirmek için uzmanlar ve hemşirelerden gerekli olan verileri sağlamaktadır. Bu standartlar

hasta hizmetleri ile ilgili başkan yardımcısı ve başhemşire tarafından onaylanmaktadır. Onaylanmış bütün standartlar her yıl yeniden gözden geçirilmekte, geliştirilmekte ve gerekli düzeltmeleri yapılarak günün şartlarına ve yeni gelişmelere uygun hale getirilmektedir (Cox, 1980, s.58).

Doku Komitesinin amacı, hastanede yapılan zorunlu olmayan ameliyatların sayısını azaltmaktır. Bu, hem hastanın sağlığı; hem de hastane giderlerinin azaltılması açısından önem taşımaktadır. Doku komitesi iki cerrah ile bir patologdan oluşmaktadır. Ayda bir kere toplanmakta, incelemelerini bir rapor halinde tıp hizmetleri yürütme kuruluna göndermektedir. Komitenin sekreterliğini arşiv sorumlusu yürütmektedir (Seçim, 1994, s.94).

Kullanım Komitesi; hastanede yatan hastalarla ilgilenmek ve bu hastaların yatış nedenlerini araştırmak amacı ile kurulmuş bir komitedir. Komite yaptığı toplantılarında hastane kullanımının etkinliğini değerlendirme amacıyla çeşitli kayıtları ve verileri gözden geçirmektedir. Hastanenin kullanımının etkinliğini değerlendirme ve tıbbi personele rehberlik edecek kriterleri oluşturmada komitenin amaçları arasında sayılabilir. Komite boş yere yatak işgalini önlemek amacıyla denetimlerde bulunmaktadır. Hastanelerde gereksiz yere yapılan ameliyatlar kalite açısından ne kadar önemliyse yatakların gereksiz yere işgal edilmesi de o derece önemlidir. Gereksiz yatak işgali hastaneye ek bir maliyet yüklemektedir. Bu da hastanenin verimliliğini ve kârlılığını olumsuz yönde etkilemektedir. Kullanım komitesi gereksiz yatak işgalini önlemek için hastanenin her kliniğinden hangi türden vakaların hastaneye kabul edileceğine ilişkin raporlar istemektedir. Bu raporlara göre hastaneye yatırılması gereken vakaları belirlemektedir. Her hekim yatıracağı hasta için "Hasta Yatırma Belgesi" adı verilen belgeyi doldurmak zorundadır. Bu belgede hastanın hastaneye niçin ve hangi sebepten dolayı yatırılmak istendiği belirtilmektedir. Bu belge kullanım komitesinin hekim olmayan bir üyesi tarafından incelenmektedir. Eğer hastanın yatış nedeni önceden belirlenmiş vakalara benzemiyorsa belgeyi komitenin hekim üyelerinden birine havale etmektedir. Belge hekim üye tarafından incelendikten sonra hasta hakkında yatırılıp yatırılmama kararı verilmektedir. Kullanım komitesi hastanenin yatak kullanımını etkinleştirmek için; hastaların hastanede gereğinden fazla kalmasını azaltmak, yardımcı hizmetlerin aşırı kullanımını önlemek ve gereksiz hasta yatışlarını azaltmak, tıbbi personel, yönetim ve sosyal hizmetler arasındaki haberleşmeyi sağlamak ve koordine etmek, hastaların hastaneye yatırılması ve taburcu edilmesi prosedürlerini yeniden gözden geçirmek ve gerekli

düzeltilmeleri yapmak, acil yatacak olan hastalar için prosedürleri hazırlamak, hastaların bir servisten diğerine transfer ihtiyacı doğduğunda bu transferi hızlandırmak gibi faaliyetleri yapmak zorundadır (Seçim, 1994, s.96).

Sağlık Standartlarını Gözden Geçirme Komitesi; hastanede verilen sağlık hizmetlerinin standartlara uygun olup olmadığını denetlenmekte, sağlık hizmetlerinde etkinliği artırıcı tedbirleri önermektedir. Komite servis şeflerinden oluşmakta, ayda bir kere toplanmakta; incelemelerini ve önerilerini bir rapor halinde yürütme kuruluna göndermektedir (Seçim, 1994, s.97).

Enfeksiyon Komitesi; tedavi hizmetlerinin standartlara uygun şekilde yürütülebilmesi açısından çok önemli olan hastanede enfeksiyon konusunda, gerekli tedbirleri almak ve denetimi yapmak için oluşturulmuştur. Bu komite enfeksiyon konusunda gereken bütün önlemleri almak ve gerekli denetimleri yapmak için kurulmuştur. Hastane içindeki enfeksiyonların araştırılması, kontrolü ve önlenmesi sorumluluğunu yüklenmiştir ve bu amaçla hastane çapında etkili ve aktif bir "enfeksiyon kontrol programı" yürütmektedir. Çünkü yüksek enfeksiyon oranı hastanenin kötü yönetilmesinin bir belirtisidir. Bunlardan başka komitenin görevleri arasında; hastanede görülen salgın hastalıkları ilgili yerlere bildirme, ameliyathanelerde ve steril olması gereken servislerde kurallara uyulmasını sağlama ve sterilizasyon ve enfeksiyon ile ilgili kararların uygulanmasını izleme ve kontrol etme sayılabilir. Enfeksiyon komitesi patoloji bölümünün yardımıyla hastanede bulunan hastalara ve personele geçen enfeksiyonların incelenmesi ve enfeksiyondan korunma politikalarının oluşturulmasını da hedeflemiştir. (www.merih.net).

Kan Kullanımını Değerleme Komitesi; kan nakillerinin uygunluğunu ve nakil yapılan hastanın durumunu değerlendirme ve kan kullanımı ve dağıtımı ile ilgili prosedür ve politikaları geliştirme amacıyla kurulmuştur. Kan kullanımını değerlendirme komitesinin görevleri: kan nakillerinden doğan reaksiyonları incelemek, biten kanların yerine konan kanların standartlara uygunluğunu araştırmak, kan nakillerinde görülen reaksiyonların kayıtlarını gözden geçirmek, kan nakilleri konusunda personeli eğitmek, genel kabul görmüş laboratuvar prosedürlerini tetkik etmektir. Komite üç ayda bir toplantı yapmakta ve önerilerini patolojistlere, jinekologlara, cerrahlara ve anesteziistlere sunmaktadır. Ayrıca komite tıbbi denetim

komitesinin altında çalışmakta olduğundan dolayı bu komiteye karşı da sorumluluk taşımakta ve raporlarını bu komiteye vermektedir. Komite kana ihtiyaç duyan her klinik ile devamlı haberleşmekte ve gerektiğinde bu kliniklere öneriler vermektedir. Kan Bankası da bu komiteye bağlı olarak çalışmaktadır (www.merih.net).

Güvenlik Komitesi; hasta ziyaretçileri, hastalar ve personelle ilgili bütün tehlikeleri ortaya çıkarabilmesi ve raporlayabilmesi için denetleme programlarının geliştirilmesinde ve korunmasında yönetime yardımcı olması amacı ile kurulmuştur. Bütün kazalar ve zararlar komite tarafından incelenmekte ve gerekli önlemler alınmaktadır. Komite görevleri arasında; hastanede meydana gelebilecek kazaları, elektrik çarpmalarını, çıkabilecek yangınları önleme gibi konular bulunmaktadır. Komite kazalara açık olan yerleri önceden belirleyebilmeli ve önlemini alabilmelidir (www.merih.net).

Eczane ve İlaç Komitesi; hastanede kullanılacak ilaçların seçimine, tedarikine; dağıtımına ve kullanımına ilişkin politikaların tespit edilmesi; hekim; hemşire ve eczacı personelin ilaçlar konusundaki eğitim programlarının geliştirilmesi ve bu hususta ilgili bölüm idarecilerine yardım etmek amacıyla kurulmuştur. Komite, üç hekim ve baş eczacı ile idare müdürü veya o'nun tayin ettiği bir görevliden oluşturulmaktadır. Komitenin aldığı kararları uygulama görevi baş eczacıdır. Komitenin görevleri şunlardır; tedavi yönünden en etkili ilaçların seçimi ve kullanımı konularında tıp personeline danışmanlık yapılması; kullanılması önerilen ilaçların değerlendirilmesi ve bu konuda kararlar alınması; aynı fonksiyonu gören ilaçların satın alınmasının önlenmesi; hastanede kullanılması kabul edilen ilaçların listesinin çıkartılması; kliniklerdeki ilaç dolaplarında bulundurulması gereken ilaçlar konusunda görüş bildirilmesi; hekim, hemşire ve eczacı personelin ilaçlarla ilgili eğitimleri konusunda programlar geliştirilmesi veya bu konuda ilgililere yardımcı olunması; ilaçların güvenlik içinde kullanılması ve saklanması konusunda politika ve yöntemler saptanması; kliniklere ilaç dağıtımı konusunda ortaya çıkan sorunların incelenmesi, çözüm önerileri geliştirilmesi ve uygulanması; ilaçla tedavi ve ilaç reaksiyonları konusunda komiteye sunulan raporların incelenmesi (Şahin, 1998, s.144).

Denetim mekanizmasının etkili çalışması, hastanın hakkını kolayca arayabilmesi için politikalar belirlemek, hasta ve yakınları hakları konusunda bilgilendirmek, sağlık personelinin

bilgi ve beceri yönünden geliştirmek, teknik imkânlarla desteklemek ve hastanelerde bu konuda iç denetimi sağlamak amacıyla Tıbbi Denetim Komiteleri kurulmalıdır (Türk Tabipler Birliği Etik Kurulu Hasta Hakları Yönetmeliği Taslağı Hakkında Görüş, Türk Tabipler Birliği Etik Kurul Görüşleri, Türk Tabipler Birliği Yayınları, Ankara, 1998.).

2.4.3 Özel İşletmelerde Denetim Türleri

Hizmet ve mal üreten özel işletmeler çeşitli yollarla denetlenirler. Bu kuruluşlar özellikle hizmeti ve malı alacak olan müşteriler tarafından çok sıkı olarak denetlenirler. İşletme, müşterilerini memnun etmek için kendi içinde kendi kendisini denetler. Kamu kurum ve kuruluşları devlet adına özel işletmeleri denetler. En son olarak özel işletmeleri halk denetler. İç denetim, özel işletmelerin kendi içlerinde koordinatör ve yöneticileri tarafından denetlenmesidir. Bu denetimi koordinatör ve yönetici doğrudan yaptığı gibi uzmanlarca da yapılabilir. Büyük işletmeler özel birimler oluşturarak uzman kişilerce bu denetimi yaptırılmaktadırlar. Özel işletmelerde denetim kelimesi yerine kontrol veya kalite kontrol ifadeleri kullanılmaktadır (Sözen, 2002, s.42).

Bağımsız dış denetim, özel işletmelerin, içindeki çalışanlar haricinde dışarıdaki kişi veya kurumlarca denetlenmesidir. Dış denetim, kamu kurum ve kuruluşları tarafından zorunlu olarak yapıldığı gibi özel işletme kendi performansını ölçtürmek için üniversite, Türk Standartları Enstitüsü (TSE) gibi uzman bir kuruluşa isteğe bağlı olarak da yaptırabilir (Sözen, 2002, s.42).

Kamu kuruluşları denetimi, yasaların vermiş olduğu yetkiyle devlet adına özel işletmeleri denetler.

Yapılış aşamalarına göre denetim ise üçe ayrılır:

Ön denetim, kaynakların örgüte girişi sırasında yapılan ve koruma amacı güden kontroldür. Ön kontrole örnek olarak materyal kontrolü, iş gören seçimi kontrolleri verilebilir (Sözen, 2002, s.43).

Süreç sırasında yapılan denetim, hizmetin ya da malın üretilmesi esnasında yapılan kontroldür. Genellikle gözlem veya üst ile astın görüşmesiyle yapılır. Alt kademe yöneticileri zamanlarının büyük bir kısmını bu iş için harcarlar (Sözen, 2002, s.43).

Son denetim, elde edilen ürünün standartlarla karşılaştırılmasıdır. Son kontrol sayısal ve istatistiksel bir değerlendirmeyi içerir. İş gören değerlemesi, kalite kontrol son kontrole örnek olarak verilebilir (Sözen, 2002, s.43).

2.4.4. Sağlık İşletmelerinde Kalite Denetimi

Kalite, ürün açısından, üretilen mal ve hizmeti daya iyi üretmektir. Sağlık hizmetlerinde kalite, hizmetin özelliği nedeniyle daha da önemlidir. Sağlık hizmetlerinde kalite, özel kesimde farklı, kamuda farklıdır.

Özel sağlık hizmetlerinde kalite, büyük hastanelerde ve işletmelerde TSE ve ISO standartlarına göre uzman kişilerce yapılmaktadır. Muayenehanelerde ise, kalite denetimi dolaylı olarak müşteri talebiyle karşılanmaktadır (Özcan, 1996, s.9).

Kamuya ait resmi sağlık hizmetlerinde kalite denetimi yok denecek kadar azdır. Yasa ve yönetmeliklerin zorlaması, kamuoyu baskılarıyla hizmetler bile asgari düzeyde sunulabilmektedir. Hizmetlerin tartışıldığı bir ortamda kaliteyi tartışmak mümkün değildir. Satıcılar piyasası mutlak hâkimdir. Alıcıların hiç bir etkinliği yoktur. Kamuya ait sağlık işletmeleri özelleşir ya da özerkleşirse kalite gündeme gelebilir. Sağlık hizmetlerinde kalite denetimi, kamuya ait resmi kurumlarda hiyerarşik düzen içerisinde amirler tarafından yerine getirilir (Ak, 1990, s. 124).

2.4.5 Hastane Hizmetlerinde Kalite Değerleme İle İlgili Komiteler

Hastane hizmetlerinde kalite sağlama faaliyeti ne kadar önemliyse, kalite değerlendirme faaliyeti de o kadar önemlidir. Çünkü bir hizmetin kaliteli olmasını sağlamak o hizmeti devamlı olarak denetlemek ve değerlendirmekle mümkündür. Bu yazıda kalite ile ilgili

hastane için değerleme organı olan "tıbbi denetim komitesi" ile "yönetim kurulu" ele alınacaktır.

Tıbbi Denetim Komitesi; hasta bakımının kalitesini değerlemek için kurulmuştur. Bunun için hastanede verilen bakımın standartlara uygun olup olmadığını denetlemekte, mesleki kuruluşlar ve hastanenin kendisi tarafından belirlenen standartlarla hastanede elde edilen sonuçları karşılaştırmakta ve yönetim kuruluna elde ettiği bilgileri sunmaktadır. Komite üyeleri arasında cerrahlar, kadın doğumcular v.b. gibi uzmanlık dallarından üyeler bulunmaktadır. Hastane büyüdükçe her uzmanlık dalından bir üye komiteye seçilmektedir. Komite üyeliği bir yıl için olmakta ve üyeler rotasyon yoluyla hizmet etmektedir. Tıbbi denetim komitesine hekimlerin seçilmesinin nedeni, tıbbi denetimleri en iyi tıbbi personel içinden seçilmiş kişilerin yapabilmesidir. Çünkü bu kişiler verilen bakımda ortaya çıkan problemlere en yakın olan kişilerdir. Tıbbi denetim komitesi ayda bir defa veya gerektiğince toplanmaktadır. Tıbbi denetim komitesinin en büyük yardımcısı tıbbi kayıtlardır. Bundan dolayı, tıbbi denetim komitesi ile tıbbi kayıt komitesi sıkı bir işbirliği içinde olmak zorundadır (www.merih.net).

Tıbbi denetim komitesinin başlıca görevleri şunlardır (www.merih.net):

- Hastanenin bütün kliniklerindeki tıbbi personelin klinik uygulamalarını gözden geçirme, inceleme ve değerleme,
- Hastanedeki tıbbi bakım ile ilgili değerleme ve denetleme prosedürlerini oluşturma,
- Kliniklere ait denetim alt komitelerinin çalışmalarını izleme, yönetme ve koordine etme,
- Çalışma raporlarını her ay yönetime sunma,
- Bütün uzmanlık faaliyetlerini denetleme,
- Hastane içindeki uzmanlık standartlarının kurulması, bakımı ve geliştirilmesi hakkında yürütme komitesine önerilerde bulunma,
- Klinik uygulamaların her birine ait tıbbi denetim programı hakkındaki özetleri ve bütün kayıtları alma.

Tıbbi denetim komitesi personelle ilgili standartları hazırlarken bunların hastane içinde genel kabul görmüş olmasına dikkat etmelidir. Ayrıca, hastane içi denetimde başarılı olabilmesi için şu faktörlere de ihtiyaç duymaktadır (www.merih.net):

- Hastanenin modern bilgi merkezi içinde tıbbi kayıt departmanına sahip olması,
- Doktorların tıbbi denetim ve kullanımı yeniden gözden geçirme tekniklerini öğrenmiş olmaları,
- Tıbbi kadronun etkili bir şekilde örgütlendirilmiş olması.

Hastanenin modern tıbbi kayıt sistemine sahip olması kayıtların güvenilir olmasını sağlamakta ve tıbbi kadro ile yönetimin karşılaştığı problemleri çözmeleri için bilgi vermeye yardımcı olmaktadır. Hekimlerin tıbbi denetim ve kullanım tekniklerini bilmeleri teknik bilgi ve becerilerini artırmakta, istatistik bilgilerden yararlanmalarını kolaylaştırmakta, kriterler veya standartların geliştirilmesinde yardımcı olmalarını sağlamaktadır. Tıbbi kadronun etkili bir şekilde örgütlendirilmesi ise hastanelere yeterlilik belgesi veren kuruluşların da üzerinde durdukları bir konudur. Örgütlenme sonucunda yönetsel fonksiyonların yerine getirilebilmesi daha etkili hale gelmektedir.

Yönetim Kurulu; verilen hizmetin kalitesini sağlama faaliyetlerini denetleyen hastane içi organların en önemlisidir. Çünkü hastanenin tümü ile ilgili en son değerlendirme bu kurul tarafından yapılmaktadır. Ayrıca, bu organ, hastanenin kusursuz bir işletme olmasını sağlamadan da sorumludur. Yönetim kurulu üyeleri hekimlerden ve çeşitli meslek gruplarındaki kişilerden seçilmektedir. Yönetim kurulunda en az sekiz, en çok onbeş üye bulunmaktadır. Kurulun başkanı faaliyetleri koordine etmekle sorumludur. Üyeler yönetim kuruluna genellikle üç yıl için seçilmektedirler, fakat süresi biten üye tekrar görevlendirilebilmektedir. Kurul ayda bir toplanmaktadır.

Yönetim kurulunun görevlerini şöyle sıralamak mümkündür (www.merih.net):

- Hastanenin amaçlarını toplumun ihtiyaçları doğrultusunda belirlemek,
- Hastane ile ilgili plan ve program yapmak,
- Yeni işe alınacak personeli seçmek,
- Bakım için gerekli olan teçhizat ve ekipmanı sağlamak,

- Hasta bakımı ile ilgili uygun uzmanlık standartlarını korumak,
- Yönetimsel, finansal ve toplumsal ihtiyaçlarla uzmanlık çıkarları arasındaki koordinasyonu sağlamak,
- Faaliyet kayıtlarını saklamak,
- Hasta bakımı kalitesi ile yönetimin faaliyetlerini değerlemek.

Yönetim kurulu eskiden sadece yönetimsel faaliyetlerle ilgilenmekteydi; halbuki bugün hasta bakımının kalitesini sağlamaya da ilgilenmektedir. Yönetim kurulu faaliyetlerini değerlendirirken etkili olma, verimli olma ve kaynak kullanımında ekonomik olma gibi faktörler bakmaktadır.

Yönetim kurulu toplantıları üç gruba ayrılabilir: Düzenli toplantılar, özel toplantılar ve yıllık toplantılar. Düzenli toplantılar her ay belirli bir tarihte yapılan toplantılardır. Bu toplantılarda kurula gelen raporlar ele alınmaktadır. Özel toplantılar özel kararlardan dolayı yapılan toplantılardır. Örneğin, hastanede bir sorun ortaya çıktığında bu tür toplantılar yapılmaktadır. Yıllık toplantılar finansal yılın sona ermesinden sonraki dört veya altı hafta sonra yapılan toplantılardır (Şahin, 1999, s.53).

Hastane hizmetlerinde kalite sağlama veya kaliteyi daha yükseltme, doğru ve güvenilir olarak değerlendirme için yukarıda adı geçen komitelerin mümkün olduğunca çabuk kurulmaları, birbirleriyle uyum içinde çalışmaları ve birbirleriyle sürekli haberleşmeleri gerekmektedir. Ayrıca, komitelerin birçoğuna yardımcı olacak kayıt ve istatistiklerin düzenli, güvenilir bir şekilde tutulmaları ve arşivlenmeleri de gerekmektedir. Elinde yeterli ve güvenilir veriler olmayan komitelerin iyi çalışması ve sağlıklı kararlar alması mümkün değildir. Bu durum değerlemenin sağlıklı olması açısından da önemlidir.

2.5. Üretim Yönetimi Fonksiyonları

Son yıllarda kaydedilen teknolojik gelişmeler ve global ticaretin yoğunlaşması sonucu ortaya çıkan sıkı fiyat ve kalite rekabeti üretim yöntemlerinde ve yönetiminde yeni kavram ve fonksiyonların doğmasına yol açmıştır. Günümüzde bir taraftan sürekli olarak yükselen yaşam

düzeyinin, diğer taraftan hızla artan dünya nüfusunun etkisi ile geçmişe oranla çok daha karmaşık mamullerin büyük miktarlarda üretilmesi zorunluluğu ortaya çıkmıştır (Kobu, 2003, s.5).

Üretim yönetimi kapsam bakımından geniş faaliyet hacmi çok yüklü bir işletmecilik fonksiyonudur. Üretim yönetimi, işletmenin elinde bulunan malzeme, makine ve insan gücü kaynaklarının belirli miktarlardaki mamulün istenilen niteliklerde, istenilen zamanda ve en düşük

maliyetle üretimini sağlayacak biçimde bir araya getirilmesidir (Kobu, 2003, s.6).

Üretim yönetimi; hangi malların, ne miktarlarda, hangi özelliklerde, nerede ve kim tarafından yapılacağı sorularına en düşük maliyeti (veya en fazla kârı) sağlayan cevabı bulmaya ve bu yoldan;

- Tüketici isteklerinin fiyat, zaman, miktar ve kalite açısından en iyi şekilde karşılanması,
- Stok düzeyinin mümkün olduğu kadar düşük tutulması veya stok devrinin arttırılması,
- İşletmenin insan gücü ve makine kaynaklarından yararlanma derecesinin yükseltilmesi amaçlarını gerçekleştirmeye çalışır (Kobu, 2003, s.10).

2.5.1. Sağlık Kuruluşlarında Üretim Yönetimi

Sağlıkta üretim fonksiyonu, kullanılan girdi miktarı ile bunların belirli bir zaman diliminde kullanılması sonucu elde edilen çıktı arasındaki fiziksel ilişkiyi gösterir. Üretimde kullanılan girdi miktarı değiştikçe çıktı miktarı da değişir. Sağlık işletmeleri üretim yaparken teknik ve ekonomik etkinliği düşünmek zorundadır. Teknik etkinlikten amaç, sağlık işletmesinin teknolojik düzeyine bağlı olarak, uygulanılabilen üretim tekniklerinden en uygununu işletme için seçmesidir. Ekonomik etkinlikten amaç ise üretimde kullanılacak girdilerin maliyetini hesaba katarak en kârlı üretim fonksiyonunu seçmektir. Sağlıkta üretim fonksiyonunda üzerinde önemle durulması gereken iki husustan birincisi; sağlık personeli sayısının artmasının sağlık statüsüne katkısı, ikincisi ise sağlık hizmetinin katkısıdır (Sözen, 2002, s.175).

Hastane, sağlık ocağı ve diğer sağlık kuruluşları sağlık hizmeti üretmektedirler. Hizmet üretimi zor olduğu gibi sağlık gibi farklı bir ayrıcalıklı bir iş kolunda hizmet üretmek daha da zordur. Sağlık hizmetlerinin çoğunluğu kamu işletmelerinde koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetleri olarak üretilip, sunulmaktadır. Koruyucu sağlık hizmetleri, insanların hasta olmamaları, iyi bir çevrede sağlıklı uzun bir hayat sürmeleri için gerekli sağlık hizmetlerini üretir, sunar. Tedavi edici sağlık hizmetleri de, hasta olanları en kısa sürede tedavi edip tekrar eski sağlıklarına kavuşturmak için gerekli sağlık hizmetini üretir, sunar (Sözen, 2002, s.175).

2.6. Pazarlama Yönetimi Ve Fonksiyonları

Yaşamımızın hemen her aşamasına girmiş olan pazarlama, artık mal ve hizmetlerin ötesinde fikirlerin, kişilerin, kurumların, olayların ve mekânların pazarlanmasına kadar genişleyen önemli bir kavram haline gelmiştir. Peki, herkesin ağzında dolaşan, herkesin uzman kesildiği pazarlama nedir? Amerikan Pazarlama Birliği'nin tanımına göre pazarlama; "Bireysel ve kurumsal amaçları tatmin edecek değişimleri sağlamak üzere, ürün, hizmet ve fikirlerin şekillendirilmesi (üretilmesi), fiyatlandırılması, dağıtım ve tutundurulmasını planlama ve uygulama sürecidir". Pazarlama Enstitüsü'ne göre pazarlama; "Tüketici ihtiyaçlarını belirlemek, bunları tanımlamak ve kârlı bir biçimde tatmin etmekle sorumlu yönetim sürecidir". Son tanıma baktığımızda yukarıdaki iki tanımın bir bileşkesi olduğu görölmektedir. "Pazarlama, hedef tüketici, müşteri ve toplumun istek ve gereksinimlerini tatmin ederek kâr sağlayacak pazarlama bileşenlerinin (ürün / hizmet, fiyat, dağıtım ve tutundurma) planlanması, yönetimi ve denetimi çabalarıdır". Görüldüğu gibi pazarlama, insanların gereksinimlerini, değişimleri yakalayıp onlar doğrultusunda ürün ve hizmetler oluşturmaktan, hedef kitleye ulaştırılmasına kadar uzanan uygulamaları kapsayan süreçler bütünüdür. O halde pazarlama, üretimden sonra değil, üretimden önce başlayıp üretim sırasında, satış öncesi, satış anı ve satış sonrasında da devam eden bir eylemdir (Kocabaş ve diğ. 2000, s.52).

Pazarlamaya bu açıdan yaklaşığımızda tüketicinin merkeze yerleştirildiği görölmektedir. Bu aşamada pazarlamaya konu olan şey ürün ve hizmet olmaktan çıkarak, hedef tüketici, müşteri ve toplumun sorunlarının çözümleri olmakta, buna karşılık pazarlama yöneticisi (firma, kurum) de çözümleri üreten kişi konumuna gelmektedir (Göksel ve diğ. 1997, s.144).

Yönetmel anlamda pazarlama fonksiyonları aŖağıdaki gibidir:

Ürün veya hizmet planlama ve geliştirme: Müşteri memnuniyetini sağlama açısından sunulan mevcut ürün ya da hizmette değişiklikler ve/veya geliştirmeler olacağı gibi, yeni ürün ya da hizmetler de söz konusu olabilir. Tüm bu çalışmaların sürekli olarak planlanması ve geliştirilmesi gerekmektedir.

Dağıtım: Değişik etkenler göz önüne alınarak en uygun dağıtım kanal bileşiminin (perakendeci, toptancı vb.) seçimi ve fiziksel dağıtımdan (ulaştırma, depolama, stoklama ve yardımcı aktiviteler) oluşur.

Fiyatlama: Ürün ya da hizmetin, işletme amaçlarını gerçekleştirecek fiyatlarının gerçekçi bir şekilde belirlenmesi ve yönetimidir.

Tutundurma: Reklam, kişisel satış ve satış geliştirme (sergi, gösteri, kupon verme, eşantıyon dağıtım gibi yardımcı aktiviteler) çalışmalarından oluşur (Kotler, 2000, s.271).

2.6.1. Pazarlamanın Önemi

Pazarlamanın önemini; pazarlamanın toplumsal önemi ve pazarlamanın işletmeler bakımından önemi olarak 2 grupta incelemek mümkündür.

Pazarlamanın toplumsal önemi yarattığı fayda ile ölçülür. Aksine görüşler olmasına karşın, pazarlamanın üç tür fayda sağladığı söylenebilmektedir. Bunlar; zaman faydası, yer faydası ve mülkiyet faydasıdır (Tokol, 1994, s.188).

Yer faydası pazarlamanın üretilen mal ve hizmetleri, üretim yerinden tüketim yerine ulaştırma fonksiyonundan kaynaklanmaktadır. Mal ve hizmetlerin üretim yerleri ile tüketim yerlerinin birbirinden farklı olduğu durumlarda, mallar tüketim yerlerine ulaştırılmazsa tüketicilerin onları tüketerek tatmin elde etmeleri mümkün olmamaktadır. O halde bu mal ve hizmetlerin tüketim yerlerine ulaştırılmaları gerekmektedir. İşte bu görevi pazarlama yerine getirerek yer faydası yaratmaktadır (Tokol, 1994, s.188).

Pazarlamanın yarattığı zaman faydası, mal ve hizmetlerin üretim ve tüketim zamanlarının çakışmaması durumunda ortaya çıkmaktadır. Başka bir deyişle üretim ve tüketim zamanları aynı olmayan mal ve hizmetlerin üretim ve tüketim zamanlarını birleştirerek zaman faydası yaratılmaktadır. Buna mal ve hizmetlerin zaman içinde hareket ettirilmesi de denmektedir.

Mülkiyet faydası, pazarlamanın alım ve satım işlevleri aracılığıyla yaratılmaktadır. Pazarlama, malları elinde bulunduran ve onları tüketmeye ihtiyacı bulunmayanların elinden, satın alma işlevi yoluyla, alarak bu mal ve hizmetlere ihtiyaç duyanlara satma işlevi ile aktarmaktadır. Böylece ekonomik kaynakların kullanımı sonucu yaratılan mal ve hizmetlerin tüketimi sağlanarak kıt kaynakların verimli kullanılmasına katkıda bulunmaktadır. Pazarlamanın yarattığı üç değişik fayda ile topluma yararlı olması yanında, ekonominin sahip olduğu kıt kaynakların da en olumlu alanlarda kullanımını sağlayarak yararlı olduğu söylenebilir. Bilindiği gibi pazarlama tüketici ihtiyaçlarından hareket ederek, pazarda talep edilen yani tüketicilerin satın alarak tüketebileceği mal ve hizmetlerin üretilmesini sağlamaktadır. Böylece kıt yatırım kaynaklarının en iyi şekilde kullanımı sağlanmış olmaktadır (Can ve diğ. 1996, s.212).

Pazarlamanın işletmeler bakımından önemi ise pazarlamanın kurduğu işletmeden pazara, pazardan işletmeye doğru bilgi akışını sağlayan çift yönlü bir iletişim ağı kurmasıdır.

Pazarlama çalışmalarının pazardan başlayıp, pazarda son bulması ilkesi üzerinde durulduğunda, bu iletişim ağının nasıl kurulduğu ve ne yararlar sağladığı kolaylıkla anlaşılmaktadır. Pazarlama çalışmaları; pazarı inceleyen, talep, tüketici arzı ve ihtiyaçları, tüketici davranışları v.b. bilgileri toplayan çalışmalar olarak başlamaktadır. Bu bilgiler üretim işletmelerinin kendi pazarlama birimlerince veya işletme dışı pazarlama kurumlarınca toplanabilir. Toplanan bilgiler ışığında, tüketiciyi tatmin edecek mal ve hizmetler üretilmektedir. Üretilen mal ve hizmetlere ilişkin bilgiler ise bu kez tüketicilere veya pazarlara üretilmektedir. Hangi mal ve hizmetler üretiliyor, hangi kalitede, hangi dağıtım birimlerinde bulunabilir v.b. gibi bilgiler pazara doğru akmaktadır (Can ve diğ. 1996, s.212).

Pazarlamanın sağladığı bu iki yönlü bilgi akışı olmazsa işletmeler satılabilir mal ve hizmet üretmemeye yanında, ürettikleri mal ve hizmetleri de tüketicilere ulaştırmakta güçlüklerle karşılaşacaklardır.

2.6.2. Sağlık Hizmetlerinde Pazarlama Yönetimi

Sağlık hizmetlerinin büyük çoğunluğu kamu işletmesi olduğu için pazarlamaya ihtiyaç duyulmaz. Ayrıca reklâm, tanıtım, pazarlama Tıbbi Deontoloji Tüzüğüne göre yasaktır. Bu yasak nedeniyle hem resmi hem de özel sağlık kuruluşları pazarlama yapamazlar. Gayri resmi olarak, dolaylı pazarlama yaparlar. İlaç üretim ve dağıtım firmaları, temsilcileri aracılığıyla yüz yüze promosyonla ilaçlarını tanıtmaktadırlar. Özel hastane ve muayenehaneler doğrudan olmasa bile dolaylı olarak haber ve bilgilendirme yöntemleriyle tanıtım ve pazarlama yapmaktadırlar (Odabaşı, 1994, s.28).

Türkiye’de sağlık hizmetlerinin reklamının yapılması yasa ile engellenmiş olmasına rağmen, önce doktor tabelalarında görülen standart dışı uygulamalar giderek kurumlara da ulaşmış ve bugün gazete, dergi, TV hatta billboard gibi batı dünyasının kullandığı tüm medya araçları kullanılır olmuştur. Yasal yaptırımların uygulanması zor ve cezaların ise caydırıcılıktan çok uzak olması nedeni ile son derece yaygın bir sağlık hizmetleri promosyonu devrine girilmiştir (www.merih.net).

Yasal olmasa da sağlık sektöründe yapılan bu tür pazarlama faaliyetleri hizmet pazarlaması olarak adlandırılmaktadır.

Günümüzde sağlık sektörünün büyümesi ve pazarlamada uzmanlaşmanın yoğunlaşması, hastane hizmetlerinin pazarlanmasını ayrı bir uzmanlık dalı durumuna getirmiştir. Bunda, özellikle sağlık hizmetleri teknolojisindeki ilerlemelerin büyük rolü olmuştur. Çünkü hekimlerin etkin tanı ve tedavi için modern alet ve cihazlardan yararlanmaları, teknolojinin anında takibini zorunlu hale getirmiştir. Bu da doğal olarak maliyetleri arttırmıştır. Bu durumda hastaneler pastadan büyük payı alabilmek için fiyat dışı rekabete girmek zorunda kalmışlardır. Bu da işletme ve yönetim işlevlerinin en iyi biçimde

kullanılmasına bağlıdır. Çok değişkenli bir çevre içinde, sağlık hizmetlerinin etkin ve verimli olabilmesi, değişkenleri çok yönlü değerlendirmeyi ve kaynak savurganlığını önlemeyi amaçlayan güncel pazarlama yaklaşımıyla sağlanabilir. Bu noktada hastanelerin başarısı, pazarlama kavramını yönetimde kullanmaktaki başarılarıyla ölçülecektir (Odabaşı, 1994, s.28).

Pazarlama biriminin görevi hastanın hastaneye girişinden itibaren başlamakta ve hasta hastaneyi terk edinceye kadar sürmektedir. Hastanenin pazarlanabilirliği, yönetimdeki en önemli konudur. Bu nedenle yönetim ile pazarlama departmanı, birlikte hareket etmek ve kararları birlikte almak durumundadır. Bu doğrultuda, pazarlama departmanının işlevleri aşağıdaki gibi sıralanabilir (www.merih.net):

- Pazar araştırmaları doğrultusunda anketler yapılmalı, bu anketler, amaca göre hastane içinde yürütülebileceği gibi hastane dışında da yürütülmelidir. Hastane içinde, hastanın şikâyetlerini tespit etmek ve bunların iyileştirilmesine formüller aramak doğrultusunda çalışmalar yapılmalı, bu formüllerin uygulanabilirliği test edilmiş ve elde edilen sonuçlar yorumlanarak hastane yönetimine rapor edilmelidir.
- Hastanenin pazarlanabilir nitelikte olduğuna kanaat getirince, buna uygun pazar oluşturulmaya başlanmalıdır. Bu amaca yönelik olarak sigorta şirketleri ve doğrudan özel şirketlerle anlaşmalar yapılmalıdır. Resmi ve yarı resmi devlet kuruluşları da belirli hizmetler için anlaşma kapsamına alınmalıdır.
- Hastanenin durum analizi yapılmalı, amacın tespitinden sonra, bu amaca yönelik kaynak sağlamaya çalışılıp, çevresel faktörler ve rakip hastanelerin durumu incelenmeli ve potansiyel fırsatların değerlendirilmesine yönelik çalışmalar yapılmalıdır. Bu çalışmalar sonucunda bir pazar politikası oluşturulmalı ve uygulanabilir bulunduğu takdirde teklifler geliştirilmelidir.
- Bireylere yönelik sağlık paketleri oluşturulup, yaş ve cinsiyete göre değişen check-up paketleri geliştirilmeli ve özel fiyatlar ile bireylerin ve şirketlerin kullanımına sunulmalıdır. Hatta belli başlı şirketler tek tek ziyaret edilerek hem hastanenin hem de paketlerin tanıtımı yapılmalıdır.
- Hastane hizmetlerinin doktorlara tanıtımına yönelik pazarlama faaliyetleri gerçekleştirilmelidir. Hastanede hangi birimlerin var olduğu ve buralarda ne gibi

işlemlerin yapıldığı, kullanılan teknoloji hakkında bilgi verilmelidir. Bu amaçla hazırlanan broşürlerde daha detaya inilerek açıklamalarda bulunulmalıdır.

- Sağlık günleri programı çerçevesinde halkın büyük çoğunluğunu ilgilendiren konularda halka açık konferanslar düzenlenmelidir (Çocuk Hastalıkları ve Aşılar, Alkol, Sigara ve Kilo Sorunlarının Tedavisi, Kalp Durmalarında Acil Yardım, Prenatal-doğum öncesi-Bakım vb.). Bunların düzenlenmesinde amaç, hem bir toplum hizmeti vermek hem de konferans nedeniyle hastaneye gelenlerin, hastaneyi tanımasını sağlamaktır.
- Şirketlerle yapılan anlaşmalar gereğince, o şirketin personelini hastaneye hizmetlerinden kolay yararlanmasını sağlamak için “kart” sistemi geliştirilmelidir. Bu kart, kredi kartı gibi, hastane bazında sahibine bazı ayrıcalıklar getiren bir karttır. Bu ayrıcalıklar, kartın özelliğine göre fiyatta indirim şeklinde olabileceği gibi, ödeme kolaylıkları da sağlayabilmektedir. Ayrıca her kart sahibinin hastanede, sağlık durumunu içeren bir dosyası bulunduğundan dolayı, acil bir durumda hastaya daha çabuk etkin hizmet verebilmede zaman faktörünün kısıtı ortadan kaldırılmış olmaktadır.
- Özel sigortacılık sisteminin gelişmesine yönelik sigorta şirketleriyle çalışmalarda bulunulmalı, sigorta şirketleri ile çok yakın işbirliği halinde çalışılıp ve onların da gelişimini teşvik edici her türlü yardım yapılmalıdır.

Sağlık Hizmetleri sektörü ekonomideki en karmaşık endüstrilerden biridir. Bu sektör farklı ülkelerde değişik yapılar gösterir. Sağlık hizmetlerinde uygulanacak pazarlama faaliyetlerinde de farklılıklar yaratan belirli özellikler vardır. Bu özellikleri kısaca şöyle tanımlayabiliriz.

2.6.2.1 Tüketici Bilgisizliği ve Uzmanın Kuvveti

Herhangi bir pazarın etkin işleyişi için, tüketicilerin isteklerini maksimum düzeyde tatmin edilebilmesi amacıyla değişik mamuller veya hizmetler hakkında bilgi sahibi olması gerekmektedir. Sağlık hizmetlerinin en belirgin özelliği, tüketicilerin satın alınacak hizmet konusunda tamamıyla bilgisiz olmalarıdır. Sağlık hizmetleri, yalnızca konusunda uzman olan doktorların bileceği bir karmaşıklığa sahiptir. Asıl sorun, üretim konusundaki bilgisizlikten

değil, hizmetin getireceği tatminin bilinmemesinden kaynaklanmaktadır. Bir tüketici, bir TV cihazı veya bir ekmek satın alırken, nasıl bir tatmin sağlayacağını bilmektedir. Bu sektörde ise, hangi ilaçların gerekli olduğuna, hangi hastane hizmetlerinden yararlanılacağına doktor karar vermektedir. Bir tüketici ekmek alıp beğenmez ise, bir daha o ekmeği almaz. Ancak sağlık hizmetlerinde yapılacak seçim hatası, çok acı sonuçlar verebilir. Bu nedenle sağlık hizmetlerinin kullanımında tüketici, uzmanın bilgisinden yararlanmak zorundadır (Karahan, Yıl:1, Sayı:4, s.18).

2.6.2.2 Tıp Mesleğinin Kuralları

Sağlık hizmetleri tüketiminde, hastanın hizmeti kullanmadan deneme imkânı bulunmadığı için, hasta-doktor ilişkisi tamamıyla “güven” unsuru içinde kurulmuştur. Bu güven duygusu, tıp mesleği prensipleri ile de uyum içindedir. Tıp mesleğinde kâr maddi olarak değil, kişinin sosyal sorumluluklarını yerine getirmesi, mesleğinde başarı performansı, bilime ve tıp mesleğine katkıları, yayınları gibi değişkenlerle ölçülmektedir. “Bir doktorun mesleği ile bir hastanın hayatının bedeli yoktur” sözü bunu açıklamaktadır. Bu nedenle gerek doktorlar, gerekse hastane yöneticileri ve gerekse diğer sağlık personeli, “pazarlama” sözcüğünü kendilerine çok yakın hissetmektedirler (Karahan, Yıl:1, Sayı:4, s.18).

2.6.2.3 Mamul Belirsizliği

Sağlık hizmetlerinde, hizmet kalitesi ve hizmet sonucu elde edilecek tatmin, diğer hizmet türleri ile kıyaslandığında, son derece belirsizdir. Hastalık sonrası iyileşme, hizmet kalitesi dışında, kontrol edilemeyen pek çok faktöre de bağımlı olduğundan, belirsizlik çok yüksek olmaktadır. En önemli sorun, hizmet değişiminde taraf olan hastanın kendi bilgisizliği, durumu hakkında çok az bilgi sahibi olmasıdır. Bu nedenle hasta, kendi bilgisizliğini ve tüketim sonrası yanılığını en aza indirmek için, doktorun bilgisine sonsuz güven duymak durumundadır (Karahan, Yıl:1, Sayı:4, s.18).

2.6.3 Hizmet Pazarlaması

Pazarlamanın hizmet üretimine ilişkin işlevlerini incelemeye önce, hizmet kavramının ne olduğunun üzerinde durulmasında fayda vardır. Zira ekonomik eylemlerin önemli bir kesimini hizmetlerin oluşturduğu muhakkaktır. Ancak hizmetlerin ne olduğunu kavramak ve hizmetleri gruplamak güçtür. Çünkü pazarlama, daha çok mal yönlü olarak

düşünülmüş ve hizmetlerin belirlenmesi yolunda gerekli çaba da pek gösterilmemiştir. Bununla beraber, hizmet pazarlaması kavramının, pazarlama biliminin gittikçe gelişen ve zenginleşen bir alt disiplini olarak kabul edildiği günümüzde, gerek pazarlama kavramının ve gerekse uygulamacıların bu konuya eğilmelerini ve akademik çalışma yapmalarını sağlamıştır. Bu durumda hizmetler şu biçimde tanımlanabilir: “Bir malın ya da hizmetin satışına bağlı olmaksızın, son tüketicilere ya da işletmelere pazarlandığında gereksinme ve hizmet doygunluğu sağlayan, bağımsız olarak tanımlanabilen eylemlerdir”. Hizmetleri mallardan ayıran başlıca özellikler şunlardır:

Elle Tutulmazlık: Hizmetler, maddi unsurlardan ziyade, “performans” sınıfına girdiklerinden, mamullerde olduğu gibi, görülme, hissedilme, dokunulma vb. şekillerde değerlendirilemezler. Bu özgün nitelik, bazı pazarlama problemlerini de beraberinde getirmektedir. Bu problemler; hizmetlerin depolama, stoklama imkânı yoktur, hizmetleri, “patent” vasıtasıyla korumak imkânsızdır, hizmetleri, hemen teşhir ve tanıtmaya imkânı yoktur, hizmetlerin fiyatlandırılması, zor ve karmaşıktır (Karahan, Yıl:1, Sayı:4, s.22).

Birbirinden Ayrılmazlık: Hizmet, hizmeti üretenden ayrılamaz. Bir başka deyişle, hizmetin yaratımı ile kullanımı eşanlı olarak meydana gelir. Hizmetin üretilmesi ile pazarlanması birbirinden kesinlikle ayrılmaz. Mamuller, önce üretilip sonra satılarak tüketildiği halde, hizmetler çoğu kez önce satılıp sonra üretilip tüketilmektedir. Pek çok hizmetin üretiminde müşterinin bizzat bulunması, şahit olup yaşaması gerekmektedir. O halde ayrılmazlık ilkesi, hizmet müşterisini, hizmetin yaratılması ile çok yakın ilişkiye ve birlikte bulunmaya adeta zorlamaktadır. Bu anlamda, bu ilke, aşağıdaki pazarlanma problemlerini de beraberinde getirmektedir.

- Hizmet sektöründe üretici ve satıcının aynı kişi olması, doğrudan dağıtımı gerektirmekte ve pazarlama ile üretim aktivitelerini iç içe bir duruma getirmektedir.
- Hizmet müşterisi, alıcısı olduğu hizmetin üretim süresince bulunur.
- O an hizmet edilen müşteriden başka, hizmetten yararlanacak diğer müşteriler de, üretim sürecini şahit olarak yaşar.
- Hizmetlerin, merkezi bir biçimde, kitlesel olarak üretilmeleri zor ve çoğu kez imkânsızdır.

- Hizmet, belirli bir zaman içinde, birçok pazarda pazarlanamaz (Karahana, Yıl:1, Sayı:4, s.23).

Dayanıksızlık: Hizmetler birer “performans” olarak nitelendirilebildikleri için, saklanamazlar, envantere getirilemezler. Yani, belirli bir zaman diliminde kullanılmayan hizmet kapasitesi, bir daha geri gelmeyecek olan o zaman dilimi için değerlendirilememiştir. Hizmetlerin pek çoğunun yararı kısa sürelidir. Bu özellik beraberinde; hizmetler, envantere sokulup, stoklanamazlar, hizmetler stoklanamadığı için, bir çok hizmet işletmesi, talep ve arzı dengeleme hususunda büyük problemlerle karşılaşır gibi bazı hususları gündeme getirmektedir (Karahana, Yıl:1, Sayı:4, s.23).

Heterojenlik: Hizmetlerin kalite ve içerikleri, hizmeti yaratandan bir diğerine, hizmetin bir müşterisinden diğerine, hatta günden güne değişip, farklılık gösterebilir. Örneğin, tıbbi muayene hizmetinin kalite ve içeriği, bir doktordan diğerine, hastadan hastaya ve günden güne farklılık gösterebilir. Bu özelliğin yarattığı bazı hususlar şunlardır: Hizmet performanslarında, şahıslara, zaman ve zemine göre, büyük dalgalanma ve değişiklikler görülmesi mümkündür. Hizmetler standartlaştırılmazlar. Bu nedenle kalite kontrol faaliyetleri alanında büyük zorluklarla karşılaşılır (Karahana, Yıl:1, Sayı:4, s.24).

İnsan Yoğunluğu: Birçok hizmetin pazarlanmasında alıcı ile satıcı arasında sıkı ilişki kurulur. Öte yandan, mallara göre, hizmetlerin üretiminde ve pazarlanmasında alıcı daha önemlidir. Hizmet sanayiinde verimlilik, hizmeti satın alanın etkili biçimde üretim işlevine katılmasına bağlıdır (Karahana, Yıl:1, Sayı:4, s.24).

Dalgalanan Talep: Hizmetlerin pazarlanmasında geleneksel dağıtım kanalları geçerli değildir. Hizmeti pazarlayanın kişisel yetenekleri ve yaratıcı gücü çok önemlidir.

Hizmetlerde görülen gerçek şudur ki; talebin çok yüksek olduğu dönemlerde, bu talep, depolanamayacağından, hizmetlerin kitlesel üretilmeleri imkânsızdır. Hizmetlerin taleplerinde olan dalgalanma unsuru, yaygın olarak otelcilik hizmeti örnek verilerek açıklanabilir. “Bir otel odası, o gece için tutulmazsa, buradan sağlanacak gelir kaybolacaktır. Bu anlamda, bir otel odası, çoğu kez bozulan mal olarak düşünülebilir”. Satılmayan tiyatro biletlerinde ve

belirli bir sefer için satılmayan uçak koltukları örneklerinde olduğu gibi, dalgalanan hizmetin yapısında daima bir risk mevcuttur. Bundan başka, hizmet pazarları mevsimlere, haftanın bir gününden diğerine ve hatta günün saatinden saatine değişim gösterir (www.merih.net).

2.6.4 Bir Pazarlama Programının Oluşturulması

Bir pazarlama programı beş basamak halinde oluşturulabilir. Bunlar; denetim, Pazar bölümlendirmesi, pazarlama karışımı, yürütme, değerlendirme ve kontroldür.

(www.merih.net):

2.6.4.1 Denetim

Denetleme geniş bir konudur. Burada, tüketici talepleri, organizasyonun performansı, rekabet edenlerin birbirleriyle olan rekabetleri, hizmet götürülmeyen potansiyel pazarlar ve başka konular da değerlendirilmelidir. Denetleme gerçekler kadar duyguları da inceler. Kısacası organizasyonun performansı ve pazarlama planı açısından birçok amacı vardır.

Toplanması gereken bilginin çeşidi, miktarı ve araçları farklıdır. Esas olarak kabul edilen, bir bilgi odağı vardır. Bu bilgi odağının aşağıdaki sorulara cevap vermesi amaçlanır (Karahana, Yıl:1, Sayı:4, s.28):

- Hizmet görülen alan ne büyüklüktedir? Hedef kitlenin yaşları, gelir düzeyleri, meslekleri nelerdir?
- Organizasyonun amaç ve politikası nedir? Diğerleri ile nasıl karşılaştırılır? Eski çalışma etkenleri nelerdir? Organizasyonu etkileyen dış güçler ve düzenler nelerdir?
- Kaç tane rakip vardır?
- Ürün ve hizmetlerin özellikleri nedir? En çok hangi servis ve hizmetler kullanılır?
- Verilen hizmetlerin fiyatları nasıl belirlenir?
- Tanıtımın amacı nedir? Amaçlanan kişilere ulaşmada etkili mi? Hangi kitle iletişim araçları kullanılıyor?

- Kullanılması planlanan dağıtım kanalları, poliklinik hastaları ve yatan hastalarda nasıl uygulanmalı?

2.6.4.2 Pazar Bölümlendirmesi

Segmentasyon, aynı özelliklere ve gereksinimlere sahip olan tüm piyasa ortamı içindeki alt hücrelerin belirlenmesidir. Piyasayı kuramsal olarak ve uygulamada parçalara bölmenin tek bir yolu yoktur. Önemli olan bir parçanın diğer parçadan nasıl farklılaştığını öğrenmek amacıyla yeterli bilgiye sahip olmaktır. Genel olarak bölümlendirmede; coğrafi, demografik ve satın alma gücü ölçüt sayılır (www.merih.net).

Araştırmalar doktorların, yüksek gelirlielerin kümeleştiği ve bir tıbbi kuruluşun bulunduğu bölgelerde odaklaştığını göstermiştir. Bu durum Türkiye’de de görülen bir gerçektir. Örneğin, Kırklareli, Edirne, İstanbul, Tekirdağ bölgesindeki doktor sayısı, Bitlis, Hakkâri, Muş ve Van ili bölgelerindeki doktor sayısından kat be kat fazladır. Bunun bir sebebi de yaşam standardına bağlı olarak sağlık hizmeti talebinde de farklılaşma olacaktır. Geçmişte sadece tedavi olmak amacıyla gidilen sağlık kurumlarına, bugün koruyucu tıbbi hizmet almak, periyodik muayeneler (check-up gibi) hizmetlerin talebinde artış yaratacaktır. Bu anlamda özel sağlık kurumlarının bu hizmeti talep edebilecek bölgelere kaymaları olasıdır. Sağlık hizmetlerinde, hizmet farklılaştırması da yaygın olarak kullanılan bir stratejidir (www.merih.net).

2.6.4.3 Pazarlama Karışımı

Pazarlama karışımı, denetleme bulgularının stratejik olarak kullanılmasıdır. Karışım hedeflenen bölümlerin gereksinimleriyle ilgili bazı kavramları anlatır. Bunlar, ürün, fiyat, yer ve tanıtımdır. Aşağıda bunlar kısaca açıklanmıştır.

Ürün; bir ihtiyacı ya da isteği karşılamak için tüketime sunulan şey olarak tanımlanabilir. Hekimler ve hastane çalışanları, genellikle sağlık hizmetlerini bir ürün olarak görmekten rahatsızlık duyarlar. Bu nedenle, hastane ürünlerini en yararlı, karlı, uygun ve uzmanca ya da yararsız, karsız, uygunsuz ve acemice olarak nitelendirmeyi daha uygun görürler. Bir hizmeti, sağlık hizmeti bağlamında değerlendirirken, pek çok etmen incelenmelidir (Karahan, Yıl:1, Sayı:4, s.28).

Kısacası, bir mal veya hizmetin (yani bir ürünün) pazarlamayla karışık değerlendirilmesi, ürünün arttırılması ya da azaltılmasına neden olabilir. Ürünle karışık değerlendirmede ilk adım, maliyet, kar ve hedef pazarların analizleri ile birlikte sunulan hizmetlerin bir envanterinin yapılmasıdır. Bu envanter hangi ürünlerin fazla hangilerinin az kullanıldığını, hangilerinin maliyete bağlı olduğunu, hangilerinin zayıf, hangilerinin güçlü olarak algılandığını gösterecektir.

Hastanenin hizmet verdiği alanın özelliklerinin bilinmesi, yine benzer şekilde doktorların özellikleri ve tedavi hizmetlerinin nitelikleri de hastanelerin ürününün tespitinde genel pazarlama bilgilerini oluşturacaktır. Bunlar şunlardır:

Hastanenin hizmet verdiği alanın özellikleri şunlardır: Yaş dağılımı, gelir dağılımı, eğitim düzeyi, dini inançlar, kültürel ve töresel özellikler, tıbbi servisin türü (yatarak, ayakta tedavi, acil), piyasa boyutu ve gelişim hızı, doğum ve ölüm istatistikleri, sağlık sektöründe çalışanların sayısı (www.merih.net).

Hastanede çalışan doktorların özellikleri ise şöyle sıralanabilir: Yaşı, uzmanlık alanı, pratik alanı, ofis yerleri, vizite ücreti, ilişki kurduğu bölümler, diplomaları (www.merih.net).

Tedavi hizmetleri ise; servise göre, teşhise göre, hastanın kaynağına göre, toplumda hasta kaynağına göre, hastanın yaşına göre gibi unsurlardan oluşur.

Karışımındaki ikinci eleman fiyattır. Bununla birlikte parasal maliyetlere ek olarak hasta, zaman ve zahmet harcamasına da maruz kalabilir. Paraya bağlı olmayan masrafların en aza indirgenmesi hem hastane hem de tüketiciler için karlı olacaktır (www.merih.net).

Fiyatlandırma konusunda genel pazarlama bilgileri; servis (cerrahi, dâhiliye, pediatri vs.), serviste kullanılan malzemeler, ödemenin kaynağı, toplumda hasta kaynağı, hastaların ortalama kalış sürelerinden oluşmaktadır (www.merih.net):

Tanıtım: Hizmetlerin varlığı konusunda insanları bilgilendirmek ve bu hizmetlerin ve/veya ürünlerin yararlılığını göstermektir (www.merih.net).

Tanıtımda rekabeti sağlayacak özellikler ön plana çıkarılabilir. Bu konudaki genel pazarlama bilgileri şunlar olmalıdır: Yatak sayısı, servise düşen doluluk oranı, servisin genel görünümü, hizmet edilen kişilerin özellikleri, servislerin genişletilmesi ya da değiştirilmesi planları, hastane personelinin dış görünümü, fiyatlar, tıbbi uygulama eğilimleri (www.merih.net).

Hastane tanıtımında ve pazarlama faaliyetlerin genelinde, halkla ilişkilere de büyük rol düşmektedir. Hastanedeki halkla ilişkiler bölümü, hastane yönetiminin izlediği hizmet politikasının ve çalışmalarının halka duyurulması, benimsetilmesi, kuruluşa karşı toplumda olumlu bir tutum yaratılması, halkın kuruluş hakkında ne düşündüğünün ve ondan ne istediğinin öğrenilmesi ve halka işbirliği sağlanmasına ilişkin faaliyetleri yürütür.

2.6.4.4 Yürütme

Bir pazarlama programının tasarlanmasında dördüncü adım olan yürütme, ilk üç adımdan elde edilen sonuçların uygulanması anlamındadır. Uygulama önceden haber almayı, düşünmeyi gerektirir. Tüm pazarlama paketinin bir arada mı yoksa parça parça mı uygulanacağına karar verilmelidir. Organizasyonun pazarlama gündemine uyum sağlamasına olanak tanımak gerekir (Sözen, 2002, s.123).

2.6.4.5 Değerlendirme ve Kontrol

Bir programın kontrolü; günlük, haftalık, aylık ya da daha uzun süreli olmak üzere çeşitli sıklıklarla yapılabilir. Burada pazarlama programının amaçları iyice incelenmeli, uygulamayla karşılaştırılmalı ve değerlendirilmelidir. Özellikle hastane hizmetlerinde, tüketicilerin (hastaların) hastane hizmetlerine olan inançları ve ona karşı tutumlarının değerlendirilmesi çok önemlidir (Sözen, 2002, s.123).

Her hasta için tutulacak kayıt, onların görüşlerine ilişkin bilgileri içerir kaynaklar, kontrolü destekleyici nitelikte kaynaklardır. Meydana gelebilecek zorlukları çözmek için tek bir yöntem yoktur. Bu nedenle yeni yöntemler aranmalıdır. Pazarlama amaçları ve hedefleri amaç dışı olabilir ve tekrar değerlendirmek zorunda kalabilir. Pazarlama programı yetersiz biçimde uygulanıyor olabilir. Değerlendirme ve kontrol sistemi sorunların nedenlerini araştırmalıdır. Böylece uygun çareler bulunabilir (Sözen, 2002, s.123).

2.6.5 Pazarlama Faaliyetlerinde Halkla İlişkilerin Rolü

Hastanelerin temel işlevi olan hasta bakımı tüm toplumların potansiyel müşterisi konumunda olduğu hizmetlerdir. Bu bağlamda hastaneler, toplumun her kesiminden, her yaş ve cinsiyetten kişiye hizmet götüren, diğer deyişle sözü edilen kitlelerin ilgili oldukları kuruluşlardır. O anda ihtiyaç duyulsun ya da duyulmasın hastanelerle ilgili olumlu veya olumsuz bir haber kişilerin ilgisini çekmektedir. Çünkü zamanı geldiğinde, ihtiyaç olduğunda hastaneye başvurmak gerektiğinde tüm insanları ilgilendiren yaşamsal bir sorundur (Seçim, 1994, s.18).

Hastaneler, müşteri hizmetlerine giderek daha fazla önem vermektedirler. Daha önceleri sadece "hastalar" sağlık hizmetinin müşterileri olarak kabul edilirken bugün gerçek anlamda sağlık hizmetlerine iştirak eden tüm bireyler müşteri olarak kabul edilmektedir. Sağlık hizmetlerinde halkla ilişkiler uygulamalarının önemli yönlerinden birisi de, örgütün kendi yetersizliklerini tanıma ve tanımlama ile hizmetin kalitesini geliştirmek için yapılacak planlama ve tasarlamada müşterilerden geri bildirim almaya yöneltmesidir. Geri bildirim alma yolu müşteri tatmini ile ilgilenmek, onu anlamak ve yorumlamaktır. Sağlık hizmetlerinde halkla ilişkiler uygulamalarında başarılı olabilmek üzerinde durulması gereken temel unsur, tüm müşterilerin örgüte ilişkin algılarına yer verilmesi; müşterinin sesinin örgütün tümüne hâkim kılınmasıdır (www.sabem.saglik.gov.tr).

Sağlık hizmetleri ile halkla ilişkiler alanında yürütülen faaliyetlerde en önemli ortak özellik güven unsuru olmaktadır. Zira hastanın henüz almadan deneme imkânının bulunmadığı sağlık hizmetlerinin tüketiminde, hasta doktor ilişkisi büyük ölçüde güvene dayanmaktadır. Hastanelerin bu güveni hastane içinde ve dışındaki hedef kitleye verebilmek için, halkla ilişkiler faaliyetleri konusunda profesyonel davranmaya ve bu tür hizmetleri

vermek üzere halkla ilişkiler birimlerine ihtiyaçları vardır. Söz konusu birimlerin, hastane yönetimin izlediği sağlık hizmet politikasını halka duyurmak, benimsetmek, hastane hakkında toplumda olumlu bir hava yaratmak, diğer taraftan da halkın hastane hakkında düşünce, görüş, istek ve şikâyetlerini öğrenmek ve sonuçta da hedef kitle ile işbirliğine gidebilmesi gerekir. Çünkü hastane hizmetleri konusunda genellikle bekletilmekten, görevlilerin çoğunlukla yanlış tutum ve davranışlarından şikâyet eden halkın, hastane yönetimi ve işleyişi hakkında pek fazla bilgiye sahip olmadıkları göz önünde bulundurularak, toplumun sağlığı konusunda çok önemli bir görevi yerine getiren hastanelerin yaptıkları hizmetlerin tanıtılması, yayılması, kamunun bu hizmetlere katkı ve desteğinin sağlanması gerekmektedir (www.sabem.saglik.gov.tr).

Sağlık hizmetlerini veren kuruluşlar olarak hastanelerin, bakım kalitesini yükseltmekten etkili yönetime, maliyeti dengeli tutmaktan personelin tatminine ve kamuoyunun hastane yönetimi hakkındaki düşüncelerinin iyileştirilmesine kadar pek çok sorun alanında halkla ilişkiler faaliyetlerinde bulunmalarının iyi bir çözüm olduğu ileri sürülebilir. Çünkü kuruluş içi ve dışı halkla ilişkiler için gerekli bütün öznelerin bulunduğu hastanelerde, hastane yönetiminin kuruluş çalışanlarına ve doğrudan hedef kitlesi olan hastalarına ilişkin sorunlarının giderilmesinde iyi bir iletişime ihtiyaç bulunmaktadır.

İletişimden iyi bir sonuç alınabilmesi için ise, başvuru ile iletişim araç ve yöntemlerinin yanı sıra, hastane yönetiminin kuruluş içinde ve dışındaki tüm iletişim noktalarına mesaj yollamanın dışında, geri bildirimde de önem vermesi gereklidir. Geri bildirimde başarılı olabilmek için, iletişim noktalarını iyi tespit etmek gerekir. Örneğin, hastane içi halkla ilişkilerde etkili olabilmek için, hastane çalışanlarının kendi aralarında ve hastane yönetimi ile çalışanlar arasındaki formal ve informal iletişimin varlığı ve gerekliliği göz önünde bulundurulmalıdır. Ancak, eğer kamu hastanelerini birer kamu kuruluşu olarak görmek gerekirse, hastane yönetimlerinin dış halkla ilişkilerde en çok geri bildirimde dikkat etmeleri gereken iletişim noktası olarak, hastaları almaları gerekir. Çünkü bunun dışında kalan diğer iletişim noktaları olarak sağlık bürokrasisi, medya, gönüllü kuruluşlar ve hasta ziyaretçileri iletişim zincirini tamamlayan halkalar olmaktadır. Bu nedenle, doğrudan hizmet veren sağlık çalışanları ile doğrudan bu hizmetleri alan hastaların hastane hizmetleri hakkındaki düşüncelerinin büyük bir önemi bulunmaktadır (www.sabem.saglik.gov.tr).

Sağlık örgütlerinde müşteri beklentilerini karşılamayı hedefleyen kalite felsefesi aynı örgütlerde halkla ilişkiler uygulamalarının gerçek anlamda yerine getirilmesi ile kolaylaşacağı ve zenginleşecektir. Bu nedenle, kuruluş içinde çalışan bütün personelin verilen hizmetlerin kalitesinden sorumlu olmaları, kapıdaki görevliden yöneticisine kadar herkesin doğal halkla ilişkiler birimi elemanlarının ise doğrudan görevli olarak halkla ilişkiler hizmetlerini en iyi şekilde yerine getirelmeleri gerekmektedir.

2.6.5.1 Hastanede Halkla İlişkilerin Yol ve Yöntemleri

Kurumsal kimlik yaratmaya yönelik tanıtım faaliyetleri açısından işletme sistemine göre konumunun irdelenmesi gereken en temel unsur müşterilerdir. Hastalar hastanelerin temel müşterileri arasındadır. Hastalar hastanelerdeki kalite arayışında, sorunların çözümünde ve hastanelerin imajının belirlenmesinde zinciri tamamlayan önemli bir halkadır.

Halkın ne düşündüğünü anlamanın yolları halkla ilişkiler yöntemlerinden biridir. Bu yöntemin kaynakları, vatandaşların şahsi başvuruları, örgütlü gruplarla, kişilerle, toplantı ve temaslar, kamuoyu araştırmasıdır (Seçim, 1994, s.18).

Diğer bir halkla ilişki kurma yöntemi; hastane çalışanlarıyla toplantılar, genel kurul toplantıları yaparak hastane içinde problem çözümüne gitmektir. Yine halkla ilişkilerde kullanılacak diğer bir yöntem de hastanede halkla ilişkilerde kullanılacak araçların seçimidir. Bunlar; basın, radyo, televizyon, kamuoyuna rapor verme, gruplarla temas, sergiler, konferanslar, açık oturumlar, seminerlerdir (Seçim, 1994, s.18-19).

Hastanede halkla ilişkiler biriminin dışında bir de “hastayla ilişkiler” birimi kurulmuştur. Hasta ile ilişkiler sorumlusu, önerileri ve şikâyetleri en etkili biçimde değerlendirerek, hastane-hasta ilişkilerini geliştirmekle görevlidir. Ayrıca hasta ve yakınlarının hastanede en iyi şekilde karşılanmasını sağlamaktadır. Bu amaçlar doğrultusunda, öncelikle hastaneye yatan hastaları ve yakınlarını ziyaret ederek, onların problemlerini yönetime iletmektedir (www.merih.net).

2.7. İnsan Kaynakları Yönetimi

İnsan Kaynakları Yönetimi (İKY), işletmelerin hedeflerine ulaşabilmeleri için gerekli olan işlevleri gerçekleştirecek yeterli sayıda vasıflı elemanın işe alınması, eğitilmesi, geliştirilmesi, motive edilmesi ve değerlendirilmesi işlemidir. İnsana odaklanmış, çalışanların ilişkilerini idarî bir yapı içinde ele alan, kurum kültürüne uygun ayarlanmış politikalarını geliştiren ve bu yönüyle kurum yönetiminde kilit işlev görevi gören bir yönetim anlayışıdır. İKY, bir işletmede işgücünü etkin bir şekilde oluşturmak, geliştirmek ve devam ettirmek için, kanunî çerçevede ve çevre şartlarına da uygun bir biçimde ortaya konan faaliyetlerin bütünüdür (Aupha, 1998, s. 21).

İKY, bir organizasyonun, vizyon ve misyon doğrultusunda, ihtiyaç duyduğu işgücünü en optimal bir biçimde meydana getirmek, motive etmek, geliştirmek, ödüllendirmek ve devamlılığını sağlamak için ortaya konulan plân, program ve stratejilerin uygulanmasıdır (Kaya, Akgün, 1992, s.20).

İKY 'nin işlevleri ise işletme içindeki çalışanlarla ilgili program, yöntem, yönetmelik ve süreçleri geliştirme, uygulama ve değerlendirme, malî ve maddî kaynaklara ek olarak, insan kaynağının da doğru yönetilmesi ile uğraşan bir disiplindir. İnsan kaynakları politikasının tespiti, personel organizasyonu, insan kaynakları plânlanması, performans yönetimi, ücret yönetimi, eğitim yönetimi, motivasyon yönetimi, kalite yönetimi, bilgi yönetimi, vizyon yönetimi konuları İKY'nin işlevsel alanını teşkil etmektedir (Kaya, Akgün, 1992, s.20).

İKY'nin hedefleri; ahlâkî ve sosyal sorumluluk anlayışıyla, çalışanların kapasitelerinden gereği gibi yararlanmak ve onların örgüte-işyerine-organizasyona olan etkili katkılarını artırmak, emek verimliliğini (insan kaynağının verimli kullanımını) ve işgücü performansını, motivasyon ve teşvik programları sayesinde artırmak, çalışma hayatının kalitesini artırmak ve çalışmayı, cazip hâle getirmek (iş gören tatminini ve işçi sağlığını yükseltmek), örgüt verimliliğini, örgüt ve personel bütünleştirme gayretlerinin yanında personel-örgüt ve sanayi psikolojisi yöntemleriyle arttırmak, ekip çalışmasını ve toplam kaliteyi özendirecek çalışmalar yapmak, uygun örgüt kültürünün temellerini atmak (Kaya, Akgün, 1992, s.27).

İKY'nin işletmeye faydaları; işçilik maliyeti azalır, işgücü devri oranı azalır, iş devamsızlık ve temaruz (belirli ve istenilen bir sonucu elde etmek amacıyla, planlı ve kasıtlı bir şekilde, bir hastalığın yada yaralanmanın fiziksel veya psikolojik semptomlarını taklit etmek veya abartmaktır) azalır, iş kazaları azalır, hatalı üretim azalır, ürün kalitesi artar, moral ve motivasyon artar, işyeri atmosferi iyileşir, çalışma barışı sağlanır, işyeri tatmini artar, işletmenin rekabet edebilirliği artar.

2.7.1. Sağlık Kuruluşlarında İnsan Kaynakları Yönetimi

Günümüzün en karmaşık işletmeleri konumundaki hastanelerin yönetimini spesifik kılan en önemli faktör oldukça karmaşık iş gören karmasına sahip olmalarıdır. Hastaneler, amaçlarına etkin olarak ulaşabilmeleri için eğitim ve deneyimleri birbirinden oldukça farklı iş gören gruplarının eş zamanlı faaliyetlerini örgütlemek ve yönetmek zorundadırlar. Bu bağlamda, hastane iş görenlerini sanayi ve/veya diğer hizmet işletmelerinin işçisi – iş göreni gibi görerek, yalnızca hizmet kaynaklarının etkin kullanımı ilkesini temel öngörü olarak ele alıp, denetlemek; aynı zamanda yanlış ve yetersiz bir iş gören yönetimi stratejisi olarak karşımıza çıkmaktadır (Engiz, 1998, s. 4).

Hastanelerde hasta bakım kalitesini, fiziksel aletler ve ekipmanla birlikte hastanenin her düzeyindeki personel belirlemektedir. Personel için yapılan harcamalar, tüm hastane giderlerinin üçte ikisini oluşturmaktadır.

Sağlık hizmetlerinin yaşamsal özelliği ve hizmet üretiminde iş görenlerin oynadığı rolün ciddiyeti ve sağlık iş görenlerinin özellikleri, insan kaynakları yönetiminin önemini artırmış ve insan kaynakları yönetiminin etik alanlarının gelişmesine yol açmıştır. Ancak hastanelerde iş gören yönetimin önemli kılan temel özellikler aynı zamanda geniş ölçüde hastanelerin örgütsel özelliklerinden de etkilenmektedir (Kaya, Akgün, 1992, s.36).

Hasta bakım hizmeti sunmak amacıyla kurulmuş olan hastaneler, amaçlarını gerçekleştirmek için personel, alet ve ekipman gibi mevcut kaynaklarını verimli bir şekilde kullanmak durumundadırlar. Personel, emek yoğun bir şekilde hizmetlerini yürüten bir

hastanenin amaçlarını gerçekleştirmesinde önemli bir araçtır. Hastanenin etkililik ve verimlilik düzeyi, personelin ilgi, gayret, çalışkanlık ve yeterlilik gibi nitelikleriyle doğrudan doğruya ilişkilidir. Yönetmelik etkinlik ve diğer her tür başarı ölçüsü, temelde insan ögesinin çabalarına dayanır. Yine, kuruluş dışında olumlu imaj oluşturabilmek, ancak çalışanlarla yaratılan olumlu imaj ile gerçekleştirilebilir (Lewis, 1976, s.76).

Personel servisi, hastane personelinin özlük işlerinin takibi, kayıtlarının tutulması ve personelle ilgili bilgilerin SM İdari işler şube müdürlüğüne ulaştırılmasının yanı sıra, istihdam, eğitim ve geliştirme, ücret yönetimi hizmetlerini de yürütmektedir. Bu bölümde personel servisinin bu görevleri ele alınacaktır.

2.7.1.1. İşgören Bulma ve Seçme

Personel yönetiminin hem teknik hem de sosyal yönü vardır. Teknik yönü, insan kaynaklarının planlanması, görev analizi, seçme, değerlendirme ve atama, performansın değerlendirilmesi, yönetmelik yararlar ile iş güvenliği ve sağlığıdır. Sosyal yönü, örgüt elemanlarının performans ve davranışlarını etkileyecek faaliyetler ile hizmet içi eğitim, ödüllendirme, danışmanlık ve disiplin gibi faaliyetleri içermesidir (Engiz, 1998, s. 17).

Eleman alma ve çalıştırma işlevi, işlerin yapılabilmesi için uygun elemanların seçilmesi, bunların işe yerleştirilmesi, işe uyumlarının ve gelişimlerinin sağlanması, performanslarının ölçülmesi, gibi bir dizi faaliyeti gerektirir. Bu amaçla hemen her kurum ve kuruluşta insan kaynakları bölümü bulunmaktadır. Eleman seçimi ve işe yerleştirme, adaylar arasından işe en uygun olanların seçimi ve bunların işe yerleştirilmesidir. Bu işlev gerçekleşirken şu faaliyetler yapılır (Engiz, 1998, s. 18):

Eleman ihtiyacının planlanması; hizmetlerin ve işlerin en etkili ve en verimli şekilde yürütülebilmesi için ne tür ve ne kadar elemana ihtiyaç olduğunun planlanmasıdır. Örneğin, bir hastane için hangi uzmandan kaç tane gerektiği, hemşire, laborant, röntgen teknisyeni, diyetisyen ve diğer elemanların niteliği ve sayısı planlanmış olmalıdır.

Eleman seçimi; işe uygun elemanların seçimi için gazete, radyo, TV ilan ve duyurularından yararlanılabileceği gibi, bu alanda eğitim-öğretim veren kuruluşlarla temas kurulup bunların mezunları da bir kaynak olarak kullanılabilir. Başka bir yöntem olarak, işyerini tanıtmak amacı ile toplantılar düzenlenerek adayların işyeri hakkında bilgilenmesi ve ilgi duyanların başvurusunun sağlanması denenebilir (Hayran, Sur, 1998, s.131).

Ödüllendirme amacı ile iş değiştirilmesi; boş olan bir görev için kurum dışından eleman aramak yerine, kurum içerisinden bu işe elverişli olan astların seçilerek eğitilmesi bir motivasyon kaynağı olması açısından önemlidir ve bu tür ödüllendirmeler mutlaka denenmelidir (Hayran, Sur, 1998, s.131).

Geçici eleman kullanılması; eğer sağlık örgütü içerisindeki işlerin çeşitliliği çok fazla, ancak bazı alanlarda iş yoğunluğu az ise sürekli eleman istihdamı yerine geçici eleman ya da kadrolu olmak yerine sözleşmeli, yevmiyeli eleman çalıştırma yoluna gidilebilir (Engiz, 1998, s. 18).

Alternatif iş düzenlemeleri; eleman açığını kapatmak için bazen yarım zamanlı eleman istihdam edilebileceği gibi bazı durumlarda da iş saatlerinde farklı düzenlemelere gidilebilir. Örneğin, günde 8 saat çalışma yerine haftada 4 gün 10'ar saat çalıştırma ya da haftada 3 gün 12'şer saat çalıştırma denenebilir. Son yıllarda giderek artan bir uygulama da evde çalışmadır. Muhasebe, kayıt, istatistik gibi genellikle bilgisayarlarla yapılan ve kişilerle ilişkiyi gerektirmeyen işler için bu yöntem uygun olabilir (Hayran, Sur, 1998, s.131).

2.7.1.2. Eğitim Ve Geliştirme

Personel tedariki ve seçilmesi, etkili ve durağan bir iş gücü kurmada yalnızca bir başlangıçtır. Bundan sonra, çalışanlardan etkili bir biçimde yararlanılmak isteniyorsa sürekli geliştirme çabalarına girişilmelidir. Çalışanların geliştirilmesi, onların iş becerilerini arttıracak eğitim programları hazırlanması, iş başarılarının değerlendirilmesi ve gerektiğinde danışmanlık sağlanmasıyla mümkündür (Yalçın, Yıldırım, 1999, s.18).

Eğitim faaliyetleri yoluyla personelin eski yetenekleri günün koşullarına uygun duruma getirileceği gibi onlarda yeni beceriler geliştirilir. Teknolojinin gelişmesi ve son yıllarda makineleşme ve otomasyonun gittikçe artan kullanımı, eğitimin önemini daha da arttırmaktadır.

Bir işletmenin eğitim ve geliştirme faaliyetleri şu şekilde olmalıdır:

İşgücü planlaması ve eğitim; çalışanların kendisini geliştirmesi ve iş veriminde artışın sağlanması için çeşitli gruplara yönelik eğitim programları düzenlenmeli, bu programlar sırasında hedef grubun iş özellikleri ile kültürel değerleri göz önünde bulundurulmalıdır (Hayran, Sur, 1998, s.134).

İşe yeni başlayanların eğitimi; iş ortamı ile yeni tanışan kişilerin işe uyumlarını sağlamak amacıyla düzenlenecek eğitim programlarında iş tanımları, çalışma ortamının kuralları, performans ölçüm standartları tanıtılmalı, diğer kişilerle olan ilişkilerinin nasıl düzenleneceği anlatılmalıdır. Bu amaçla kıdemli çalışanlardan yararlanılmalıdır (Hayran, Sur, 1998, s.134).

Hizmet içi ve sürekli eğitim; çalışanların iş doyumunu arttırmak, gelişmelerini sağlamak amacıyla işleri ile ilgili konulardaki yenilikleri aktaran hizmet içi eğitim programları düzenlenmeli, ayrıca özel hayat ile iş hayatı arasındaki dengenin sağlanması için iş dışında örneğin, ocuk yetiştirme, emekliliğe hazırlanma ya da stresle başa çıkma gibi konularda seminer, konferans türü eğitim faaliyetlerine yer verilmelidir. Tıptaki ve tıbbi teknolojideki hızlı gelişmeler ile hekim ve hemşire açığı hastanelerdeki hizmet-içi eğitim faaliyetlerine önem kazandırmıştır. Hastaneye alınan yeni personelin ise alınmasını sağlamak, mevcut personelin bilgilerini tazelemek, yeni bilgiler edinmelerini sağlamak ve becerilerini geliştirmek için yapılan hizmet-içi eğitim, hekimlikte sürekli tıp eğitimi olarak adlandırılmaktadır (Hayran, Sur, 1998, s.169).

Hizmet-içi eğitimin önem taşıdığı diğer bir sağlık personeli de hemşirelerdir. Hastane personelinin önemli bir kısmını, yaklaşık üçte birini hemşireler oluşturmaktadır. Hem eski bilgilerini tazeleyebilmeleri, hem de hasta bakımında ve tedavi usullerinde ortaya çıkan yenilikleri öğrenebilmeleri için hemşirelerin iyi programlanmış bir hizmet-içi eğitimleri

geliştirmeleri zorunludur. Hemşire personeli içinde hemşire yardımcıları ve hastabakıcılar için "hizmet-içi eğitim", görebilecekleri yegane eğitim olduğundan ayrıca önem taşımaktadır.

Hizmet-içi eğitimde giderek önem kazanan diğer bir konu hastane eczacılarının eğitimidir. Eczacının hastanede yalnızca hap sayan ve gelen-giden ilaçların kayıtlarını tutan kişiler durumundan çıkartılarak, hastanın ilaç anamnezini alan, ilaç profilini çıkararak, hekim ve hemşirelere ilaçların dozları, bileşimleri, yan etkileri, reaksiyon meydana getirme durumları hakkında bilgi veren klinikler haline getirilmesi için hizmet-içi eğitim verilmektedir (Yalçın, Yıldırım, 1999, s.18).

Staj yoluyla eğitim; staj işgörenlere ileride yüklenecekleri görevlere ilişkin çalışma ortamlarını, koşullarını tanıtmaya, işleri öğrenme, yapısal değişikliklere kısa zamanda uymaya, yeteneklerini geliştirme ve mesleki sorumluluk taşıma gibi yararlar sağlar (Sabuncuoğlu, 1994, s.148).

Oryantasyon; yeni işe başlayan veya başka bir görev – yerden gelen kişiyi kuruma – işe alıştırmak amacıyla yapılan faaliyetlere oryantasyon – kuruma alıştırmaya denir. Yeni personel adapte oluncaya kadar sürekli işbaşı eğitimle desteklenmelidir.

Hastaneler aynı zamanda birer eğitim kurumudur. Hastanelerde verilen ya da hastanelerden beklenen eğitim hizmetleri, hastaların ve yakınlarının eğitimi, öğrencilerin eğitimi, hastane personelinin hizmet-içi eğitimi ile sağlık konularında, kamuoyunun eğitimi olarak sıralanabilir (Sözen, 2002, s.196).

Hastanelerin kuruluşunda esas amaç, hasta ve yaralıların tedavisidir. Bu esas amaca ulaşılabilmesi için tedavi hizmetlerinin hasta ve yakınlarının eğitimi ile bütünleştirilmesi gerekmektedir. Çünkü hastaneye yatan hastaların önemli bir kısmı kronik hastalıklardan şikâyetçidir ve hastanede hastalığın akut, safhası tedavi edilmektedir. Başka bir deyişle hasta taburcu olurken tamimiyle iyileşmemiştir. Tedavisi bir ömür boyu sürecek, en azından sağlığı ile ilgili bir takım hususlara dikkat etmesi gerekecektir. Bu yüzden, hastanın klinik sonrası

dönemde tedavisi ve kontrollerinin nasıl ve kimler tarafından yapılacağı önem taşımaktadır (Sözen, 2002, s.196).

Hastanede verilen ikinci tür eğitim, öğrencilerin eğitimidir. Bu öğrenciler, tıp ve hemşirelik öğrencileri ile yardımcı tıp personeli sınıfına giren öğrencilerden oluşmaktadır. Laboratuvar asistanlığı, eczacı kalfalığı, hemşire yardımcılığı gibi eğitim süresi bir yıl ya da daha kısa olan dallarda eğitimin tamamı, hekimlik, yüksek hemşirelik, diyetisyenlik gibi lisans eğitimi gerektiren alanlarda da öğrencinin klinik eğitimleri hastanelerde yapılmaktadır. Bugün birer meslek haline gelen hastane idareciliği ve biomedikal mühendisliğinde de eğitimin uygulamaya dönük kısmı hastanelerde yapılmaktadır.

Rotasyon; son yıllarda uygulama alanına sokulan bir diğer eğitim yöntemi de iş değiştirmektir. Bu yöntemin en önemli özelliği yüksek ve orta kademe yöneticilerin çeşitli işlerde belirli sürelerle görevlendirilmeleridir. Amaç ilerde çok önemli görevlere atanabilecek yöneticilerin işletmede yer alan çeşitli fonksiyonları yakından tanımasını sağlamak, sadece yönetim sorumluluğu değil aynı zamanda teknik yetenekler kazandırmaktır (Sabuncuoğlu, 1994, s.149).

2.7.1.3. Ücret Yönetimi

Bir işletmenin diğerleri ile rekabet edebilmesi, nitelikli elemanları elinde tutabilmesi için iyi bir ücret politikası ile uygun bir kar dağıtım yöntemi bulunmasında yarar vardır. İyi bir insan kaynakları yönetimi programının temel hedeflerinden birisi, çalışanlara işin gereklerine uygun ücretlerin ödenmesi ve benzer işleri görenler arasında ücret ödemeleri yönünden bir uyum sağlanmasıdır. Bu amacı gerçekleştirmek için, her şeyden önce, işletmede yapılan her bir görevin görece değerini saptamak gerekir. Bu saptama, iş değerlendirmesi adı verilen süreç yoluyla gerçekleştirilir.

Ücret yönetimi yalnızca parasal ödemeleri kapsamaz. Yıllık izin, hafta sonu tatilleri ödemesi, sağlık ve emeklilik ödemeleri gibi yan ödemeleri de içerir. Bunlara ek olarak iyi bir iş ortamı ve zevkli bir iş gibi parasal olmayan teşvik yöntemleri de insan kaynakları yönetiminin temel hedefleri arasındadır (Can ve diğ. 1996, s.289).

Her sağlık işletmesinin piyasadaki diğer sağlık işletmelerini dikkate alan bir ücret ve kar dağıtım politikası bulunmalıdır. Bu politikalar, nitelikli elemanların işte kalmasını sağlayacak ve işletmenin diğer işletmeler karşısında rekabet gücünü arttıracak biçimde düzenlenmiş olmalıdır.

Çalışanların ücretlendirilmesi sırasında dış ortamla rekabetin yanı sıra içerde de hakkaniyetin sağlanması önemlidir. Dış ortamla rekabet için piyasadaki benzer işletmelerin ücret politikaları gözden geçirilebileceği gibi, pazar araştırmaları yaptırılabilir, bu konuda danışmanlık hizmeti veren kuruluşlardan yararlanılabilir, işten ayrılanların ayrılışında ücretin rolü incelenebilir. Nitelikli elemanı kaçırmamak için piyasaya uygun bir ücret politikası izlenmelidir. Öte yandan benzer işleri yapanların ücretleri arasında aşırı farklılık moral yönden çalışanları olumsuz etkileyeceğinden, işletme içerisinde hakkaniyete dayanan bir ücret politikası izlenmelidir (Açıkalin, 1996, s.11).

Sağlık işletmelerindeki elemanlara piyasaya uygun ve yapılan işin değerine yaraşır bir ücret ödenmesinin yanı sıra bazı durumlarda işletme içerisinde verimi arttırmak amacıyla performans ölçümlerinden elde edilecek sonuçlara göre teşvik edici ödemeler de yapılabilir. Yani aynı tür işi yapan kişiler hak ettikleri ücreti almakta iken, bunların arasında performansı yüksek olanlara ek ödemeler yapılabilir.

Yasa ve yönetmeliklerle belirlenmiş olan çalışma saatlerinin (günde 8, haftada 40 saat) üzerine çıkılmamalı, angaryadan kaçınılmalıdır. Gene yasalarla belirlenmiş olan ücret sınırlarına (örneğin, asgari ücret uygulamasına) uyulmalıdır (Engiz, 1998, s.21).

2.7.2 Yönlendirme ve Motivasyon

Bu işlev, yönetimde eylemi başlatan önemli bir işlevdir. Yönlendirme bir takım emirlerle, yazılı talimatlarla, görevlendirmelerle yapılmakla birlikte, çalışanların performansından en iyi şekilde yararlanmak için motivasyonla da desteklenmelidir. Yöneticinin iyi yönlendirici olması için, liderlik özellik ve becerilerinin yanı sıra motivasyon konusunda da bilgili olması gerekir.

Yöneticilerin, personele yaklaşımı ve değerlendirilmesi insan yapısına bakış açıları ve bu konudaki varsayımları ile yakından ilgilidir. Bu anlamda birbiri ile ters düşebilen iki bakış açısı söz konusudur (McGregor DT. 1960):

Negatif bakış açısı;

- Sıradan bir insan, iş yapmayı yapısal olarak sevmez ve ilk fırsatta işten kaçar.
- Bu özelliğinden dolayı insana iş yaptırmak için yönlendirmek, zorlamak gerekirse ceza ve benzeri yaptırımlarla tehdit etmek bile gerekebilir.
- Ortala bir insan yakından yönlendirilmeyi bekler, sorumluluk almayı istemez, hırsları az olup en büyük beklentisi güvencedir.

Pozitif bakış açısı;

- İnsanlar için, işle ilgili bedensel ve zihinsel enerji harcamak, oyun oynamak ya da dinlenmek kadar doğal bir şeydir. Bu anlamda sıradan bir insan yapısal olarak işe karşı değildir. Ancak, iş ortamının koşullarına bağlı olarak, iş bir doyum kaynağı da olabilir kaçınılan bir konu da.
- İşin amaçlarına ulaşılabilmesi için sadece dışarıdan denetim ve ceza korkusu korkusu değil, kişinin kendisini denetlemesi ve yönlendirmesi de gereklidir.
- Amaçlar konusunda görüş birliği içinde olmak, bunların başarılması halinde ödüllendirilmiş olmak ile eşdeğerdir. Örgütün amaçlarını benimsemiş bir çalışan, kendi katkısı ile amaçlar gerçekleştiğinde ego doyumunu sağlayacaktır.
- Normal koşullarda sıradan bir insan sorumluluk almaktan kaçmaz hatta almaya çalışır. Sorumluluktan kaçmak, hırs sahibi olmamak, iş güvencesini ön planda tutmak genellikle yaşanan tecrübelerin bir sonucu olup, yapısal özellikler değildir.
- Modern iş hayatında, sıradan bir insanın entelektüel kapasitesinin pek azını kullanmayı sağlayacak koşullar bulunmaktadır.

Bu bakış açılarından birincisi, insanlara iş yaptırmayı ve amaçlara ulaşmada onları kullanmayı öngörür iken, ikinci bakış açısı işin insanlara birlikte yapılmasını, amaçlara birlikte ulaşılmasını öngörmektedir (Hayran, Sur, 1998, s.136).

Motivasyon kavramının dilimizde tam karşılığını bulmak oldukça zordur. Bu kavram İngilizce ve Fransızca “motive” kelimesinden türetilmiştir. Motive teriminin Türkçe karşılığı güdü veya harekete geçirici olarak belirlenebilir. Kısaca motivasyon bir insanı belirli amaç için harekete geçiren güç demektir. O halde, motive, harekete geçirici, hareketi devam ettirici ve olumlu yöne yönettici, üç temel özelliğe sahip bir güçtür. Motive temel kavramından türetilen motivasyon ise, bir veya birden çok insanı, belirli bir yöne doğru devamlı şekilde harekete geçirmek için yapılan çabaların toplamıdır (Eren, 1979, s. 252). Yada motivasyon; ihtiyaç duyulan doyumunu sağlamaya yönelik bir iç güdüdür ya da motivasyon davranışın uyarıcısıdır (Hayran, Sur, 1998, s.135).

Birey açısından motivasyon, bireyin kişisel gereksinmelerinin doyurulmasından, bireyin kendini gerçekleştirmesine kadar birçok evreleri kapsar. Örgütsel açıdan motivasyon ise, örgüt üyelerinin çalışmaya başlamalarını, çalışmalarını sürdürmelerini ve görevlerini istekle yerine getirmelerini sağlayan güçlerin veya mekanizmaların tümü anlamını taşır (İncir, 1984, s.2).

Yönetici, işgöreni amaçlar doğrultusunda davranması için nasıl motive edebilir? Bu soruya vereceğimiz cevap motivasyonun da tanımı olacaktır. Şöyle ki, işgören belirli amaçları gerçekleştirmek üzere davranıyorsa ve bu amaçları gerçekleştirmek için bütün yeteneğini, bilgisini ve enerjisini isteyerek harcıyorsa o durumda motivasyondan söz edilebilir (Efil, 1996, s. 98).

Yöneticinin başarı şansı ile motivasyon bilgisi arasında çok yakın bir ilişki vardır. İşgörenin hangi koşullarda, nasıl bir ortamda, ne zaman, ne ölçüde ve hangi özendirme araçlarıyla motive edilebileceği konusunda yeterli bilgi ve deneyime sahip olan yöneticilerin örgütsel bütünleşmeyi ve çalışma verimini artırma şansları çok yüksektir. Bunu sağlamak için yönetici, çalışma ortamını çekici hale getirmeli, “sosyal atmosfer”in oluşmasına çalışmalı, ekonomik güdüler kadar sosyo-psikolojik güdülerin de etkisine inanmalıdır (Sabuncuoğlu, 1997, s.95).

İşgörenlerin örgüte ve işlerine sadakatini sağlayabilmenin yolu, yöneticilerin, işgörenlerini yakından tanımalarına ve onların ne tür güdülerin etkisiyle davrandıklarını öğrenmelerine bağlıdır. Çünkü işgörenleri nelerin motive ettiği ancak onların davranışlarının yorumlanmasıyla anlaşılabilir. Ayrıca, motivasyonun kişisel bir olay olduğu da unutulmamalıdır. Başka deyişle, bir işgörenin motive olmasını sağlayan herhangi bir durum, bir diğerini etkileyebilir. Bu nedenle yöneticiler, her bir çalışanı, bir birey olarak tanımalı, onların farklılıklarına saygı göstererek, işgörenleri nelerin motive edeceğini saptamalıdır (Gürgen, 1997, s.204).

Motivasyonda özendirme araçları, ise, kişinin yönetim çevresi ile ilgili güçlerdir. Birey arzu ve ihtiyaçlarını yönetimin kendisine sunduğu araçları sayesinde tatmin edecek ve iş görme isteği artacaktır. Bireyin amaçlarına ulaşmasına yardımcı olan ve dış çevresinden gelen bu araçlar onun içinde çalıştığı örgütün amaçlarını benimsemesine ve bu uğurda çabalarını yoğunlaştırmasına neden olacaktır (Eren, 1979, s.253).

2.7.2.1 Motivasyonun Temel Unsurları

Motivasyon işleminin esas olarak aşağıdaki unsurları kapsadığı söylenebilir (Baykal, 1978, s.32):

- Her insan organizmasında onu sürekli ve sabırlı çalışmaya motive ve sevk edici bir takım itici güçler vardır.
- Bilinçli olarak yapılan her hareket, o hareketi yapan insanın tutum ve davranışları yönünden açıklanabilir. İnsanın tutum ve davranışları ise bir “güdünün” doğurduğu bir sonuçtur.
- Her insanda çeşitli tip ve özellikte birçok gereksinimler vardır. Bu gereksinimlerin şiddet ve sürekliliği insandan insana değişir.
- Gereksinimlerin tatmin edilebilmesi amaçtır veya motive edilmiş tutum ve davranışların yöneldiği bir sonuçtur.
- Amaç fark edildiği veya anlaşıldığı anda, “arzu” haline dönüşür.

- O zaman insan belirli bir motive edici unsura karşı ilgi veya gereksinme duymaya başlar. Bu ilgi amacın gerçekleşmesine yardımcı olacağı hissinin doğuracağı zevkin oluşturduğu bir sonuçtur.
- Amaçlı ve bilinçli olarak yapılan her faaliyet bir motivasyon unsurunun uygulanması sonucunda meydana gelir. Bu ise bir amacı gerçekleştirebilmek için harcanan çabaların sonucudur.
- Amaçlı ve bilinçli olarak yapılan bir hareket, amaca ulaşma ve tatminin sağlanması şeklinde sonuçlanır.

Yöneticiler, motivasyonun bu temel unsurlarını göz önünde bulundurarak, astlarını motive etmede şu ilkelere uymaları gereklidir (Efil, 1996, s. 104):

- Bireylere gereken değeri verip onları cesaretlendirmek ve teşvik etmek,
- Başarılı olanlara yükselme ve ilerleme şansı tanımak,
- İşgörenleri sürekli eğitmek,
- İşgörene başkaları yanında küçük düşürücü eleştirilerde bulunmamak ve onlara eşit davranmak,
- İşgörenin sorunları ile ilgilenmek,
- İşgörene örnek olmak ve onun başarı ve başarısızlıkları konusunda bilgi vermek ve çözümler bulmaya çalışmak.

İnsanları motive etmek, onları hangi dürtülerin daha iyi çalışmaya ittiğini anlamaktır. Bu, onların kişisel ihtiyaçlarını anlamak ve daha iyi çalışma koşulları yaratmakla mümkün olur. Motive olmuş insanlarla çalışmanın yararları şöyle sıralanabilir (Keenan, 1996, s.60): İş belirlenmiş zaman süresi içinde ve doğru standarda uygun olarak yapılacaktır, insanlar iş yaparken zevk alacaklar ve kendilerine değer verildiğini düşüneceklerdir, yapmak istedikleri işi yaptıkları için, daha çok çalışacaklardır, başarı durumu ilgili kişiler tarafından izlenecek ve fazla denetlemeye gerek kalmayacaktır, moral durumu yüksek olacaktır. Bu da mükemmel bir iş ortamı sağlayacaktır.

2.7.2.2 Motivasyon Süreci

Güdü çeşitli ihtiyaçların karşılanması için bireyleri davranış ve eyleme iten neden olarak tanımlanırken motivasyon bu eylemin kendisini yansıtır (Sabuncuoğlu, Tüz, 1998, s.98). Motivasyon süreci, bir güdü etkisiyle harekete geçme, belirli bir eylemde bulunma sürecidir. Bir birey herhangi bir şeye karşı belirli bir ihtiyaç duyduğunda bu ihtiyacı gidermek için bir takım davranışlarda bulunur. Motivasyon sürecinde dört temel aşama vardır (Aşıkoğlu, 1996, s.39):

- İhtiyaç: Motivasyon, belirli şeylere karşı duyulan gereksinim ile başlar.
- Uyarılma: Bireyde gereksinimin giderilebilmesi için, herhangi bir gücün oluşmasıdır.
- Davranış: Bireyin ihtiyacı doğduğunda ve bu ihtiyacı gerçekleştirmek için uyarıldığında belirli bir davranışta bulunma aşamasına gelinir.
- Doyum: Bireyin gösterdiği davranış, ihtiyacını gerçekleştirdiği ölçüde birey doyuma ulaşır.

İşletme içerisinde çalışanları belirli yönle kanalize ederek onları bu yolda motive etmek oldukça zordur. Bireyin kişilik yapısı ve yaşadığı toplumsal çevrenin sahip olduğu değer yargıları birbirinden farklıdır. Birbirinden çok farklı özelliklere sahip bireyleri işletme içerisinde ortak bir amaç etrafında toplamak ve onların istenen performans düzeyine ulaşmalarını sağlamak için bir takım araçlardan yararlanmak zorunludur. Bu araçlar, işgörenlerin olumlu yönde motive olmaları üzerinde oldukça etkilidir (Aşıkoğlu, 1996, s.43).

İnsanlar arzu ve gereksinmelerini karşılamak için belirli davranış kalıpları içine girerler. Fakat bireyin bu davranışları mutlaka başkalarının arzu ettiği yönde gerçekleşmeyecektir. Çünkü insan başkasının işine yarayacak olan çabayı değil kendi gereksinmelerini tatmin edecek çabayı gösterecektir. Bir iş gördürmek isteyen yönetici, işgörenler için özendirme araçları saptarken bu hususu göz önünde bulundurmalıdırlar. Özendirme araçları hedefe doğrudan doğruya yönelmiş ve gerçekleştirilebilir türden olmalıdır (Eren, 1979, s.266).

Yönetim özendiricileri kullanarak, işgörenleri, işletme amaçları doğrultusunda daha verimli çalışmaya yöneltebilir. Personeli verimli olarak çalıştırırken özendirme araçlarının kullanılmasında beş önemli aşama bulunmaktadır. Bu aşamalar (Harp Akademileri Komutanlığı Yayınları, 1996, s.98):

- Motivasyondan beklenen amacın saptanması,
- Kimlerin veya hangi grupların motive edileceğinin belirlenmesi,
- Özendirme araçlarının saptanması,
- Özendirme araçlarının uygulanması,
- Uygulama sonuçlarının izlenmesi ve değerlendirilmesidir.

Motivasyonda kullanılan özendirme araçları her zaman aynı etkiyi göstermezler. Etkinlikleri uygulandıkları işletme, çevre şartları ve toplumsal yapıya göre değişiklikler gösterir. Evrensel bir motivasyon modeli geliştirmek değişen koşullara göre mümkün değildir. Fakat genelde motivasyonu özendirici araçları; ekonomik araçlar, psiko-sosyal araçlar, örgütsel ve yönetsel araçlar olarak sınıflandırabiliriz (Aşıkoglu, 1996, s.44).

2.7.3 Liderlik

Liderlik de aşk, dürüstlük, yaratıcılık gibi ne olduğundan çok insanların ne anladığı ile belirlenen ontolojik bir kavramdır. Liderlik üzerine yapılan çeşitli çalışmalardan derleyerek işlevsel ve pragmatik olan bir tanım vermek istersek, liderliği; "Bireyler tarafından gerçekleştirilen ve diğer bireylerin ortaklaşa yaratılan vizyona dönük olarak bir araya gelmesini, istekli ve coşkulu olarak ortak hedefleri benimsemesini ve bu hedeflerin gerçekleşebilmesi için güçlenerek bütün varlıkları ile katkıda bulunmasını sağlayan enerjik bir süreç." olarak tanımlayabiliriz.

Liderliğin başta gelen özelliklerinden birisini dürüstlük oluşturmaktadır. Bir lider, hiçbir zaman ikiyüzlü olmamalı, bugün evet dediğine yarın hayır dememelidir. Her türlü hile ve yalandan uzak kalabilmelidir. Daima doğruyu söylemelidir. Gruba karşı açık ve sözlerinde tutarlı olmalıdır. Liderin adalet hissi yüksek olmalıdır. Grup üyelerine karşı değerlendirme, ödül ve cezalandırmalarında haktan ayrılmamalı ve her durumda tarafsızlığını koruyabilmelidir. Bu aynı zamanda grubun lidere güven duyması sonucunu da doğuracaktır.

Lider kendisinin hoşuna gitmeyecek gerçekleri bile kabul edebilecek ve kararlarını kişisel sempati veya antipatilerine göre değil durumun gereklerine uygun verebilecek bir düşünsel dürüstlüğe sahip olmalıdır. Hatalarını anlar anlamaz kabul edecek ve değiştirebilecek bir olgunlukta bulunmalıdır. Bütün görüşlere, bilgi ve fikirlere açık olabilmelidir. Bu özellikle rekreatif etkinlik gruplarında, rekreasyon liderinin dikkat etmesi gerekli bir husustur (Eren, 1998, s.341).

Grup üyeleri ve grupla ilgili değerlendirmelerde objektif olabilmelidir. Başarı kadar, başarısızlıkların da bütün doğru verilerini ortaya koyabilmelidir. Lider öğüt verici değil, örnek davranışı kendi hareketleriyle gösteren kişidir. Grubun moralinin de yüksekliği liderin öğüt vermesiyle değil, bizzat kendisinin moralinin yüksekliği ile eşdeğer gelişecektir.

Lider grup ya da grup üyelerin yararına olabilecek kararların alınmasında geniş bir inceleme ve yorumlama özelliği sergiler. En iyi kararların alınmasını inisiyatif içinde ya da üyelerle beraber sağlar (Rosenbaum, 1993, s.46).

Liderlerin temel özellikleri şunlardır (www.ogretiyorum.com):

- Değişim mühendisidir ve yeniliklere daima açıktır.
- Vizyon ve misyon oluşturan kişidir. Geleceği öngörebilme yeteneğine sahiptir.
- Organizasyondaki enformasyon ve bilgileri anlama ve yorumlama yeteneğine sahiptir. Sürekli yeni enformasyon ve bilgi edinmeye çalışır.
- Mücadelecidir, çalışkanlık ve atılım gücüne sahiptir. Organizasyonu başarıya doğru sürükleyen kişidir.
- Örgüt içinde gelişmeyi teşvik ve motive edici bir hava yaratır.
- İletişim yeteneği çok gelişmiştir.
- Entelektüel ve sorgulayıcıdır. Hatalarından daima ders çıkarır.
- Çalışanlara örnek olacak şekilde davranışlarında açık ve tutarlıdır. Söz ve davranışları uyum içindedir.
- Güçlü ve zayıf yönleri iyi bilen ve hatalarından ders çıkaran kişidir.
- Piyasadaki gelişmeleri ve trendi, tüketicinin ihtiyaçlarındaki değişme ve gelişmeleri analiz etme yeteneğine sahiptir. Değişen şartlara kolayca uyum gösterebilme esnekliğine sahiptir.

- Takım ruhu felsefesine inanır. Paylaşımıcıdır. Başarının tüm çalışanlara ait olduğuna inanır.

Sözü edilen tüm bu özellikler liderleri diğerlerinden farklı kılmaktadır. Globalleşen dünyada işletme sahipleri ve örgütler yöneticiden çok lidere ihtiyaç duyar. Yapılan araştırmalar, işletmeyi geleceğe taşıyan liderlerin üç önemli özelliğini ortaya koymaktadır.

2.7.3.1 Liderin Güç Kaynakları

Güç, diğerlerinin davranışlarını etkilemek için potansiyel yetenektir. Bir liderin etkileri ile kaynakları temsil eden güç işgören davranışlarında değişiklik yapar. Organizasyonlarda tipik olarak, liderler 5 güç kaynağına sahiptir; yasal, ödüllendirme, zorlayıcı, uzmanlık ve benzeşim. Raven ve French tarafından sınıflandırılmıştır (www.merih.net).

Yasal gücü; örgütsel hiyerarşi tarafından sağlanan güçtür; tanımlanmamış bir makamın işgal edilmesi ile elde edilir. Otoriteyi ifade eder. Astlar, üst kademelerden gelen isteklere kendilerini mecbur hissederler. Kişinin bulunduğu pozisyon nedeni ile etrafındaki kişileri etkileyebilme gücüdür.

Ödüllendirme gücü; ödül verme ya da ödülleri elinde tutma gücüdür; Astların liderin isteklerine ödül alma, gruplandırma, tanınma ve kazanç elde etme beklentisi ile uymalarını ifade eder. Bir yöneticinin denetimi altında ücret artışı, yükseltme, önemli iş verme, ek ödeme, takdir, tanıma vb. ödüller bulunmaktadır. Genel olarak bir yöneticinin denetimindeki ödüller ne kadar çok ve bu ödüllerin astlar için önemi ne kadar fazla ise, yöneticinin ödüllendirme gücü o kadar fazladır.

Zorlayıcı gücü; ödüllendirme gücünün karşıtı zorlayıcı güçtür. Cezalandırmak için liderin otoritesini ifade eder. İş görenlerin örgütün zorunlu kıldığı görevleri yerine getirmediği takdirde cezalandırılacakları korkusu ile iş görmeleri anlamına gelir; özünde zorlama bulunmamaktadır. Liderin emirlerine uymayanlara verilecek cezaların kullanılması ve kontrolündeki yeteneğini belirtir.

Uzmanlık gücü; liderin sahip olduğu özel bilgi, uzmanlık, beceri ve tecrübeden doğar. Bilgi ne kadar önemli ise ve ne kadar az kişi bu bilgiye ulaşabilirse kişinin sahip olduğu uzmanlık gücü o kadar fazladır.

Benzetim ya da karizmatik gücü; bu güç kaynağı doğrudan liderin kişiliği ile ilgilidir. Liderin kişiliğinin izleyicilere ilham verebilmesi, onların arzu ve ümitlerini dile getirebilmesi bu kaynağın temelidir. Bu da daha çok liderin kişisel özellikleri ve davranışları ile ilgilidir. Karizma, çekiciliği ifade etmektedir. Liderin astlar için çekici olması, astları lidere benzetmeye itecektir. Bu da onları lider tarafından daha kolay etkilenir hale getirecektir.

Bu güç kaynaklarından ilk üçü, işletme tarafından artırılıp, azaltılabilir. Oysa benzeşim gücü tamamen kişinin kendi özellikleri ve diğer insanlar ile etkileşime bağlıdır.

2.7.3.2 Liderliğin Önemi

Birçok işletmede, kesin olarak tanımlanmış bir hiyerarşi bulunmaktadır. Bunun yanında hangi iş görenin hangi yönetici veya yöneticilere bağlı olduğu da açık bir şekilde bilinmektedir. Ayrıca yöneticilerin ellerinde de, iş görenlerini istedikleri şekilde yönlendirmekte kullanabilecekleri birçok mekanizma bulunmaktadır. Bu durumda liderliğe, yani iş görenlerin yöneticiyi kendi istekleri ile takip etmelerine ihtiyaç kalmadığı öne sürülebilir. Ancak bu şekilde belirlenmiş bir otorite yapısı, liderliğe duyulan ihtiyacı ortadan kaldırmamaktadır.

Liderlik, aşağıdaki nedenlerle önemini sürdürmektedir (www.ogretiyorum.com).

Mükemmel işletme yapısını oluşturmak ve tüm elemanların faaliyetlerini her an kontrol etmek olanaksızdır. Yani, yönetici elemanlarına her koşulda istediği hareketi yaptırma yetkisine sahip değildir. Bu nedenle, elemanların çabalarını sürekli olarak hedeflere yöneltecek bir mekanizmaya ihtiyaç bulunmaktadır. Bu mekanizma da liderliktir.

İşletmelerin içinde buldukları çevre sürekli olarak değişmektedir. Lider, işletmenin değişen çevre koşullarına uyum sağlamasını ve kendini yenilemesini sağlar. İşletme normal koşullar altında hareket ederken, yönetici bir nevi uçaklardaki otomatik pilot görevi görmektedir. Herkesin ne yapacağı bellidir ve belirlenmiş olan prosedürler çerçevesinde

faaliyetler devam eder. Ancak kriz anlarında, veya normalden farklı durumlar ortaya çıktığında lider ortaya çıkarak faaliyetlere yeni bir yön vermek zorundadır. Bu durumda da, işletmenin bu belirlenen yönde ilerlemesi, çalışanların liderin belirlemiş olduğu yolu benimsemelerine ve istekle takip etmelerine bağlıdır (Can ve diğ. 1995, s.78).

Lider, çatışan taraflar arasında arabulucu rolü üstlenir. Lider insanlar tarafından saygı duyulan ve sözü istekle dinlenen kişi olduğundan, kişiler ve gruplar arası çatışmaların çözümünde önemli bir rol oynayacaktır. Görüldüğü gibi liderlik etkin işletme ile etkin olmayan işletme arasındaki farkı yaratacak kadar önemli bir süreçtir. Tüm işletmelerin liderlere ihtiyacı vardır.

2.7.3.3 Liderlik ve Motivasyon

Liderlerin önemli fonksiyonlarından biri çevrelerini enerji ve coşku dolu hale getirebilmeleridir. Buna Motivasyon (Coşkulama) denmektedir. Motivasyon bireyleri harekete geçiren, sonuç almaya yönelten bir uyarı olarak tanımlanabilir. Etkin liderler çevrelerine uyarı, esin ve enformasyon kaynağı olurlar. Mustafa Kemal Atatürk bu etkinin tipik bir örneğidir. Bu kaliteler insanları harekete geçirebilmek için liderlerde mutlaka bulunması gereken kapasitelerdir. Sırasıyla (Erdoğan, 1994, s.346):

- Görkemli fakat gerçekçi hedefler oluşturur.
- Tavırlarına yüksek bir enerji ve sınırsız coşku hâkimdir.
- İnsanlarda üstün bir amaç ve yön duygusu oluşturur.
- Başarı için plan yap ve kestirme yolları araştırır. Hiç bir şey insanları başarı kadar başarılı olmaya motive edemez. Kimse başarısızlığın destekçisi olmak istemez.
- Aşılabilir, başarılabılır sorun ve görevleri gündeme getirir.
- İnsanların dikkat çekmeleri ve başarılarını gösterebilmeleri için fırsat yaratır.
- Verebileceği kadar çok övgü ve yüreklendirme sağlar.
- Başarısızlıkları görmezlikten gelir veya sorumluluğu üstlenir.
- İnsanları kendilerinin bile farkında olmadıkları potansiyeller olarak görür.
- İnsanların yeteneklerine ve potansiyellerine güvenini her fırsatta vurgular.
- İnsanlara kendilerinin başarı ve performanslarından oluşmuş bir tarih duygusu aşılar.
- İnsanlara başarılarından duydukları gurur ve başarısızlıklarından aldıkları ders ile aşılamayacak engel tanımayan üstün insanlar oldukları duygusunu verir.

- Gelecek için başarı ve başarısızlıkların perspektifinde rafine olmuş bir ortaklaşa vizyon yaratır.
- Bütün bunları içtenliğinden ve tutarlılığından kuşku duyulmayacak bir üslupla yapar.

2.8. Finans Yönetimi ve Fonksiyonları

Finansman, işletmenin ihtiyacı olan fonların sağlanmasıdır. Finansal yönetim ise işletmenin ihtiyacı olan fonların sağlanarak uygun varlıklara yatırılmasıdır. Finansal yönetimin temel amacı, işletmenin değerini maksimum kılacak kararlar almasıdır. Bir işletmenin faaliyetlerini sürdürebilmesi, başarılı olabilmesi için tüketicilerin arzu ettikleri nitelikte mal ya da hizmet üretmesi ve bu işleme fon sunanlara da yeterli düzeyde getiri sağlanması gerekmektedir. Dünyada diğer alanlarda olduğu gibi finansal yönetim alanında da büyük bir değişim ve gelişim yaşanmaktadır. Hatta finansal yönetim alanındaki değişim ve gelişimin hızlı özelliği nedeniyle, diğer alanlara göre daha yüksek olmaktadır. Bu ise büyük ya da küçük tüm işletmelerde finansal yönetimin önemini arttırmaktadır. Hatta birçok işletmede para yönetimine verilen önemin üretimin önüne geçmesi, finansçılar tarafından bile eleştirilir olmuştur (Tokat, 1995, s.3).

İşletmelerin başarısında ya da başarısızlığında finansal kararların özel bir önemi vardır. Bu nedenle kararlarda etkinlik arttırdıkça başarıyı da arttırmak mümkün olacaktır. Belirsizliğin ve değişimin hızla arttığı günümüzde finansal kararlarda etkinliği arttırmak oldukça güçleşmiştir. Diğer disiplinlerde olduğu gibi finansal kararlarda da etkinliği arttırabilmek için çeşitli ilkelerin göz önünde bulundurulması gerekir. Finansal yönetimin temel ilkelerini dikkate almadan bir işletmenin başarılı olabilmesi mümkün değildir.

İşletmelerin faaliyete başlayabilmeleri, varlıklarını sürdürebilmeleri ve büyüyebilmeleri için çeşitli varlıklara ve bu varlıkların finansmanına ihtiyaçları vardır. Sahip olunacak varlıkların miktarı, çeşitliliği doğal olarak işletmenin niteliğine bağlı olarak değişecektir. Bir üretim işletmesiyle, sadece alım – satım faaliyetiyle uğraşacak bir işletmenin gereksinim duyacağı varlıklar aynı olmayacaktır. Üretim işletmeleri diğer işletmelere göre daha fazla yatırımları, özellikle sabit yatırımları gerekli kılmaktadır. Üretim işletmeleri de kendi içinde

sermaye yoğun ve emek yoğun olarak sınıflandırılabilir. Sermaye yoğun üretim işletmelerde sabit yatırım gereksinimi, emek yoğun işletmelere göre daha fazladır (Tokat, Seçim, 1996, s. 34).

2.8.1. Sağlık Kuruluşlarında Finans Fonksiyonu ve Finans Kaynakları

Sağlık hizmetlerinin finansmanı kavramı ile her ne kadar çoğu zaman para kastediliyor ise de, gönüllü katkılar veya hibe cihaz ve araç – gereçler gibi tüm kaynaklar bu kavram içinde yer almaktadır. Sağlık hizmetinin finansmanı, temelde, kaç liranın gerekli olduğu, bu paranın kimler tarafından ödeneceği, yani kaynağı ve kimlerin yararlanacağı, ne kadarının hangi hizmetler için harcanacağı ve bu mekanizmanın kim tarafından kontrol edileceği ile ilgilidir. Bireylerin ve toplumların sağlık hizmetine olan ihtiyaçları sonsuz olmasına karşın bu hizmetlere ayrılan kaynaklar her zaman kısıtlıdır. Hastanelerde sağlık hizmeti üretim sürecinin aksamaması için hastanelerin sağlam fonlarla desteklenmesi gerekir. Teorik olarak sağlık hizmetleri kamu, özel ve karma olmak üzere üç ana kaynaktan finanse edilmektedir (Hayran, Sur, 1998, s:92).

Sağlık hizmetlerinin finansmanında amaçlanan şartlar şunlardır:

- Hakkaniyet, ulaşılması gereken vazgeçilmez bir hedef olarak görülmelidir.
- Kaynakların toplanması ve yönetimi maliyetleri düşük olmalıdır.
- Kaynak akışında devamlılık sağlanmalıdır.
- İnsanlarca kabul edilebilmeli ve memnuniyet sağlanmalıdır.
- Öncelikli olmayan konuları finanse etmemelidir.
- Hizmet sunucular arasında rekabeti teşvik etmelidir.
- Sağlık hizmetlerinin kullanımının ve bu hizmetlerin maliyetlerinin sürekli denetlenmesine olanak vermelidir.
- Kaliteli hizmet sunumunu teşvik etmelidir (Hayran, Sur, 1998, s.93-94).

Finansman modelleri aşağıdaki başlıklar altında ele alınacaktır:

Finansman Modelleri:

I- Kamu kaynakları

- Genel vergiler
- Özel amaçlı vergiler

II- Özel kaynaklar

- Özel sigorta
- İşverenin finansmanı

- | | |
|------------------|----------------------------|
| - Sosyal sigorta | - Toplumsal finansman |
| - Diğer | - Katkı payları |
| | - Doğrudan cepten ödemeler |
| | - Döner sermaye |

2.8.1.1. Kamu Kaynakları

Hemen her ülkede genel vergiler sağlık hizmetlerinin finansmanında temel kaynak olarak kullanılmaktadır. Tek başına bu modeli benimseyen özellikle gelişmekte olan ülkeler sıklıkla finansmanda dar boğazlar yaşamaktadırlar. Bu, büyük oranda devlet bütçesi hazırlanırken politik yöntem sağlık sektörünün diğer sektörlerle göre daha az öncelikli olarak değerlendirilmesinden, özellikle gelişmekte olan ülkelerin gelirlerinde yaşadıkları dalgalanmalardan, makro ekonomik dengeleri sağlamak için kamu harcamalarının bir araç olarak kullanılmasından kaynaklanmaktadır. Bu sıkıntıları aşmak için de ülkeler vergi gelirlerini artırma yolları aramaktadırlar.

Genel bütçeden sağlık hizmetlerine ayrılar payı artırmak için;

- Vergi oranlarını, sağlık sektörüne ayrılan oransal payı sabit tutarak artırmak,
- Sağlık hizmetlerinin vergi geliri payını başka kaynaklardan aktarma yoluyla artırmak,
- Yukarıdakilerin her ikisini uygulamak gerekebilir (Tatar, 1996, s.72)

Ancak, birçok gelişmekte olan ülkede sağlık sektörü hükümetlerin hemen her zaman daha az öncelikli konuları arasında yer aldığından sağlık hizmetlerinin finansmanında genel vergi gelirleri güvenli bir kaynak olamamaktadır (Hayran, Sur, 1998, s.95). Genel vergilerle finanse edilen sağlık hizmetlerini genelde tüm bireyler kullanabilmektedirler. Ancak kamu elindeki bu kaynakların dağıtımındaki öncelikler siyasi çıkarlar nedeniyle zaman zaman göz ardı edilebilmekte ve yatırımlar daha pahalı alanlara veya kentsel bölgelere kaydırılmaktadır. Bu da özellikle gelişmekte olan ülkelerde kırsal alanda yaşayan ve sağlık hizmetine daha fazla ihtiyacı olan nüfusun sağlık hizmetlerinden yeterince yararlanamamasına yol açabilmektedir (Abel, Simth, 1994, s.57).

Özel amaçlı vergiler, genel vergilerin dışında, belirli bir amaç için, sigara, içki lüks tüketim malları gibi bazı mallar ile eğlence, seyahat gibi hizmetlerin üzerine konulan vergilerdir. Bu ek vergilerden elde edilen gelirler genel bir havuzda toplanarak hükümetlerin önceliklerine göre çeşitli sektörler arasında dağıtılır. Sekiz yıllık zorunlu eğitime fon oluşturmak amacıyla Sayısal Loto’da oynana kupon başına ve araç alım satımında konulan ek vergiler, bu vergi türünün ülkemizdeki güncel uygulamalarındandır (Hayran, Sur, 1998, s.96).

Sosyal sigorta, sağlık hizmetlerinin yanı sıra emeklilik, yaşlılık, sakatlık vb. durumlar için yapılacak ödemelerin finansmanını da sağlama amacını taşımaktadır. Bu nedenle toplumun refah düzeyini geliştirilmesiyle ilgili sistemin tümüne “sosyal sigorta” adı verilmektedir.

Sosyal sigorta, uygulamalarından beklenen yararlar; kişilerin kendi sağlıkları için doğrudan katkıda bulunması nedeniyle sorumluluk duymaya başlaması, sağlık hizmetlerinin bu yoldan finanse edilmesiyle sağlanan kazancın devlet tarafından koruyucu alanlara yönlenebilmesi ve sağlık hizmeti maliyetinin uzun döneme ve geniş toplum kesimlerine yayılabilmesi şeklinde sıralanabilir (Hayran, 1998, s.96).

Diğer kamu finansman yöntemleri, açığın finansmanı ve şans oyunları olarak sayılabilir. Açık finansmanı daha çok iç veya dış borçlanmayla yapılabilir. Bu durumda ödenecek faizler, sunulan hizmetlerin maliyetini arttıracaktır. Enflasyonun yüksek ve gelişmenin yavaş olduğu ülkelerin kredi bulma şanslarının az olmasından dolayı devamlı ve güvenli bir metod değildir (Hayran, 1998, s.97).

2.8.1.2 Özel Kaynaklar

Özel sigortacılık daha çok gelişmiş ülkelerde rağbet görmektedir. Ulusal sağlık sigortası veya İngiltere’deki NHS gibi ulusal düzeyde kapsayıcı sağlık hizmet sistemlerinin bulunmadığı ülkelerde yaygın olarak kullanılan bir kaynaktır. Sosyal sigorta ve / veya genel vergi gelirleriyle finanse edilen sistemlerde ise genel kapsam dışında bırakılan ek veya bazı özel müdahalelerin (kozmetik cerrahi gibi) finanse edilmesi için başvurulabilmektedir (Hayran, 1998, s.97).

İşveren finansmanında ise bazı durumlarda işveren, çalışanlarının sağlık hizmeti ihtiyaçlarının karşılanması için bir üçüncü tarafa gerek duymadan doğrudan finansmanı üstlenebilir. Bu amaçla, çalışanlarına sağlık hizmeti vermek üzere, özel sektörden hizmet satın alır, doğrudan sağlık personeli istihdam eder veya gerekli sağlık kuruluşu ve donanımını temin eder. Bunlardan hangisinin seçileceği işverenin veya işyerinin büyüklüğüne, türüne ve coğrafik olarak yerleşim yerine bağlıdır (Tatar, 1996, s.72).

Toplumsal finansmanda, toplum, kullandığı hizmetler için hizmetin verildiği binaların inşasında iş gücü sağlanmasına, binanın donanımından yardım toplamaya kadar pek çok yöntemle hizmetlerin finansmanına katkıda bulunabilir. Ancak, bu yöntemin toplumun sağlık hizmeti ihtiyaçlarını tam olarak karşılayamayacağı ve bu nedenle de diğer kaynakların ulaşamadığı alanları doldurabileceği ve / veya onlara destek olarak kullanılabilen ileri sürülmektedir (Tatar, 1996, s.72).

Sağlık hizmetini kullananlardan alınan katkı payları, sağlık hizmetlerinin fiyat esnekliğinden yararlanarak, özellikle kullanımı kısıtlayarak maliyetleri düşürme, gelirleri artırma gibi birçok amaç için kullanılabilir.

Kişilerin kullandıkları sağlık hizmeti için kendi ceplerinden yaptıkları doğrudan ödemelerdir. Sosyal sigorta şemsiyesi altında dahi olsa en azından yazılan ilaçların bedelinin belirli bir kısmına yapılan katkı paylarına aslında doğrudan cepten ödeme kapsamında değerlendirilebilir (Tatar, 1996, s.72).

2.9. Malzeme Yönetimi

Sağlık hizmetlerinde ve sağlık işletmelerinde malzeme yönetimi, kurumun ihtiyaç duyduğu ekonomik nitelikli malların alınması, depolanması ve tüketiminin yürütülmesi işidir. Malzeme yönetiminde, depolama işlemleri kadar kayıt hesap işlemleri de önemlidir. Bu kayıt işlemlerine ayniyat denir (Gündüz, 1998, s.12).

Malzeme yönetiminde;

- Hizmetin aksamasına neden olacak şekilde tamamen bitmeden, ihtiyaç olan malzemelerin temin edilmesi,
- Gereğinden fazla alınmaması,
- Bozulmaya neden olmayacak şekilde, uygun şartlarda saklanması (depolanması),
- Tasarruf tedbirlerine uyularak kullanılması ve tüketilmesi,
- Kayıt ve hesap işlerinin usulüne uygun olarak takip edilmesi temel prensiplerdir.

2.9.1. Malzeme Yönetim Fonksiyonları

- Malzeme yönetimi bölümü önce ihtiyaçlarını belirler. Örneğin, yıllık olarak ne kadar pamuk, gazlı bez, serum, ilaç, büro malzemesi, inşaat – onarım, gıda maddesi vb. malzemeye ihtiyaç olduğunu tespit eder.
- Bu ihtiyaçların hangi yollarla karşılanacağını planlar. Bu malzemeler ödenek durumuna göre piyasadan satın alınabilir, üst kurumlardan istenebilir. Vakıf – dernek aracılığıyla temin edilebilir.
- Satın alınan malzemenin şartnameye uygunluğu kontrol edilerek depolanması sağlanır. Tıbbi malzemeler ayrı, gıda malzemeleri ayrı, büro malzemeleri ayrı depolanır. Depoların havalandırılması yeterli olmalı, malzemeler bir birine zarar vermeyecek şekilde istiflenmelidir. Gereğinden fazla malzeme alınmamalı, tam tükenmeden yenisi alınmalı, eskisinden yenisine doğru kullanılmalıdır.
- Çeşitli yöntemlerle stoklar kontrol edilmelidir. Hizmetin aksamasına fırsat vermeyecek şekilde stokların tam tükenmeden yenileri temin edilmelidir.
- İhtiyaç halinde, tasarruf tedbirlerine uyularak kullanımı sağlanır.
- Demirbaş, ayniyat, ambar ve diğer ilgili işlemlerin kayıtlarını tutmak, defterlere kaydetmek, zamanında ilgili yerlere hesap vermek durumundadırlar (sağlık kuruluşları, yılda bir defa bakanlığa, iki yıl bir sayıştaya ayniyat hesabı verirler) (I. Ulusal Sağlık Kuruluşları Ve Hastane Yönetimi Sempozyumu, 1994, s. 282).

2.9.2 Malzeme Yönetimi İlkeleri

Malzeme yönetiminin temel ilkesi; malzemeye en kısa sürede en kolay olarak (etkinlik ilkesi), en ucuza (ekonomiklik ilkesi) temin etmektir.

Ekonomiklik ilkesi;

- Ucuz olmalıdır, aynı kalitedeki bir mal daha ucuza alınmalıdır.
- Malzemenin depolanması kolay olmalıdır.
- Mükünse stoksuz çalışabilmeli, bu mümkün değilse en az stokla çalışabilmelidir.
- Malzeme ile ilgili işletme ve personel masrafı en az olmalıdır.
- İhtiyaca tam olarak cevap vermelidir. Malzemedan tam yararlanılmalıdır.
- Standart olmalıdır.

Etkinlik ilkesi;

- Piyasadan en kısa sürede, kolay bir yolla temin edilebilmelidir.
- Alternatifi bol olmalıdır.
- Standart kalitesi olmalıdır.
- Güvenilir düzenli bir kayıt sistemi olmalıdır (Yenersoy, 2000, s.80).

2.9.3 Malzeme Yönetim Teknikleri

1950'li yılların ortalarından itibaren bilgisayarların, sanayi işletmelerinde kullanılmaya başlaması Malzeme yönetimi üzerinde önemli etkilere yol açmıştır. Bilgisayar öncesi dönemde geliştirilen teknikler geleneksel ya da klasik yaklaşımlar adı altında toplanırken, bunlardan; Ekonomik Sipariş Miktarı Yöntemi; talebin düzenli yapıda olduğunu kabul etmekte, sipariş verme, elde bulundurma ve yokluk maliyetlerinin minimizasyonunu arayarak sipariş miktarını saptamaktadır (Yenersoy, 2000, s. 87).

ABC yöntemi ise, binlerce kalem malzemenin aynı anda kontrolünün mümkün olmayacağı görüşü sonucunda ortaya çıkmıştır. Bu yöntemde göre A sınıfı malzemeler, sayı olarak stoklanan toplam malzemenin %10-20'sini kapsarken, yıllık kullanım değeri (yıllık parasal hacim) olarak harcamaların %70-80'ini oluşturur. B sınıfı malzemeler, kullanım değeri ve miktarı olarak % 20-30'luk ortalama bir kullanıma hızına sahiptir. C sınıfı malzemeler ise, düşük bireysel kullanım gösteren ve malzemenin yaklaşık %60 gibi bir çoğunluğunu

oluşturan kalemleri içerir ki bu da harcamaların %25'inden azına karşılık gelir.1980'li yılların başından itibaren bu yaklaşımlara alternatif olarak bir dizi teknikler geliştirilmiştir. Bunlardan en önemlileri Malzeme İhtiyaç Planlaması (MRP) ve tam zamanında üretilimdir (JIT) (Yenersoy, 2000, s. 88).

2.9.3.1 Malzeme İhtiyaç Planlaması Yöntemi (Material Requirement Planning)

Ürün ağaçlarını, stok bilgilerini, sipariş bilgilerini ve ana üretim çizelgesini kullanarak malzeme ihtiyaçlarını hesaplayan bir teknikler kümesidir. Bu sistemin amacı, tüm envanter birimleri bazında dönemler itibarıyla brüt ve net ihtiyaçların tespit edilmesi ve bu yolla gerçekçi envanter yöntemi için bilgi üretilmesidir. Brüt ihtiyaçları net ihtiyaçlara dönüştürme sürecinde, belirlenen brüt ihtiyaçlardan eldeki stok miktarları ve sipariş verilmiş miktarlar düşülerek net değerler hesaplanır. MİP üretim süreci içerisinde herhangi bir anda her bir parça ve malzeme için doğabilecek talebi öngörmeyi amaçlayan bir sistemdir. Bu sistem tüm üretim, pazarlama tedarik ve finansman bölümlerinin üzerinde anlaşmaya vardıkları ana üretim veya hizmet programına dayalı olarak hazırlanır ve yürütülür. İhtiyaç planlamasındaki ilk bilgisayar yazılımları önceleri sadece hesap yükünü hafifleten uygulamalar şeklindeyken, bugün malzeme ihtiyaç planlama sistemini desteklemek amacıyla yeni paket programlar geliştirilmiştir. Bütün malzeme ihtiyaç planlama yazılım paketleri, başlıca üç çeşit veri dosyasındaki bilgileri işleyerek sipariş verme programlarını hazırlayan bir sistem yapısına sahiptir. Bu veriler;

- Talep tahminlerine dayanarak hazırlanan ana üretim veya faaliyet programı
- Malzeme listesi bilgileri
- Envanter bilgileridir (www.hastanedergisi.com)

Hastanelerde Malzeme İhtiyaç Planlaması, yıllık ana faaliyet programlarında belirlenen hasta talepleri, ve diğer bilgiler girdi olarak alınarak yapılabilir. Malzeme, parça ve yarı mamullere olan talep, son ürüne olan talebe yani hasta talebine, hizmet kapasitesine bağlıdır. Hasta talebi belirlendiği zaman hizmet üretimi esnasında gereken malzemelerin miktarları tam olarak hesaplanabilir. Hastanelerde enformasyon sistemlerinin ve bir yönetim felsefesinin bulunması bu sisteminin başarısı için gereken şartlardır.

2.9.3.2 Just in time (JIT)

Stoklar, işletmelerin çeşitli faaliyetlerini desteklemek amacıyla gerekli olan, fakat yöneticileri zora sokan varlık kalemleridir. Bu nedenle yöneticiler yeni stok kontrol ve üretim yöntemlerini araştırmak zorundadırlar. İşletmelerde verimliliği artıran ve maliyetleri düşürerek işletmeyi daha verimli hale getiren sistemlerden bir tanesi JUST IN TIME (Sıfır Stok) sistemidir. JIT sistemi, üretim için gerekli olan malzemenin gerektiği anda ihtiyaç noktasında bulunmasını sağlayan sıfır hata ve sıfır stoku hedef alan bir malzeme yönetim sistemidir. JIT Japon endüstrisinin 1960'lı yıllarda başlattığı kalite geliştirme çabalarıyla birlikte ülkenin coğrafi yapısı ve kıt kaynaklarının yarattığı çevre koşullarıyla ortaya çıkmış, giderek diğer ülkelerde de yaygınlaşmıştır ([hwww.hastanederigisi.com](http://www.hastanederigisi.com)).

JIT sistemi; satın alma siparişleri, kalite kontrolleri, stok hareketleri, depolama ve benzeri faaliyetlerin azaltılmasını beraberinde getirerek maliyetlerin düşmesine neden olmaktadır.

JIT sisteminin amaçları;

- Verimliliği artırmak
- Stok kaynaklarını en aza indirmek ve maliyetleri minimize etmek
- Tedarik imkânlarını geliştirmek ve düzenli bir akış sağlamak
- Tüketicinin isteğine göre verimli ve düşük maliyetle üretmek ve hemen pazarlamak
- Üretim birimlerinde çok yönlü uzmanlaşmayı geliştirmek
- Taşıma ve pazarlama işlemlerinde hız ve güven sağlamak
- Tedarikçi ve tüketicilerle iyi ilişkiler kurmak
- Kusurlu mal üretimini en aza indirmek
- Çalışanları çok yönlü hizmetlere yöneltmek şeklinde özetlenebilir (www.hastanederigisi.com).

Bu hedeflere ulaşmak içinse Toplam Kalite Yönetimi (TKY), Tam Zamanında Satın Alma, Çizelgeleme (Kanban Sistemi) kurulması gereken alt sistemler olarak karşımıza çıkar. JIT sisteminde üretimin bütün aşamalarında malzemelerin hareketlerini denetlemek ve düzenli

bir biçimde akışını sağlamak için kanban sistemi kullanılmaktadır. Kanban Japonca'da kart anlamına gelen bir kelimedir. Tek ve çift kart sistemi olmak üzere iki çeşit kanban sistemi bulunmaktadır. Tek kart sisteminde yalnızca taşıma kanbanı kullanılır ve genelde bu bir bilgi işleme modelidir. İzleyen işlemin önceki işlemde çekeceği malzemenin cins ve miktarlarını tanımlar. İkili kart sisteminde ise, taşıma ve üretim kanbanı bulunmaktadır. Kanban, ana üretim programına kararlılık kazandırmak, üretim sürecini basitleştirmek, parça ve malzeme akışını düzenli kılmak, üretim hızlarını dengelemek, üretkenliği geliştirmek, kaliteyi artırmak ve hazırlık zamanlarını azaltmak için kullanılan etkili bir yöntemdir.

2.10. Stok Kavramı ve Stok Kontrol Yöntemleri

Bir üretim sisteminde üretilen ürüne dolaysız veya dolaylı olarak katılan bütün fiziksel varlıklar ve ürünün kendisi stok kavramı içindedir. Tedarik veya üretim yoluyla elde edilen, kullanılmadan veya müşteriye arz edilmeden önce az veya çok belirli bir süre bekletilen mal miktarına stok denilmektedir.

Stoklar fonksiyonlarına göre 2 ye ayrılır:

Aktif Stoklar; belirli devrelerde sipariş edilen ve mevcut talebi o devrede karşılamak için elde bulundurulan stoklardır. Diğer bir deyişle aktif stok iki sipariş arasındaki sürede ortalama talebi karşılamak için bulundurulan stoklardır.

Emniyet Stokları; emniyet stoklarını gerektiren durumlar üç nedene dayanır.

- Tahmin edilen ortalama mal tüketim seviyesi, gerçekleşen seviyenin altında kalabilir.
- Malın tedarik edildiği kuruluşun yaşayacağı problemler nedeniyle taahhüdünü yerine getirmemesi,
- Diğer etkenler nedeniyle mal tedarikinde karşılaşılabilecek güçlükler (Örneğin; iklim şartları, yasal şartlarda değişiklik vb.)

Bu üç neden ayrı ayrı veya bunların hepsinin bir arada olabileceği durumlarda kayıpları önlemek yada en aza indirmek için bir emniyet stokunun elde bulundurulması gerekir. Emniyet stoklarını zorunlu kılan nedenleri miktar ve süre hesaplamalarında meydana gelen sapmalardır diye kısaca özetleyebiliriz (/www.bilgiyonetimi.org).

Modern üretim sistemlerinde stoklar her kademedeki yöneticiyi yakından ilgilendirir. Yanlış stok politikaları seçilmesi ya da uygulama hataları pek çok işletmeyi zora sürüklemiştir. Bazen büyük nakit sıkıntısı içinde olduğu belirtilen bir işletmede, imalat departmanları arasına dağılmış halde, nakit ihtiyacını rahat rahat karşılayacak miktarda lüzumsuz yarı mamul ya da malzeme stokları bulunduğu. Bazı işletmelerde de yeterli hammadde stoku olduğu bildirildiği halde birkaç önemsiz parça yüzünden tüm imalatın aksaması gibi durumların yaşandığı da bir gerçektir.

Her işletme problemlerinde olduğu gibi stok yönetiminde de olumlu ve olumsuz yönde değişen maliyet unsurları arasında bir denge kurulmasına çalışılır. Stok faaliyetinin etkilendiği maliyet unsurlarını sipariş büyüdükçe yapılacak iskontolar, hazırlık maliyetleri, satıcı firma araştırmaları, kabul muayeneleri gibi faaliyetler, üretimin programlaması, iş emirleri düzenlemesi, kalıp, aparat değişimi v.b.gibi işlemler stok yönetimini etkileyen maliyet unsurlarıdır. Bunlardan bazıları kolayca ölçülebilir. Ancak stok bulundurmamaktan kaynaklanan kaçırılan siparişlerin veya fırsat maliyetlerinin hesaplanması pek de kolay değildir (www.bilgiyonetimi.org)

Üretim ve satışların birbirine paralel gitmesi ve bunun sürekliliği bazı durumlarda imkânsızdır. Üretim sırasında makine kapasitelerinin mümkün olan en yüksek düzeyde kullanılması, İş yüklemenin düzgün yapılabilmesi ve hazırlık maliyetlerinin düşürülmesi üretim hızının sabit tutulması ile gerçekleşebilir. Bu durumda üretimin satışların üstünde gitmesi halinde artan miktarın stoklanması, aksi durumlarda da stoktan satış yapılmasını gerektirir. İşte bu nedenle lojistik, stok ve stok kontrol işletmeler için gerekli ve önemli kavramlardır.

Stok bulundurulması, çeşitli maliyetlerin ortaya çıkmasına sebep olur. Buna karşılık üretim hızının düzgün yürütülmesi ve müşteri isteklerinin zamanında karşılanması ile sağlanan müşteri memnuniyeti de önemli avantajlar sağlar. Böyle olunca da stok yönetimi işletmelerin üretim politikalarında önemli bir yer tutar. İşletme yöneticileri stoklama politikasını işletme şartları ve olanaklarına, piyasa hareket ve koşullarına göre uygun

saptamak gibi hassas bir görev ve sorumluluk üstlenmiş olmaktadırlar (www.bilgiyonetimi.org).

Stok edilen malzemenin tamamen bitmeden öğrenilebilmesi amacıyla çeşitli yöntemler geliştirilmiştir. Bu stok kontrol yöntemleri şunlardır:

2.10.1. Gözle Kontrol Yöntemi

Depo görevlisinin tecrübesine dayalı olarak gözlem yoluyla stokları kontrol etmektir. Çok basittir, en çok kullanılan yöntemdir. Stok azalınca depo memuru satınalma ile ilgili bölümü uyararak malzemenin tekrar alınmasını sağlar (Ünal, 1987, s.64).

2.10.2. Yedekleme Yöntemi

Çift kutu yöntemi de denilen bu yöntemde kullanılan malzemelerden az miktarda yedek ayrılır. Esas malzeme kutusu boşalıp da daha küçük yedek kutu kullanılmaya başlanınca satın alma ve ilgililer uyarılır (Ünal, 1987, s.64).

2.10.3. Önemlilik Yöntemi

Stok malzemesi önemliliğe göre gruplara ayrılarak takip ve kontrol edilir. ABC yöntemi de denilen bu kontrol yönteminde; çok önemli olup çok az stoklananlar A grubunu, orta önem – değerinde olup orta grupta stoklananlar B grubunu, az önem değerinde olup çok miktarda stoklananlar C grubunu oluşturur. Hastanelerde tıbbi malzemeler önemliliğine göre üç gruba ayrılarak kontrol edilir (Şahin, 1999, s.23).

2.10.4. Ekonomik (Sabit) Sipariş Yöntemi

Stok maliyetini en aza düşürmek amacıyla geliştirilmiş bir yöntemdir. İhtiyaç olan malzemeleri stok etmeden en az stokla sürekli olarak piyasadan satın almaktır. Ekonomik olmakla birlikte malzeme takibinin çok yakından takip edilmesi ve aksaklık olmadan düzenli olarak temin edilmesi gerekmektedir (Şahin, 1999, s.23).

2.10.5. Stoksuz Malzeme Yönetimi

Merkez depodaki stokları tümüyle ortadan kaldırmayı hedef alan bu sistemde dağıtım kanalının tüm üyeleri arasında zorunlu bir ittifak gerçekleşmektedir. Hedefler, stratejiler ve zaman zaman finansal bilgiler paylaşılarak; dağıtıcılar, satıcılar ve müşteriler dağıtım kanalını beraberce düzeltebilirler. Hastaneler, yalnızca bir müşteri olmayıp, dağıtım zincirindeki halkalardan biridir. Bu halkaların sonunda son tüketici olan hasta bulunmaktadır. Amerikan Hastaneler Birliği Derneği'nin yapmış olduğu bir araştırmaya göre; Amerikan hastanelerinin %57'si JIT veya Stoksuz Malzeme Yönetim Sistemi'ni kullanmaktadır. Hastane yönetimleri stoksuz sistemin geçerliliğini sürekli tartışmaktadırlar. Bir kesim, Stoksuz Malzeme Yönetim Sistemi uygulamasının sonuçta dağıtım ve depo maliyetlerinin ikmal zincirine aktarıldığını savunmaktadır. Bu görüşe göre, stoksuz satın almadan sağlanan maliyet tasarrufları, satıcının yüksek maliyetleri fiyatlarına yansıtmasıyla yok olur. Whinney'e göre ise hastaneler ve onların ikmal kaynakları, eğer stoksuz malzeme yönetim sistemini birlikte geliştirecek olurlarsa sağlanan fayda karşılaşılabilecek sorundan fazla olacaktır. Ayrıca ikmalcilere yansıtacak ek maliyetler, satışlarının artmasıyla kısmen azalacaktır. JIT ve Stoksuz Malzeme Yönetimi, ABD'de özellikle metropol illerdeki tıbbi merkezlerde başarı ile uygulanmaktadır (www.hastanedergisi.com).

2.10.6.Bar-Kod Sistemi

Yıllardan beri gıda, ilaç, otomobil, tekstil gibi çeşitli sektörlerde başarıyla kullanılan Bar-Kod sistemi, sağlık sektöründe ve özellikle hastanelerde stok kontrol, siparişlerin otomasyonu, malzemelerin kurum içinde izlenmesi ve yönetimi alanlarında; laboratuvar örneklerinin izlenmesinde, eczanelerde, radyoloji ve hasta kabul bölümlerinde kullanılmaya başlanmıştır.

Bar-Kod sisteminde bilgiler opto-elektronik cihazlar tarafından okunabilecek şekilde kodlanabilmektedir. Bu cihazların yardımıyla bilgiler doğrudan bilgisayar ortamına ve manuel yöntemlere göre son derece hızlı bir şekilde ve çok daha az yanlış bilgiyle aktarılabilir. Manuel girişte hata olasılığı 300 karakterde bir iken bu oran Bar-Kod sisteminde 3 milyon karakterde bir olmaktadır.

Hastanede Bar-Kod sistemi kısaca şu şekilde uygulanmaktadır: Her sabah görevliler servis ve departmanlarda bulunan malzeme istasyonlarındaki malzemeleri Bar-Kod okuyucu çubuğuyla taramaktadır. Böylece malzeme miktarı radyo dalgaları vasıtasıyla merkezi bir bilgisayara aktarılmaktadır. Burada arzulanan stok seviyesiyle mevcut stok seviyesi karşılaştırılmakta, eğer eldeki malzeme miktarı yeterli değilse, ihtiyaç malzeme miktarının hazırlanması için merkezi depoya sipariş vermektedir. Merkezi depoda çalışanlar bilgisayarın ürettiği sipariş listesini alarak malzemenin gideceği bölüm için malzemeleri ayırmakta ve Bar-Kod etiketi yoksa etiket yapıştırmaktadır (Sosyal ve diğ., 1993, s.44).

Bar-Kod sistemi sayesinde hastaların hesapları doğru olarak çıkmaktadır. Hastaya kullanılan malzemenin üzerinden Bar-Kod etiketleri optik okuyucu ile hastanın hesabına kaydedilmektedir.

Bar-Kod sistemi eski sistemden kaynaklanan hataların birçoğunu elimine etmektedir. Önceleri hemşireler hastaya malzeme kullandığı zaman fiyat etiketlerini malzeme üzerinden söküp kat görevlisine verip, hesaba geçmesi için hasta kabul merkezine gönderiyordu. Yeni sistem bu taşıyıcı kat görevlilerini ortadan kaldırmakta, böylece işçilik maliyetlerinden tasarruf sağlamaktadır.

Bu sistemin başarıyla çalışması için;

- Makine teçhizat vb alt yapının oluşturulması
- Makine teçhizat vb alt yapının oluşturulması
- Bar-kod sisteminin merkezi otomasyon sistemi ile entegrasyonu
- Kullanıcı personelin eğitimi
- Malzeme standardizasyonunun sağlanması
- Hastane üst yönetiminin desteği şartlarının sağlanması gerekmektedir.

Türkiye'de ise hastanelerin çok azında Bar-Kod uygulaması mevcuttur. Bu sistem ülkemizde daha çok dış pazarlara dönük olarak ihracatçılar tarafından kullanılmaktadır. Ayrıca sistemin ülkemizde yaygınlaşması için gerekli yasal düzenlemeler de tam değildir. Sadece ilaç mamullerinde 1990'dan itibaren Bar-Kod uygulaması zorunlu hale gelmiştir. Bar-

Kod sisteminin bütün hastanelerde kullanımının yaygınlaştırılması hastanelerin rekabet gücünü artıracak ve kaynakların etkin kullanımını sağlayacaktır (www.merih.net).

BÖLÜM III

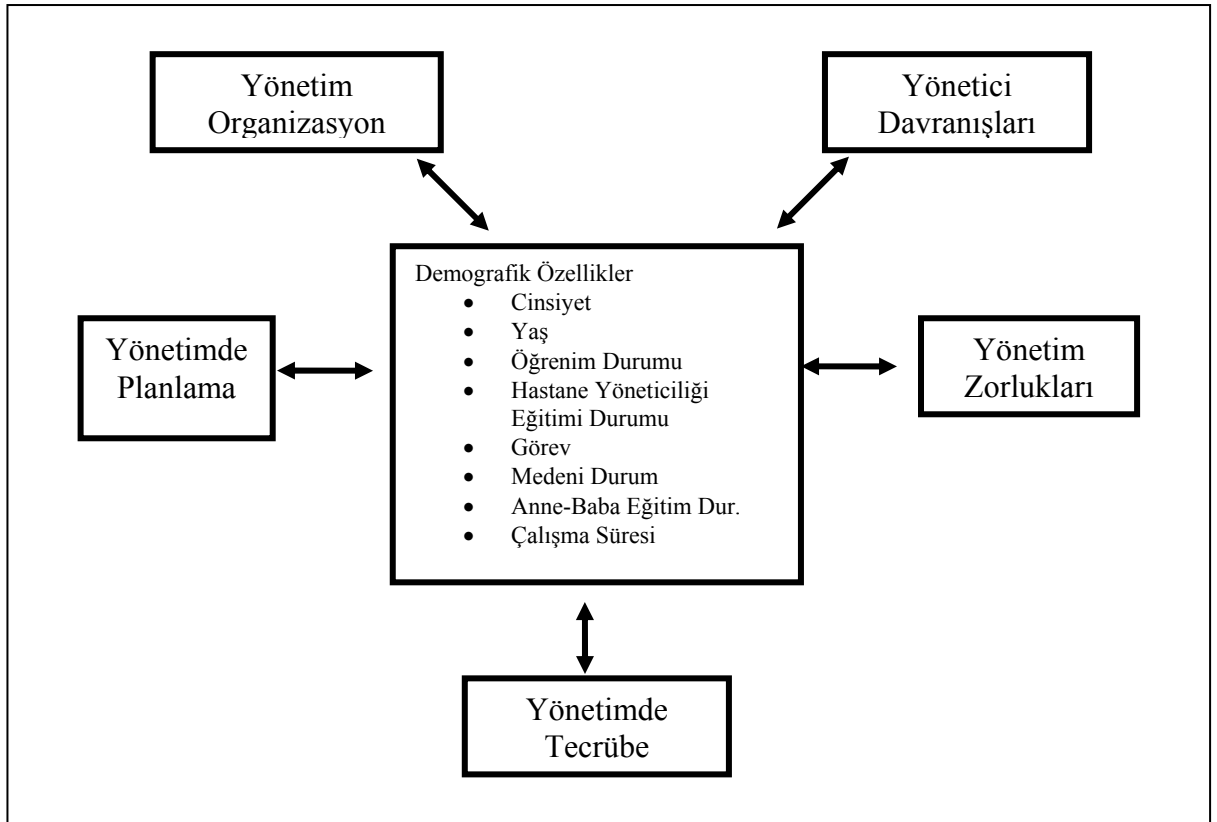
3.YATAKLI SAĞLIK KURULUŞLARINDA YÖNETİM VE ORGANİZASYON SORUNLARINA İLİŞKİN EDİRNE İLİNDE BİR İNCELEME

Bu bölümde Edirne ilindeki, özel ve devlete bağlı yataklı sağlık kuruluşlarının yönetim organizasyon sorunlarının belirlenmesi amacıyla yapılan anket uygulaması anlatılacaktır. Araştırmanın modeli, yöntemi ve bulguları bu bölümde açıklanmıştır.

3.1 Araştırmanın Modeli

Araştırmanın amacı Edirne ilinde faaliyet gösteren yataklı sağlık kuruluşlarında yönetsel sorunların ortaya konulmasına yöneliktir.

Bu bağlamda yataklı sağlık kuruluşların yönetiminde yer alan yöneticilerin demografik özellikleri ile yönetici davranışları, yönetimde tecrübe, yönetimde planlama, yönetimde organizasyon ve yönetimde zorluklar arasındaki ilişki aşağıdaki model çerçevesinde incelenecektir.



Şekil 3.1: Araştırma Modeli

3.2 Evren ve Örneklem

Çalışmamızın temel inceleme konusu hastanelerdeki yönetim organizasyon sorunlarının tespit edilmesi ve incelenmesidir. Araştırmamız esnasında özellikle üst düzey yöneticiler seçilmiştir.

Araştırma 2008 yılı 24 Nisan – 6 Mayıs tarihleri arasında tamamlanmıştır. Araştırmanın ana kitlesini Edirne merkez ve ilçelerdeki tüm yataklı sağlık kuruluşlarını kapsamaktadır. Örnek olarak bu ilde faaliyet gösteren 3 özel ve 7 devlet hastanesi örneğe tabi tutulmuştur. Bu hastanelerde özellikle üst düzey yöneticiler seçilmiştir. Bunlar başhekim, başhekim yardımcısı, müdür, müdür yardımcısı, hemşirelik hizmetleri müdürü (başhemşire), hemşirelik hizmetleri müdür yardımcısı, koordinatör, halkla ilişkiler sorumlusu, ayniyat şefi, muhasebe şefi yöneticiler olarak seçilmiştir.

3.3 Verilerin Toplanması

Araştırma Edirne ilinde yataklı sağlık kuruluşlarında faaliyet gösteren işletmelerin yöneticilerine uygulanmıştır. Yüzyüze konuşma ve kolayda örnekleme yöntemi ile anket yapılmıştır. Anket soruları özellikle üst düzey yöneticiler tarafından doldurulması istenmiştir. Anket 39 sorudan oluşmaktadır. Bunlardan 13 tanesi demografik özelliklerine ilişkin olup 26 tanesi likert ölçekli maddelerdir.

Likert ölçekli maddelerin seçeneklerinde ölçek derecelerinin belirlenmesinde, en yaygın olarak kullanılan, “tamamen katılmıyorum”dan “tamamen katılıyorum”a uzanan 5’li sistem kullanılmıştır.

Araştırmamızda kullanılan anket formu ekte sunulmuştur. Literatür araştırması sonucu belirlenen bu sorularda, hastanelerde yönetim organizasyon sorunları, planlama faaliyetleri, hastane yönetiminin zorlukları, yönetici davranışları ile alakalı görüşlerini belirtmeleri istenmiştir. Cevaplayıcılara soru hakkında 5 dereceli ve dengeli bir ölçek verilmiştir. En olumlu seçenek en üst, en olumsuz seçenek ise en alt puanı (1= tamamen katılmıyorum, 5= tamamen katılıyorum) olacak şekilde sıralanmıştır.

Ankete katılanlardan alınan cevaplar toplanarak bilgisayar ortamına aktarılmış ve SPSS programı kullanılarak bir takım istatistiksel teknikler ile yorumlamaları yapılmıştır.

3.4 Verilerin Çözümü ve Yorumlanması

Ankete katılan yataklı sağlık işletmelerin dağılımı ve bu işletmelerdeki yöneticilerin demografik özellikleri tablolar halinde verilmiştir. Ayrıca ankete kullanılan likert ölçekli maddelerin güvenilirliği test edilmiştir. Daha sonra ölçeğe faktör analizi yapılmış ve belirlenen alt boyutların Kurksal – Wallis testi ile test edilmiş ve bulgular yorumlanmıştır.

3.4.1 Güvenilirlik

Çalışmamızda, ankete konulan Likert ölçekli maddelerin (soruların) analizi, pek çok sorunun cevabını aydınlatmaktadır. Deneme ölçeğinde bulunan maddelerin, ölçülmesi planlanan yapıyı açıklayacak ilişki içinde olup olmadığını, her maddenin diğerleriyle ne ölçüde ilişkili olduğunu, hangi maddelerin en iyi ölçümü verdiğini ve hangi maddelerin güvenilirlik ve geçerliliğinin yüksek olduğunu bulmak bu şekilde mümkün olmaktadır. Maddelerde güvenilirlik ve geçerlilik önemli olduğundan bu iki temel özelliğe ilişkin bulgular araştırılmaktadır. Böylelikle güvenilirlik, bir ölçme aracının duyarlı birbiri ile tutarlı ve kararlı ölçme sonuçları verebilmesi anlamını taşımaktadır. Geçerlilik ise; bir ölçme aracının, bu araçla ölçülmek istenen özelliğin ölçülerini diğer özellik ve özelliklerin ölçekleriyle karıştırmadan değerlendirebilme derecesidir.

Likert tipi ölçeklerde öncelikle iç tutarlılığın test edilmesi gerekmektedir. Likert tipi bir ölçeğin güvenilirliğini test etmek için; Cronbach tarafından geliştirilen ve kendi adıyla α Cronbach katsayısının kullanılması gerekir. Ölçeğin α katsayısı ne kadar yüksek olursa bu ölçekte bulunan maddelerin o ölçüde birbirleriyle tutarlı ve aynı ölçeğin unsurlarını tanımlamaya yönelik maddelerden oluştuğu söylenebilir. Likert tipi bir ölçekte yeterli sayılabilecek güvenilirlik katsayısı mümkün olduğunca 1'e yakın olmalıdır. Alfa değeri 0 ile 1 arasında yer alır ve kabul edilebilir bir alfa değerinin en az 0,65 olması arzu edilir. Ancak, inceleme türü araştırmalarda bu değer 0,5'e kadar çekilebilmektedir. Çalışmamızda sorulan likert ölçekli maddelerin çalışanlar tarafından anlaşılıp anlaşılmadığı Cronbach testi ile test

edilmiştir. Test sonucu anketin % 86,4 (güvenilirlik katsayısı) oranında güvenilir bir anket olduğu ortaya çıkmıştır.

3.5 Araştırma Bulguları

Yataklı sağlık işletmelerinin yöneticilerin demografik özelliklerine ilişkin frekans dağılım tablolarının yanı sıra likert ölçek tipi sorunların frekans ve yüzde frekans dağılımları ile ortalama ve standart sapmaları tablolar halinde verilmiştir. Ayrıca likert ölçekli maddelere faktör analizi uygulanarak alt boyutlar elde edilmiştir. Bu alt boyutlara hastane işletmeleri yöneticilerin farklı özelliklerini göz önünde bulundurarak, bakışlarında birbirinden farklılık olup olmadıkları istatistiksel olarak test edilmiştir.

3.5.1 Yataklı Sağlık Kuruluşlarındaki Yöneticilerin Sosyo – Demografik Özelliklerine İlişkin Frekans Dağılım Tabloları

Ankete katılan yataklı sağlık kuruluşlarındaki yöneticilerin genel özelliklerinden, cinsiyet, medeni durum, yaş, çocuk sayısı, kendi ve anne babalarının eğitim düzeyleri, görevleri, çalışma süreleri, yönetil ile ilgili eğitim alma durumları tablolar halinde ele alınmıştır.

Tablo 3.1: Hastane Yöneticilerinin Yaş Dağılımları

	Frekans	% Frekans
35 ve az	20	29,9
36-40	15	22,4
41-45	10	14,9
46 ve +	22	32,8
Toplam	67	100,0

Ankete katılanlardan % 32,8'inin 46 yaşın üstünde, % 29,9'unun 36 yaşın altında, % 22,4'ünün 36 ile 40 yaş arasında, % 14,9'unun ise 41 ile 45 yaş arasında olduğu anlaşılmaktadır.

Tablo 3.2: Hastane Yöneticilerinin Cinsiyet Dağılımı

	Frekans	% Frekans
Kadın	28	41,8
Erkek	39	58,2
Toplam	67	100,0

Edirne ilinde bulunan devlet ve özel hastane yöneticileriyle yapılan bu araştırmada, ulaşılmaması planlanan yönetici sayısı 80 yöneticiden 67 yöneticiyle anket yapılmıştır. Katılımcıların 28'si kadın 39'u erkektir. Genelde Türkiye'de Hastanede çalışan toplam personel sayısının yaklaşık % 65'i kadınlardan oluşmaktadır, çalışmaya tabi olan Edirne ilinde yönetici sayılarına baktığımızda kadınların yönetimde daha az söz sahibi olduğunu söylemek mümkün olabilmektedir.

Tablo 3.3: Hastane Yöneticilerinin Eğitim Düzeylerine İlişkin Frekans Dağılımları

	Frekans	% Frekans
Lise	5	7,6
Ön Lisans	11	16,7
Lisans	25	37,9
Y.Lisans	14	21,2
Doktora	11	16,7
Cevap vermeyen	1	
Toplam	67	

Hastane yöneticilerinden Ankete katılan yöneticilerden % 37,9'unun lisans eğitimi aldığını, % 21,2'sinin yüksek lisanslı olduğunu, % 16,7'sinin ön lisans eğitimi aldığını, % 16,7'sinin doktora yaptığını, sadece % 7,6'sının lise mezunu olduğunu görüyoruz. Ankete katılan yöneticilerden sadece 1 kişi bu soruya cevap vermemiştir.

Tablo 3.4: Ankete Katılan Hastane Yöneticilerinin Görev Dağılımı

	Frekans	% Frekans
Başhekim	4	6,0
Başhekim Yardımcısı	17	25,4
Hastane Müdürü	10	14,9
Hastane Müd. Yrd.	12	17,9
Baş Hemşire	8	11,9
Baş Hemşire Yard.	7	10,4
Diğer	9	13,4
Toplam	67	100,0

Ankete katılanların % 25,4'ünün başhekim yardımcısı, % 17,9'unun hastane müdür yardımcısı, % 14,9'unun hastane müdürü, % 11,9'unun başhemşire, % 10,4'ünün başhemşire yardımcısı, % 6'sının başhekim olduğu Tablo 4'de verilmiştir. Ankete katılanlardan % 13,4'ünün diğer mesleklerden olduğu tespit edilmiştir (koordinatör, halkla ilişkiler, muhasebe şefi, bilgi işlem sorumlusu).

Tablo 3.5: Hastane Yöneticilerinin Toplam Çalışma Süreleri

	Frekans	% Frekans
0-5	8	11,9
6-10	5	7,5
11-15	13	19,4
16-20	15	22,4
21 ve +	26	38,8
Toplam	67	100,0

Ankete katılanlardan % 38,8'inin 21 yılın üstünde, % 22,4'ünün 16 ile 20 yıl arası, % 19,4'ünün 11 ile 15 yıl arası, % 11,9'unun 5 yılın altında ve % 7,5'inin 6 ile 10 yıl arası çalıştıkları Tablo 5'den anlaşılmaktadır.

Tablo 3.6: Yöneticilerin Görev Yaptıkları Kurumda Toplam Çalışma Süreleri

	Frekans	% Frekans
0-5	21	31,3
6-10	15	22,4
11-15	14	20,9
16-20	10	14,9
21 ve +	7	10,4
Toplam	67	100,0

Ankete katılanların % 31,3'ünün 5 yılın altında, % 22,4'ünün 6 yıl ile 10 yıl arası, % 20,9'unun 11 ile 15 yıl arası, %14,9'unun 16 ile 20 yıl arası, % 10,4'ünün 21 yılın üstünde halen çalışmakta oldukları kurumda görev yaptıklarını belirtmişlerdir.

Tablo 3.7: Ankete Katılanların Hastane Yönetimiyle İlgili Eğitim Alma Durumları

	Frekans	% Frekans
Evet	24	35,8
Hayır	43	64,2
Toplam	67	100,0

Ankete katılan hastane yöneticilerinin % 64,2'si hastane yönetimi ile ilgili eğitim almadığını, % 35,8'i bu konuda eğitim aldığını beyan etmişlerdir. Sağlık hizmetlerinin yönetimi, sağlık kuruluşlarının mimarisinden başlayarak, laboratuvar hizmetleri, ameliyathane hizmetlerinin yanı sıra otelcilik hizmetleri, yeme-içme ve temizlik hizmetleri, finansal yönetim, insan kaynakları planlaması gibi çok geniş bir yelpazeye yayılan ve birbirinden farklı pek çok faaliyetin bir arada yürütülmesini gerekli kılmaktadır. Bu çeşitlilik ve karmaşıklık karşısında hastanelerin profesyonel yöneticilerle yönetilmesi gerekmektedir.

Tablo 3.8: Hastane Yöneticilerinin Medeni Durumu

	Frekans	% Frekans
Evli	52	77,6
Bekâr	14	20,9
Cevap vermeyen	1	1,5
Toplam	67	100,0

Hastane yöneticilerinin % 78,8'inin evli, % 21,2'sinin bekâr olduğunu görüyoruz.

Tablo 3.9: Hastane Yöneticilerinin Çocuk Sayısı

	Frekans	% Frekans
Yok	7	10,4
1	20	29,9
2	23	34,3
3	4	6,0
4 ve +	1	1,5
Cevap vermeyen	12	17,9
Toplam	67	100,0

Tablo 9’da görüldüğü gibi hastane yöneticilerinin % 34,3’ünün en fazla 2 çocuğa sahip olduğunu, % 1,5’inin 4 ve daha fazla çocuğa sahip olduğunu ve % 10,4’ünün evli olup da çocuğu olmayan kişiler olduğu anlaşılmaktadır.

Tablo 3.10: Hastane Yöneticilerinin Eşlerinin Çalışma Durumu

	Frekans	% Frekans
Çalışıyor	36	53,7
Çalışmıyor	11	16,4
Emekli	7	10,4
Cevap vermeyen	13	19,4
Toplam	67	100,0

Ankete katılan yöneticilerin eşlerinin % 53,7 si çalışıyor iken % 16,4’ü çalışmıyor, % 10,4’ü ise emekli olduğu Tablo 10’den anlaşılmaktadır.

Tablo 3.11: Hastane Yöneticilerinin Babalarının Eğitim Durumu

	Frekans	% Frekans
Okumamış	1	1,5
İlkokul	38	56,7
Ortaokul	4	6,0
Lise	9	13,4
Üniversite	14	20,9
Cevap vermeyen	1	1,5
Toplam	67	100,0

Ankete katılan yöneticilerin babalarının % 56,7’sinin ilkokul mezunu olduğunu görüyoruz. % 20,9’unun babasının üniversite mezunu, % 13,4’ünün lise mezunu, % 6’sının

ortaokul mezunu olduğunu sadece bir kişinin babasının hiç okula gitmediğini tespit ederken 1 kişi de bu soruya yanıt vermemiştir.

Tablo 3.12: Hastane Yöneticilerinin Annelerinin Eğitim Durumu

	Frekans	% Frekans
Okumamış	4	6,0
İlkokul	46	68,7
Ortaokul	4	6,0
Lise	9	13,4
Üniversite	2	3,0
Cevap vermeyen	2	3,0
Toplam	67	100,0

Ankete katılan yöneticilerin annelerinin % 68,7'sinin ilkokul mezunu olduğunu görüyoruz. % 13,4'ünün lise, % 6,0'ının ortaokul, % 6,0'ının hiç okur – yazar olmadığı tespit edilirken yalnızca % 3,0'ının üniversite mezunu olduğu anlaşılmaktadır. Ankete katılanlardan 2 kişi bu soruyu boş bırakmıştır.

Tablo 3.13: Anketin Yapıldığı Hastaneler Ve Katılımcı Sayıları

	Frekans	% Frekans
Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi	11	16,4
Edirne Devlet Hastanesi	7	10,4
Selimiye Devlet Hastanesi	10	14,9
Göğüs Hastalıkları Hastanesi	6	9,0
Uzunköprü Devlet Hastanesi	7	10,4
Keşan Devlet Hastanesi	6	9,0
İpsala Devlet Hastanesi	4	6,0
Özel Vatan Hastanesi	4	6,0
Özel Trakya Hastanesi	5	7,5
Özel Ekol Hastanesi	7	10,4
Toplam	67	100,0

Bu anket Edirne merkez ve ilçelerdeki devlet ve özel hastane yöneticilerine yapılmıştır. Ankete katılan hastane yöneticilerinin % 16,4'ü (11 kişi) Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nden, % 14,9'u (10 kişi) Selimiye Devlet Hastanesi'nden, % 10,4'ü (8 kişi) Özel Ekol Hastanesi'nden, % 10,4'ü (7 kişi) Edirne Devlet Hastanesi'nden, % 10,4'ü (7 kişi) Uzunköprü Devlet Hastanesi'nden, % 9,0'ı (6 kişi) Keşan Devlet Hastanesi'nden, %

7,5'i (5 kişi) Özel Trakya Hastanesi'nden, % 6,0'sı (4 kişi) İpsala Devlet Hastanesi'nden, % 6,0'sı (4 kişi) Özel Vatan Hastanesi'nden, % 9,0'ı (6 kişi) Göğüs Hastalıkları Hastanesi'ndendir.

3.5.2 Yataklı Sağlık Kuruluşlarının Yönetim ve Organizasyona Bakışlarına İlişkin Frekans Dağılımları

Yataklı sağlık kuruluşlarının yönetim ve organizasyona bakışlarına ilişkin frekans dağılımlarına Tablo 14'den bakıldığında, hastane vizyonunun oluşturulmasında yöneticilerin % 65,7'si hastane vizyonunun oluşturulmasında aktif rol aldıklarına tamamen katıldıklarını, % 22,4'ünün katıldıklarını belirtirken, % 4,5'i aktif rol almadıklarına tamamen katılmadıklarını, % 6,0'nın katılmadığını, % 1,5'nin bu konuda kararsız olduğunu görmekteyiz. Ankete katılan hastane yöneticilerinin % 88,1'i bu soruya katılıyorum ve tamamen katılıyorum cevabını vererek hastane vizyonunun oluşturulmasında aktif rol aldıklarını görmekteyiz.

İşletmemizde tıbbi hizmetlerin organizasyonu düzenli bir şekilde yürütülmektedir sorusuna ankete katılan yöneticilerden % 55,2'si tıbbi hizmetlerin organizasyonunun düzenli bir şekilde yürütüldüğüne tamamen katılırken, % 32,8'i katılıyorum cevabını verirken % 3,0'ı hiç katılmadığını, % 1,5'i katılmadığını belirtirken % 6,0'sı kararsız olduğunu belirtmiştir. Edirne'deki hastane yöneticilerinin % 88'i tıbbi hizmetlerin organizasyonunun düzenli bir şekilde yürütüldüğünü belirtmişlerdir. Ankete katılan hastane yöneticilerinin % 88'i bu soruya tamamen katılıyorum ve katılıyorum cevabını vererek Edirne ilindeki hem devlet hastanelerinde hem özel hastanelerde tıbbi hizmetlerin organizasyonunun düzenli bir şekilde yürütüldüğünü, bunun da Edirne ilinde yaşayanlar için sevindirici bir sonuç olduğunu görmekteyiz.

Ankete katılan yöneticilerden % 55,2'si idari ve mali hizmetlerin organizasyonunun düzenli bir şekilde yürütüldüğüne tamamen katılırken, % 32,8'i katılıyorum cevabını verirken % 3,0'ı hiç katılmadığını, % 1,5'i katılmadığını belirtirken % 6,0'sı kararsız olduğunu belirtmiştir. Ankete katılan hastane yöneticilerinin % 88'i bu soruya tamamen katılıyorum ve katılıyorum cevabını vererek Edirne ilindeki hem devlet hastanelerinde hem özel hastanelerde

idari ve mali hizmetlerin organizasyonunun düzenli bir şekilde yürütüldüğünü, bunun da Edirne ilinde yaşayanlar için sevindirici bir sonuç olduğunu görmekteyiz.

Ankete katılan yöneticilerden % 61,2'si yönetimle ilgili düzenli toplantılar yapıldığı görüşüne tamamen katılıyor, % 17,9'u katılıyor, % 9,0'ı tamamen katılmıyorken yine % 9,0'ı bu fikre katılmadığını belirtmiştir. % 3'lük bir dilim bu konuda kararsız olduklarını belirtmişlerdir. Toplantı insanların iletişimlerini sağladıkları ortak yöntemlerden biri olup bir gündem üzerinde görüşmek amacıyla ilgililerin katılmasıyla, hem bilgi vermek hem de almak amacıyla düzenlendiği için insanların birbiriyle temas kurmasını sağlar. Belirlenmiş hedeflere doğru ilerlemeyi saptamak, kişileri yeni gelişmelere ya da değişik bir hareket planına katabilmek için, mevcut sorunları çözmeye yönelik, yeni fikirler üretmek, sorumluluğu paylaşmak, genelde herkesi tatmin edecek biçimdeki en iyi çözüm yolunu bulmak amacıyla toplantılar düzenlenir. Ankete katılan hastane yöneticilerinin % 79,1'i bu soruya tamamen katılıyorum ya da katılıyorum cevabını vererek, yukarıda toplantı ile ilgili yapılan açıklamaları da göz önünde bulundurarak Edirne ilindeki hastanelerde düzenli toplantıların yapılması özellikle tıbbi hizmetlerin düzenli yürütülmesi adına beklenen bir durumdur.

İşletmemizde çalışanlar arasında iş birliği ve ekip çalışması vardır sorusuna verilen cevaplara bakıldığında % 53,7'si tamamen katılıyorum, % 25,4'ü katılıyorum, % 7,5 katılmıyorum yanıtı verirken, % 6,0'sı bu fikre tamamen katılmadıklarını, % 6,0'ı ise kararsızım cevabını vermişlerdir. Ankete katılan hastane yöneticilerinin % 79,1'i bu soruya ya tamamen katıldıklarını ya da katıldıklarını belirterek Edirne ilindeki hastanelerde çalışanlar arasında iş birliği ve ekip çalışması olduğunu belirtmişlerdir. İş birliği, ortak çıkarlar adına güçleri, birikimleri bir araya getirerek, birlikte hareket etmektir; ekip çalışması ise, kurum içerisinde kişiler arasında bağımsızlığı ve iletişimi geliştirip, güven ortamının oluşmasına zemin hazırlayan ve bu ortamın kalıcı olmasını sağlayan bir çalışma sistemidir. Ekip çalışması, bir kişinin tek başına üretebileceğinden daha fazla fikir üretebilir ve çözüm önerisi geliştirebilir. Böylece tek kişi tarafından çözümlenmesi güç vakaları daha kolay sonuca ulaştırma gücüne sahip olur. Çeşitli uzmanlık alanlarından oluşturulan ekibin ortak çalışması sonucu, düşünme kapasitesi yükselmiş ve sorunlar çok yönlü ele alınmış olur. Yanlış karar verme ve yanlış uygulama riski ekip çalışmasıyla en aza indirilmiş olur. İşletmelerde belirlenen hedeflere ulaşmak için iş birliği ve ekip çalışması bu kadar önemliken, Edirne ilindeki hastanelerde ekip çalışmasının olması hem verilen hizmetlerin en iyi şekilde

yürütülmesine hem de mevcut sorunlara çözüm getirilmesinde çok önemli olduğundan Edirne ili adına sevindirici bir durumdur.

İşletmemizde kararlar kişilerden çok yönetim kurullarınca alınmaktadır sorusuna % 47,8'ü tamamen katılıyorum, % 29,9'u katılıyorum, % 9,0'u katılmıyorum, % 6,0'sı tamamen katılmıyorum yanıtı verirken % 4,5'i bu konuda kararsız olduklarını belirtmişlerdir. Ankete katılan yöneticilerden 2 kişi bu soruyu boş bırakmıştır. Yönetim Kurulu; verilen hizmetin kalitesini sağlama faaliyetlerini denetleyen hastane içi organların en önemlisidir. Çünkü hastanenin tümü ile ilgili en son değerlendirme bu kurul tarafından yapılmaktadır. Ayrıca, bu organ, hastanenin kusursuz bir işletme olmasını sağlamadan da sorumludur. Ankete katılan hastane yöneticilerinin % 77,7'si bu soruya ya tamamen katıldıklarını ya da katıldıklarını belirterek, Edirne ilindeki hastanelerin modern bir işletme olmayı amaçladıklarını görmekteyiz.

İşletmemizde yapılan toplantılar belirli periyodlar halindedir sorusuna % 56,7 tamamen katılıyorum, % 19,4'ü katılıyorum, % 11,9'u tamamen katılmıyorum, % 6,0'sı katılmıyorum yanıtını vermiş, % 6,0'sı kararsız olduklarını belirtmişlerdir. Daha öncede bahsedildiği gibi işletmelerde sağlıklı iletişimin sağlanabilmesi ve güvenilir ortak kararlar alınabilmesi için toplantılar çok önemlidir. Bu toplantıların belirli periyodlar halinde yapılması mevcut sorunlara çözüm getirmede çok daha önemlidir. Ankete katılan hastane yöneticilerinin % 76,1'i bu soruya tamamen katılarak ya da katıldıklarını belirterek Edirne ilindeki hastanelerde yönetim ve organizasyon faaliyetlerinin düzenli bir şekilde yürütüldüğünü göstermektedir.

İşletmemizde çalışanlar ve bölümler arasında iletişim kanalları açıktır sorusuna % 67,2'si tamamen katılıyorum, % 19,4'ü katılıyorum, % 9,0'u tamamen katılmıyorum, % 4,5'i ise katılmıyorum yanıtı vermişlerdir. Ankete katılan hastane yöneticilerinin % 86,6'sı bu soruya ya katıldıklarını ya da tamamen katıldıklarını belirterek, Edirne ilindeki hastanelerde karar verme ve çalışanların birbirini anlamalarının sağlandığını görmekteyiz. Hastanemizde çalışanlar arasında işbirliği ve ekip çalışması teşvik edilmektedir sorusuna tamamen katılanlar % 62,7, katılanlar % 20,9, katılmıyorum yanıtını verenler % 7,5, tamamen katılmıyorum yanıtını verenler % 4,5 iken bu konuda yöneticilerin % 4,5'i kararsız olduklarını belirtmişlerdir. Ankete katılan hastane yöneticilerinin % 62,7'si bu soruya katıldıklarını

belirterek, Edirne ilindeki hastanelerde çalışanların bu konuda teşvik edilmeleri Edirne ili adına sevindirici bir durumdur.

İşletmemizde sunulan (hekimlik, mali, idari, teknik) hizmetlerin uygulaması ve denetimine yönelik mevcut yasal yetkilerimi tam olarak kullanabilmekteyim sorusuna tamamen katılanlar % 50,7, katılıyorum yanıtını verenler % 37,3, tamamen katılmıyorum yanıtını verenler % 7,5, katılmıyorum yanıtını verenler % 3,0 iken kararsız yanıtını verenler % 1,5 ile yalnızca 1 kişidir. Ankete katılan hastane yöneticilerinin % 88'i bu soruya katıldıklarını ve tamamen katıldıklarını belirterek mevcut yasal yetkilerini tam olarak kullanabildiklerini belirtmişlerdir. Bu da Edirne ilindeki hastane yöneticilerinin üst yönetimin baskısına maruz kalmadan yasal çerçevede yönetildiklerini göstermektedir. Ankete katılan hastane yöneticileri, işletmemizde sunulan hizmetlerin çok çeşitli oluşu yönetimi zorlaştırmaktadır sorusuna, % 35,8 ile katılıyorum, % 28,4 ile tamamen katılıyorum, % 17,9 ile tamamen katılmıyorum, % 10,4 ile katılmıyorum cevabını verirken % 10,4'ü bu konuda kararsız olduklarını belirtmişlerdir. Yukarıda da bahsettiğimiz gibi sağlık hizmetlerinin yönetimi, sağlık kuruluşlarının mimarisinden başlayarak, laboratuvar hizmetleri, ameliyathane hizmetlerinin yanı sıra otelcilik hizmetleri, yeme-içme ve temizlik hizmetleri, finansal yönetim, insan kaynakları planlaması gibi çok geniş bir yelpazeye yayılan ve birbirinden farklı pek çok faaliyetin bir arada yürütülmesini gerekli kılmaktadır. Bu çeşitlilik ve karmaşıklık karşısında yönetimin zorlaşması beklenen bir sonuçtur.

İşletmemizde çalışan personelin farklılığı yönetimi zorlaştırmaktadır sorusuna ise hastane yöneticileri % 44,8 ile katılıyorum, % 19,4 ile tamamen katılmıyorum, % 17,9 ile tamamen katılıyorum, % 13,4 ile katılmıyorum cevabını verirken % 4,5'i bu konuda kararsız olduklarını belirtmişlerdir. Günümüzün en karmaşık işletmeleri konumundaki hastanelerin yönetimini özellikli kılan en önemli faktör oldukça karmaşık iş gören karmasına sahip olmalarıdır. Hastaneler, amaçlarına etkin olarak ulaşabilmeleri için eğitim ve deneyimleri birbirinden oldukça farklı iş gören gruplarının eş zamanlı faaliyetlerini örgütlemek ve yönetmek zorundadırlar. Bu şartlar altında hastane yöneticilerinin yönetimde zorlanmaları beklenen bir durumdur.

İşletmemizde yönetimin performansını değerlendirecek göstergeler mevcuttur sorusuna hastane yöneticilerinin % 43,3'ü tamamen katılıyorum, % 28,4'ü katılıyorum, % 13,4'ü tamamen katılmıyorum, % 7,5'i katılmıyorum, % 6,0'sı kararsız kaldıklarını

belirtirken bu soruyu bir yönetici boş bırakmıştır. Eğitim düzeyleri, meslekleri çok farklı pek çok insanın bir arada çalıştığı hastanelerde yönetimin performansını değerlendirecek göstergelerin olması ve bu konuda hastane yöneticilerinin bu soruya tamamen katılmaları oldukça sevindirici bir durumdur.

İşletmemiz profesyonel kişilerce yönetilmektedir sorusuna % 35,8'i katılıyorum, % 20,9'u tamamen katılıyorum, % 16,4'ü kararsızım, % 13,4'ü tamamen katılmıyorum, % 9,0'u katılmıyorum yanıtını veren hastane yöneticilerinden % 4,5'i bu soruyu boş bırakmıştır. Günümüzün en karmaşık yönetim yapısına sahip işletmeleri konumundaki hastanelerin profesyonel kişilerce yönetilmesi şarttır. Edirne ilindeki hastane yöneticilerinin % 56,7'si bu soruya ya katıldıklarını ya da tamamen katıldıklarını belirterek çalıştıkları kurumların profesyonel kişilerce yönetildiğini göstermektedir. İşletmemizde yönetsel karışıklık yaşamaktayım sorusuna hastane yöneticilerinin % 46,3'ü tamamen katılmıyorum, % 25,4'ü katılıyorum, % 16,4'ü tamamen katılıyorum, % 6,0'sı kararsızım, % 4,5'i katılmıyorum yanıtını verirken yöneticilerin % 1,5'i bu soruyu boş bırakmıştır. Yine yöneticilerin yönetsel karışıklık konusunda verdikleri cevaplara bakılacak olursa bu fikre tamamen katılmayanların % 46,3 oluşu hastane yönetiminde yönetsel karışıklıkların olmadığını göstermektedir. Bu kadar özelliikli yönetim bilgileri ve becerileri isteyen hastanelerde yönetsel karışıklık yaşanmaması Edirne halkı adına iyi bir göstergedir.

İşletmemizde genel bütçenin ve döner sermaye bütçesinin olması işletme yönetimine avantaj sağlıyor sorusuna hastane yöneticilerinin % 52,2'si tamamen katılıyorum, % 23,9'u katılıyorum, % 11,9'u kararsızım, % 9,0'u tamamen katılmıyorum yanıtını verirken % 3,0'ü bu soruyu boş bırakmıştır. Hastanelerde döner sermayeden elde edilen gelirler hem hastane için hem de çalışanlar için çok önemli bir yer tutmaktadır. Ankete katılan hastane yöneticilerinin % 76,1'i bu soruya ya katıldıklarını ya da tamamen katıldıklarını belirterek döner sermaye bütçesinin hastane yönetimine avantaj sağladığını belirtmişlerdir. Bu da beklenen bir sonuçtur.

İşletmemizde yönetsel faaliyetlerimizde üst yönetimden yeterince destek görmekteyim sorusuna hastane yöneticilerinin % 56,7'si tamamen katılıyorum, % 23,9'u katılıyorum, % 7,5'i tamamen katılmıyorum, % 6,0'sı katılmıyorum, % 4,5'i kararsızım yanıtını verirken % 1,5'i bu soruyu boş bırakmıştır. Bu soruya tamamen katılıyorum ve katılıyorum yanıtını veren yöneticilerin oranı % 80,6'dır. Oranın bu kadar yüksek olması hastanelerde yürütülen

hizmetlerde, hastane yöneticilerinin üst yönetimlerle (sağlık müdürlüğü, valilik, sağlık bakanlığı vs.) koordineli bir şekilde çalıştıklarını ve yürüttükleri hizmetlerde destek gördüklerini göstermektedir.

Hastane işletmelerine yönetici atamasında eğitim ve liyakat şarttır sorusuna hastane yöneticilerinin % 79,1'i tamamen katılıyorum, % 11,9'u katılıyorum, % 4,5'i katılmıyorum, % 1,5'i tamamen katılmıyorum, yine % 1,5'i kararsızım yanıtını verirken % 1,5'i bu soruyu boş bırakmıştır. Hastane yöneticiliğinin, iş görenlerin ve hastanelerde verilen hizmetlerin çeşitliliğini göz önünde bulundurarak, yönetim konusunda eğitilmiş ve hastane yönetimi konusunda yeterli beceriye sahip kişilerden oluşması şarttır. Bu soruya tamamen katılıyorum ve katılıyorum yanıtını verenlerin toplamı % 91,1 ile savunduğumuz fikri doğrulamaktadır ve beklenen bir sonuçtur.

Hastane işletmelerine yönetici atamasında tecrübe şarttır sorusuna hastane yöneticilerinin % 68,7'si tamamen katılıyorum, % 19,4'ü katılıyorum, % 6,0'sı tamamen katılmıyorum, % 3,0'ü katılmıyorum, % 1,5'i kararsızım yanıtını verirken bir yönetici bu soruyu boş bırakmıştır. Ankete katılan yöneticilerden bu soruya tamamen katılıyorum ve katılıyorum yanıtını verenler % 88,1 ile hastane yöneticilerinin atanmasında tecrübenin şart olduğunu belirtmektedirler. Hastanelerde verilen hizmetlerin çeşitliliği ve kesintisiz hizmet verilmesi gerektiğinden hastane yönetiminin oldukça zor olması bu konuda tecrübeli yöneticilerle yönetilmesini şart kılmaktadır. İşletmeniz için uygulanmakta olan yasal düzenlemeler yeterlidir sorusuna hastane yöneticilerinin % 32,8'i tamamen katılıyorum, % 37,3'ü katılıyorum, % 10,4'ü kararsızım ve yine % 10,4'ü katılmıyorum, % 4,5'i tamamen katılmıyorum yanıtını verirken % 4,5'i bu soruyu boş bırakmıştır. Ankete katılan yöneticilerden % 70,1'i bu soruya tamamen katıldıklarını ya da katıldıklarını belirterek hastanelerde uygulanmakta olan yasal düzenlemelerin yeterli olduğunu belirtmişlerdir.

Döner sermaye işletmesi gelir ve giderlerine işletmenin amaçları doğrultusunda yön verebiliyorum sorusuna hastane yöneticilerinin % 37,3'ü tamamen katılıyorum, % 22,4'ü katılıyorum, % 14,9'u kararsızım, % 13,4'ü tamamen katılmıyorum, % 4,5'i katılmıyorum yanıtını verirken % 7,5'i kararsız kaldıklarını belirtmişlerdir. Ankete katılan hastane yöneticilerinin % 59,7'si bu soruya ya katıldıklarını ya da tamamen katıldıklarını belirterek hastanelerde hem çalışanlar hem de hastane için önemli bir yer tutan döner sermaye gelir ve

giderlerine işletmenin amaçları doğrulduğunda yön verebildiklerini ifade etmişlerdir. İşletmenin üst yönetimi çok sık değişmektedir. Bu durum karar verme süreçlerini olumsuz etkilemektedir sorusuna hastane yöneticilerinin % 37,3'ü tamamen katılmıyorum, % 28,4'ü tamamen katılıyorum, % 20,9'u katılıyorum, % 9,0'u katılmıyorum, % 1,5'i kararsız olduklarını belirtirken % 3,0'ü bu soruyu boş bırakmıştır.

Personelimi çalıştırmada motivasyona önem veririm sorusuna hastane yöneticilerinin % 85,1'i tamamen katılıyorum, % 9,0'u katılıyorum, % 1,5'i tamamen katılıyorum yanıtını verirken % 4,5'i bu soruyu boş bırakmıştır. Hastaneler 24 saat hizmet veren işletmeler olduğu için yöneticilerin çalışanlara motivasyonda bulunması, iş gücü performansını arttırmaya, işyeri atmosferinin iyileşmesine, çalışma barışının sağlanmasına ve işyeri tatmininin artmasına kolaylık sağlayacaktır. Ankete katılan hastane yöneticilerinin neredeyse tamamının personelini çalıştırmada motivasyona önem vermesi Edirne ili adına sevindirici bir durumdur.

Personel arasındaki çatışmaları çözümlemede aktif rol alırım sorusuna hastane yöneticilerinin % 80,6'sı tamamen katılıyorum, % 13,4'ü katılıyorum, % 3,0'ü tamamen katılmıyorum, % 1,5'i kararsızım yanıtını verirken yine % 1,5'i bu soruyu boş bırakmıştır. Hastane çalışanlarının eğitim farklılıklarını ve meslek çeşitlerinin farklılığını göz önünde bulundurursak aralarında çatışma olması kaçınılmazdır. Yöneticilerin bu çatışmaları çözümlemede aktif rol olmaları hem sorunun çözümünü kolaylaştıracak hem de zaman içinde çatışmaların azalmasına ortam hazırlayacaktır. Yine ankete katılan hastane yöneticilerinin neredeyse tamamının personel arasındaki çatışmaları çözümlemede aktif rol alması, çalışanlar arasındaki sorunların çok kısa sürede çözümlenmesini sağlayacak ve iş birliği için ortam hazırlayacaktır.

İyi bir önder olduğuma inanıyorum sorusuna hastane yöneticilerinin % 53,7'si tamamen katılıyorum, % 35,8'i katılıyorum, % 3,0'ü tamamen katılmıyorum, % 1,5'i kararsızım yanıtını verirken % 6,0'sı bu soruyu boş bırakmıştır. Önder, topluları arkalarından sürükleyen, onların ufkunu açan, yeniliklere açık olan, basmakalıplara takılı kalmayan, sürekli kendini yenileyen ve sorunların çözümüne en hızlı, en pratik yollarla çözüm üreten, toplulukları pozitif motive edebilen kimselere denir. Kendi düşüncelerini, istek ve iradesini yanındaki kişilerin sevgi, saygı ve güvenini kazanarak onlara kabul ettirebilen kişilerdir (www.karabork.com). Ankete katılan hastane yöneticilerinin % 89,5'i iyi bir önder olduklarını düşünmektedirler. Edirne ilindeki hastane yöneticilerinin yeniliklere açık, en hızlı

ve en pratik çözüm yolları bulabilen, hastane çalışanlarını pozitif motive edebilen kişiler olduklarını düşünmeleri beklenen ve arzu edilen bir durumdur.

Astlarının fikir ve düşüncelerine önem veririm sorusuna hastane yöneticilerinin % 89,6'sı tamamen katılıyorum, % 4,5'i katılıyorum, % 1,5'i tamamen katılmıyorum, % 1,5'i katılmıyorum yanıtını verirken % 3,0'ü bu soruyu boş bırakmıştır. Edirne ilindeki hastane yöneticilerinin neredeyse tamamının astlarının fikir ve düşüncelerine önem vermesi çalışanlar ve bölümler arasında iletişim kanallarının açık olduğunu, hastane yöneticilerinin ekip çalışması ve ekip ruhunun oluşması için uygun bir ortam hazırlamaya çalıştıklarını göstermektedir.

Araştırmaya katılanların yanıtlar düzeyindeki dağılımı ise Tablo 14'de gösterilmiştir. Tabloda gösterilen \bar{X} değeri normal dağılımın kayma yönünü gösterir. 3'ten büyük olması "tamamen katılıyorum" seçeneğine, küçük olması ise "tamamen katılmıyorum" seçeneğine yaklaşıldığını gösterir.

Tablo 3.14: Sağlık İşletmeleri Yöneticilerinin, Yönetim ve Organizasyon Maddelerine İlişkin Görüşlerinin Frekans Dağılım Tablosu

DEĞİŞKENLER	Hiç Katılmıyorum	Katılmıyorum	Fikrim yok	Katılıyorum	Tamamen	\bar{X}	σ
	fi	f _i	fi	fi	fi		
İşletmemizde yöneticiler hastane vizyonunun oluşturulmasında aktif rol alırlar	3 4,5	4 6	1 1,5	15 22,4	44 65,7	4,45	1,049
İşletmemizde tıbbi hizmetlerin organizasyonu düzenli bir şekilde yürütülmektedir	2 3,0	1 1,5	4 6,0	22 32,8	37 55,2	4,42	0,878
İşletmemizde idari ve mali hizmetlerin organizasyonu düzenli bir şekilde yürütülmektedir	1 1,5	2 3,0	4 6,0	22 32,8	37 55,2	4,41	0,859
İşletmemizde yönetimle ilgili düzenli olarak toplantılar yapılır	6 9,0	6 9,0	2 3,0	12 17,9	41 61,2	4,19	1,328
İşletmemizde çalışanlar arasında işbirliği ve ekip çalışması vardır	4 6,0	5 7,5	4 6,0	17 25,4	36 53,7	4,18	1,201
İşletmemizde kararlar kişilerden çok yönetim kurullarınca alınmaktadır	4 6,0	6 9,0	3 4,5	20 29,9	32 47,8	4,17	1,126
İşletmemizde yapılan toplantılar belirli periyodlar halindedir	8 11,9	4 6,0	4 6,0	13 19,4	38 56,7	4,10	1,350
İşletmemizde çalışanlar ve bölümler arasında iletişim kanalları açıktır	6 9,0	3 4,5		13 19,4	45 67,2	4,33	1,260
Çalışanlar arasında işbirliği ve ekip çalışması teşvik edilmektedir	3 4,5	5 7,5	3 4,5	14 20,9	42 62,7	4,34	1,122
İşletmemizde sunulan (hekimlik, mali, idari, teknik) hizmetlerin uygulaması ve denetimine yönelik mevcut yasal yetkilerimi tam olarak kullanabilmekteyim	5 7,5	2 3,0	1 1,5	25 37,3	34 50,7	4,18	1,127
İşletmemizde sunulan hizmetlerin çok çeşitli oluşu yönetimi zorlaştırmaktadır	12 17,9	7 10,4	5 7,5	24 35,8	19 28,4	3,42	1,489
İşletmemizde çalışan personelin farklılığı yönetimi zorlaştırmaktadır	13 19,4	9 13,4	3 4,5	30 44,8	12 17,9	3,27	1,452
İşletmemizde yönetimin performansını değerlendirecek göstergeler mevcuttur	9 13,4	5 7,5	4 6,0	19 28,4	29 43,3	3,88	1,353
İşletmemiz profesyonel kişilerce yönetilmektedir	9 13,4	6 9,0	11 16,4	24 35,8	14 20,9	3,50	1,321
İşletmemizde yönetsel karışıklılık yaşamaktayım	31 46,3	3 4,5	4 6,0	17 25,4	11 16,4	2,55	1,638
İşletmemizde genel bütçenin ve döner sermaye bütçesinin olması işletme yönetimine avantaj sağlıyor	6 9,0		8 11,9	16 23,9	35 52,2	4,26	1,094
İşletmemizde yönetsel faaliyetlerimizde üst yönetimden yeterince destek görmekteyim	5 7,5	4 6,0	3 4,5	16 23,9	38 56,7	4,17	1,248
Hastane işletmelerine yönetici atamasında eğitim ve liyakat şarttır	1 1,5	3 4,5	1 1,5	8 11,9	53 79,1	4,64	0,905
Hastane işletmelerine yönetici atamasında tecrübe şarttır	4 6,0	2 3,0	1 1,5	13 19,4	46 68,7	4,39	1,135
İşletmemiz için uygulanmakta olan yasal düzenlemeler yeterlidir	3 4,5	7 10,4	7 10,4	25 37,3	22 32,8	3,92	1,145
Döner sermaye işletmesi gelir ve giderlerine işletmenin amaçları doğrultusunda yön verebiliyorum	9 13,4	3 4,5	10 14,9	15 22,4	25 37,3	3,79	1,392
İşletmenin üst yönetimi çok sık değişmektedir. Bu durum karar verme süreçlerini olumsuz etkilemektedir	25 37,3	6 9,0	1 1,5	14 20,9	19 28,4	2,98	1,732
Personelimi çalıştırmada motivasyona önem veririm	1 1,5			6 9,0	57 85,1	4,84	0,570
Personel arasındaki çatışmaları çözümlemede aktif rol alırım	2 3,0		1 1,5	9 13,4	54 80,6	4,70	0,784
İyi bir önder olduğuma inanıyorum	2 3,0		1 1,5	24 35,8	36 53,7	4,45	0,815
Astlarımla fikir ve düşüncelerine önem veririm	1 1,5	1 1,5		3 4,5	60 89,6	4,83	0,646

Sonuç olarak bakıldığında en önemli maddenin verilen cevapların ortalamasına göre birinci sırada 4,84 ortalamaya göre personelin çalışmasında motivasyonun önemli olduğunu, ikinci sırada 4,83 ortalamaya göre astlarının fikir ve düşüncelerine önem verdiklerini, üçüncü sırada 4,70 ortalamaya göre personel arasındaki çatışmaları çözümlenmede aktif rol aldıklarını, dördüncü sırada 4,64 ortalamaya göre hastane işletmelerine yönetici atamasında eğitim ve liyakatin şart olduğu ve beşinci sırada 4,45 ortalamaya göre iyi bir önder olduklarını vurgulamışlardır. Bu amaçla bu soruların birbirleriyle olan ilişkilerini ortaya koymak için Faktör analizi uygulanmıştır.

3.5.3 Faktör Analizi

Faktör analizi birbiri ile ilişkili değişkenleri bir araya getirerek az sayıda ilişkisiz ve kavramsal olarak anlamalı değişkenler (faktör boyutlar) bulmayı, keşfetmeyi amaçlayan çok değişkenli bir istatistik yöntemidir. Faktör analizi bir faktörleşme ya da ortak faktör adı verilen yeni değişkenleri ortaya çıkartma ve maddelerin faktör yük değerlerini kullanarak kavramların işlevsel tanımlarını elde etme süreci olarak tanımlanabilir. Faktör analizinin temel iki amacı bulunmaktadır. Bunların ilki; değişken sayısını azaltmak ve ikincisi; değişkenler arasındaki ilişkilerden yararlanarak bazı yeni yapılar ortaya çıkartmaktadır. Bu son amaç; değişkenleri sınıflayarak tek bir faktör altında birleştirmek ve yeni açıklayıcı faktör yapıları oluşturmaktır.

Faktör analizi yapılırken aynı yapıyı ölçmeyen maddelerin ayıklanmasında genellikle aşağıda belirtilen üç ölçüt dikkate alınmalıdır:

- Maddelerin yer aldıkları faktörlerin yük değerlerinin yüksek olması gerekmektedir. Bir faktörle yüksek düzeyde ilişki veren maddelerin oluşturduğu bir küme varsa bu bulgu; o maddelerin birlikte bir kavramı, yapıyı ya da faktörü ölçtüğü anlamına gelir. Faktör yük değerinin 0,45 veya üzerinde bir değer alması seçim için iyi bir ölçü olabilmektedir. Ancak uygulamada az sayıda madde için bu sınır değer 0,30'a kadar indirilebilir.
- Maddelerin tek bir faktörde yüksek ortak varyansa, diğer faktörlerde düşük yük değerlerine sahip olması gerekmektedir. Faktörler arası varyans farkının en az 0,10 olmasına dikkat edilmelidir. Aradaki varyans farkının 0,10'dan düşük olması halinde bu madde ölçekten çıkartılır.

- Önemli faktörlerin, herhangi bir madde birlikte açıkladıkları ortak faktör varyansının yüksek olması gerekmektedir. Maddelerin ortak varyansının 1'e yakın ya da 0,66'nın üzerinde olması iyi bir çözümdür, ancak uygulamada bunu karşılamak genellikle zordur. Ortak faktör varyansının yüksek olmasının, modele ilişkin açıklanan toplam varyansı arttıracığı göz ardı edilmemelidir.

Bu çalışmada maddelere ilişkin faktör analizinin geçerliliğinin test amacı ile Kaiser – Mayer testi sonucu 0,755 çıktığından maddelerimizin faktör analizine uygun olduğu test sonucu belirlenmiştir Anket sorularının hazırlanması aşamasında teorik olarak beş alt boyut düşünülmüştür. Faktör analizi sonucunda da beş alt boyut gerçekleşmiştir. Buna göre; ilk faktör yönetim organizasyon boyutu, ikinci faktör yönetici davranışları boyutu, üçüncü faktör yönetimde planlama boyutu, dördüncü faktör hastane yönetiminin zorlukları ve beşinci faktör yönetimde tecrübe boyutu olarak adlandırılmıştır. Faktörlere maddelerin içerikleri dikkate alınarak isim verilmeye çalışılmıştır. Yönetim ve organizasyon alt boyutlarının açıklanan varyansları aşağıdaki gibidir:

Açıklanan varyanslar:

Faktör 1 (yönetim organizasyon)	: % 28,796
Faktör 2 (yönetici davranışları)	: % 17,089
Faktör 3 (yönetimde planlama)	: % 10,336
Faktör 4 (hastane yönetiminin zorlukları)	: % 9,838
Faktör 5 (yönetimde tecrübe)	: % 6,984
Toplam	: % 73,043

Hastanelerdeki yönetim organizasyon sorunları ile ilgili tutum ve yargıların yüzde kaçının, hangi faktörler tarafından belirlendiği ortaya konulmuştur. Analiz sonucunda karşımıza çıkan boyutlardan yönetim organizasyon boyutu en fazla paya sahip olan boyuttur.

Tablo 3. 15: Faktör Analizi Matrisi

	Component				
	Faktör1 (Yönetim organizasyon)	Faktör 2 (Yönetici davranışları)	Faktör 3 (Yönetimde planlama)	Faktör 4 (Yönetim zorlukları)	Faktör 5 (Yönetimde tecrübe)
x1	,724	,103	,302	-,114	-,224
x2	,501	,314	,603	-,013	-,035
x3	,355	,393	,732	-,041	,017
x4	,882	-,022	,081	-,134	,068
x5	,867	,160	,041	-,278	-,167
x6	,002	,227	,773	,027	-,019
x7	,858	,135	,233	-,134	,078
x8	,902	,200	,024	-,238	,014
x9	,652	,299	,275	-,172	-,038
x10	,863	,303	,011	-,115	,025
x11	-,152	,312	,023	,847	,043
x12	-,200	,328	-,012	,819	-,001
x13	,498	,173	,530	,173	,280
x14	,447	,251	,141	-,413	,048
x15	-,322	-,191	,063	,637	,375
x16	,389	,217	,414	-,250	,274
x17	,730	,396	-,023	-,259	-,158
x18	,111	,675	-,105	,317	,478
x19	,020	,435	,224	,034	,590
x20	,697	-,142	,236	,206	-,035
x21	,614	,026	,320	-,080	-,396
x22	-,144	,025	-,019	,062	,790
x23	,172	,827	,237	,027	-,008
x24	,238	,783	,337	-,049	,053
x25	,125	,801	,236	,099	-,020
x26	,192	,848	,196	,196	,190

Tablo 3.16: Yataklı Sağlık Kuruluşlarının Yönetim ve Organizasyon Alt Boyutlarına İlişkin Farklılığın Testi

Component	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared Loadings			Rotation Sums of Squared Loadings		
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
1	10,136	38,985	38,985	10,136	38,985	38,985	7,487	28,796	28,796
2	4,545	17,481	56,466	4,545	17,481	56,466	4,443	17,089	45,885
3	1,510	5,808	62,274	1,510	5,808	62,274	2,687	10,336	56,221
4	1,444	5,552	67,826	1,444	5,552	67,826	2,558	9,838	66,059
5	1,356	5,216	73,043	1,356	5,216	73,043	1,816	6,984	73,043
6	,951	3,657	76,699						
7	,896	3,447	80,147						
8	,754	2,901	83,048						
9	,612	2,352	85,400						
10	,583	2,243	87,643						
11	,557	2,143	89,785						
12	,494	1,899	91,684						
13	,417	1,604	93,288						
14	,315	1,212	94,500						
15	,286	1,101	95,601						
16	,244	,939	96,541						
17	,166	,637	97,178						
18	,159	,610	97,788						
19	,129	,495	98,283						
20	,126	,485	98,768						
21	,098	,377	99,144						
22	,085	,328	99,473						
23	,047	,180	99,652						
24	,044	,169	99,822						
25	,033	,126	99,948						
26	,014	,052	100,000						

3.6 Yöneticilerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Yönetim ve Organizasyon Alt Boyutları Arasındaki Farka İlişkin Bulgular

Yöneticilerin cinsiyetlerine, yaşlarına, eğitim düzeyine, çalıştığı departmana, kurumda çalıştığı süreye, anne ve babasının eğitim durumuna göre yönetim ve organizasyon alt boyutları arasında fark olup olmadığına ilişkin testler ele alınacaktır. Bu amaçla parametrik olmayan testlerden Mann-Whitney ve Kruskal Wallis testleri kullanılacaktır.

3.6.1 Hastanelerde Yönetim Organizasyon Sorunlarının Alt Boyutlarının Aralarındaki Farklarına İlişkin Bulgular

Bu alt başlıkta yataklı sağlık kuruluşlarının yöneticilerinin yönetim ve organizasyon alt boyutlarına bakışlarına ilişkin bir farklılığın olup olmadığı istatistiksel olarak test edilecektir.

Tablo 3.17: Cinsiyetlere Göre Hastanelerde Yönetim Organizasyon Sorunlarının Alt Boyutlarının Arasındaki Farklara İlişkin Mann – Whitney U Test Sonuçları

	Faktör1 (Yönetim organizasyon)	Faktör 2 (Yönetici davranışları)	Faktör 3 (Yönetimde planlama)	Faktör 4 (Yönetim zorlukları)	Faktör 5 (Yönetimde tecrübe)
Mann-Whitney U	306,000	397,000	445,500	414,000	459,500
Wilcoxon W	559,000	1063,000	823,500	1194,000	1239,500
Z	-,984	-1,071	-,198	-1,474	-,394
(P)	,325	,284	,843	,140	,694

Yataklı sağlık kuruluşlarındaki yöneticilerin cinsiyetlerine göre yönetim ve organizasyon alt boyutlarına bakış açılarının birbirinden farklı olup olmadığı Mann-Whitney U testi ile Tablo 17’de test sonucu $p > 0,05$ olduklarından H_0 kabul edilir. Yani hem erkek hem bayan yöneticiler yönetim organizasyon alt boyutlarına görüş farklılıkları bulunmamaktadır.

Tablo 3.18: Yaşlara Göre Hastanelerde Yönetim Organizasyon Sorunlarının Alt Boyutlarının Arasındaki Farklara İlişkin Kruskal Wallis Test Sonuçları

	Faktör 1 (Yönetim organizasyon)	Faktör 2 (Yönetici davranışları)	Faktör 3 (Yönetimde planlama)	Faktör 4 (Yönetim zorlukları)	Faktör 5 (Yönetimde tecrübe)
	1,985	8,071	2,626	,310	2,374
	3	3	3	3	3
(P)	,576	,045	,453	,958	,499

Parametrik olmayan testlerden Kruskal Wallis test sonucu yönetim organizasyon alt boyutlarına ilişkin farklılığa yöneticilerin yaşlarına göre bakıldığında yönetim organizasyon alt boyutlarında yönetici davranışları farklılık gösterirken, ki bu da 41-45 yaşlarında olan yöneticilerden kaynaklandığı test sonucunda bulunmuştur. Diğer alt boyutlar yaşlara göre bir farklılık arz etmemektedir. Böylece yaşın, yöneticilerin davranışlarında etkili olduğu sonucunu çıkarmak mümkün olmaktadır.

Tablo 3.19: Öğrenim Durumuna Göre Hastanelerde Yönetim Organizasyon Sorunlarının Alt Boyutlarının Arasındaki Farklara İlişkin Kruskal Wallis Test Sonuçları

	Faktör 1 (Yönetim organizasyon)	Faktör 2 (Yönetici davranışları)	Faktör 3 (Yönetimde planlama)	Faktör 4 (Yönetim zorlukları)	Faktör 5 (Yönetimde tecrübe)
Chi-Square	9,714	4,280	1,349	10,123	7,305
df	4	4	4	4	4
Asymp. Sig.	,046	,369	,853	,038	,121

Öğrenim durumlarına göre yönetim organizasyon sorunlarının alt boyutlarının arasındaki farklara ilişkin Kruskal Wallis test sonuçlarına göre yönetim organizasyon ve yönetim zorlukları alt boyutlarında anlamlı bir fark vardır. Bu farklılığın lise öğrenimli yöneticilerden kaynaklandığı Tukey testi sonucu ortaya konulmuştur. Günümüzün en karmaşık yönetim sistemine sahip olan hastane işletmelerinin yönetiminde lise öğrenim seviyesinin yeterli olamayacağı açıktır. Hastanelere yönetici atamasında, hastane yönetimi

konusunda lisans eğitimi almış ya da yönetim ve yönetimin alt dalları konusunda lisans eğitimi alarak yine yönetim konusunda yüksek lisans yapmış kişiler tercih edilmelidir.

Tablo 3.20: Toplam Çalışma Sürelerine Göre Hastanelerde Yönetim Organizasyon Sorunlarının Alt Boyutlarının Arasındaki Farklara İlişkin Kruskal Wallis Test Sonuçları

	Faktör 1 (Yönetim organizasyon)	Faktör 2 (Yönetici davranışları)	Faktör 3 (Yönetimde planlama)	Faktör 4 (Yönetim zorlukları)	Faktör 5 (Yönetimde tecrübe)
Chi-Square	5,137	5,438	3,513	6,338	3,296
df	4	4	4	4	4
Asymp. Sig.	,274	,245	,476	,175	,510

Toplam çalışma sürelerine göre hastanelerde yönetim organizasyon sorunlarının alt boyutlarının arasındaki farklara ilişkin Kruskal Wallis test sonuçlarına bakıldığında bütün alt boyutlarda bir farklılığın olmadığı ortaya konulmaktadır.

Tablo 3.21: Babalarının Eğitim Durumuna Göre Hastanelerde Yönetim Organizasyon Sorunlarının Alt Boyutlarının Arasındaki Farklara İlişkin Kruskal Wallis Test Sonuçları

	Faktör 1 (Yönetim organizasyon)	Faktör 2 (Yönetici davranışları)	Faktör 3 (Yönetimde planlama)	Faktör 4 (Yönetim zorlukları)	Faktör 5 (Yönetimde tecrübe)
Chi-Square	2,646	4,825	1,233	3,151	6,864
df	4	4	4	4	4
Asymp. Sig.	,619	,306	,873	,533	,143

Yöneticilerin babalarının eğitim durumuna göre hastanelerde yönetim organizasyon sorunlarının alt boyutlarının arasındaki farklara ilişkin Kruskal Wallis test sonuçlarına bakıldığında, yönetimde tecrübe, yönetici davranışları, yönetimde organizasyon, yönetimde planlama ve yönetim zorlukları alt boyutlarına göre görüş farklılığının olmadığı ortaya konulmuştur.

Tablo 3.22: Annelerinin Eğitim Durumuna Göre Hastanelerde Yönetim Organizasyon Sorunlarının Alt Boyutlarının Arasındaki Farklara İlişkin Kruskal Wallis Test Sonuçları

	Faktör 1 (Yönetim organizasyon)	Faktör 2 (Yönetici davranışları)	Faktör 3 (Yönetimde planlama)	Faktör 4 (Yönetim zorlukları)	Faktör 5 (Yönetimde tecrübe)
Chi-Square	4,342	3,456	1,559	2,035	4,157
df	4	4	3	4	4
Asymp. Sig.	,362	,485	,669	,729	,385

Yöneticilerin annelerinin eğitim durumuna göre hastanelerde yönetim organizasyon sorunlarının alt boyutlarının arasındaki farklara ilişkin Kruskal Wallis test sonuçlarına bakıldığında bütün alt boyutlarda bir farklılığın olmadığı ortaya konulmaktadır. Böylece yöneticilerin annelerinin eğitim durumu yöneticilerin görüşlerinde bir etkinin oluşturmadığını ortaya koymaktadır.

Tablo 3.23: Gelire Göre Hastanelerde Yönetim Organizasyon Sorunlarının Alt Boyutlarının Arasındaki Farklara İlişkin Kruskal Wallis Test Sonuçları

	Faktör 1 (Yönetim organizasyon)	Faktör 2 (Yönetici davranışları)	Faktör 3 (Yönetimde planlama)	Faktör 4 (Yönetim zorlukları)	Faktör 5 (Yönetimde tecrübe)
Chi-Square	6,226	3,565	12,689	2,640	5,919
df	5	5	5	5	5
Asymp. Sig.	,285	,614	,026	,755	,314

Yöneticilerin gelirleri göz önünde bulundurulduğunda yönetim ve organizasyon sorunları alt boyutuna ilişkin görüş farklılıklarının olup olmadığı test edildiğinde yönetimde planlama alt boyutunda bir farklılık gözlenirken diğer alt boyutlarda bir farklılığın olmadığı anlaşılmaktadır. Bu farklılığın geliri 3001-4000 YTL arasında olan yöneticilerden kaynaklandığı Tukey testi sonucu belirlenmiştir.

Tablo 3.24: Kurumda Çalışma Sürelerine Göre Hastanelerde Yönetim Organizasyon Sorunlarının Alt Boyutlarının Arasındaki Farklara İlişkin Kruskal Wallis Test Sonuçları

	Faktör 1 (Yönetim organizasyon)	Faktör 2 (Yönetici davranışları)	Faktör 3 (Yönetimde planlama)	Faktör 4 (Yönetim zorlukları)	Faktör 5 (Yönetimde tecrübe)
Chi-Square	3,658	3,523	4,630	6,957	12,481
df	4	4	4	4	4
P	,454	,474	,327	,138	,014

Yöneticilerin, kurumda çalışma sürelerine göre hastanelerde yönetim organizasyon sorunlarının alt boyutlarının arasındaki farklara ilişkin Kruskal Wallis test sonucu alt boyutlardan yönetimde tecrübe $p < 0,05$ olduğunda anlamlı bir fark varken diğer alt boyutlarda bir farklılık $p > 0,05$ yoktur sonucuna varılmıştır. Tecrübe alt boyutundaki görüş farklılıkları toplam çalışma süreleri 16-20 yıl arasında olan yöneticilerden kaynaklandığı Tukey testi sonucu belirlenmiştir.

SONUÇ

Bilindiği üzere yönetim bir işletmede kâr amacıyla üretim faaliyetleri, finansal faaliyetleri, güvenlik faaliyetleri, ticari faaliyetler, muhasebe faaliyetleri, sevk ve idare faaliyetlerinin gruplanması olarak mümkün olabilmektedir. Bu faaliyetleri yerine getirmek için işletmeler gerekli organizasyonları gerçekleştirirler.

Sağlık işletmelerindeki amaç toplumsal sorumluluğu yerine getirmektir. Sağlık işletmeleri, insanların sağlık ihtiyaçlarının giderilmesini esas ve asli görev olarak kabul etmektedirler. Bu işletmelerin diğer amacı sunulan temel sağlık hizmetlerine talep oluşturmaktır. Böylece insanların hasta olmamalarına yönelik tedbirlerin alınmasını sağlamaktadırlar. Böylece toplumdaki sağlık standartlarının yükseltilmesini sağlarlar.

Bu işlevleri yerine getirirken işletmelerin genel amaçlarından kâr, sosyal sorumluluk ve sürekliliği ortaya koyarken özel amaçlar ise toplumsal sağlık bilgi ve bilincini artırarak, toplumsal refah ve üretimi optimize etmektir.

Bu amaçla sağlık kuruluşlarında yönetim ve organizasyon sorunlarının önemi kaçınılmaz olabilmektedir. Sağlık işletmelerinde çalışmamızın konusu olan yataklı sağlık kuruluşlarında yönetsel sorunların ortaya konulması için Edirne ilinde faaliyet gösteren özel ve kamu sağlık kuruluşlarında bir inceleme yapılmıştır.

Bu çalışmada Edirne ilinde yataklı sağlık kuruluşlarında yönetim ve organizasyon sorunlarına ilişkin bir inceleme yapılmıştır. Yöneticilerin sosyo-demografik özelliklerinin ortaya konulmasının yanı sıra yöneticilerin yönetim ve organizasyona bakışlarına ilişkin likert ölçekli sorulara verdikleri cevaplar dikkate alındığında en önemli maddenin personelin çalışmasında motivasyonun önemli olduğuna ikinci sırada astlarının fikir ve düşüncelerine önem verdiklerini, üçüncü sırada personel arasındaki çatışmaları çözümlenmede aktif rol aldıklarını, dördüncü sırada hastane işletmelerine yönetici atamasında eğitim ve liyakatin şart olduğu ve beşinci sırada iyi bir önder olduklarını vurgulamışlardır. Bu amaçla bu soruların birbirleriyle olan ilişkilerini ortaya koymak için Faktör analizi uygulanmıştır.

Ayrıca faktör analizi sonucu yönetim ve organizasyon alt boyutu, yönetici davranışları, yönetimde planlama, hastane yönetiminin zorlukları ve yönetimde tecrübe alt boyutları elde edilmiştir.

Bu alt boyutlara yöneticilerin değişik sosyo-ekonomik özelliklerine göre bakış puanlarının birbirinden farklı olup olmadığı test sonucu ortaya konulmuştur. Test sonucu yöneticilerin aldıkları eğitim durumuna göre yönetimde organizasyon ve yönetimde zorluk boyutlarına bakışlarında bir farklılığın olduğu ortaya konulmuştur. Bu farklılığın lise öğrenim seviyesine sahip yöneticilerden ileri geldiği test sonucu belirlenmiştir. Günümüzün en karmaşık yönetim sistemine sahip olan hastane işletmelerinin yönetiminde lise öğrenim seviyesinin yeterli olamayacağı açıktır. Hastanelere yönetici atamasında, hastane yönetimi konusunda lisans eğitimi almış ya da yönetim ve yönetimin alt dalları konusunda lisans eğitimi alarak yine yönetim konusunda yüksek lisans yapmış kişiler tercih edilmelidir. Böylece eğitimin yönetim ve organizasyonda öneminin ve etkisinin kaçınılmaz olduğunu ortaya konulmaktadır.

Benzer şekilde yönetimde yaşlara göre bakıldığında yönetici davranışları alt boyutunda farklılığın ortaya çıktığı gözlenmiştir. Bu farklılığın 41-45 yaş sınıfındaki yöneticilerden kaynaklandığı ortaya konulmuştur. Ayrıca yöneticilerin iş tecrübelerini ortaya koyan kurumda çalışma süreleri dikkate alındığında, yönetim organizasyon ve yönetimde tecrübe alt boyutlarında farklılık olduğu tespit edilmiştir. Bu farklılığın kurumda çalışma süreleri 16-20 yıl arasında olan yöneticiler tarafından kaynaklandığı Tukey testi sonucu belirlenmiştir.

KAYNAKÇA

Abel, S.B. (1994), “An Introduction To Health. Policy, Planning And Financing”, Longman Group Limited, New York,

Açıklalın, A. (1996) “Çağdaş Örgütlerde İnsan Kaynağının Yönetimi”, Pegem Yayını, No:7, Ankara,

Ak B. Akar Ç. Karaca H. (1988), “Hastane İdaresi Ve Organizasyonu”, H.Ü. SİYO Yayınları, Ankara,

Ak, Bilal (1990), “Sağlık Bilimlerinde Yönetim”, Yeni Asya Yayınları, İstanbul,

Alan M. (1993), “Ulusal Sağlık Hizmetleri Nereye Gidiyor? Geleceği Var mı?” Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, Ankara,

Aşıkoğlu, M. “İnsan Kaynaklarını Verimliliğe Yönlendirme Aracı Olarak Motivasyon”, Üniversite Kitabevi, 1996, İstanbul.

Aupha (1996-1998), “Health Services Administrati on Education: Directory of Programs”, 10th Edition,

Baykal, B., “Motivasyon Kavramına Genel Bir Bakış”, İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi Yayını, No. 2524, 1978, İstanbul.

Benli D. Özalp H. (1994), “Sağlık Hizmetlerinde Yönetim”, Somgür Yayınları, Ankara,

Caldwell C. (1998), “Sağlık Kuruluşlarında Stratejik Yönetim”, (Çev. Osman Akınhay), Sistem Yayıncılık No: 184, İstanbul

Can H. Doğan T. Doğan Y.A. (1996), “Genel İşletmecilik Bilgileri”, Siyasal Kitabevi, Ankara,

Can H, Akgün A, Kavuncubaşı Ş., “Kamu ve Özel Kesimde Personel Yönetimi”, Siyasal Kitabevi, 2.Baskı, 1995, Ankara.

Cox, C. (1980), “Hemşirelik Kuramı ve Uygulamalarının Geliştirilmesinde Disiplinlerarası Bir Yaklaşımın Duyulan Gereksinim”, (Çev. Ayşe, Birhekimoğlu), Türk Hemşireler Dergisi, Yayın No:30, s.1, İstanbul,

DPT Üçüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı 1973-1977 (1973), Ankara DPT Yayın No: 1272, 1973

Efil, İ., “İşletmelerde Yönetim ve Organizasyon”, Uludağ Üniversitesi Güçlendirme Vakfı Yayını, No. 80, 1996, Bursa.

Engiz O. (1998), “Sağlık İşletmeleri İçin Yeni İnsan Gücü Tipi, Toplam Kalite Yöneticisi. Modern Hastane Yönetimi” Cilt: 2, Sayı: 5, Haziran-Temmuz, İstanbul,

Erdoğan İ., “İşletmelerde Davranış”, Beta Basım Yayım Dağıtım, 1994, İstanbul.

Eren, E., “İşletme Örgütleri Açısından Yönetim Psikolojisi”, 1979, İstanbul.

Eren, E., “Örgütsel Davranış ve Yönetim Psikolojisi”, Beta Basım Yayım Dağıtım,1998, İstanbul.

Eren N. Öztekin Z. (1985), “Sağlık Ocağı Yönetimi”, 2.B, Okan Kitabevi, Ankara,

Eren, N. (1984), “Sağlık Hizmetlerinde Yönetim”, Hatipoğlu Kitabevi, Ankara,

Ertekin Y., " Hastaneler ve Halkla İlişkileri ", Amme İdaresi Dergisi, C.10, S.2, Ankara,

Göksel B. Kocabaş F. Elden, M (1997), “Pazarlama İletişimi Açısından Halkla İlişkiler ve Reklam”, Yayınevi Yayıncılık, İstanbul.

Gündüz, N. (1998), “Malzeme Yönetimi”, TODAİE, Cilt: II, Sayı: 12, Ankara

Gürgen, H., “Örgütlerde İletişim Kalitesi”, Der Yayınları, 1997, İstanbul.

Harp Akademileri Komutanlığı Yayınlarından, Türklerde Motivasyon, İstanbul, 1996.

Hayran O.(1997), “Stratejik Yönetim Hastane Yöneticiliği (Ed: Hayran O., Sur H.), Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul,

Hayran O.Sur H. (1998), “Sağlık Hizmetlerinin Özel ve Kamusal Yönü Hastane Yöneticiliği”, Nobel Kitabevi, İstanbul,

I. Ulusal Sağlık Kuruluşları Ve Hastane Yönetimi Sempozyumu, (1994), Ankara,

İncir, G., “Çalışanların Motivasyonuna Genel Bir Bakış”, Milli Prodüktivite Merkezi Yayını, No. 313, 1984, Ankara.

Karahan, Ö., "Hastane Hizmetleri Pazarlaması ve Halkla İlişkiler",Modern Hastane Yönetimi,Yıl.2,S.4,s.18

Kavuncubaşı Ş. (2000), “Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi”, Siyasal Kitabevi, Ankara,

Kavuncubaşı Ş. Ersoy K. (1998), “Sağlık İşletmelerinde İnsan Kaynakları Yönetimi”, Modern Hastane Yönetimi, C.2, S.8, Kasım, İstanbul,

Kaya S. Akgün A, (1992), “Hacettepe Üniversitesi Uygulama Hastanesinde Personel Devri”, Sağlık İdaresi Dergisi, C.1, S.1, Ankara,

Keenan, K., “Yöneticinin Klavuzu: Motivasyon”, Çev: Ergin Koparan, Remzi Kitabevi, 1996, İstanbul.

Kıral H. (1978), “Hastane İşletmeleri Yönetiminde Temel Bilgiler”, SSYB, Mesleki Öğretim Gn Md., Yayın No: 445, Ankara,

Kobu B. (2003), “Üretim Yönetimi”, 11. Baskı, Avcıol Basın Yayım, İstanbul,

Kocabaş F. Elden M. Çelebi S.İ. (2000) “Marketing P.R.”, MadiaCat Yayınları, Ankara.

Koçel T. (2003), “İşletme Yöneticiliği”, 9. Baskı, Beta Yayınları, İstanbul,

Kotler P.(2000), “Kotler ve Pazarlama”, Sistem Yayınları, İstanbul.

Lewis G. (1976), "How to Handle Your Own Public Relations", Nelson – Hall inc. Publishers, Chigaco,

L. Rosenbaum, B., "Yönetici İçin Küçük Motivasyon Modelleri", Çev: Serdar ÖZGERÇİN, 1993, Ankara.

McGregor DT. (1960), "The Human Side of Enterprise", McGraw Hill, New York,

Tokat M. Seçim H. (1996), "Sağlık Ekonomisi", Anadolu Üniversitesi, AÖF Yayını, No:403, Eskişehir,

Nusret F. (1983), "Halk Sağlığına Giriş", Hacettepe Üniversitesi, DSÖ. Hizmet Araştırma ve Araştırmacı Yetiştirme Merkezi Yayın No: 2, Ankara,

Odabaşı Y. (1994), "Sağlık Hizmetleri Pazarlaması", Anadolu Üniversitesi Yayın No: 799, S. 28, Eskişehir

Özcan C. (1996), "Devlet Hastanelerinde TKY'nin Uygulanabilirliği", Sağlık Hizmetlerinde TKY ve Performans Ölçümü Sempozyumu, Haberal Eğitim Vakfı, Ankara,

Özgen H. (1993), "Hastane Hizmetlerinin Kalite Yönetimi ve Kalite Güvencesi Standartlarına Göre Örgütlenmesi" TSE Sağlık Hizmetleri Kalite Paneli, Adana.

Özgen, H. Öztürk A. (1992), "Türkiye'deki Devlet Hastanelerinin Yönetim ve Organizasyon Yapısını Verimlilik Açısından İnceleyen Bir Araştırma", Sosyal Siyaset Dergisi Yıl: 1, Sayı: 8 İstanbul,

Özkul A. E. (1994), “Sağlık Sistemleri Planlama ve Kontrolü”, A.Ü. Yayın No: 819: A.Ö.F. Yayın No: 429, Eskişehir,

Rakich JS, (1992), “Longest BB Jr, Darr K. Managing Health Services Organizations”, 3rd ed. Health Professions Press, Baltimore,

Sabuncuoğlu Z. (1994), “Personel Yönetimi”, VII. Baskı, Rota Ofset, Bursa,

Sabuncuoğlu, Z. “ Personel Yönetimi Politika ve Yönetel Teknikler”, Ezgi Kitabevi, 1997, Bursa.

Sabuncuoğlu Z. ve Tüz, M. “Örgütsel Psikoloji”, Alfa Kitabevi, 1998, Bursa.

Sağlık Ve Sosyal Yardım Vakfı Dergisi (1994), Yıl:4, sayı:4, Ekim – Aralık, Ankara,

Schwartz W. (1999), “Hastaliksız Bir Yaşam” (Çev. Neşe Nur Domaniç), Soy Yayınları, Ankara,

Seçim H. (1996), “Hastanelerde Yönetim ve Organizasyon”, Anadolu Üniversitesi, AÖF Yayını, No:407, Eskişehir,

Seçim H. (1991), “Türkiye’de Hastanelerin Organizasyonu İçin Bir Model Önerisi, Hastane Yönetimi ve Organizasyonu”, İstanbul Üniversitesi Yayınları, İstanbul,

Seçim, H. (1994), “Hastanelerde Halkla İlişkiler”, Anadolu Üniversitesi Yayın No:765, AÖF Yayın No:388, Eskişehir,

Soysal M. Kenanoğlu G. Emre A. Hameşoğlu S. (1993), “Hastanelerde Bilgisayar Kullanımı”, MPM Yayınları: 486, Ankara,

Sözen C. Özdevecioğlu M. (2002), “Sağlık Hizmetlerinde Ve İşletmelerinde Yönetim”, Nobel Yayın Dağıtım, Ankara

Şahin Ü. (1998)“Hastane İşletmeciliğinde Eczane Hizmetlerinin Önemi”, Medikal Teknik, İstanbul,

Şahin Ü. (1999), “Hastane İşletmeciliğinde Kalite”, Eskişehir,

Şehsuvaroğlu B. Ayşegül N. Demirhan E. Cantay Güreşsever G. (1984), “Türk Tıp Tarihi”, Taş Kitapçılık Yayıncılık Ltd.Şti., Bursa,

Şimşek, Ş. (1993), “İşletme Bilimlerine Giriş”, Emre Mat. ve yay. Konya,

Tatar, F.(1996), “Sağlık Hizmetlerinin Finansman Kaynakları, Toplum ve Hekim, Ankara,

Tatar, T. (1992), “İşletmecilik İlkeleri”, Gazi Büro Yayınları. Ankara,

Tokat, M. (1995), “Türkiye’de Sağlık Sektörünün Finansmanı”, Sağlık Bakanlığı Yayınları, Ankara,

Tokol, T. (1994), “Pazarlama Araştırması”, Uludağ Üniversitesi Yayını, NO:3, Bursa

Topaloğlu M. Koç H.(2003), “Büro Yönetimi”, Seçkin Yay. A.Ş. Ankara,

Tunca, Y. (1964), “Sağlık Çalışmalarında 40 Yıl, 1922-1962”, SSYB Yayın No: 303, Ankara,

Ünal G. (1987), “Sağlık Hizmetlerinde Denetim”, SSYB. Sağlık Eğitimi Genel Müdürlüğü, Çağ Matbaası, Ankara,

Velioğlu P. Oktay S. (1993), “Sağlık Kurumları Yönetimi”, Anadolu Üniversitesi Yayınları, No:715, Eskişehir

Yalçın T. Yıldırım H.H. (1999), “Cumhuriyet ve Sağlık Kurumları Yönetimi”, Modern Hastane Yönetimi, Cilt: 3, Sayı: 5, Haziran-Temmuz, İstanbul,

Yenersoy, G. (2000), “Malzeme Yönetimi Sistemleri”, MA-PA Yayınları, No.1, İstanbul,

www.ogretiyorum.com

<http://www.merih.net/m2/lid/wmetate24.htm>

www.ekodiyalog.com/isletme_ekonomisi

<http://www.aofsitesi.com/genelisletme2.htm>

http://www.bilgiyonetimi.org/cm/pages/mkl_gos.php?nt=549

<http://www.bitlissm.saglik.gov.tr/acsap.html>

<http://www.hastanedergisi.com/sayi15/busayida4.asp>

<http://www.merih.net/m1/hastane2.htm>

<http://www.merih.net/m1/hastmod1.htm>

<http://www.merih.net/m1/hastmod3.htm>

<http://www.merih.net/m1/womekar22.htm>

<http://www.merih.net/m1/womekar22.htm>

<http://www.merih.net/m1/wosmhay15.htm>

<http://www.merih.net/m1/wosmhay15.htm>

<http://www.merih.net/m1/wufubil01.htm>

http://www.sabem.saglik.gov.tr/Akademik_Metinler/goto.aspx?id=2951

<http://www.saglik.gov.tr/extras/dokuman/kilavuz.pdf>

http://www.saglik.gov.tr/sb/extras/istatistikler/apk_2002/s_072_074.htm

<http://www.saglikyonetimi.org/>

http://www.bilkent.edu.tr/~bilheal/aykonu/Ay2003/kasim_03/cagdassaglik.html

<http://www.karabork.com/ibrahimciritkoseyazisi10.htm>

Yasemin YILDIZ
Trakya Üniversitesi
Sağlık Hizmetleri MYO
e-posta: yaseminyildiz@trakya.edu.tr

Sayın Yönetici,

Trakya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Ana Bilim Dalı, Yönetim ve Organizasyon Bölümü Yüksek Lisans programına sunulmak üzere hazırladığım “Yataklı Sağlık Kuruluşlarında Yönetimsel Sorunların İncelenmesi Edirne İlinde Örnek Bir Uygulama” konulu tez çalışmamın amacı; sağlık hizmetlerinin genel yapısıyla hizmetin sunum şekillerini anlatmak, işletme çeşitlerini inceleyerek, sağlık işletmelerinin genel işletmelerden farkını anlatmak, tedavi hizmetleri ile temel sağlık hizmetlerindeki organizasyon ve hizmet akışını anlatmak vb...

Anket sonucu yapılacak değerlendirmeler, istatistiksel bilgiler hâline dönüştürülerek bilimsel çalışmada kullanılacak ve talep eden hastane yöneticilerine de bildirilecektir. Bu nedenle, anketin cevaplandırılmasında ve geri dönüşümünde göstereceğiniz hassasiyet, çalışmanın geçerliliği ve güvenilirliği açısından büyük önem arz etmektedir. Anketten elde edilecek veriler tamamen bilimsel çalışmada kullanılacak olup, üçüncü kişi ve kurumlara verilmeyecek gizli kalacaktır.

İşletmenize ulaşan anketin üst düzey yöneticiler tarafından doldurulması uygun olacaktır. Bu çalışmaya göstereceğiniz yakın ilgi ve katkıdan dolayı şimdiden teşekkür eder, çalışmalarınızda başarılar dilerim.

Öğr. Gör. Yasemin YILDIZ

**SAYIN KATILIMCI,
LÜTFEN AŞAĞIDAKİ SORULARI SİZE EN UYGUN YANITA GÖRE İŞARETLEYİNİZ.**

1. **KAÇ YAŞINDASINIZ?** (lütfen yazınız:.....)
2. **CİNSİYETİNİZ?** Kadın () Erkek ()
1. **ÖĞRENİM DURUMUNUZ?** Lise () Yüksek Okul () Lisans () Yüksek Lisans ()
Doktora ()
3. **ŞU ANKI GÖREVİNİZ?** (lütfen yazınız:.....)
4. **TOPLAM ÇALIŞMA SÜRENİZ KAÇ YILDIR?** (lütfen yazınız:.....)
5. **ŞU AN GÖREV YAPTIĞINIZ KURUMDA KAÇ YILDIR ÇALIŞMAKTASINIZ?** (lütfen yazınız:.....)
6. **HASTANE YÖNETİMİ KONUSUNDA EĞİTİM ALDINIZ MI?** EVET () HAYIR ()
7. **MEDENİ DURUMUNUZ? (Cevabınız Bekâr ise 11. soruya geçiniz.)** Evli () Bekar ()
8. **KAÇ YILLIK EVLİSİNİZ?** (lütfen yazınız)
9. **KAÇ ÇOCUĞUNUZ VAR?** Yok () 1 () 2 () 3 () 4 ve Üstü ()
10. **EŞİNİZİN İŞ DURUMU NEDİR?** Çalışıyor () Çalışmıyor ()
11. **BABANIZIN EĞİTİM DURUMU NEDİR?**
12. **ANNENİZİN EĞİTİM DURUMU NEDİR?**
13. **AYLIK TOPLAM AİLE GELİRİNİZ NE KADAR?** (lütfen yazınız:.....YTL)

		Tamamen katılmıyorum	Kısmen Katılmıyorum	Kararsızım	Kısmen katılıyorum	Tamamen katılıyorum
1	İşletmemizde yöneticiler hastane vizyonunun oluşturulmasında aktif rol alırlar					
2	İşletmemizde tıbbi hizmetlerin organizasyonu düzenli bir şekilde yürütülmektedir					
3	İşletmemizde idari ve mali hizmetlerin organizasyonu düzenli bir şekilde yürütülmektedir					
4	İşletmemizde yönetimle ilgili düzenli olarak toplantılar yapılır					
5	İşletmemizde çalışanlar arasında işbirliği ve ekip çalışması vardır					
6	İşletmemizde kararlar kişilerden çok yönetim kurullarınca alınmaktadır					
7	İşletmemizde yapılan toplantılar belirli periyodlar halindedir					
8	İşletmemizde çalışanlar ve bölümler arasında iletişim kanalları açıktır					
9	Çalışanlar arasında işbirliği ve ekip çalışması teşvik edilmektedir					
10	İşletmemizde sunulan (hekimlik, mali, idari, teknik) hizmetlerin uygulaması ve denetimine yönelik mevcut yasal yetkilerimi tam olarak kullanabilmekteyim					
11	İşletmemizde sunulan hizmetlerin çok çeşitli oluşu yönetimi zorlaştırmaktadır					
12	İşletmemizde çalışan personelin farklılığı yönetimi zorlaştırmaktadır					
13	İşletmemizde yönetimin performansını değerlendirecek göstergeler mevcuttur					
14	İşletmemiz profesyonel kişilerce yönetilmektedir					
15	İşletmemizde yönetsel karışıklılık yaşamaktayım					
16	İşletmemizde genel bütçenin ve döner sermaye bütçesinin olması işletme yönetimine avantaj sağlıyor					
17	İşletmemizde yönetsel faaliyetlerimizde üst yönetimden yeterince destek görmekteyim					
18	Hastane işletmelerine yönetici atamasında eğitim ve liyakat şarttır					
19	Hastane işletmelerine yönetici atamasında tecrübe şarttır					
20	İşletmemiz için uygulanmakta olan yasal düzenlemeler yeterlidir					
21	Döner sermaye işletmesi gelir ve giderlerine işletmenin amaçları doğrultusunda yön verebiliyorum					
22	İşletmenin üst yönetimi çok sık değişmektedir. Bu durum karar verme süreçlerini olumsuz etkilemektedir					
23	Personelimi çalıştırmada motivasyona önem veririm					
24	Personel arasındaki çatışmaları çözümlenmede aktif rol alırım					
25	İyi bir önder olduğuma inanıyorum					
26	Astlarımın fikir ve düşüncelerine önem veririm					