

ÖZET

Sağlıkta Dönüşüm Programının Hastaneler Üzerindeki Değişim Etkisi:

Hastane Yöneticilerinin Görüşleri

Bu araştırma, Sağlık Bakanlığı'nın 2003 yılında uygulamaya koyduğu Sağlıkta Dönüşüm Programının uygulanma gerekçelerini, projenin sonuçlarını ve sağlık sektörüne yansımalarını, yönetimin bakış açısından tespit etmek amacıyla yapılmıştır.

Araştırmanın kavramsal kısmı ilgili yazın taraması ile; alan uygulaması ise 81 ilde 498 hastane üzerinden, her hastaneden üç yöneticiye uygulanmak üzere anket yöntemi kullanılarak hazırlanmıştır.

Araştırma sonucunda, sektörde değişim ihtiyacının olduğu, hizmet verme süreçleri ve anlayışının olumlu yönde değiştiği, hastanın, maliyetlerin, verimliliğin, hasta memnuniyetinin, hasta haklarının, tıbbi bilgi ve becerinin öneminin arttığı, sağlık personelinin iş yükü ve mesleki bilgi ve becerilerini yenileme ihtiyacının ortaya çıktığı ve poliklinik odası sayısının arttığı tespit edilmiştir. Araştırmada kamu hastanelerinin birleştirilmesi, kalite çalışmaları, hekim seçme hakkı uygulaması, hekimlerin tam gün çalışmasının teşviki, bilgisayar otomasyonu, hasta hakları yapılanması ve SGK'nın kurulmasının çok iyi karşılandığı belirlenmiştir. Hastane yönetimlerinin Yerel Hastane Birliklerine devredilmesi konusunda tedirgin oldukları görülmüştür.

JEL Sınıflaması: I 18

Anahtar Kelimeler: Sağlık Yönetimi, Sağlıkta Dönüşüm Programı, Hastane, Sağlık Yöneticisi

ABSTRACT

The Changing Effect of Health Transformation Program on Hospitals:

Hospital Managers Views

The purpose of this paper is to present the reasons, outcomes and effects of Health Transformation Programme since 2003 by Ministry of Health from health manager's point of view.

The conceptual framework is composed of a literature review and in empirical study, using the questionnaire given to health managers in 498 hospitals in 81 cities.

In conclusion, the study reveals that sectoral need of change occurred in forms and operation processes. Increasing patient numbers, policlinics, and costs, productivity, patient satisfaction, importance of patient rights, medical knowledge and skills, needs for innovation in particular workload, occupational knowledge and skills.

When considering the findings, managers tend to feel more satisfaction from the consolidation of public hospitals; quality management practices, patient's right of choice for doctors, full-day work for doctors, computer automation, establishment of both SGK and patient rights units and confused by hospital management transfer to local hospital associations.

JEL Classification: I 18

Keywords: Health Management, Health Transformation Program, Hospital, Health Manager

Sağlıkta Dönüşüm Programının Hastaneler Üzerindeki Değişim Etkisi: Hastane Yöneticilerinin Görüşleri



Yrd. Doç. Dr. Sedat Bostan*

Öğr. Gör. Taşkın Kılıç**

Prof. Dr. Taner Acuner***



İRİŞ

Değişim ve dönüşüm kavramları İngilizcedeki "transformation" kelimesinin Türkçeye uyarlanmasıyla aynı anlamda kullanılsa da bu iki kavram arasında anlam ve nüans farkı vardır. Türk Dil Kurumuna (TDK) göre değişim; bir zaman dilimi içindeki değişikliklerin bütünü, olarak ifade edilirken; dönüşüm ise; olduğundan başka bir biçime girme, başka bir durum alma, şekil değiştirme, tahavvül, inkılap anlamlarına gelmektedir (www.tdk.gov.tr).

Genel anlamda değişim, ister planlı ister plansız olsun, organizma, kişi veya örgüt gibi herhangi bir sistemin, bir süreç veya ortamın, belli bir durumdan başka bir duruma dönüşmesi olarak tanımlanabilir (Jones, 1998). Bir başka tanıma göre ise değişim, bir bütünün öğelerinde, öğelerin birbirleri ile ilişkilerinde öncekine göre nicelik ve nitelik olarak gözlenebilir bir ayrılığın oluşmasıdır (Peker, 1995).

Değişim geçiren örgüt/birey, süreç sonunda eski durumuna göre farklı bir konuma ulaşır. Buna ilave olarak gerçekleşen her değişimin, olumlu ya da olumsuz bir sonucu vardır (Tüz, 2003). Genel olarak herhangi bir şeyin bir düzeyden farklı bir düzeye gelmesi olan değişim, insanların, nesnelerin yerini değiştirmekten, bilgi, yetenek, eğitim gibi birçok şeyin mevcut du-

* Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Yönetimi Bölümü
sbostan29@gmail.com

** Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Yönetimi Bölümü
taskinkilic79@hotmail.com

*** Karadeniz Teknik Üniversitesi İktisadi ve İdari
Bilimler Fakültesi
tacuner@ktu.edu.tr

rumundan başka durumuna getirilmesine kadar geniş bir alanda olabilir. Organizasyonlarda ise faaliyetlerdeki mevcut durumdan başka bir duruma gelmeyi anlatır (Koçel, 2005).

Değişim ve dönüşüm kavramları insanlık tarihi boyunca insanların gelişim ve medeniyet arayışlarında anahtar rolü üstlenmişlerdir. Fakat bu iki kavram, son yıllarda dünyanın teknolojik, ekonomik ve sosyal yönden bundan önceki dönemlere göre daha hızlı bir şekilde değişmesi nedeniyle önemini ve etkisini giderek artırmışlardır (Dinçer ve Yılmaz, 2003; Koçel, 2005; Özkar, 1999; Varoğlu ve Basım, 2009).

Dünyadaki bu hızlı değişim ve dönüşüm süreci insanların günlük yaşamlarını ve günlük yaşamdaki ihtiyaçları karşılayan bütün sektörleri de etkilemektedir. Sağlık sektörü de, benzer şekilde bu süreçten çeşitli yönlerden etkilenmektedir. Bir taraftan sektörden hizmet alanların sağlık hizmetleri ile ilgili bilinç ve beklenti düzeyleri artarken, diğer taraftan özel sektör bu alana yatırım yapmış bu nedenle sektörde rekabet ve hizmet arzı artırmıştır. Bu değişiklikler, sağlık hizmetlerinin yapısının değişmesini zorunlu kılmış ve sağlık hizmetleri bu algıya yavaşta olsa cevap vermiş ve değişim sürecini başlatmıştır. Özellikle 1990'larda sağlık hizmetlerinde döner sermaye sisteminin kurulması, özel sektörün payının artması, hasta hakları ve kalite çalışmaları bunların başlangıcı sayılabilir. Bu uygulamalar kısmen de olsa sektörü etkilemiş olsa da kalıcı ve

sürdürebilir bir yapıya kavuşturamamıştır. Diğer taraftan, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ülkelere dünya çapında bir vizyon koyarak; her ülkenin sağlık sistemi, herkese gerekli olan sağlık hizmetinin yüksek kalitede verilmesini sağlayacak şekilde tasarlanmasını, bu hizmetlerin etkili, karşılanabilir maliyette ve toplumca kabul gören tarzda olması gerektiğini ve her ülkenin bu faktörleri göz önünde tutarak kendi özgün sağlık sistemlerini geliştirmesini önermiştir (SDP-2003-2010 Değerlendirme Raporu).

Bu nedenle özellikle 2003 yılından itibaren Dünya Sağlık Örgütünün de etkisiyle Türkiye'de sağlıkta dönüşüm programı (SDP) başlatılmış ve sağlık sitemindeki değişiklikler topyekûn bir yapıda ele alınmış ve sektörde örgüt yapısı, insan kaynakları ve süreçlerde radikal değişim ve dönüşümler gerçekleştirilmiştir. Bu değişikliklere örnek olarak, Genel Sağlık Sigortası, Aile Hekimliği, Hastanelerin Birleştirilmesi, Performansa Göre Ücret Ödenmesi, Kalite Sistemleri, Referans İlaç Politikaları vb. verilebilir.

Sağlık sisteminde yapılan bu değişim ve dönüşümlerin hem hizmet veren taraflar hem de hizmet alanlar üzerinde çeşitli etkiler bırakacağı beklenen bir durumdur. Bu bağlamda Sağlıkta Dönüşüm Projesi uygulamalarının getirdiği değişimin ölçülmesi ve boyutlarının ortaya koyulması önem arz etmektedir. Bu nedenle bu çalışmada, hastanelerde ortaya çıkan yönetsel, sayısal ve önem açısından değişimlerin neler olduğu

ve hangi yönde bir değişimin gerçekleştiği hastane yöneticilerinin değerlendirmeleri üzerinden tespit edilmeye çalışılmıştır.

1. SAĞLIK HİZMETLERİNDE DEĞİŞİM SÜRECİ

DSÖ'nün 2000 yılı raporu'nda; sağlık sistemlerinin ulaşılabilir, sürdürülebilir, hakça (hakkaniyetli) ve iyi nitelikte olmalarının gereği belirtilmektedir (WHO, 2000). Bu doğrultuda 2002-2003 yıllarında 58. ve 59. Hükümetler, acil eylem planı çerçevesinde "Sağlıkta Dönüşüm Programı" (SDP) hazırlamışlardır. Sağlık Bakanlığının SDP'yi uygulamaya koymasında hem DSÖ'nün önerileri hem de Türkiye'de ki sağlık sisteminde var olan olumsuzluklar etkili olmuştur. Ülke içerisinde sağlık sisteminin tıkanmasına ve olumsuzlukların yaşanmasına neden olan temel faktörler Sağlık Bakanlığının Sağlıkta Dönüşüm Raporlarında şu şekilde sıralanmaktadır. Sağlık Hizmetleri Sunumundaki Maliyet Artışları; Vatandaşın Beklentilerinin Artması; Kamunun Ödeme Kapasitesinin Sınırlı Olması; Kamudaki Yönetim Anlayışının Vatandaş Tarafından Sorgulanmaya Başlanması (SDP-2003-2010 Değerlendirme Raporu).

Aynı raporda; 2003 yılından önce sağlık sistemindeki ve hastanelerdeki aksaklıklardan bazıları aşağıdaki gibi ifade edilmiştir. Buna göre;

Çoklu ve parçalı yapıda bir sağlık finansmanı mevcuttu ve farklı sosyal güvenlik kurumlarının (SSK, Bağ-Kur, Emekli

Sandığı) farklı geri ödeme mekanizmaları vardı. Sağlık hizmetleri finansmanında mali disiplin, hesap verebilirlik ve mali saydamlık yoktu. Hastanede yatan hastalar (sigortalılar dahil) ilaç ve tıbbi malzemeleri kendileri temin etmek zorunda idi ve bunun için çoğu defa ilave ücret ödemeleri gerekiyordu.

Muayenehanecilik ve özel muayenehane işletme had safhadaydı. Kamu hastaneleri bakımsız ve tamamına yakını koğuş tipi odalardan oluşuyordu. İçinde tuvaleti ve banyosu bulunan odalar hastanelerde adeta parmakla gösteriliyordu. Kamu hastaneleri tıbbi cihaz fakiri idi. Eğitim ve Araştırma hastaneleri bile ne yazık ki aynı kaderi paylaşıyordu.

Hastanelerin yönetim ve organizasyonunda performans ve kaliteye ait kavramsal düzeyde bile yaklaşım yoktu. Hekim seçme hakkı, hasta hakları uygulaması, kalite uygulaması yoktu. İlaça erişimde zorluk vardı.

Sağlık personeline işin niteliğine ve niceliğine bakılmaksızın sabit ödeme yapılmaktaydı. Sağlık sektöründe insan gücümüzdeki sayısal yetersizliklerin yanında, personelin ülke geneline yayılmasındaki dengesizlikler vardı.

Bu nedenlere dayandırılan SDP uygulamaları kapsamında 2003 yılından itibaren birçok yeni düzenleme yapılmıştır. Bu kapsamda kamunun sağlık sistemindeki rolü yeniden tanımlanmış olup, bu süreç bağlamında devletin finansman ve düzenleme

alanındaki görev ve sorumlulukları gözetilirken ve hatta artarken, hizmet sunumundaki rolünün faklılaştırılması gözetilmiştir. Finansman sağlama ve hizmet sunumunun birbirinden ayrılması; hastanelerin özerk bir yapıya kavuşturulması ve üst yönetimlerinin profesyonel yöneticilere devredilmesi, Sağlık Bakanlığı'nın görevlerinin yeniden tanımlanması ve kimi sorumluluklarının yerel yönetimlere bırakılması gibi birçok politika bu çerçevede değerlendirilebilir (Ağartan ve diğerleri, 2007).

SDP uygulamaları olarak sağlık ve hastane sisteminde yapılan bazı değişiklikler özetle şöyledir:

Haziran 2003'ten itibaren kamu çalışanlarının özel sağlık kuruluşlarında da tedavi edilmelerine olanaklı hale gelmiştir. 2004 yılında ilaçta "Referans Fiyat" uygulamasına geçilmiştir. 2004 yılında performansa dayalı ek ödeme sistemi kurulmuştur. 2005 itibarıyla, "Sağlıkta Dönüşüm" reformu çerçevesinde SSK bünyesindeki tüm sağlık hizmet işletmeleri ile kamu kurumlarınınca işletilen sağlık tesislerinin Sağlık Bakanlığı'na devredilmiştir. Yine 2005 itibarıyla, SSK'ya bağlı çalışanların reçeteli ilaçlarını anlaşmalı eczanelerden temin etmelerine olanak verilmiştir. Mayıs 2006 itibarı ile sosyal güvenlik kurumlarının 5502 sayılı Kanun çerçevesinde tek bir "Sosyal Güvenlik Kurumu" çatısı altında bir araya getirilmiştir. 2005 yılında pilot illerde başlatılan aile hekimliği sistemi 2010 yılı itibarıyla tüm ülkede uygulamaya konulmuştur. 2004

yılında hasta hakları uygulamaları pilot hastanelerde başlatılmış olup, sonra bütün hastanelere yaygınlaştırılmıştır. 2004 yılında hastalara hekim seçme olanağı sağlayan düzenlemeler gerçekleştirilmiştir.

2005 yılından itibaren, tam gün çalışma sistemi hayata geçirilmiş ve halen çeşitli düzenlemelerle bu uygulama devam etmektedir. Tam gün çalışan hekim sayısı 2003'te %11'den 2008'de %73'e yükselmiştir. 2003 yılından itibaren yardımcı sağlık personelinin mesleki eğitim ve yeniden yapılandırma çalışmaları gerçekleştirilmeye başlamıştır.

Sektörde, özel hastanelerin payı artmıştır. Sağlık istatistikleri ve ekonomik analizlerde standardizasyon sağlanması için bütün hastanelerde uluslararası hastalık kodları uygulamaları başlatılmıştır. Sağlık Bakanlığı İletişim Merkezi (SABİM) kesintisiz sürekli çalışma hale gelmiştir.

2008 yılında Genel Sağlık Sigortası sistemi hayata geçirilerek sigorta sistemleri tek çatı altında toplanmıştır. 2009 yılında Türkiye Ulusal Sağlık Enformasyon Sistemi (USES-T) geliştirilerek elektronik kayıt sistemlerine geçilmiştir. Haziran 2010 tarihinde kamu hastanelerinin %99'u ve özel hastanelerin ve üniversite hastanelerinin %71'i hasta elektronik sağlık kayıtlarının günlük beslemeleri ile USES-T'ye bağlanmıştır. 2011 yılında Kamu Hastane Birliği ve Teşkilat yasası yürürlüğe girmiştir (SDP-2003-2010 Değerlendirme Raporu).

Yukarıda yapılan değişiklikleri hastanelerinde uygulayan yöneticilerin doğrudan değişim sonuçlarına yönelik gözlemleri, görüşleri ve değerlendirmeleri yapılan değişimin ölçülmesinde önemli bir veri olacağı düşünülmüştür. Bu çalışmada hastanelerde gerçekleşen değişimin yönetsel, sayısal ve önem açısından değerlendirilmesi hastane yöneticilerine yaptırılmış olup, sonuçları aşağıda analiz edilerek değerlendirilmiştir.

2. MATERYAL VE METOD

Araştırma projesi kapsamında ülkemizdeki Sağlık Bakanlığına bağlı 100 yatak üstü hastaneler, Üniversite hastaneleri ve 50 yatak üstü özel sektör hastaneleri olmak üzere 81 ilde 498 hastane tespit edildi. Her hastanede üç yöneticiye (başhekim veya yardımcısı, başhemşire veya yardımcısı, hastane müdürü veya yardımcısı) uygulanacak üzere bir araştırma anketi alanın uygulamacı ve uzmanlarının görüşleri de alınarak hazırlandı. Anket tanımlayıcı ve yöneticilerin görüşlerini yansıtan, değer yargısı ifade eden sorulardan oluşturuldu. Bu çalışmanın konusu olan hastane işletmelerindeki değişimin yönetsel, sayısal ve önem sorular üç faktör altında verilmiştir. Bunlar; SDP Uygulamasıyla Ortaya Çıkan Yönetmel Alandaki Değişimler (13 soru); SDP'nin Uygulamasıyla Ortaya Çıkan Sayısal Değişimler (10 soru); SDP'nin Uygulanmasıyla Önemi Değişenler (11 soru).

Uygulanan ankette, olumsuz/azaldı:1; değişmedi:2; kısmen olumlu/kısmen arttı:3; olumlu/çok arttı:4 olarak kodlandı. Aritme-

tik ortalamalar üzerinden yapılan açıklamalarda en yüksek kodlama puanından en düşük kodlama puanı çıkartılarak, kodlama seçeneği sayısına bölünüp (4-1:3; 3/4:0.75) bulunan aralık üzerinden; 1-1.74: olumsuz/azaldı; 1.75-2.49: değişmedi; 2.50-3.24: kısmen olumlu/kısmen arttı; 3.25-4: olumlu/çok arttı olarak değerlendirildi.

Araştırma anketleri Mayıs 2008 itibariyle daha önceden tespit edilmiş olan hastanelere posta yoluyla gönderildi. Eylül 2008 itibariyle 75 ilden, 284 hastaneden, 779 geçerli yönetici anketi geri dönüşü sağlandı. Veriler bilgisayar ortamında SPSS analiziyle değerlendirildi. Hastane yöneticilerine yönelik araştırmanın tamamı için, KMO Örneklem Uygunluk Katsayısı 89, BartlettSphericity faktörlenebilirlik katsayısı ise 17295.87 ile $P<000$ düzeyinde anlamlı olduğu ve Maksimum Likelihood tekniği ile Quartimax rotasyon faktör çözümlemesiyle verilerin toplam varyansın % 43.15' ini açıkladığı tespit edildi. Güvenirlilik katsayısı Cronbahalfa .95 olarak hesaplandı. Bağımsız değişkenlerle, bağımlı değişkenler arasında anlamlı farklılığın varlığı ANOVA ve T testiyle analiz edildi.

3. BULGULAR

Araştırmaya katılan katılımcı hastane yöneticilerinin çalıştıkları hastaneye ve kendilerine ait bağımsız değişkenlerle ilgili verileri Tablo 1'de verilmiştir.

Tablo 1 : Hastane Yöneticilerini Tanımlayıcı Bilgiler

| Bölgeler | Sayı | % |
|--|-------------|--------------|
| Marmara | 169 | 21.7 |
| Ege | 122 | 15.7 |
| Akdeniz | 79 | 10.1 |
| İç Anadolu | 134 | 17.2 |
| Karadeniz | 157 | 20.2 |
| Güneydoğu Anadolu | 88 | 11.3 |
| Doğu Anadolu | 30 | 3.9 |
| Mülkiyet | | |
| Sağlık Bakanlığı | 719 | 92.3 |
| Üniversiteler | 30 | 3.9 |
| Özel Hastaneler | 30 | 3.9 |
| Meslekler | | |
| Başhekim/Başhekim Yardımcısı (Doktor) | 256 | 32.9 |
| Başhemşire/Başhemşire Yardımcısı (Hemşire) | 266 | 34.1 |
| Hastane Müdürü/Hastane Müdür Yardımcısı (Sağlık İdarecisi) | 257 | 33.0 |
| Eğitim Durumu | | |
| Lise | 30 | 3.9 |
| Ön Lisans | 234 | 30.0 |
| Lisans | 283 | 36.3 |
| Yüksek Lisans | 113 | 14.5 |
| Doktora | 98 | 12.6 |
| Belirtmeyen | 21 | 2.7 |
| Çalışma Yılı | | |
| 1-9 yıl | 76 | 9.8 |
| 10-14 yıl | 139 | 17.8 |
| 15-19 yıl | 206 | 26.4 |
| 20-24 yıl | 172 | 22.1 |
| 25-29 yıl | 104 | 13.4 |
| 30 ve daha fazla yıl | 67 | 8.6 |
| Belirtmeyen | 15 | 1.9 |
| Hastanelerin Hasta Yatağı Sayısı | | |
| 50-99 | 32 | 4.1 |
| 100-199 | 312 | 40.1 |
| 200-299 | 149 | 19.1 |
| 300-399 | 103 | 13.2 |
| 400-499 | 52 | 6.7 |
| 500-599 | 55 | 7.1 |
| 600 ve yukarısı | 71 | 9.1 |
| Belirtmeyen | 5 | 0.6 |
| Toplam | 779 | 100.0 |

Araştırmamıza en yüksek katılım %21.7 ile Marmara bölgesinden gerçekleşirken, en düşük katılım %3.9 ile Doğu Anadolu bölgesinden gerçekleşti. Karadeniz bölgesinden %20.2 katılım sağlanmasının çalışmanın yürütüldüğü bölge olmasıyla ilişkili olduğu düşünülmektedir. Diğer dağılım oranlarının araştırma evreninde bulunan hastanelerin bölgesel dağılımıyla uyumluluk göstermektedir. Araştırmaya en yüksek katılım %92.3 ile Sağlık Bakanlığına bağlı hastanelerden gerçekleşmiştir. Sağlık Bakanlığından resmi araştırma izni alınmış olmasının buna katkısı olmuştur. Üniversite ve Özel hastanelerde katılımı artırmak için yapılan bütün girişimlere rağmen %3.9'luk bir katılım sağlanabilmiştir.

Hastane yöneticileri eğitim düzeyi en fazla %36.3 ile lisans düzeyinde ve en düşük %3.9 ile lise düzeyinde eğitim aldıklarını ifade etmişlerdir. Hastane yöneticileri, meslekte çalışma süresi olarak en fazla %26.4 ile 15-19 yıl, en düşük %8.6 ile 30 ve daha fazla yıl çalıştıklarını söylemişlerdir. Hastane yöneticileri, çalıştıkları hastanelerin hasta yatağı sayısını, en fazla %40.1 ile 100-199, en düşük %4.1 ile 50-99 hasta yatağı olarak belirtmişlerdir.

Hastane yöneticilerinin değerlendirmelerine göre; sağlıkta dönüşüm projesi uygulamalarıyla hastane işletmelerinde, yönetsel, sayısal ve önemsal açılardan nelerin, ne yönde ve ne kadar değiştiği aşağıdaki tablolarda verilmiştir. Tablo 2'de hastane yöne-

ticilerinin gerçekleşen yönetsel değişimlerle ilgili görüşleri bulunmaktadır.

Tablo-2, yüzdeler oranlar açısından incelendiğinde hastane yöneticileri; bütün ifadelerde SDP uygulamalarının yönetsel açıdan hastanede yaptığı değişimi en yüksek oranda olumlu bulmuşlardır. Bununla birlikte aritmetik ortalamalar üzerinden yapılan analizde; SDP uygulamaları hastanelerde, sağlık hizmeti verme süreçlerini, hasta kabul ve evrak işlemlerini, malzeme tedarik sistemini, sağlık hizmeti sunum anlayışını, verimliliği, tedavi etkinliğini, hastanenin toplumdaki saygınlığını, hasta memnuniyetini ve döner sermaye bütçesini olumlu yönde değiştirdiğini ifade etmektedirler. Hastanenin yönetsel organizasyonu, personel yapısını, personel tedarik yöntemini ve sağlık çalışanı memnuniyetini kısmen olumlu yönde değiştirdiği belirtilmektedir.

SDP uygulamaları sonucu hastanelerde meydana gelen sayısal değişimler Tablo 3'de sunulmuştur.

Tablo-3, yüzdeler oranlar açısından incelendiğinde, hastane yöneticileri en yüksek oranda; poliklinik odası sayısının ve ayaktan hasta sayısının çok arttığı; yönetsel birim sayısının, tıbbi cihaz ve donanım sayısının, hekim ve hastane personeli sayısının, yatan hasta ve ameliyat sayısının, hastane gelirlerinin kısmen arttığı, ortalama hasta yatış gün sayısının ise değişmediği ifadelerinde yoğunlaşmışlardır. Bununla birlikte aritmetik ortalamalar üzerinden

Tablo 2 : SDP Uygulamalarıyla Hastanede Gerçekleşen Yönetmel Değişiklikler

| Soru SDP Uygulamasıyla, | Değişimin Sonucu (Kişi Sayısı / %) | | | | |
|---|------------------------------------|---------|-----------|------------------|--------|
| | X SS | Olumsuz | Değişmedi | Kısmen olumlu | Olumlu |
| 1. Hastanenin yönetmel organizasyonu ne yönde değişti? | 3.15 | 23 | 200 | 358 | 189 |
| | 0.89 | 3.0 | 24.3 | 25.7 | 46.0 |
| 2. Hastanenin sağlık hizmet verme süreçleri ne yönde değişti? | 3.54 | 17 | 69 | 164 | 520 |
| | 0.74 | 2.2 | 8.9 | 21.1 | 66.8 |
| 3. Hastanenin hasta kabul ve evrak işlemleri ne yönde değişti? | 3.67 | 11 | 43 | 131 | 585 |
| | 0.64 | 1.4 | 5.5 | 16.8 | 75.1 |
| 4. Hastanenin personel yapısı ne yönde değişti? | 3.11 | 38 | 176 | 216 | 340 |
| | 0.92 | 4.9 | 22.6 | 27.7 | 43.6 |
| 5. Hastanenin personel tedarik yöntemi ne yönde değişti? | 3.01 | 52 | 204 | 199 | 320 |
| | 0.92 | 6.7 | 26.2 | 25.5 | 41.1 |
| 6. Hastanemizin malzeme tedarik sistemi ne yönde değişti? | 3.33 | 33 | 116 | 185 | 439 |
| | 0.88 | 4.2 | 14.9 | 23.7 | 56.4 |
| 7. Hastanemizin sağlık hizmeti sunum anlayışı ne yönde değişti? | 3.57 | 14 | 69 | 151 | 538 |
| | 0.73 | 1.8 | 8.9 | 19.4 | 69.1 |
| 8. Hastanenin verimliliği ne yönde değişti? | 3.57 | 12 | 70 | 153 | 536 |
| | 0.72 | 1.5 | 9.0 | 19.6 | 68.8 |
| 9. Hastanemizin hasta tedavi etkinliği ne yönde değişti? | 3.40 | 25 | 115 | 150 | 479 |
| | 0.85 | 3.2 | 14.8 | 19.3 | 61.5 |
| 10. Hastanenin toplumdaki saygınlığı ne yönde değişti? | 3.43 | 21 | 110 | 154 | 485 |
| | 0.83 | 2.7 | 14.1 | 19.8 | 62.3 |
| 11. Sağlık çalışanı memnuniyeti ne yönde değişti? | 3.05 | 69 | 148 | 227 | 328 |
| | 0.98 | 8.9 | 19.0 | 29.1 | 42.1 |
| 12. Hasta memnuniyeti ne yönde değişti? | 3.57 | 14 | 55 | 170 | 527 |
| | 0.70 | 1.8 | 7.1 | 21.8 | 67.7 |
| 13. Hastanenin döner sermaye bütçesi ne yönde değişti? | 3.27 | 36 | 129 | 182 | 406 |
| | 0.91 | 4.6 | 16.6 | 23.4 | 52.1 |
| Genel Toplam | 3.35 | | | | |
| | 0.82 | | | | |

Tablo 3 : SDP Uygulamalarıyla Hastanede Gerçekleşen Sayısal Değişiklikler

| Soru SDP Uygulamasıyla, | Değişimin Sonucu (Kişi Sayısı / %) | | | | |
|---|------------------------------------|--------|-----------|-----------------|--------------|
| | X SS | Azaldı | Değişmedi | Kısmen arttı | Çok arttı |
| 1. Hastanedeki yönetsel birim sayısı ne yönde değişti? | 2.73 | 27 | 237 | 409 | 92 |
| | 0.71 | 3.5 | 30.4 | 52.5 | 11.8 |
| 2. Poliklinik odası sayısı ne yönde değişti? | 3.50 | 4 | 64 | 241 | 463 |
| | 0.66 | 0.5 | 8.2 | 30.9 | 59.4 |
| 3. Tıbbi cihaz ve donanım sayısı ne yönde değişti? | 3.32 | 3 | 76 | 362 | 333 |
| | 0.66 | 0.4 | 9.8 | 46.5 | 42.7 |
| 4. Hekim sayısı ne yönde değişti? | 2.55 | 111 | 247 | 288 | 125 |
| | 0.92 | 14.2 | 31.7 | 37 | 16 |
| 5. Hastane personel sayısı ne yönde değişti? | 2.73 | 42 | 235 | 374 | 118 |
| | 0.78 | 5.4 | 30.2 | 48 | 15.1 |
| 6. Yatan hasta sayısı ne yönde değişti? | 2.88 | 41 | 189 | 361 | 179 |
| | 0.82 | 5.3 | 24.3 | 46.3 | 23.2 |
| 7. Ameliyat sayısı ne yönde değişti? | 3.00 | 33 | 141 | 352 | 209 |
| | 0.82 | 4.2 | 18.1 | 45.2 | 26.8 |
| 8 Ayaktan hasta sayısı ne yönde değişti? | 3.17 | 38 | 117 | 287 | 329 |
| | 0.86 | 4.9 | 15 | 36.8 | 42.2 |
| 9. Hastanın hastanede yattığı ortalama gün sayısı ne yönde değişti? | 2.19 | 157 | 353 | 211 | 46 |
| | 0.82 | 20.2 | 45.3 | 27.1 | 5.9 |
| 10. Hastane gelirleri ne yönde değişti? | 2.96 | 56 | 117 | 392 | 200 |
| | 0.86 | 7.2 | 15 | 50.3 | 25.7 |
| Genel Toplam | 2.90 | | | | |
| | 0.79 | | | | |

yapılan analizde; SDP uygulamaları sonucunda hastanede poliklinik odası, tıbbi cihaz ve donanım sayısının çok arttığını, yönetsel birim sayısı, hekim, personel, hasta, ameliyat, ayaktan hasta ve hastane gelirlerinin ise kısmen arttığını söylemektedirler.

Hastaların hastanede yatığı ortalama gün sayısında ise bir değişim olmadığı görülmüştür.

SDP uygulamaları sonucu hastanelerde önem açısından nasıl bir değişim olduğu ise Tablo 4’de verilmektedir.

Tablo 4 : SDP Uygulamalarıyla Hastanede Önemi Değişenler

| Soru SDP Uygulamasıyla, | Değişimin Sonucu (Kişi Sayısı / %) | | | | |
|---|------------------------------------|---------|-----------|------------------|-------------|
| | X SS | Olumsuz | Değişmedi | Kısmen olumlu | Olumlu |
| 1. Hekimin önemi ne yönde değişti? | 2.80 | 63 | 231 | 271 | 209 |
| | 0.92 | 8.1 | 29.7 | 34.8 | 26.8 |
| 2. Sağlık çalışanlarının önemi ne yönde değişti? | 2.69 | 68 | 258 | 291 | 157 |
| | 0.89 | 8.7 | 33.1 | 37.4 | 20.2 |
| 3. Hastanın önemi ne yönde değişti? | 3.39 | 8 | 106 | 230 | 426 |
| | 0.75 | 1.0 | 13.6 | 29.5 | 54.7 |
| 4. Tıbbi cihaz ve donanımın önemi ne yönde değişti? | 3.41 | 4 | 85 | 267 | 417 |
| | 0.70 | 0.5 | 10.9 | 34.3 | 53.5 |
| 5. Hasta maliyetlerinin önemi ne yönde değişti? | 3.29 | 27 | 91 | 284 | 361 |
| | 0.85 | 3.5 | 11.7 | 36.5 | 46.3 |
| 6. Hizmet verimliliğinin önemi ne yönde değişti? | 3.51 | 10 | 54 | 233 | 472 |
| | 0.68 | 1.3 | 6.9 | 29.9 | 60.6 |
| 7. Hasta memnuniyetinin önemi ne yönde değişti? | 3.63 | 6 | 46 | 174 | 542 |
| | 0.63 | 0.8 | 5.9 | 22.3 | 69.6 |
| 8. Sağlık hukukunun önemi ne yönde değişti? | 3.59 | 8 | 48 | 187 | 523 |
| | 0.65 | 1.0 | 6.2 | 24.0 | 67.1 |
| 9. Hasta haklarının önemi ne yönde değişti? | 3.72 | 1 | 33 | 143 | 594 |
| | 0.54 | 0.1 | 4.2 | 18.4 | 76.3 |
| 10. Tıbbi bilgi ve becerilerin önemi ne yönde değişti? | 3.41 | 6 | 92 | 245 | 427 |
| | 0.72 | 0.8 | 11.8 | 31.5 | 54.8 |
| 11. Fiziksel yapı ve düzenlemelerin önemi ne yönde değişti? | 3.61 | 6 | 43 | 193 | 528 |
| | 0.62 | 0.8 | 5.55 | 24.8 | 67.8 |
| Genel Toplam | 3.36 | | | | |
| | 0.72 | | | | |

Tablo-4, yüzdeler oranlar açısından incelendiğinde hastane yöneticileri; hastanın, tıbbi cihaz ve donanımın, hasta maliyetlerinin, hizmet verimliliğinin, hasta memnuniyetinin, sağlık hukukunun, hasta haklarının, tıbbi bilgi ve becerinin, fiziksel yapı ve do-

nanımın öneminin çok arttığı seçeneğini; hekim ve sağlık çalışanlarının öneminin ise kısmen arttığı seçeneğini en fazla işaretledikleri görülmüştür. Bununla birlikte aritmetik ortalamalar üzerinden yapılan analizde; SDP uygulamaları sonucunda hastane-

de, hastanın, tıbbi cihaz ve donanımın, maliyetlerin, verimliliğin, hasta memnuniyetinin, sağlık hukukunun, hasta haklarının, tıbbi bilgi ve becerinin, fiziksel yapı ve düzenlemelerin öneminin çok arttığını düşünmektedirler. Hekimin ve sağlık çalışanlarının öneminin ise kısmen arttığını vurgulamaktadırlar.

Bağımsız değişkenler ile bağımlı değişkenler arasındaki ilişki incelendiğinde; bölgesel açıdan değerlendirildiğinde, hastanede gerçekleşen yönetsel ve sayısal değişimlerin Güneydoğu ve Doğu Anadolu bölgelerinde diğer coğrafik bölgelere göre daha fazla hissedildiği söylenebilir. Hastane mülkiyeti açısından değerlendirildiğinde, genel olarak Sağlık Bakanlığı, Üniversite ve özel hastanelerde değişimlerin paralel yönde olduğu görülmüştür. Fakat Sağlık Bakanlığına bağlı hastanelerin diğer hastanelere göre daha fazla yönetsel değişikliklere maruz kaldığı ve yine önemi açısından değişenlerde Sağlık Bakanlığı hastanelerinin daha yüksek bir puana sahip olduğu görülmektedir. Sayısal değişimlerde ise Sağlık Bakanlığına bağlı hastaneler ve özel hastaneler sayısal artışların üniversite hastanelerine göre daha fazla olduğu tespit edilmiştir. Hastane yöneticilerinin meslekleri açısından bakıldığında, hastane müdür ve yardımcılarının genel olarak önemsel, sayısal ve yönetsel değişimleri daha olumlu değerlendirdikleri anlaşılmaktadır. Yöneticilerin eğitim düzeyleri arasında karşılaştırılma yapıldığında ise sayısal ve yönetsel

değişimlerde görüş farkı bulunmamakta olup, önemselde ön lisans eğitilmiş yöneticiler değişimleri daha olumlu değerlendirdiği anlaşılmaktadır. Yöneticilerin çalışma süresi, hastanenin yatak sayısı değişkenlerinin hastane yöneticilerini görüşlerini etkilediği görülmüştür.

5. TARTIŞMA VE SONUÇ

SDP uygulamaları sektöre, yönetici gözüyle genel olarak yönetsel, sayısal ve önemsel açılardan olumlu gelişmeler sağladığı söylenebilir. Hastane yöneticileri yönetsel açıdan; hastanedeki hasta kabul ve evrak düzenlemelerindeki bürokratik işlemlerin azaltılmasını olumlu değişikliklerin (3.67) en önemlisi olarak görmektedirler. Bunu takiben sağlık hizmeti sunum anlayışındaki değişim, verimlilikteki değişim ve hasta memnuniyetindeki değişimi ikinci sıradaki (3.57) olumlu değişim olarak algılamaktadırlar. Sağlık hizmeti verme süreçlerindeki değişimi üçüncü sırada, hastanenin saygınlığındaki artış, tedavi etkinliğindeki artış, malzeme tedarik sistemindeki gelişmeler ve döner sermaye bütçesindeki artış sırayla gelen diğer olumlu değişimler olarak ifade edilmektedir. Çalışan memnuniyeti, personel yapısındaki değişim ve yönetsel organizasyon yapısındaki değişimler ise en az olumlu bulunan değişimler olarak tespit edilmiştir.

Hastane yöneticileri SDP uygulamaları sonucu ortaya çıkan sayısal değişimlerden en önemlisinin poliklinik oda sayısındaki artış (3.50) olduğunu ifade etmektedirler.

Tıbbi cihaz ve donanım sayısındaki artış (3.32) ikinci sırada, ayaktan hasta sayısındaki artış (3.17) üçüncü sırada görülmektedir. Ameliyat sayısındaki artış, hastane gelirlerindeki artış, yatan hasta sayısındaki artış diğer sayısal değişimler olarak algılanmaktadır. Hastanın ortalama yattığı gün sayısında bir değişim olmadığı, hekim ve personel sayısında ise büyük bir artış olmadığı anlaşılmaktadır.


Hastane yöneticileri SDP uygulamaları sonucu ortaya çıkan önemsel değişimlerden ilki olarak hasta haklarının önemindeki yükselmeye (3.72) işaret etmektedirler. Hasta memnuniyetinin (3.63), fiziksel yapı ve düzenlemelerin (3.61) önemindeki artışlar ise ikinci ve üçüncü sırada hastane yöneticileri tarafından algılanmaktadır. Bunları sırayla sağlık hukuku, hizmet verimliliği, tıbbi cihaz ve donanım ve hastanın önemindeki artışlar izlemektedir. Sağlık çalışanları ve hekimin öneminde en düşük düzeyde yükselme olduğu vurgulanmaktadır. Hasta memnuniyetinin öneminin hasta sayısından önde olması hastaneler açısından bir rekabet ortamının varlığına işaret sayılabilir.

Sağlık Bakanlığı'nın yayınladığı 2010 Yılı Sağlık İstatistikleri Yıllığı incelendiğinde araştırma sonuçlarıyla paralel bulgular görülmektedir. Örneğin 2002 yılında kişi başı hastane müracaat sayısı 1.88 iken, 2010 yılında bu sayı 4.11'e yükselmiştir. Bu artış araştırma bulgularındaki hasta sayısının arttığı görüşüyle örtüşmektedir.

2002 yılında hasta yatağı başına düşen yıllık hasta sayısı (yatak devir hızı) 38.3 iken, 2010 yılında bu sayı 57.2'ye yükselmesi hastane yöneticilerinin verimlilik artışı görüşünü desteklemektedir. Ameliyat sayıları ise 2002'de 2 milyon civarındayken, 2010 yılında bu sayı 8,5 milyona ulaşmıştır. Bu bulgu araştırmadaki ameliyat sayısındaki artma görüşüyle örtüşmektedir. Hastanelerdeki hasta memnuniyet oranının TÜİK'in yaptığı araştırmaya göre; üniversite hastanelerinde 2003'de %46.8 iken 2008 yılında 57.5'e; Sağlık Bakanlığı hastanelerinde %41'den %66'ya ve özel hastanelerde %49.3'den %59.6'ya yükseldiği tespit edilmiştir. Ayrıca her yıl hastane hasta hakları birimlerine hastalar tarafından yapılan 100-150 bin civarındaki başvuru ve 15-20 civarındaki yazılı şikayet başvurusu, araştırmadaki hastane yöneticilerinin hastanın önemi, hasta haklarının önemi, hasta memnuniyetinin önemi ve sağlık hukukunun önemi hakkındaki yargılarını desteklemektedir.

Ağırlıklı olarak kamu hastanesi olan hastane sektöründe işletme kavramlarının önem kazandığı ve kamu işletmeleri olan hastanelere özerklik kazandırılması yolunda adımlar atıldığı gözlenmektedir. Hastane işletmelerinde; maliyet, verimlilik, sağlık hukuku, hasta hakları, hasta (müşteri) memnuniyeti ve kalite gibi çağın kavramlarının ön plana çıkmaya başladığı yöneticiler tarafından ifade edilmektedir. Personel, tıbbi cihaz ve sarf malzemesi tedarik sistemindeki değişiklikler, kamu hastanelerinin yö-

netmel özerkliğini desteklemektedir. Ayrıca sağlık hizmeti arzının artmasını sağlayan poliklinik odası, cihaz, donanım ve personel sayılarında ki artışın paralelinde, hasta sayısında ve hastane gelirlerinde de artış sağlanmış görülmektedir. Genel olarak sağlık hizmetlerine ulaşımın kolaylaştığı da anlaşılmaktadır. Hasta memnuniyetinde önemli oranda, personel memnuniyetinde

ise kısmi iyileşmelerin sağlandığı algılanmaktadır. Hastanelerde tıbbi bilgi becerinin önemin artması ve tedavi etkinliğinin artması söz konusu iyileşmelerin sadece niceliksel değil, sağlık hizmetlerinin kalitesini niteliksel olarak etkilediği de söylenebilir. Bu aşamada önemli olanın sağlanan bu iyileşmelerin kalıcı olup olamayacağıdır. 

KAYNAKÇA

- Ağartan T., Keyder Ç., Üstündağ N., Ağartan T., Yoltar Ç. (2007). Sağlıkta Reform Salgını. *Avrupa'da ve Türkiye'de Sağlık Politikaları*. İstanbul: İletişim Yayınları. 37 – 54
- Dinçer, Ö., Yılmaz, C. (2003). *Kamu Yönetiminde Yeniden Yapılanma: Değişim Yönetimi İçin Yönetimde Değişim*. T.C. Başbakanlık. Ankara
- Jones, G. R. (1998). *Organizational Theory*. New York: Addison-Wesley Publishing
- Koçel, T. (2005). *İşletme Yöneticiliği* (Onuncu Baskı). İstanbul: Arıkan Basım
- Köse, H.Ö. (2003). Küreselleşme Sürecinde Devletin Yapısal Ve İşlevsel Dönüşümü. *Sayıştay Dergisi*. 49
- Lawler, E. E. ve Worley, C. G. (2006). *Build To Change*. San Francisco: Jossey-Bass
- Özkara, B. (1999). *Evrimci ve Devrimci Örgütsel Değişim*. Afyon: Afyon Kocatepe Üniversitesi Yayınları
- Peker, Ö. (1995). *Yönetimi Geliştirmenin Sürekliliği*. Ankara: TODAİE Yayını
- Porter, T. B. (2006). Coevolution As A Research Framework For Organizations and The Natural Environment, *Organization and Environment*. 19 (4). 479-504.
- Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu (2003-2010) http://ekutuphane.tusak.gov.tr/kitap.php?id=190&k=turkiye_saglikta_donusum_programi_degerlendirme_raporu_%282003_2010%29
- Tüz, V. Melek. (2003). *Değişim ve Kaos Ortamında İşletme Davranışı*. İstanbul: Alfa Akademi. Basım Yayın Dağıtım İnş. San.Tc. Ltd. Şti.
- Şimşek, M. Ş. (1999). *Yönetim ve Organizasyon*. Ankara: Nobel Yayın Dağıtım
- Türk Dil Kurumu Sözlüğü. <http://www.tdk.gov.tr/>
- The World Health Organization Publications (2000). 24. WHO, 2000; How well do Health systems perform? Chapter Two. The World Health Report 2000 –Healthsystems: improving performance. Geneva
- Varoğlu, A.K., Basım, N. (2009). *Örgütsel Değişim Ve Öğrenme*. Siyasal Kitabevi

