



**TÜRKİYE CUMHURİYETİ
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**



**ANKARA’DA ÖZEL HASTANELERDE GÖREV YAPAN
YÖNETİCİLERİN MALPRAKTİS OLAYLARINDAKİ
ROLLERİNE İLİŞKİN GÖRÜŞLERİ:
NİTELİKSEL BİR ARAŞTIRMA**

Hazal VARLI

**DİSİPLİNLERARASI ADLİ BİLİMLER ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**DANIŞMAN
Prof. Dr. Deniz ÇALIŞKAN**

ANKARA

2019

**TÜRKİYE CUMHURİYETİ
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**ANKARA’DA ÖZEL HASTANELERDE GÖREV YAPAN
YÖNETİCİLERİN MALPRAKTİS OLAYLARINDAKİ
ROLLERİNE İLİŞKİN GÖRÜŞLERİ:
NİTELİKSEL BİR ARAŞTIRMA**

Hazal VARLI

**DİSİPLİNLERARASI ADLİ BİLİMLER ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**DANIŞMAN
Prof. Dr. Deniz ÇALIŞKAN**

**ANKARA
2019**

Etik Beyan

Ankara Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü'ne,

Yüksek Lisans tezi olarak hazırlayıp sunduğum “*Ankara’da Özel Hastanelerde Görev Yapan Yöneticilerin Malpraktis Olaylarındaki Rollerine İlişkin Görüşleri: Niteliksel Bir Araştırma*” başlıklı tez; bilimsel ahlak ve değerlere uygun olarak tarafımdan yazılmıştır. Tezimin fikir/hipotezi tümüyle tez danışmanlarım ve bana aittir. Tezde yer alan deneysel çalışma/araştırma tarafımdan yapılmış olup, tüm cümleler, yorumlar bana aittir.

Yukarıda belirtilen hususların doğruluğunu beyan ederim.

Öğrencinin Adı Soyadı: Hazal VARLI

Tarih: 02.12.2019

İmza:

KABUL VE ONAY

Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Disiplinlerarası Adli Bilimler Anabilim Dalı
Sağlık Hukuku Tezli Yüksek Lisans Programında

Hazal VARLI tarafından hazırlanan

“Ankara’da Özel Hastanelerde Görev Yapan Yöneticilerin Malpraktis Olaylarındaki Rollerine

İlişkin Görüşleri: Niteliksel Bir Araştırma” adlı tez çalışması

aşağıdaki jüri tarafından **YÜKSEK LİSANS TEZİ** olarak

OY BİRLİĞİ ile kabul edilmiştir.

02.12.2019

Prof. Dr. Deniz ÇALIŞKAN
Ankara Ü. Tıp Fakültesi
Jüri Başkanı

Prof. Dr. Gürol CANTÜRK
Ankara Ü. Tıp Fakültesi
Üye

Dr.Öğr.Üyesi Burcu Gülseren ÖZCAN BÜYÜKTANIR
Hacettepe Ü.Hukuk Fakültesi
Üye

Tez hakkında alınan jüri kararı, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu tarafından onaylanmıştır.

Prof.Dr. Mehmet AKAN
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

İÇİNDEKİLER

Etik Beyan	ii
Kabul ve Onay	iii
İçindekiler	iv
Önsöz	vii
Simgeler ve Kısaltmalar	x
Şekiller	xi
Çizelgeler	xii
1. GİRİŞ	1
1.1. Sağlık Hizmetlerinin Kavramsal Çerçevesi	4
1.1.1. Sağlık Kavramı	4
1.1.2. Sağlık Hizmeti Kavramı	10
1.1.2.1. Sağlık Hizmetinin Sınıflandırılması	12
1.1.2.2. Sağlık Hizmetinin Özellikleri	13
1.1.2.3. Sağlık Hizmetinin Önemi	15
1.1.2.4. Sağlık Hizmetinin Sunumu	17
1.1.3. Sağlık Hizmeti Sunumunda Hastaneler	18
1.1.3.1. Hastanelerin Özellikleri	23
1.1.3.2. Hastanelerin Sınıflandırılması	24
1.1.4. Sağlık Hizmeti Sunumunda Özel Hastaneler	34
1.2. Sağlık Kurumlarında Yönetim ve Hastane Yöneticiliği	44
1.2.1. Yönetim ve Yöneticilik Kavramlarına Genel Bakış	44
1.2.2. Sağlık Yönetimi	50
1.2.3. Türkiye’de Sağlık Yönetimi Tarihçesi	54
1.2.4. Sağlık Yöneticisi	57
1.2.5. Hastane Yöneticiliğinin Gelişimi	58
1.2.6. Türkiye’de Hastane Yöneticiliği	63
1.3. Sağlık Hizmetleri Sunumunda Malpraktis	70
1.3.1. Malpraktis Tanımı	70
1.3.2. Malpraktis Kavramı ve Gelişimi	74
1.3.3. Malpraktisin Sınıflandırılması ve Nedenleri	81
1.3.4. Türkiye’de Sağlık Alanında Yaşanan Malpraktis ve Etkileri	92
1.3.4.1. Mesleki Sorumluluk Sigortası	99
1.3.4.2. Defansif Tıp Anlayışının Gelişmesi	100
1.3.4.3. Raporlamalarda Eksiklik Yapılması	102
1.3.4.4. Tıpta Uzmanlık Sınavı (TUS) Tercihleri	103
1.3.4.5. Medikal Malpraktis Stres Sendromu	104
1.3.4.6. Hekim Hasta İlişkisinde Değişim ve Güvensizlik	105
1.3.4.7. Sağlık Çalışanlarına Şiddet	106
1.3.4.8. Sağlık Ekonomisinde Olumsuzluklar	107
1.4. Özel Hastane Yöneticilerinin Malpraktis Olaylarındaki Rolü	108
1.4.2. Özel Hastane Yöneticilerinin Sorumlulukları	111
1.4.3. Özel Hastane Yöneticisinin Organizasyon Sorumluluğu	114
1.4.3.1. Özel Hastane Yöneticisinin Aydınlatma Sorumluluğu	115
1.4.3.2. Özel Hastane Yöneticisinin Personel Sorumluluğu	117

1.4.3.3. Özel Hastane Yöneticisinin Koruyucu Önlem Alma Sorumluluğu	118
1.4.3.4. Özel Hastane Yöneticisinin Teknik Araç ve Gereçlerin Kontrol ve Denetimini Sağlama Sorumluluğu	119
2. GEREÇ VE YÖNTEM	122
2.1. Araştırmanın Deseni	122
2.2. Çalışma Grubu	123
2.3. Veri Toplama Araçları	125
2.4. Veri Toplama Süreci	126
2.5. Verilerin Analizi	127
3. BULGULAR	130
3.1. Hastane Yöneticilerinin Eğitsel ve Mesleki Arka Planlarının Sağlık Yöneticiliği Pratiklerine Yansımaları	130
3.1.1. Kişisel Yaşama İlişkin Pratikler	132
3.1.1.1. Devamlılık	132
3.1.1.2. Aile ve Hobiler	133
3.1.2. Eğitim Pratikleri	135
3.1.2.1. Tıp Kökenli Yönetici	136
3.1.2.2. Sağlık Yönetimi-İşletme Kökenli Yönetici	138
3.1.3. Mesleki Yaşama İlişkin Pratikler	140
3.1.3.1. Görev Tanımı Kapsamındaki Sorumluluklar	141
3.1.3.2. Görev Tanımı Dışındaki Sorumluluklar	146
3.1.3.3. Yaşanan Zorluklar	147
3.1.3.4. Zorlukların Üstesinden Gelme Biçimleri	149
3.1.3.5. Yöneticilik Yapılan Kuruma İlişkin Değerlendirmeler	151
3.1.4. Eğitsel ve Mesleki Arka Planlarına Göre Profesyonel Yöneticiliğe Bakış Açıları	155
3.1.4.1. Bölünmüş Yöneticilik	156
3.1.4.2. Hekim Yönetici	158
3.2. Hastane Yöneticilerinin Malpraktis Olaylarına Dair Görüşleri ve Türkiye’deki Malpraktise İlişkin Durum Değerlendirmeleri	159
3.2.1. Malpraktis Kavramına İlişkin Tanımlamalar	159
3.2.2. Malpraktisin Türkiye’deki Mevcut Durumu	162
3.2.2.1. Malpraktisin Türkiye’deki Boyutu	164
3.2.2.2. Türkiye’de Malpraktisin Ortaya Çıkmasında ve Son Zamanlarda Artış Göstermesinde Etkili Olan Nedenler	166
3.2.2.3. Malpraktisin Türkiye’deki Yasal Çerçevesi	170
3.2.2.4. Malpraktisin Sağlık Sistemine Yansımaları	173
3.3. Hastane Yöneticilerinin Malpraktis Olaylarına Dahil Olma Biçimleri ve Önlenmesi Konusundaki Görüşleri	176
3.3.1. Hastane Yöneticileri Bakış Açısıyla Malpraktis Süreci	178
3.3.2. Hastane Yöneticilerinin Malpraktis Olaylarının Önlenmesi Adına Neler Yapabileceklerine Dair Görüşleri	182
3.3.3. Hastane Yöneticilerinin Malpraktis Olaylarının Önlenmesi Adına Sağlık Sistemi Belirleyicilerinin Neler Yapabileceklerine Dair Görüşleri	187

4. TARTIŞMA	191
5. SONUÇ VE ÖNERİLER	202
ÖZET	209
SUMMARY	210
KAYNAKLAR	211
EKLER	226
Ek-1. Etik Kurul İzin Belgesi	226
Ek-2. Aydınlatılmış Onam Formu	227
Ek-3. Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu	230
ÖZGEÇMİŞ	232



ÖNSÖZ

İnsanların vazgeçilmez ve temel haklarından birisi olan sağlık hakkı, yerine getirilmesi bütüncül anlayışa sahip olmayı gerektiren bir hizmettir. Kişisel faydanın yanı sıra sağlık hizmetlerinin yeterli ve nitelikli oluşu toplum sağlığına da önemli yansımalarla bulunacaktır. Sağlık kalitesinin artırılması hastalık nedeniyle kaybedilecek zamanı azaltmakta, maliyeti düşürüp üretime daha çok katkı sağlamaktadır. Böylece her anlamda sağlıklı bir toplum meydana gelmektedir.

Verilen hizmetin insanın yaşam hakkını yakından ilgilendiren ve yapılacak en küçük hata da dahi geri dönüşü olmayacak sonuçlara yol açabilen sağlık hizmeti olması nedeniyle, sağlık kurumlarının yönetimi ve organizasyonu oldukça önem teşkil etmektedir. Ülkemizde başlatılan Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında sağlık hizmetinin etkili ve verimli organizasyonunun sağlanması adına hastane yöneticileri kilit role sahip olmuştur. Kurumların mali ve yönetsel açıdan özerkleştirilmesinin hedeflenmesi, gelişim ve verimliliğin sürdürülebilirliğinin sağlanması için kaliteli hizmet sunma zorunluluğunu açığa çıkarmıştır.

Değişen ve gelişen toplumların tüm alanlarında olduğu gibi sağlık alanında da teknolojinin ilerlemesi sunulan olanakları arttırmakta, beraberinde beklentileri yükseltmektedir. Haklar perspektifinin gelişmesiyle de kişilerin karşılaştıkları hatalar karşısında haklarını gerekli mercilerde arama sıklıkları artmıştır. Tıbbi malpraktis olgularının farkındalığının her geçen gün çoğalması da bununla ilişkilidir. Çalışmamızda sağlık alanında meydana gelen, tıbbi malpraktis olaylarından bahsedilecektir. Tüm çalışma boyunca malpraktis olarak kastedilen tıbbi malpraktis durumlarıdır.

Toplumumuzda malpraktis kavramı yalnızca hekimlere yöneltilmiştir. Oysaki birçok olguda yapılan hataların organizasyon kusurundan kaynaklandığı görülmektedir. Sağlık hizmetlerinin sunulması iş birliğini gerektirirken sonuçlarının değerlendirilmesi de bütüncül bakmayı gerektirir. Bu noktada bilinçli yöneticilere

düşen en önemli görev, tüm gelişmiş ülkelerde olduğu gibi bildirim yapma gerekliliğinin yerleştirilmesi ve hatalardan ders çıkarılmasının sağlanmasıdır.

Bu çalışmadaki temel amaç da özel sağlık kuruluşlarında görev yapan hastane yöneticilerinin malpraktis olaylarındaki rollerinin incelenmesidir.

Çalışma süresi boyunca tüm zarıflığıyla her zaman yanımda olan, bir tez öğrencisinin başına gelebilecek en büyük şans olarak nitelendirdiğim, danışman hocam Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Prof. Dr. Deniz ÇALIŞKAN'a en büyük teşekkürlerimi arz ederim. Yaklaşımı ve süreç boyunca sağladığı motivasyonla çok defa umutsuzluk silsilesinden beni çıkardı. Çok değerlisiniz hocam her şey için çok minnettarım.

Sağlık idaresi mezunu olup Sağlık Hukuku alanında ilk yüksek lisans yapan biri olarak, Ankara Üniversitesi Sağlık Hukuku programı kapsamı boyunca, alanında duayen olmuş bilim insanlarından ders almak, benim için kendime katacağım en büyük değerlerden biri olmuştur. Bu vesileyle tüm katkıları için Adli Bilimler Enstitüsü hocalarıma her birine ayrı ayrı şükranlarımı sunarım.

Başarılarıyla kendilerini çok defa kanıtlamış olan, Sağlık Hukuku Yüksek Lisans Programı vesilesiyle tanıştığım sayın Emine Neval YILMAZ'a, sayın Ahmet ERZURUMLU'ya ve sayın hocam Abdülgaıffar VURAL'a da teşekkürlerimi sunarım. Bu değerli insanlarla birlikte Sağlık Hukuku sürecim daha da anlamlandı. Ders önceleri yaptığımız sohbetler bana yeni yollar çizmem için bir ışık niteliğindeydi. Her birinden ayrı ayrı çok şey öğrendim. Bu tezin hazırlanması sürecinde de hiç kuşkusuz çok değerli katkıları var. Tüm katkıları için çok teşekkür ederim. Analiz konusunda rotasız bir gemi gibi nasıl yol alacağını bilmeyen bana adım adım aşama kaydettiren çok değerli hocam Dr. Öğr. Üyesi Ayşe SOYLU'ya kıymetli desteği için çok teşekkür ederim.

Tüm bu süreçte bana her daim destek olan, hayattaki varlığımı anlamlandıran sevgili ailem, sizlerin benim için kıymetinizi anlatacak en güzel sözlerim dahi yetersiz kalır. Anne, baba ve kardeş kavramlarının altında bana en iyi dost, en değerli öğretmen oldunuz. Girmek istediğim her yolda bana olan desteğiniz ve güveniniz her durumda sığındığım en güzel hisler olmuştur. Canım annem Deniz VARLI, canım babam Salih VARLI ve canım ablam Yeliz VARLI iyi ki varsınız, iyi ki benim kıymetlilerimsiniz...



SİMGELER ve KISALTMALAR

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
AHA	: Amerikan Hastaneler Birliği (American Hospital Association)
CİMER	: Cumhurbaşkanlığı İletişim Merkezi
GRS	: Güvenlik Raporlama Sistemi
HHY	: Hasta Hakları Yönetmeliği
IOM	: Tıp Enstitüsü (<i>Institute of Medicine</i>)
JCAHO	: Ortak Sağlık Kuruluşları Akreditasyon Komisyonu (<i>Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations</i>)
JMA	: Japon Tıp Birliği (<i>Japan Medical Association</i>)
JSS	: Japon Cerrahi Derneği (<i>Japan Surgical Society</i>)
KHK	: Kanun Hükmünde Kararname
MMSS	: Medikal Malpraktis Stres Sendromu
NHS	: Ulusal Sağlık Sistemi (<i>National Health Service</i>)
NPSF	: Ulusal Hasta Güvenliği Vakfı (National Patient Safety Foundation)
OECD	: Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü (<i>Organisation for Economic Co-operation and Development</i>)
PTSS	: Post Travmatik Stres Sendromu
SABİM	: Sağlık Bakanlığı İletişim Merkezi
TTB	: Türk Tabipleri Birliği
WHO	: Dünya Sağlık Örgütü (<i>The World Health Organization</i>)
WMA	: Dünya Tabipler Birliği (<i>The World Medical Association</i>)

ŞEKİLLER

Şekil 1.1. Sağlık faktörleri.	6
Şekil 1.2. Sağlık halleri.	7
Şekil 1.3. Sağlık boyutları.	9
Şekil 1.4. Etkili bir sağlık hizmetinin temel özellikleri.	17
Şekil 1.5. Sağlık hizmetlerinin ilkeleri.	18
Şekil 1.6. Hastanelerin işlevleri.	20
Şekil 1.7. Hastanelerin hizmet süreci.	21
Şekil 1.8. Özel hastanelerin sağlık sektörüne katkıları.	40
Şekil 1.9. Yönetimin kaynakları.	45
Şekil 1.10. Yönetim fonksiyonları.	45
Şekil 1.11. Yönetim fonksiyonlarının süreçleri.	47
Şekil 1.12. Yönetim kademelerine göre beceriler.	48
Şekil 1.13. Yönetimi etkileyen trendler.	52
Şekil 1.14. Türkiye’de sağlık sistemindeki sorunlar.	56
Şekil 1.15. Sağlık yöneticilerinin sorumlulukları.	58
Şekil 1.16. Profesyonel hastane yöneticisi becerileri.	62
Şekil 1.17. Hata kategorileri.	82
Şekil 1.18. Tıbbi uygulama hataları.	83
Şekil 1.19. Malpraktis sınıflandırılması.	88
Şekil 2.1. Analiz sonucunda ulaşılan temalar ve kategoriler.	129

ÇİZELGELER

Çizelge 1.1. Sağlık hizmetlerini farklılaştıran özellikler.	13
Çizelge 1.2. Sağlık hizmetlerini farklılaştıran özellikler.	14
Çizelge 1.3. Sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payı 2002-2016.	16
Çizelge 1.4. Hastanelerin özellikleri.	24
Çizelge 1.5. Hastanelerin sınıflandırılması	25
Çizelge 1.6. Şehir hastaneleri projesine ait veriler.	28
Çizelge 1.7. Sektörlere göre hastane sayısı 2018.	33
Çizelge 1.8. Özel sağlık sektörüne yüklenen anlamlar.	38
Çizelge 1.9. Özel hastanelerin karşılaştıkları sorunlar.	41
Çizelge 1.10. Hastane yöneticilerinin dönemsel rolleri.	60
Çizelge 1.11. 663 sayılı kanun hükmünde kararname öncesi hastane organizasyon şeması.	64
Çizelge 1.12. Yöneticiler ile hekimler arası farklılıklar.	65
Çizelge 1.13. Hastane birlikleri yönetim şeması.	66
Çizelge 1.14. Şehir hastaneleri yönetim modeli.	69
Çizelge 1.15. Malpraktis sınıflandırılması.	84
Çizelge 1.16. Tıbbi uygulama hata alanları.	85
Çizelge 1.17. Vakaların (Incidence) sınıflandırılması matrisi.	87
Çizelge 1.18. Malpraktis davalarında artış nedenleri.	89
Çizelge 1.19. Türkiye’de 2002-2014 yılları arası hizmet kusuru iddiası ile açılan dava ve ödenen tazminatlar.	97
Çizelge 3.1. Araştırmaya katılan katılımcıların eğitim ve mesleki pratiklerine ilişkin bilgiler.	135

1. GİRİŞ

Sürekli bir değişim ve gelişim içinde olan modern dünyada, yaşamın her alanında insanlara sunulan olanaklar artmakta ve bununla birlikte beklentiler de yükselmektedir. Farkındalığı artan bireyler, beklentileri yönünde hizmet talep etmekte, herhangi bir eksiklik ya da aksaklıkta bunu hukuki yollarla dile getirmektedir. Her alana dair haklarının farkında olan bireyler özellikle almış oldukları sağlık hizmetlerine yönelik hassasiyet göstermektedirler. Sağlık hizmetlerinin temel sunucusu hastaneler olarak karşımıza çıkmaktadır. Hastaneler, sunulan hizmetin hassasiyeti nedeniyle yüksek özen gerektiren, farklı disiplinlerden gelen kişilerin işbirliğiyle süreci ilerleten, teknolojik gelişmeleri ve yenilikleri takip edip kendini sürekli güncellemesi gereken karmaşık yapıda kurumlardır. Tüm bu işleri koordine edip sistemi sürekli denetleyecek, doğru zamanda doğru noktalara müdahalelerde bulunacak ve bunların yanında büyük bir bütçeyi idare edecek kişilerde hastane yöneticileri olmaktadır. Bu çerçevede profesyonel yönetim anlayışına sahip; hastane yöneticilerine gereksinim duyulmaktadır.

Sağlık alanı modern toplumlarda bireylerin farkındalığının arttığı ve sıklıkla haklarını aradıkları alan olarak karşımıza çıkmaktadır. Çünkü verilen hizmetin insanın yaşam hakkını yakından ilgilendiren ve sahip olduğu diğer haklarını da anlamlandıran sağlık hizmeti olması, hizmetin önemini arttırmaktadır. Bu anlamda bireyler, yapılacak en küçük hata da dahi geri dönüşü olmayacak sonuçlara gidilebileceğinden, maruz kaldıkları malpraktis olaylarını gerekli mercilerde dile getirmektedirler. Ancak gerek toplum, gerekse medyada, malpraktis; yalnızca hekimlere dayandırılan bir kavram olarak karşımıza çıkmaktadır. Oysaki birçok olguda yapılan hataların organizasyon kusurundan kaynaklandığı görülmektedir. Bu bağlamda sağlık kurumlarının yönetimi ve organizasyonu önem teşkil etmekte, bütüncül anlayışa sahip olmayı gerektiren bir hizmet olarak karşımıza çıkmaktadır.

Malpraktis olgularına dair farkındalığımız her geçen gün daha da artarken aslında malpraktis kavramının geçmişi M.Ö.'ye kadar uzanmaktadır. Hammurabi Kanunlarının (M.Ö. 1800) 218. maddeden 225. maddeye kadar hekim hatalarına

ayrıldığı görülmektedir (Çoban, 2012). İnsanlığın en ilkel dönemlerinde bile, iyileştirme sanatı uygulayıcılarının, başarılı tedavi sonuçları değer bulurken; zarar verdiği anda, sorumlulukla karşı karşıya kaldığı tarihi belgelerden anlaşılmaktadır (Pakiş, 2006).

Karşılaşılan her malpraktis olgusu göstermektedir ki, hataların önlenmesi, gerekli önlemlerin zamanında, gecikmeden alınabilmesi için yapılacak bildirimler, eğitimler, uygulamalar büyük önem teşkil etmektedir. Bu anlamda Sağlık Bakanlığı organizasyonu, Sağlıkta Kalite Standartları'nın geliştirilmesi amacıyla, sağlık çalışanları tarafından karşılaşılan hataların anonimizasyon (kimlik gizliliği) içerisinde web sitesine bildirimlerini sağlayacak Güvenlik Raporlama Sistemi (GRS) oluşturulmuştur. 2016 GRS İstatistik ve Analiz Raporu'na göre GRS'ye toplam 74.383 hata bildirimi gerçekleştirilirken bu rakam 2017 yılı raporunda 101.841 hata bildirimine ulaşmıştır (Sağlık Bakanlığı GRS Türkiye İstatistikleri, 2017). Yıllar arasında bildirim sayısının artması çalışanlar tarafından konuya dair farkındalığın da arttığını göstermektedir. Bu da hastane yöneticilerinin personelini bu konuda teşvik etmesi ve konuya gerekli özeni göstermesi sonucunda gerçekleşmektedir. Doğru zamanda yapılan bildirimler hem malpraktis olgularını azaltmada hem de oluşabileceklerin önüne geçmede etkili olurken, hastane yöneticilerinin rolü bu anlamda sanılandan daha fazla önem taşımaktadır.

Hastane yöneticilerinin malpraktis olaylarındaki sorumluluğunun ortaya konması açısından; yöneticinin kamu ya da özel bir sağlık kuruluşunda çalışıyor olması yöneticinin rolünden kaynaklanan “sorumluluğun şekli” ve “sorumluluğun soruşturulması prosedürünü” değiştirmektedir.

Araştırmada çalışma alanı olarak özel hastanelerdeki yöneticiler seçilmiştir. Bu tercihe yönlendiren faktörlerden biri, kamu hastanelerinin yönetim yapılanmasının değişmiş olmasıdır. Aynı zamanda kamu hastanelerinde bürokratik süreçlerin özele göre daha uzun sürmesi tercihte etkili olmuştur. Bir diğer faktör ise, çalışma nitel bir durum çalışmasıdır ve kamu gibi büyük bir örneklem grubuyla nitel çalışma yapmanın, verilerin analiz edilmesi aşamasında karmaşıklığa sebep olabileceği

düşünülmüştür. Bu faktörler göz önüne alındığında özel hastanelerle çalışma yapılması tercih edilmiştir.

Özel hastanelerin, hasta üzerinde yüksek güven ve beklenti oluşturan, vermiş olduğu hizmetin karşılığını kendi belirlediği tarife göre alan kurumlar olarak hizmet sunumlarında yüksek özen göstermeleri beklenmektedir. Nitekim Yargıtay da *“özel hastane işleteni, öncelikle tacir sıfatıyla basiretli bir tacir gibi davranması gereği yanında, yaptığı hizmetin yaşama hakkını yakından ilgilendiren kamusal nitelik taşıyan sağlık hizmeti olması nedeniyle de hastanın ve özel durumlarda yakınlarının zarar görmemesi için gerekli olan sadakat ve özeni göstermek durumundadır. Bu özen, başta doktor ve diğer yardımcı personeli seçme ve denetleme açısından yüksek oranda gösterilmeli, diğer şartların hazırlanmasında da aynı ilke unutulmamalıdır”* şeklinde bu hususa işaret etmiştir (Hakeri, 2012).

Özel hastanelerin malpraktis olaylarına ilişkin süreç incelemesine bakıldığında, öncelikle özel hastane ve hasta arasında, hastanın hastaneye başvurması ile oluşan sözleşmeye dayalı bir ilişki kurulur. Bu sözleşmeye doktrinde hastaneye kabul sözleşmesi adı verilmiştir. Sözleşme kapsamında özel hastanenin yerine getirmekle mükellef olduğu yükümlülükleri mevcuttur. Bu yükümlülüklerin yerine getirilmesi esnasında meydana gelen hatalar nedeniyle ya da yükümlülüklerin hiç yerine getirilmemesi durumunda, hastanın özel hastaneye karşı tazminat davası açma hakkı doğar. Tüm bu süreçler içerisinde yetkili ve sorumlu olacak kişide hastane yöneticileri olarak karşımıza çıkmaktadır.

Bu çalışmada özel sağlık kuruluşlarında görev yapan hastane yöneticilerinin malpraktis olaylarındaki rollerinin incelenmesi amaçlanmaktadır. Bu genel amaç doğrultusunda aşağıdaki sorulara cevap aranacaktır;

- Hastane yöneticilerinin eğitsel ve mesleki arka planlarının sağlık yöneticiliği pratiklerine yansımaları nasıldır?

- Hastane yöneticilerinin malpraktis olaylarına dair görüşleri ve Türkiye’deki malpraktise ilişkin durum değerlendirmeleri nelerdir?

- Hastane yöneticilerinin malpraktis olaylarına dahil olma biçimleri ve önlenmesi konusundaki görüşleri nelerdir?

Özel hastane yöneticilerine yönelik olarak alanda ilk yapılan bu çalışmanın, hem hastane yöneticilerine hem de benzer çalışma yapacak olan araştırmacılara katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

1.1. Sağlık Hizmetlerinin Kavramsal Çerçevesi

1.1.1. Sağlık Kavramı

En ilkel zamanlardan, modernleşmenin görüldüğü günümüze kadar toplumu oluşturan insanların yaşam amaçları hayatta kalmak üzerine kuruludur. İnsanların ortaya koymuş oldukları tüm faaliyetlerin amacı budur. Bu amacını elde eden bireyin en büyük gayesi ise yaşam hakkını sağlıklı bir şekilde sürdürebilmektir. (Boylubay, 2017).

Sağlık, kişinin temel hakları içerisinde yer alan ve kişi için en önemli alan olan kendi vücudunun doğru işlemesiyle birlikte ortaya çıkan bir kavram olarak karşımıza çıkmaktadır (Okuducu, 2014). Tüm dünyada bilim ve teknoloji geliştikçe, yaşamın her alanında değişim ve bilinç düzeyi kaçınılmaz bir şekilde her gün hızlı bir ivmeyle artmaktadır. Artan bu bilinç her alanda kendini gösterdiği gibi sağlık alanında da kendini göstermektedir. Sağlıklı olmak insanlar için temel bir ihtiyaç, hayatın da vazgeçilemez bir servetidir (Vural, 2016).

Sağlık kavramı; sosyal, ekonomik, siyasal, kültürel ve evrensel hukuk alanındaki kısacası tarihsel sahnede her alanda etkili olan birikimlerle birlikte içeriği ve kapsamı değişen, gelişen bir kavramdır (Ateş, 2016). Sağlık kavramı kişilerin

önceliklerine ve zamana göre değişerek gelişmekte, kapsamı artmakta olan dinamik bir süreç içinde yeni içerikler kazanmaktadır. Her insan için bu kadar önemli olan sağlığı tek cümlede açıklamanın zor olmasının nedeni sağlığın sadece objektif olarak ölçülebilen ve tanımlanabilen bir olgu olmamasından kaynaklanmaktadır (Uyar, 2019).

Sağlığın bir kavram olarak tanımlanması oldukça problematiktir. Sağlık tanımı sorgulandığı tarihsel dönem ve tanımlandığı kültüre göre değişiklik göstermekte, tanımı toplumdaki en güçlü grupların ideoloji ve kültürünü yansıtmaktadır (Larson,1991).

Sağlık kavramının tanımlanmasına ilişkin farklı yorumlar yapılmaktadır. Bu tanımlamalar kişiden kişiye, toplumdan topluma, kültürden kültüre değişebilmektedir. Kültürden kültüre ve toplumdan topluma değişkenlik gösteren sağlık olgusu değerlendirmelerinde, bir ülkede sağlıklı görülen bir kişi, başka bir ülkenin şartları ve değerlendirmeleri çerçevesinde sağlıklı bulunabilmektedir (Okay, 2009). Dolayısıyla bu değişkenlik kavramın aynı zamanda subjektif ve objektif olarak da tanımlanmasını doğurmuştur. Bu bağlamda subjektif sağlık kavramı, bireyin kendisini sağlık ve rahatsızlık açısından iyi hissettiği ya da algıladığı durumdur. Objektif sağlık kavramında ise daha genel koşullar söz konusudur. Neyin hastalık olup olmadığı, sağlık kavramıyla neyin ifade edilmek istendiği konusunda özellikle bu alanda çalışan hekimler ve tıbbi personel arasında bir uzlaşma vardır. Buna göre objektif sağlık; doktor muayenesi ve yapılan test sonuçlarına göre belirlenen bir hastalığın olmayışı hali olarak tanımlanmaktadır (Mutlu ve Işık, 2012).

Kişinin iyilik halinin devamı veya bir hastalık durumunun saptanmasına ilişkin unsurlar bireyin kendi tercihlerinin bir sonucu veya yaşadığı toplumsal ve ekonomik çevrenin bir kompozisyonu şeklinde ortaya çıkabilmektedir (Erbaydar, 2003).

Kişilerin sağlık ve hastalık kavramlarıyla ilgili algıları onların çeşitli hallerdeki sağlık arama davranışlarını etkileyebilir. Yapılan araştırmalar, bu algıların ve

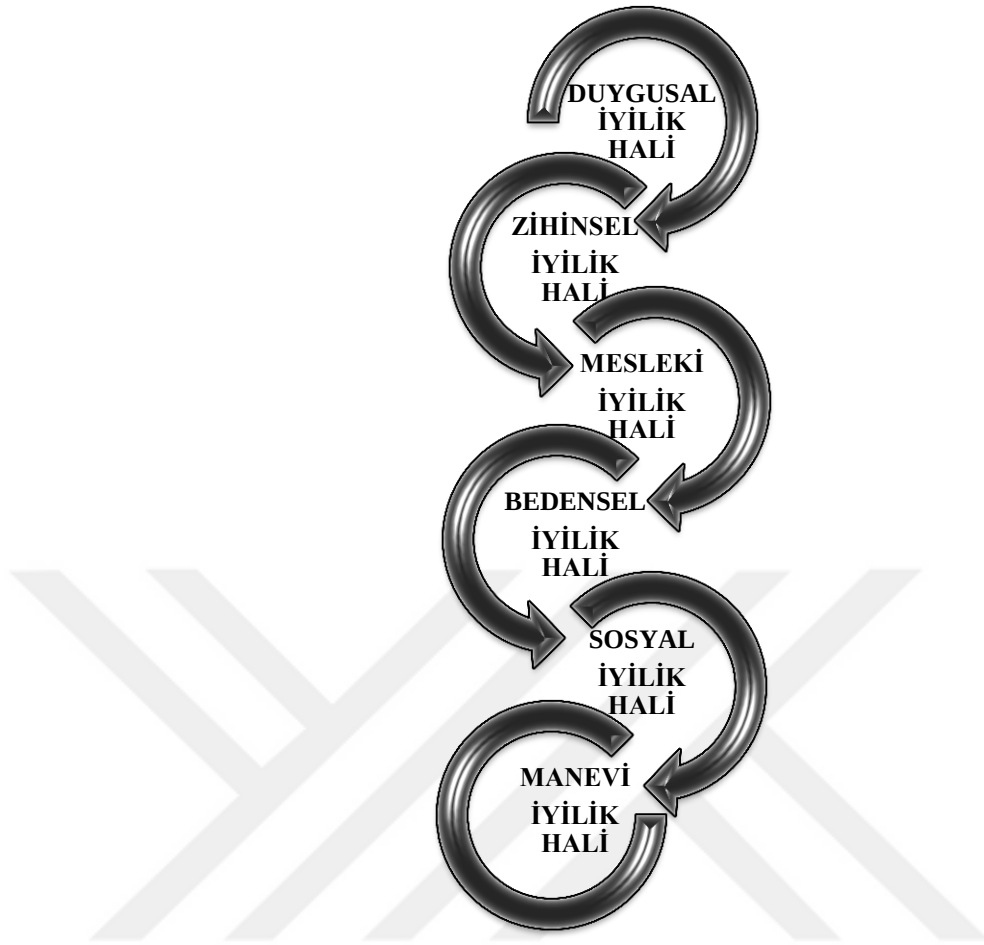
davranışların pek çok faktör tarafından etkilendiğini göstermektedir (Aslan, 2004). Bu düşünceden hareketle benzer bir yaklaşımda bulunan Tekin, 2015 yılında yapmış olduğu çalışmada sağlık kavramının ele alınışında etkili olan faktörleri Şekil 1.1.'deki gibi belirtmektedir.



Şekil 1.1. Sağlık faktörleri.

Tüm bu faktörlerle birlikte bir de The World Health Organization (WHO) tarafından yapılan genel kabul görmüş evrensel bir sağlık tanımı bulunmaktadır. WHO, sağlığı; bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hali olarak tanımlamaktadır.

DSÖ'nun “tam bir iyilik” içinde olma hali olarak tanımladığı olgu, bireyin kendi hayatını nasıl yorumladığı, onun psikolojik, kültürel ve toplumsal yönleri hakkında hissettikleriyle ilgilidir. Bu tanımlamayı yaparken de yaşamın farklı boyutlarıyla da ilişki içerisinde olduğunu belirtmektedir. Bu boyutlar Şekil 1.2.'de gösterilmektedir. (Korkut-Owen, Owen, 2012).



Şekil 1.2. Sağlık halleri.

Sağlığın tanımlanması konusunda son 150 yıla bakıldığında; ileri ülkelerde beklentilerin artmasıyla farkındalıklar da artarak sağlıklı yaşamın önemi, hasta olmamak için yapılması gerekenler, bireysel ihtiyaçları gidermede yardım almadan yaşayabilmek kapsamında yeni gereksinimler ortaya çıkmış ve sağlık tanımı bunları içine alacak şekilde yeniden yapılmıştır (Uyar, 2019).

Sağlığın tanımlanması noktasında Türk Dil Kurumu, Genel Türkçe Sözlüğü'nde sağlığı, “*Bireyin fiziksel, sosyal ve ruhsal yönden tam bir iyilik durumunda olması, vücut esenliği, esenlik, sıhhat, afiyet*” şeklinde tanımlamaktadır (Türk Dil Kurumu). Bir başka sağlık tanımlamasına baktığımızda Türk Sağlık Mevzuatında, 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanunun 2.maddesinde de sağlık; “yalnız hastalık ve maluliyetin yokluğu olmayıp, beden,

ruhen ve sosyal bakımdan tam bir iyilik hali” olarak tanımlanmaktadır (Sağlık Mevzuatı, 1961).

Türkmenadağ sağlığı hastalıkla ilişkilendiren bir tanımlama yaparken “genel olarak hastalık durumunun olmaması” olarak ifade etmektedir (Türkmenadağ, 2012). Okuducu ise 2014 yılında yapmış olduğu çalışmada sağlığı sadece hastalık ve sakatlık durumunun olmayışı değil kişinin bedenlen ruhen ve sosyal yönden tam anlamıyla iyilik hali şeklinde tanımlarken, sadece fiziksel değil psikolojik ve toplumsal süreçleri de içerdiğini belirtmektedir (Okuducu, 2014).

Tekin sağlık hastalık olgusu üzerine yapmış olduğu bir çalışmada sağlığı, herhangi bir canlının kendi bünyesinde hücresel bazda kodlanmış öz bütünlüğünü ve kararlı yapısını koruyabilmek için örgütlenmiş bulunan organizmanın istikrarlı bir biçimde çalışması ve bunu maksimum düzeyde gerçekleştirebilmesi süreci olarak tanımlanmaktadır (Tekin, 2007).

Sağlığın pozitif açıdan tanımlanması bakımından sağlık, bireylerin yaşama katılabilme yeteneği olarak ifade edilmektedir. Zira sağlık olmadan ve sağlıklı olunmadan yaşama katılabilmek mümkün değildir. Aktif bir katılım ancak pozitif bir sağlık durumu ile mümkündür. Bu bakış açısıyla ele alındığında sağlık kavramı; stresle baş edebilme, toplumsal destek, sosyal entegrasyon, moral yüksekliği, yaşamdan alınan doyum, ruhsal iyilik hali ve fizyolojik uyum olarak da tanımlanmaktadır. Sağlık tanımının içinde geçen her bir kavram, sağlık için gerekli bir bileşeni ifade etmektedir. Tüm bu bileşenler sağlık kavramının yalnızca fiziksel olarak değil, ruhsal ve sosyal yönden de iyilik ve uyum içerisinde olması gerekliliğini ortaya koymaktadır (Somunoğlu, 1999).

Sağlık bileşenleri konusunda Altındış 2015 yılında yapmış olduğu çalışmada sağlığı beş boyutta kategorize etmektedir (Vural, 2016). Bunlar Şekil 1.3.’de gösterilmektedir.



Şekil 1.3. Sağlık boyutları.

Tarihsel gelişim içerisinde sağlık ve sağlık hizmetleri birçok evreden geçerek günümüze kadar şekillenmiştir. Dünya nüfusunun artması, hastalıkların çeşitlenmesi ve çoğalması sağlığa ve sağlık hizmetlerine yönelik algıyı büyük oranda etkilemiştir. Artık farkındalığı oldukça yüksek, kendisine verilen hizmeti sorgulayan ve kıyaslayan toplumlar bulunmaktadır.

Günümüzde sağlık, ülkelerin gelişmişlik düzeyleri bakımından bir gösterge olmasının yanı sıra bu gelişmişliğin elde edilmesinde rol oynayan önemli bir unsur olarak da kabul edilmektedir. Bir yönüyle doğrudan toplumların hayat seviyelerinin yükseltilmesi ile ilgili ve tüketim yönü olan bir alan, diğer yönüyle de hayat seviyesinin yükseltilmesine katkıda bulunan bir yatırım alanı olarak görülen sağlık, ülke ekonomisinin önemli bir parçası ve büyük bir hizmet sektörü olarak görülmektedir (Şakar, 1999).

İnsanın diğer temel hak ve özgürlüklerini kullanabilmesi sağlık hakkının varlığına bağlıdır. Bu yanıyla sağlık hakkı bireyi birinci derecede ilgilendiren bir haktır. Bunun yanı sıra kişisel esenliğin yanında toplumsal esenlik içinde önem teşkil etmektedir. Sağlık hakkı yalnızca temel bir hak olarak kalmayıp bir kişinin gelir

getirici üretken faaliyetlerinin temelini de oluşturmaktadır. Sağlık hizmetlerinin sunulmasında da amaç, hem sağlık hakkını güvence altına almak hem de kişinin faktör olarak üretimde kullanılmasını sağlamaktır (Bilgili, 2009).

Birçok Avrupa ülkesinde ve Türkiye’de de milli gelirin önemli bir kısmı hizmet sektöründen sağlanmaktadır. Bu sektörlerden biri de sağlık sektörüdür. Sağlık sektörü sadece bir milli gelir kaynağı değil, aynı zamanda ülkelerin gelişmişliği açısından sağlıklı bireylere sahip olunmasını sağlayan kaynak bir alandır (Okuducu, 2014).

İnsanların vazgeçilmez ve temel haklarından birisi olan sağlık hakkı, yerine getirilmesi bütüncül anlayışa sahip olmayı gerektiren bir hizmettir. Kişisel faydanın yanı sıra sağlık hizmetlerinin yeterli ve nitelikli oluşu topluma da önemli yansımalarla bulunacaktır. Sağlık kalitesinin artırılması hastalık nedeniyle kaybedilecek zamanı azaltmakta, maliyeti düşürüp üretime daha çok katkı sağlamaktadır. Böylece her anlamda sağlıklı bir toplum meydana gelmektedir.

1.1.2. Sağlık Hizmeti Kavramı

Toplumun refah düzeyini ve bireyin mutluluğunu arttırmak için amaç olan hizmetlerin başında sağlık hizmetleri gelmektedir. Mutlu bireylerden oluşan bir toplumun elde edilmesi öncelikle sağlıklı bireylerle mümkün olacağından, sağlık hizmetleri hem birey hem de toplum için büyük önem arz etmektedir. Sağlık hizmetlerinin üretilmesinde ki temel amaç, toplumun bütününün sağlıklı olmasına çalışmak, sağlık hakkını güvence altına almak ve bireyin üretim faktörü olarak kullanılmasını sağlamaktır (Şakar, 1999). Sağlık hizmetleri amaç olma özelliğinin yanında araç olma özelliği de taşıdığı için toplumsal bir özelliğe sahiptir ve tüm nüfusu ilgilendirmektedir. Bu yönüyle de çok boyutlu ve karmaşık bir yapı göstermektedir (Çakal, 2009).

Sağlık hizmetleri doğuştan kazanılmış bir haktır ve toplumdaki her bireye eşit olarak götürülmelidir (Agopyan, 2016). Temiz içme suyunun sağlanmasından, iyi beslenme koşullarının sunumuna, erken tanıdan başlayarak en ileri tıp teknolojisini gerektiren tedavi hizmetlerine, endüstri hijyenine kadar uzanan, oldukça geniş ve yaygın alanları kapsayan bir hizmet türü olarak karşımıza çıkmaktadır (Çakal, 2009).

Sağlık hizmetleri kavramına dair yapılabilecek en genel tanım; sağlığın korunması ve hastalıkların tedavisi için yapılan çalışmalar şeklinde karşımıza çıkmaktadır (Kavuncubaşı, 2000). Bir başka tanımlamada sağlık hizmetleri; çeşitli sağlık kurum ve kuruluşlarında hastalıkların teşhis ve tedavisiyle insanların mevcut sağlık düzeyinin korunması için çeşitli sağlık personeli tarafından yürütülen faaliyetler bütünü olarak ele alınmaktadır (Çakal, 2009).

Sağlık Hizmetleri, 224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanunu'nun 2. Maddesinde; *“İnsan sağlığına zarar veren çeşitli faktörlerin yok edilmesi ve toplumun bu faktörün tesirinden korunması, hastaların tedavi edilmesi, bedensel ve ruhsal yetenek ve becerileri azalmış olanların rehabilite edilmesi (rehabilitasyon) için yapılan tıbbi faaliyetlerdir”* şeklinde tanımlanmaktadır (Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun, 1961). Bu doğrultuda sağlık hizmetleri, bireylerin sağlıklarını korumak, daha iyiye götürmek ve hastalandıklarında yeniden sağlıklarına kavuşturmak amacıyla yapılan bütün hizmetleri kapsamaktadır (Kaçaman, 2016).

WHO ise sağlık hizmetini şu şekilde tanımlamaktadır; *“Belirli sağlık kuruluşlarında değişik tip sağlık personelinden yararlanarak toplumun gereksinimlerine göre değişen amaçları gerçekleştirmek ve böylece kişilerin ve toplumun sağlık bakımını her türlü koruyucu ve tedavi edici etkinliklerle sağlamak üzere ülke çapında örgütlenmiş kalıcı bir sistemdir”* (Akar, Özalp, 2000).

Sağlık hizmetlerinin ana hedefi, *“Etkili, ekonomik, verimli, kaliteli, uygun koşullarda, ulaşılabilir, insancıl, hasta haklarına uygun şekilde ödenebilir maliyet ile topluma sağlık hizmetini ulaştırmaktır ”* (Boylubay, 2017).

Bu tanımlamalardan yola çıkarak, sağlının korunup geliştirilmesi için ekonomik, sosyal, biyolojik, ve fiziksel çevre şartlarının insan sağlığına yansıyan olumsuz etkilerinin azaltılması, gerekli tıbbi yöntemlerin uygulanması gerekmektedir (Savaş, 1994). Bugün tüm dünyada, gelişime dair yapılan yatırımlar sürecinde, toplum bireylerinin sağlıklı kişilerden oluşması ve sağlık hallerinin sürekliliğinin sağlanması önemli bir hedef olarak görülmektedir. Toplumun sağlıklı bireylerden oluşması, bir yandan ülkelerin ekonomik kalkınmışlığının göstergesi olmakla birlikte, bir yandan da sağlıklı bireylerin ülkenin kalkınmasında olumlu etkilerinin olduğu bilinmektedir (Özçatal, 1999).

1.1.2.1. Sağlık Hizmetinin Sınıflandırılması

Sağlık hizmetlerinin sınıflandırılması yaklaşımları incelendiğinde; koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici uygulamalar şeklinde üç grupta kategorize edildiği görülmektedir. Sağlık hizmetleri, bu üç halkanın birlikte sunulduğu bir süreç olarak karşımıza çıkmaktadır (Çan, 2011). Toplumda sağlık hizmeti kavramının nasıl yansıdığına bakıldığında eksik bir yaklaşım söz konusudur. Sağlık hizmeti denildiğinde anlaşılan, tedavi ve tanı süreci aslında sağlık hizmetinin bir süreci olan hastalık hizmetine girmektedir. Sağlık hizmetinin temel amacı doğrultusunda ele alındığında sağlık hizmeti kavramı; sadece hastalık zamanında değil sağlının korunması amacıyla yapılan önceki hizmetleri ve de hastalandıktan ve tedavi edildikten sonraki süreçleri de kapsamaktadır.

Yenice, Türkiye’de sağlık hizmetleri ve hastane yönetiminin evrimi konusunda yapmış olduğu çalışmasında, sağlık hizmetlerin örgütlenmesini Francis Bacon’un; önce sağlının korunması, daha sonra ortaya çıkan hastalıkların tanı ve tedavisi ve de yaşam süresinin uzatılması şeklinde üç aşamalı olarak sınıflandırdığını aktarmaktadır (Yenice, 2015).

1.1.2.2. Sağlık Hizmetinin Özellikleri

Sağlık hizmetini diğer hizmet sektörlerinden ayıran en önemli fark sağlığın ve sağlık hizmetlerinin toplumu oluşturan bireylere eşit şekilde sunulmasının bir hak olduğu ve bu hakların elde edilmeden de diğer hakların olmasının bir anlam ifade edemeyeceği gerçeğidir.

Kişinin doğrudan yaşam hakkına değinen bu ana nokta dışında da sağlık hizmetlerini diğer hizmetlerden farklı kılan birtakım özellikler bulunmaktadır. Çamcı 2007 yılında Sağlık Yönetimi üzerine yapmış olduğu çalışmada sağlık hizmetlerini diğer hizmetlerden farklılaştıran özelliklerini Çizelge 1.1.'de gösterildiği gibi açıklamaktadır.

Çizelge 1.1. Sağlık hizmetlerini farklılaştıran özellikler.

<u>Tüketicinin Bilgi Yetersizliği ve Uzmanın Gücü</u>	Sağlık hizmetlerinde tüketiciler satın alacakları hizmet konusunda bilgisizdirler, kendilerine yapılan işlemler konusunda uzman kişilerin görüşlerine ihtiyaç duymaktadırlar.
<u>Talepte Belirginliğin Olmaması</u>	Sağlık hizmeti tüketimi tesadüfidir. Nerede, ne zaman, ne ölçüde ve kimlerce isteneceği kolayca saptanamaz.
<u>Tekelcilik Özelliği</u>	Sağlık hizmetlerinde, tüketici durumunda olan hasta bu konuda bilgisiz olduğu için, sağlık hizmetlerinin üretici tarafında tekelleşmesine imkân tanınmaktadır.
<u>Dışsallık Özelliği</u>	Sağlık hizmetleri de pozitif dışsallığı olan bir hizmet türüdür.
<u>Kamu Eliyle Verilmesi</u>	Sağlık hizmetleri kamu malıdır.
<u>Devlet Müdahalesinin Kaçınılmaz Olması</u>	Devletin, hizmetleri düzenlemesi, doğrudan hizmet sunması ve sosyal devlet anlayışından hareketle bazı sağlık hizmetlerini sübvansesi sağlık hizmetlerini diğer hizmetlerden ayırmaktadır.
<u>Erdemli Mal Olma Özelliği</u>	Sağlık hizmetleri, kamu sağlık tesisleri ve sağlık uygulamaları gibi kamu ekonomisinde finansmanı ve üretimi sağlanan erdemli maldır.
<u>Yatırım Özelliği</u>	Sağlık hizmetlerine ayrılan ekonomik kaynaklar, kısmen sağlık alanına yapılan yatırımları kapsar.
<u>Bütünlük Özellikleri</u>	Sağlıkla ilgili sektörlerin, kesim ve kurumların, ürünlerin, arz ve talep sistemlerinin arasında veya bunların içinde birbirinden fonksiyonlar ve yapılar mevcutsa da sonuçta, sağlık elde etmek ve toplumu sağlıklı kılmak amacını gerçekleştirmeye çalıştıkları için bu bütünlüğü oluştururlar.
<u>Sağlık Hizmetlerinin İkame Edilemez ve Ertelenemez Olması Özelliği</u>	Herhangi bir sağlık hizmetinin, başka tür bir sağlık hizmeti ile ikamesi mümkün değildir, nitelikleri gereği çoğu durumda ertelenemezler.
<u>Sağlık Hizmetlerinde Fiyatlarla Gerçek Maliyetler Arasındaki Korelasyonun Zayıf Olması Özelliği</u>	Sağlık hizmetlerinde fiyatların oluşması ile maliyetler arasında herhangi bir korelasyon söz konusu değildir. Çünkü sağlık hizmetleri talebinin rastlantı sonucu değil ihtiyaca göre ortaya çıkması, başka bir hizmet ile ikame edilememesi, ertelenemez nitelikte oluşu ile tedavinin türü, kapsamı, uzunluğu gibi konularda tüketicinin inisiyatifi büyük oranda doktoruna bırakmasını gerektirdiği için teklif edilen sağlık hizmetlerinin fiyatı konusunda tüketicinin pazarlıkansı bulunmamaktadır. Ayrıca sağlık hizmetinin karşılığı her hizmet ortaya çıktığında değil, genel olarak bir sistem çerçevesinde ödenmektedir.

2015 yılında benzer bir çalışma yapan Yenice de çalışmasında sağlık hizmetini diğerler hizmet türlerinden farklılaştıran özelliklerini Çizelge 1.2. 'de gösterildiği gibi sıralamaktadır.

Çizelge 1.2. Sağlık hizmetlerini farklılaştıran özellikler.

<u>Arzın Talep Yaratması</u>	Sağlık hizmetlerinde kişilerin talep ettiği hizmet çeşidini, miktarını, süresini hizmeti arz eden yani hizmeti sunan sağlık personeli belirlemektedir. Hasta bir kişi gerek hastalığı gerek alacağı tedavi ve süresi konusunda herhangi bir tercihte bulunamamaktadır.
<u>Stoklanamazlık</u>	Sağlık hizmetlerinde sunulan hizmet, talebin olduğu anda sunulur ve depolanamaz.
<u>Bilgi Asimetrisi</u>	Sağlık personeli ile hasta ve hasta yakını arasında bilgi asimetrisi söz konusudur.
<u>Talep İle Arzın Eş Zamanlı Gerçekleşmesi</u>	Sağlık hizmetleri ihtiyaç duyulduğu anda giderilmesi gereken hizmetlerdir. Ortaya çıkan bir ihtiyacın karşılanmasında bir erteleme ya da gecikme kişiler için hayati bir tehlike doğurabilir. Bu nedenle hizmet talep edilir, sağlık personeli arza karar verir ve hizmet sunulur. Ertelene ya da başka bir hizmet ile değişimi söz konusu değildir.
<u>Kişilere Göre Farklılık Göstermesi</u>	Sağlık kurumlarına başvuran kişiler, yaş, cins, ırk, yaşam tarzı vb. olarak farklılık göstermektedirler ve bu kişilerin gerek anlatım biçimlerinden teşhis konulması, gerekse tedavilerinin uygulanması farklılık göstermektedir, sağlık hizmetlerini standardize etmek olası değildir.
<u>Dışsallık</u>	
<u>Acil ve Ertelenemez Olması</u>	Sağlık hizmetleri sunumunda ihtiyaç sahiplerine beklemeden, ivedilikle cevap verilmelidir.
<u>Hizmetlerin Soyutluk Özelliği</u>	Sağlık hizmetlerinde çıktıyı elle tutup, gözle görüp ölçüm yapamayız. Yani soyut bir çıktıdır.
<u>Hata ve Belirsizliklere Karşı Duyarlılık</u>	Sağlık hizmetlerinde yapılan bir hatanın düzeltilmesi çok zordur hatta bazı durumlarda imkânsızdır.
<u>Hizmet Sunumunda İşlevsel Bağlılık</u>	Sağlık kurumlarında değişik meslek gruplarından bireyler görev alır. Bu bireylerin icra ettikleri hizmetlerden dolayı birbirlerini tamamlayan işlevsel bir bağlılık söz konusudur.

Sağlık sektörü her geçen gün önemini arttırması nedeniyle kendini sürekli yenilemek ve geliştirmek durumunda kalmaktadır. Sağlık sektörünü diğer sektörlerden farklı kılan özelliklerini ön plana çıkarması ve bu konularda ihtiyaç duyanlara cevap verebilmesi için, küresel olarak gündeme gelen sorunlara çözüm sunması gerekmektedir. Bu konuda yapılabilecekleri Ergüden 2015 yılındaki çalışmasında şu şekilde sıralamaktadır;

- *Çoğalan nüfusla birlikte sağlık hizmetlerine ihtiyaç duyanların sayısı gün geçtikçe çoğalmaktadır. Hızla yaşlanan dünya nüfusunun 2050’li yıllarda yaşlı nüfusun şu anki durumundan çok daha fazla olacağı bilinmektedir. Böylelikle sağlık sektörüne duyulan ihtiyaç ve açıklığın daha büyüyeceği düşünülmektedir. Bu durumla karşı karşıya gelmeden önlemlerin alınmalıdır,*

- *Gelir seviyesindeki dengesizlikten kaynaklanan sorunların çözümüne yönelik şartların iyileştirilmesi gerekmektedir,*

- *Ayrılan bütçe ile en iyi hizmetin verilmesi ve kaynakların en ekonomik şekilde kullanılması gerekmektedir,*

- *Hasta sağlığı için oldukça önemli olan klinik yanılma paylarının minimize edilmesi gerekmektedir,*

- *Yer değişikliği gibi durumlar düşünülerek, sunulan hizmetlere herkesin ulaşabilir olması sağlanması, gibi ihtiyaçlar sağlık sektörünün sürekli gelişimini mecburi kılmaktadır.*

1.1.2.3. Sağlık Hizmetinin Önemi

Günümüz modern ve gelişmiş hizmet endüstrisi içinde sağlık hizmetlerinin rolü ve önemi büyüktür. Bugün birçok ülkenin kaynak dağılımına bakıldığında sağlığa ayrılan kaynaklar giderek artış göstermektedir. Hem sahip olduğu büyük bütçeler hem de istihdamdaki önemli payı nedeniyle sağlık sektörünün önemi her geçen gün artmakta, ülkelerin gelişmişlik düzeylerinin belirlenmesinde kullanılan bir ölçüt haline gelmektedir (Öztürk, 2016).

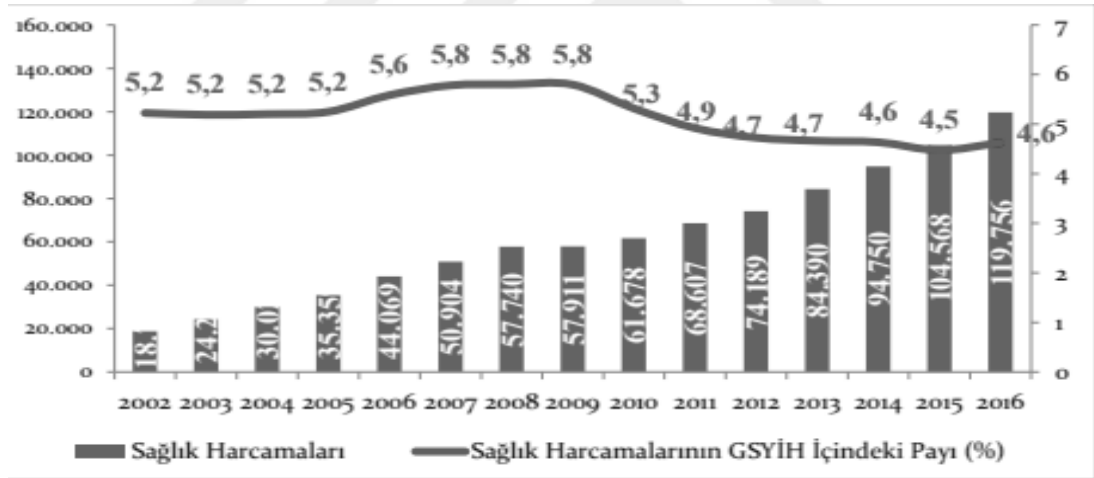
Emek yoğunluğu bakımından diğer sektörlerle göre daha yoğun olan sağlık hizmetleri aynı zamanda teknoloji yoğun bir sistemdir. Sağlık hizmetlerinde eğitimli ve nitelikli yoğun emek kullanımının karşılığı da yüksek maliyet gerektirmektedir. Diğer üretim sektörlerinde kullanılan teknoloji emeğe ihtiyacı azaltırken, sağlık sistemi içinde teknoloji, onu kullanabilecek daha kalifiye personel ihtiyacı doğurmakta ve maliyeti

arttırmaktadır (Yenice, 2015). Toplumda hem ekonomik, teknolojik ve sosyal gelişmenin bir parçası olan sağlık hizmetleri bu yönüyle makro düzeyde devlet politikaları içinde ele alınmaktadır (Öztürk, 2016).

Sağlık hizmetleri sunduğu kişisel yararın yanı sıra toplumsal olarak da fayda sağlamaktadır. Sağlıklı bir birey işgücüne katılıp üretimin artmasını sağlayarak, kendine olduğu kadar toplumunun da gelişmesine ve kalkınmasına yardımcı olur. Bu çerçeveye incelendiğinde, sağlık hizmetlerine yapılan harcamalar, harcamadan ziyade yatırım olarak görülmelidir (Kıraç, 2016).

TÜİK Raporuna göre Türkiye’de sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payı Çizelge 1.3.’ de gösterilmektedir.

Çizelge 1.3.Sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payı 2002-2016.



Kaynak: TÜİK

Sağlık hizmetlerine yönelik yapılan tanımlamalara, diğer hizmet sektörlerinden ayrılan özelliklerine ve toplumsal çıktılarına baktığımızda sağlık hizmetlerinin bireye ve topluma bütüncül faydasının elde edilebilmesi için sağlığa ve sağlık hizmetlerine de bütüncül bir yaklaşım gerekmektedir (Tekin, 2015).

1.1.2.4. Sağlık Hizmetinin Sunumu

Sağlık hizmetine ilişkin yapılan tanımlama ve sınıflandırmalara baktığımızda karşımıza kompleks bir kavram çıkmaktadır. Bütüncül yaklaşımı gerektiren bu kompleks kavramın sunum süreci de etkin bir sağlık hizmeti elde edilmesi açısından önem gerektirmektedir.

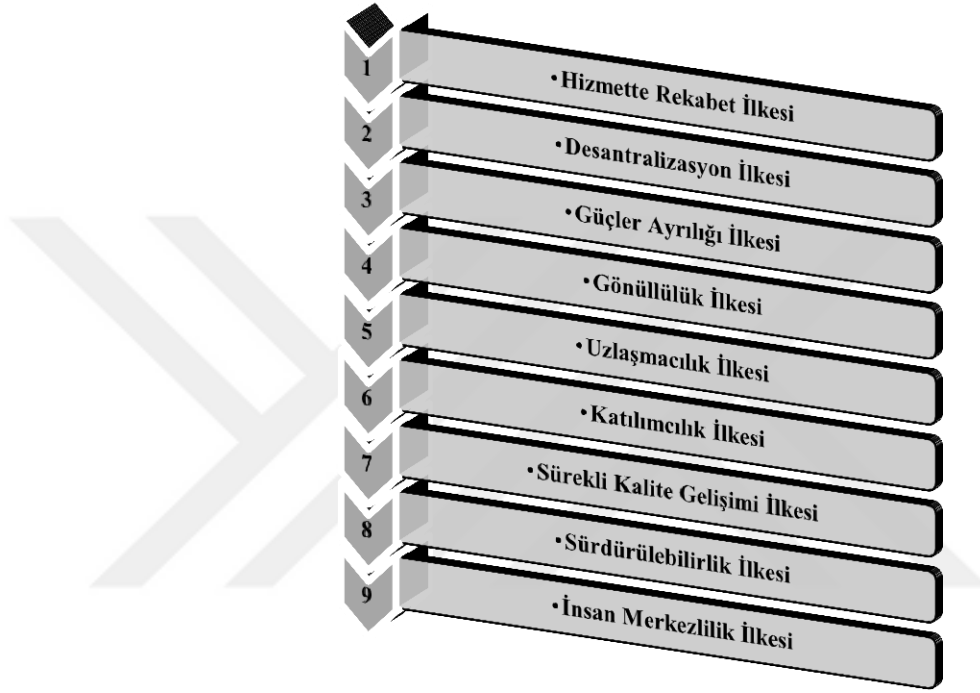
Kişilerin sağlıklı kalabilmesi, yaşam ve sağlık hakkın korunabilmesi ancak etkili sağlık hizmetleriyle sağlanır (Taşdelen, 2012). Sağlık hizmetlerini ihtiyacı olanlara doğru şekilde, doğru zamanda ve yerde sunmak çok önemlidir, aksi takdirde sunulan hizmetin alıcıya faydası olmayacaktır (Uyar, 2019). Öztürk 2016’ da sağlık hizmetleri üzerine yapmış olduğu çalışmasında etkili sağlık hizmetinin özelliklerini Şekil 1.4.’de gösterildiği gibi belirtmektedir.



Şekil 1.4. Etkili bir sağlık hizmetinin temel özellikleri.

Kaynak: Kavuncubaşı Ş, 2000.

Gelegen Türkiye’deki sağlık hizmetlerine ilişkin 2019 yılında yapmış olduğu çalışmada Somunoğlu’nun sağlık hizmetlerinin daha kaliteli ve daha verimli sunulabilmesi, aynı zamanda sağlık hizmetlerinden faydalanmada adaletli olunması ve sağlık hizmetlerinin finansmanın sağlanması için Şekil 1.5.’de gösterildiği gibi birtakım ilkeler ortaya koyduğunu aktarmaktadır;



Şekil 1.5. Sağlık hizmetlerinin ilkeleri.

Sağlık hizmetlerinin sunumu için sektöre aktarılan kaynaklarının etkililiği, verimliliği ve kaliteli sunumu nihai hedef olarak görölmektedir. Bu nihai hedefin gerçekleştirilebilir kılınması da sağlık hizmetini sunan kurumların modern yönetim ve organizasyon ilkelerine göre yönetilmeleri ile mümkün olabilmektedir (Serin, 2012).

1.1.3. Sağlık Hizmeti Sunumunda Hastaneler

Sağlığın yönetimi, sağlık hizmetinin üretimi ve sunumuyla birlikte sağlık sigortası ve ödeme şeklinin de koordine edildiği bir süreci kapsamaktadır. Bu

yapılanmada sağlık hizmeti sunumunda etkili olan ve sağlık bakımının yönetildiği organizasyonlar bulunmaktadır. Bu organizasyonlar arasında hastaneler önemli aktörler olarak ilk sıralarda yer almaktadır.

Hastanelerin tarihsel gelişimine baktığımızda ilk olarak nerede, ne zaman kurulduğu tam olarak bilinmese de Eski Yunanistan'da M.Ö. 1134 de Easculapius adlı bir mabedde hastaların tedavi edildiği bilgisi bulunmaktadır. Bir başka kalıntıya baktığımızda bugünkü modern hastanelerin temeli olan, Çin'de Çu Sülalesi zamanına ait inşalar karşımıza çıkmaktadır. O dönemlerde bu yapılar dini inançlarla, tanrılara adanarak yaptırılmıştır (Seçim, 2010).

Rönesans sonrası Aydınlanma Çağı'yla birlikte tedavide her türlü hurafenin bırakıldığı ve gelişen tıp biliminin yanında diğler bilim dallarından da faydalanılarak yeni yöntemler uygulanmaya başlandığı görölmektedir. Yoksul, yaşlı hastaların tedavi edildiği akıl hastalarının da tecrit edildiği yerler olarak bilinen hastaneler Aydınlanma Çağı'yla birlikte yeniden anlamlanmakta ve her kesimden tüm bireylerin tedavi olabildiği yerler olarak statü kazanmaktadır (Turan, 2011).

Zaman içerisinde hastaneler de klasik görev tanımının yanında yeni görevler ve alanlar yaratmıştır. Günümüz modern dünyasında hastane organizasyonlarına baktığımızda tedaviden, eğitime, idareden, sosyal hizmete, teknik destekten, otelciliğe kadar farklı rollere bürünmektedir.

Sağlık sisteminde hastanelerin her geçen gün sayısı ve önemi daha da artmaktadır. Günümüz teknolojilerinin hızlı geliştirme göstermesi ve artan rekabet ortamı hastaneleri sürekli iyileştirmeye ve geliştirmeye zorunlu kılmaktadır (Temür, 2019). Hastaneler; organizasyon, işletme ve yönetim gibi kavramları içinde barındıran bir sistem olarak tanımlanmaktadır (Eren, 2010).

Hastaneler sistem yaklaşımı çerçevesinde incelendiğinde; dinamik, değişken bir çevre içinde girdileri belli süreçlerden geçirerek çıktıya dönüştüren, geri bildirim

mekanizmasına sahip sistemler olarak karşımıza çıkmaktadır. Hastanelerin girdileri, hastalar, insan gücü, malzeme, fiziksel ve finansal kaynaklar olarak tanımlanırken, çıktısı ise hasta ve yaralıların tedavisi, personelin hizmet içi eğitimi, öğrencilerin klinik eğitimleri, araştırma-geliştirme çalışmaları şeklinde tanımlanmaktadır (Ertan, 2014).

WHO hastaneleri, “müşahede teşhis, tedavi ve rehabilitasyon olmak üzere gruplandırılabilir sağlık hizmetleri veren, hastaların uzun veya kısa süreli tedavi gördükleri, yataklı kuruluşlar” olarak tanımlamaktadır. Benzer bir tanımlamada, Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği'nde, “hasta ve yaralıların, hastalıktan şüphe edenlerin ve sağlık durumlarını kontrol ettirmek isteyenlerin, ayaktan veya yatarak müşahade, muayene, teşhis, tedavi ve rehabilite edildikleri; aynı zamanda doğum yapılan kurumlar” olarak yer almaktadır (ÇALIŞMA GRUPLARI RAPORLARI, 1992).

Aydın 2011 yılındaki çalışmasında hastanelerin işlevlerini Şekil 1.6.'da gösterildiği gibi belirtmektedir.



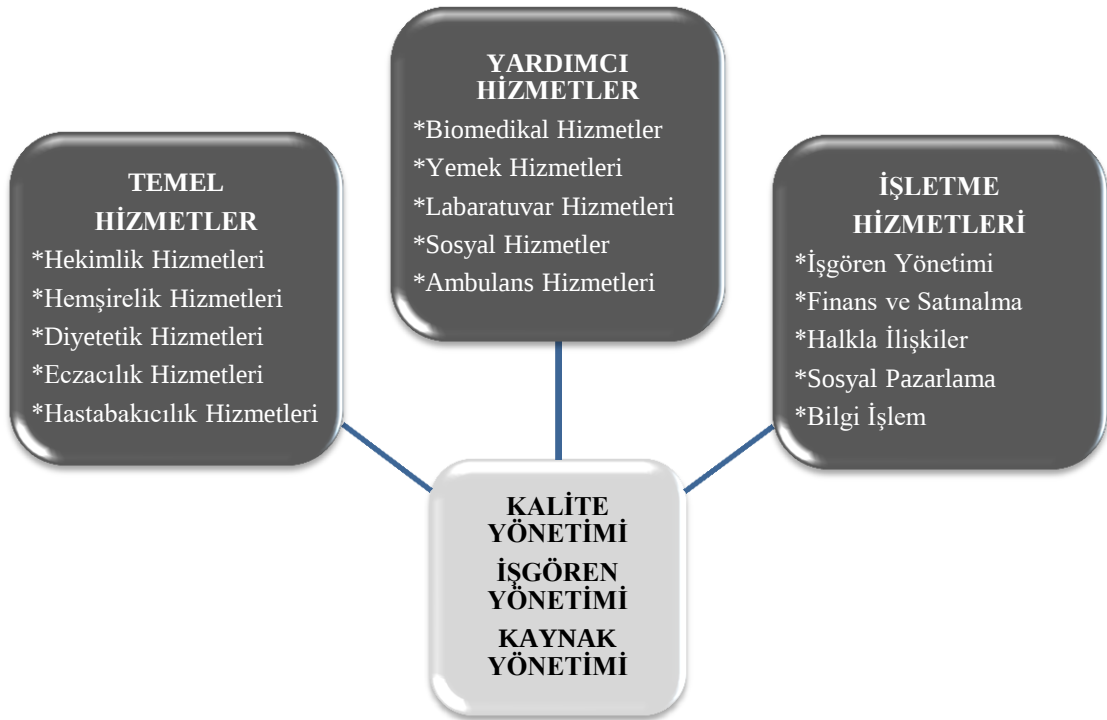
Şekil 1.6. Hastanelerin işlevleri.

Hastanelerde temel amaç; hastalık durumlarında erken teşhiste bulunmak, hızlı ve etkili tedavi ile hastanın eski konumuna getirmek şeklinde ortaya konulmaktadır

(Özdemir, 2007). Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği'nde hastanelerin amaçları ise *“hastanedeki hizmet çeşitleri ve bunların uygulanmasındaki esaslar ve hastanede çalışan personelin yetki ve sorumlulukları arasındaki ilişkileri belirlemek yoluyla hızlı, disiplinli, üstün kaliteli ve ekonomik bir hastane işletmeciliği sağlamak”* şeklinde tanımlanmaktadır (<http://www.saglik.gov.tr>, 2011).

Coşkun ve Akın, sağlık işletmeleri yönetimi üzerine hazırladıkları çalışmalarında; sağlık kuruluşlarının ekonomik anlamda ayakta kalabilmeleri için rasyonel bir şekilde yönetilip uzun vadeli kurumsal ve toplumsal hedeflerini ortaya koymalarının ve stratejik planlar geliştirmelerinin gerekliliklerini belirtmektedirler (Coşkun ve Akın, 2009).

Hastanelerin hizmet sürecini, Şahin 2011 yılında yaptığı çalışmayla Şekil 1.7.'de gösterildiği gibi belirtmektedir.



Şekil 1.7. Hastanelerin hizmet süreci.

Tüm dünyada hastanelerin sağlık sistemlerinin bir koe taşı olduğu gerçektir. Sadece tedavi hizmetlerinin değil aynı zamanda mesleki olarak bilgi ve becerilerin geliştirildiği, deneyimlerin paylaşıldığı yerlerdir. Ülkenin sağlığa ayrılan kaynaklarının önemli bir bölümünün tüketildiği ve aynı zamanda birçok büyük sorunu içinde taşıyan kurumlardır. Bu kaynakların kullanımı sonucu elde edilen verimlilik, tüm sektörlerde olduğu gibi hastanecilik sektöründe de sistemin ne kadar başarılı olduğunun göstergesi olmakta ve de yöneticilere yol gösterecek en önemli denetim araçlarından biri olarak karşımıza çıkmaktadır. Hastanelerde verimliliğin sağlanmasıdaki temel hedef etkinlik, yenilikçilik, ekonomiklik, karlılık, bütçeye uygunluk ve kalite olarak kabul görmektedir (Esatoğlu ve Ersoy, 1997).

Turan 2011’de profesyonel hastane yöneticiliği üzerine yapmış olduğu çalışmasında, hastanelerde verimliliği arttırmak için yöneticilerin bir takım politikalar uyguladığını belirtmektedir. Bu politikalar şu şekildedir;

- Çağdaş Yönetim Politikalarının Uygulanması
- Etkin Bilgi Yönetimi Uygulanması
- Etkin Atık Yönetiminin Uygulanması
- Etkin Zaman Yönetimi Uygulanması
- Etkin Finansal Yönetimi ve Kaynak Kullanımı Uygulanması
- Dış Kaynaklardan Yararlanma
- Hasta ve Çalışan Tatminini Artırma
- Hizmet Kalitesini Artırma
- Biyomedikal Mühendislik Hizmetleri

Günümüzde profesyonel yönetimin ve yöneticiliğinin önem kazandığı sağlık alanında hastanelerin verimliliği üzerine izlenecek her türlü politikada elde edilen sonuçlar doğrudan tüm sağlık sistemine etki etmektedir. Bu nedenle her süreç dikkatli bir şekilde takip edilmeli, girdi ve çıktılar doğru perspektiflerle değerlendirilmelidir.

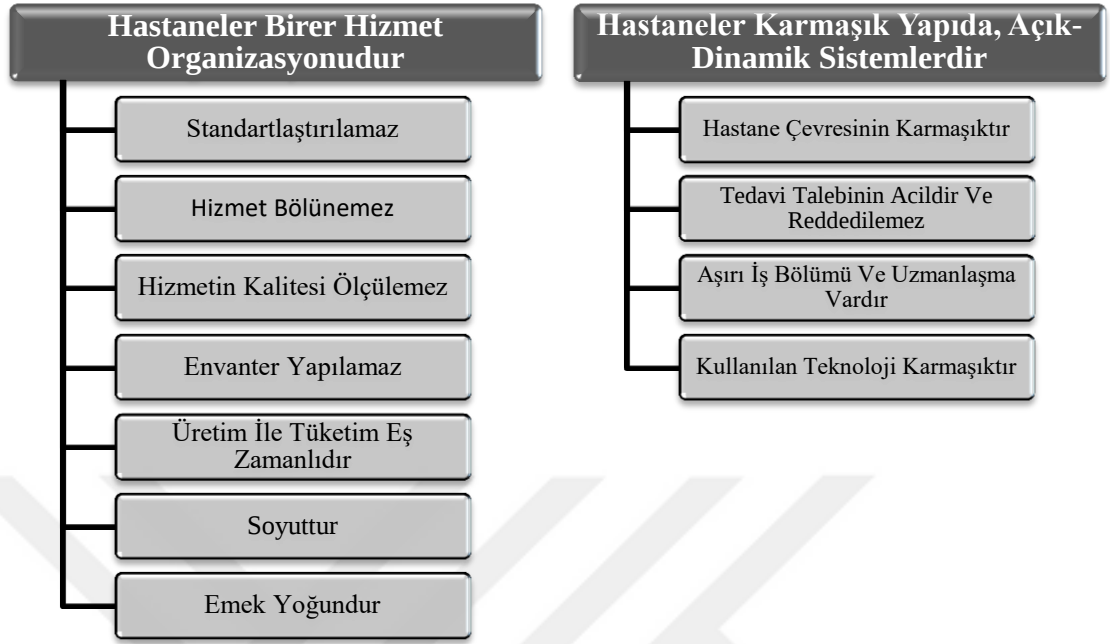
1.1.3.1. Hastanelerin Özellikleri

Hastaneleri diğer hizmet sunan kurumlardan ayıran en önemli fark, kullanıcının verilen hizmetin türünü ve niceliğinin belirlemede rol almamasıdır. Onun yerine bunu belirleyen hizmet sunucularıdır. Burada aslında bir teslimiyet söz konusudur. Bu noktada bu güvenin kaliteli bir şekilde yerine getirilmesinde hastane personeli, yönetimi ve hizmetlerin denetimi yatmaktadır.

Hastaneleri farklı kılan bir diğer özellik talebin belirsizliğidir. 24 saat boyunca aynı kalitede hizmet sunumu olması gereken organizasyonlar olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu noktada da bunu karşılayacak personelinin niteliği oldukça önem göstermektedir. Hastaneler uzmanlaşmanın en üst düzeyde olduğu matriks yapıda faaliyet gösteren yerlerin başında gelmektedir (Şahin, 2010).

Ertan 2014 yılındaki çalışmasında organizasyon açısından hastanelerin özelliklerini Çizelge 1.4.'de gösterildiği gibi belirtmektedir (Ertan, 2014).

Çizelge 1.4. Hastanelerin özellikleri.



1.1.3.2. Hastanelerin Sınıflandırılması

Günümüzde sağlık hizmeti sunucusu olarak bilinen en önemli yerler hastanelerdir. Hizmet sunucusu bu yerlerin sınıflandırılması, tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de yaşanan sosyal, bilimsel, teknolojik gelişmeler karşısında çeşitli ölçütlere göre farklılaşmaktadır. Meydana gelen inovasyonla birlikte sınıflandırılmasına her geçen gün yeni ölçütler de eklenmektedir.

Aktan ve Saran'ın 2007'deki çalışmalarına göre, sağlık hizmetlerinin sunumunda yaygın olarak bilinen ve uygulanan “devlet tarafından hizmet sunumu” ve “ özel sektör tarafından hizmet sunumu” olmak üzere iki yöntem bulunmaktadır (Aktan ve Saran, 2007).

Yenice 2015 yılında Türkiye'deki sağlık hizmetleri üzerine yapmış olduğu çalışmasında dönemin sağlık sistemine göre hastaneleri Çizelge 1.5.'de verildiği gibi sınıflandırmaktadır.

Çizelge 1.5. Hastanelerin sınıflandırılması

MÜLKİYET	Devlete Direkt Olarak Bağlı Olan Hastaneler - Doğrudan Devlete Bağlı Olan Hastaneler - Milli Savunma Bakanlığına Ve Sağlık Bakanlığı'na Bağlı Olan Hastaneler Dolaylı Olarak Devleye Bağlı Olan Hastaneler - Üniversite Hastaneleri - Belediyelere Bağlı Kurulan Hastaneler Özel Hastaneler
EĞİTİM STATÜSÜ	- Eğitim Veren Hastaneler - Eğitim Amaçlı Olmayan Hastaneler
HİZMET TÜRÜ	- Genel Hastaneler - Özel Dal Hastaneleri
BÜYÜKLÜK	- Çalışan Personel Sayısına Göre - Yatak Sayısına Göre
HASTALARIN YATIŞ SÜRESİ	- Kısa Süreli Kalınan Hastaneler - Uzun Süreli Kalınan Hastaneler
AKREDİTASYON DURUMU	- Akredite Edilen Hastaneler - Akredite Edilmeyen Hastaneler
DİKEY BÜTÜNLEŞME	- Birinci Basamak Hastaneler - İkinci Basamak Hastaneler - Üçüncü Basamak Hastaneler

Gelegen 2019 yılında yapmış olduğu çalışmasında hastaneleri en güncel haliyle 4 gruba ayırmaktadır. Bunlar;

1.1.3.2.1. Özel Hastaneler

Özel Hastaneler Yönetmeliği'nde (ÖHY) özel hastaneler “teknolojiden faydalanma durumlarına, çalışma alanlarına, hizmet üreten birimlerine, yatak

kapasitesinin durumuna, hizmet verilen uzmanlık alanlarının kalitesine ve âdetine göre, özel dal ve genel hastaneleridir” şeklinde tanımlanmaktadır (ÖHY, 2002).

1.1.3.2.2. Kamu Hastaneleri

Kamu Hastaneleri, *“çeşitli mesleğe sahip bireylerin kendi dallarına uygun bir şekilde hizmet verdiği, hastaların yatarak ya da ayakta tedavi olup hizmet aldığı kurumlardır”* şeklinde tanımlanmaktadır (Şentürk ve Kaya, 2017).

1.1.3.2.3. Üniversite Hastaneleri

Sağlık hizmetleri açısından üniversite hastaneleri, “ bünyesinde bulunan dernek ve vakıflar ile döner sermayeden elde edilen gelirlerden harcama yapan hastanelerdir” şeklinde tanımlanmaktadır (Can ve İbicioğlu, 2008).

1.1.3.2.4. Şehir Hastaneleri

Son yıllarda Türkiye sağlık sisteminde oldukça ses getiren Sağlıkta Dönüşüm Programı Planlamalarının ikinci fazında Şehir Hastaneleri Projesi yer almaktadır. Projenin başlangıç noktasına baktığımızda dünya gündemine 1950’li yıllarda Amerika’dan, eğitim ve benzeri sektörlerde “Public-Private Partnership” adıyla, kamu hizmetlerinin finansmanında kamu sektörü ile özel sektörün ortak finansman sağlaması amacıyla girdiği görülmektedir.

Amerika’dan dünyaya yayılan bu kavram, daha çok özel sektörün teknoloji ve araştırma çalışmalarının kamu tarafından desteklenmesi kadar gönüllü kuruluşların sağladığı sosyal hizmetlerin de kamu tarafından finanse edilmesini ifade etmede kullanılmaktadır (Şenel, 2010). Dünya genelinde sağlık alanında bu yaklaşımın kullanılması 1990’lı yıllara denk gelmektedir ve en yoğun İngiltere, Almanya, Fransa, İtalya, İspanya, Polonya, Macaristan, Romanya, Avusturalya, Kanada,

Portekiz, Japonya, Meksika, Güney Afrika ülkeleri uygulamaktadır (Sağlıkta KÖİ Derneği, 2017).

Altyapı yatırım ihtiyaçlarını karşılamada çoğu ülke için önemli bir finansman modeli olan PPP (Public-Private Partnership) Türkçe kaynaklarda Kamu-Özel Ortaklığı (KÖO) ya da Kamu-Özel İşbirliği (KÖİ) olarak bilinmektedir. Türkiye sağlık sisteminin gündeminde 15 yıldır yer alan KÖİ'nin ilk kez mevzuata girmesi, 07.05.1987 tarih ve 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanun'a 03.07.2005 tarih ve 5396 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanununa Bir Ek Madde Eklenmesi Hakkında Kanun ile ek 7. maddenin eklenmesi ile gerçekleşmiştir.

Uçar 2017 yılındaki çalışmasında, Şehir Hastaneleri'ni *“Sağlık hizmetleri sunumunun performansını yükseltmek amacıyla; Aynı kampüs içerisinde, ihtiyaç duyulan, başta tıbbi hizmetler olmak üzere bütün sağlık hizmetlerinin entegre bir şekilde sunulduğu, eğitim ve araştırma hizmetlerinin her alanda sunulmaya çalışıldığı, teşhis ve tedavide yeni teknolojilerin ve yaklaşımların uygulanabildiği, bu sayede hasta yatış sürelerinin kısaltılmaya çalışıldığı, nitelikli hasta yatak sayısının artırılmasına imkan tanındığı, hastaneler arası hasta naklinin azaltılmaya çalışıldığı, hasta güvenliğinin ve memnuniyetinin artırılmaya çalışıldığı, sağlık turizmi faaliyetlerinin artırılmasına alt yapı sağlandığı, çalışan güvenliğinin önemsendiği, iş gücü ve hizmet kalitesinin artırılmasının hedeflendiği ve bunları yaparken de maliyet etkinliğinin önemsendiği, özel yönetim modellerine sahip dijital ve kompleks niteliğinde akıllı bina yapısında ki hastaneler”* olarak tanımlamaktadır (Atasever, 2018).

Kamu Özel Ortaklığının (KÖO) sonucu olan şehir hastanelerinin idari hukuktaki sözleşme esaslarındaki ismi “Yap-Kirala” ya da “Yap-Kirala-İşlet-Devret” olarak geçmektedir. Bu ortaklıkta özel sektördeki sermaye sahipleri yatırımlarını yaparak ilgili projeyi oluştururken sahiplik yetkisini kamuya devretmektedirler. Şehir hastaneleri projesinde de özel sektör devlete, projeyi oluşturup kiralar ve devletin isteği biçimde hizmetleri üretir. Bununla birlikte tedaviler ve tıbbi sağlık hizmetleri

devlet tarafından verilmektedir. KÖO'luğu kapsamında Sağlık Bakanlığı tarafından, 22 farklı ilde, 30 “Entegre Sağlık Kampüsü” oluşturulmaktadır (Cerrahoğlu, 2016).

Sağlık Bakanlığı Sağlık Yatırımları Genel Müdürlüğü tarafından 01.08.2019 tarihinde paylaşılan bilgilere göre Şehir Hastaneleri Projesine ait veriler Çizelge 1.6.’da gösterilmektedir;

Çizelge 1.6. Şehir hastaneleri projesine ait veriler.

NO	PROJE ADI	YATAK KAPASİTESİ	HEDEFLENEN BİTİM TARİHİ
1	Adana Şehir Hastanesi	1.550	AÇILDI
2	Mersin Şehir Hastanesi	1.300	AÇILDI
3	Isparta Şehir Hastanesi	755	AÇILDI
4	Yozgat Şehir Hastanesi	475	AÇILDI
5	Kayseri Şehir Hastanesi	1.607	AÇILDI
6	Manisa Şehir Hastanesi	558	AÇILDI
7	Elazığ Şehir Hastanesi	1.038	AÇILDI
8	Ankara Bilkent Şehir Hastanesi	3.704	AÇILDI
9	Eskişehir Şehir Hastanesi	1.081	AÇILDI
10	Ankara Etlik Şehir Hastanesi	3.577	2020
11	Bursa Şehir Hastanesi	1.355	AÇILDI
12	Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon, Psikiyatri ve Yüksek Güvenlikli Adli Psikiyatri Hastaneleri	2.400	2021
13	Konya Karatay Şehir Hastanesi	838	2020
14	Gaziantep Şehir Hastanesi	1.875	2020
15	Tekirdağ Sağlık Yerleşkesi	480	2020
16	Kütahya Şehir Hastanesi	600	2020
17	Kocaeli Şehir Hastanesi	1.180	2020
18	İzmir Bayraklı Şehir Hastanesi	2.060	2020
19	İstanbul İkitelli Şehir Hastanesi	2.682	2020
20	Şanlıurfa Sağlık Kampüsü	1.700	2021

Kaynak: Sağlık Bakanlığı Sağlık Yatırımları Genel Müdürlüğü, 2019.

Atasever ve arkadaşları 2018 yılında yayınladıkları Şehir Hastaneleri Araştırması'nda Şehir Hastaneleri'nin SWOT Analizine yer vermişlerdir. Analize göre elde edilen çıkarımlar şu şekildedir;

➤ Şehir Hastanelerinin Güçlü Yönleri

- Mekânsal olarak nitelikli, konforlu ve hizmetin kalitesini artırıcı hizmet alanlarının oluşturulması
- Yan dallar dâhil tüm branşlarda aynı yerleşkede hizmet veriliyor olması
- Nitelikli ve özelliikli hizmetleri içinde barındırması
- İl içi ve/veya il dışı hasta sevkini azaltması
- Tıbbi cihaz ve alt yapısının son model olması
- Hasta odaklı düzenlenmiş olması
- Otelcilik hizmet sunumu için uygun alanlara sahip olması
- Sağlık turizmi için pazarlanabilir fiziki yapılar olması
- Birçok sağlık hizmetinin tek bir çatı altında sunulabiliyor olması
- Destek hizmet personel sayısının diğer hastanelere göre daha fazla olması
- Hizmet alımlarının genel bütçeden finanse ediliyor olması
- Hükümet desteğinin olması

➤ Şehir Hastanelerinin Zayıf Yönleri

- Yönetim modelinin diğer hastane yönetim modelleri ile aynı olması
- Yönetim modelinin esnek kurgulanmaması
- Çalışan sayısının yeterli olmaması
- KÖİ modeli ile ilgili eğitimlerin yetersizliği
- Şehir hastaneleri paydaş sorumluluklarının ve yetkilerinin netleştirilememesi
- Yöntem beyanının açık ve net olmaması
- İletişim kurgusunun iyi yapılamaması
- Geniş alanlar dolayısıyla personel ihtiyacının artması
- Çalışanlar için uygun/ yeterli fiziki mekânların oluşturulmaması
- Farklı personel istihdam türleri
- Şehir hastaneleri için işletme mevzuatı oluşturulamaması
- Tecrübesiz ve/veya liyakatsiz yöneticiler
- Vatandaşların yön bulmada zorlanmaları
- Şehir Hastanelerinde iş akış süreçlerinin olmaması
- Hasta veya çalışan memnuniyetinin değerlendirilmesinde kamu ve özel sektörün sorumlulukların net olmaması

- Yöneticilerin sık değişmesi
- KÖİ mevzuatı açısından uzman personelin olmaması/az olması

➤ Şehir Hastanelerine Yönelik Tehditler

• Gelir gider dengesinin genel bütçe desteği olmadan sağlanamaması nedeniyle uzun vadede genel bütçe desteğinin sağlanamaması durumunda ek ödemelerin verilememesi

• Uzun vadede finansal sürdürülebilirlik sıkıntı olursa hastalardan fark ücreti alınması riskinin bulunması

• Farklı istidam türleri dolayısıyla oluşacak çatışmalar

• Şehir hastanelerinin sağlık harcamalarına getirdiği mali yük

• Şirket ve kamunun hukuksal anlaşmazlık yaşamaları

• Trafik yoğunluğu problemleri

• Şehir hastanelerinin çevresinin arsa rantı olarak değerlendirilmesi

• Hizmet maliyetlerinin yüksek olması

• KÖİ sözleşmelerinin karmaşık olması

• KÖİ sözleşmelerinin 30 yıl gibi uzun süreli olması

• Yüklenici firma tarafından istihdam edilen çalışanlar ile ilgili sağlık hizmetinin sunulması sırasında karşılaşılabilecek sorunlarda kamu ve özel sektörün yetki ve görevi ile ilgili belirsizlikler

- Şehir hastaneleri İle ilgili organizasyonlarda kamu ve özelin rolünün net olmaması

- Şehir hastanesini veya cihazların eskimesi durumunda yenileme-bakımonarım hususlarında anlaşmazlık riskleri

- Sağlıkta kalite standartlarının KÖİ sözleşmeleriyle çelişen durumlarının olabileceği

- KÖİ yüklenici firma tarafında çok sayıda paydaş olması ve bunların anlaşmazlığa düşme riski

- İş akış şemalarının yapılmamış olması

- İç kontrol sisteminin oluşturulmamış olması

➤ Şehir Hastanelerine Yönelik Fırsatlar

- Bölgesel hizmet sunma potansiyeli oluşturması

- Sağlık turizminde başarı yakalamak için ciddi bir potansiyel oluşturması

- Mekânsal ve tıbbi alt yapı açısından nitelikli bir ortam oluşturulması

- Tüm sağlık hizmetlerin aynı yerleşkede veriliyor olması

- Çalışan memnuniyetinin artırılması için iyi bir zemin oluşturması

- Yüksek gelirli sağlık turizmi potansiyeli olması

- Vatandaş memnuniyeti

- Döner sermaye üzerindeki yüklerin azalması

- Daha yüksek gelir elde edebilme imkânı
- Yüklenici firma çalışanlarının hizmet kalitesine katkısı

Hastaneler toplumun sağlık hizmetlerinin yürütüldüğü ve geçmişten günümüze kadar sürekli gelişim gösteren yapıda faaliyetlerine devam eden ve sağlık sektörünün beyni konumunda bulunan organizasyonlardır (Özkan, 2018). Sayıları, büyüklükleri bir ülkenin sağlık sistemine ayırdığı kaynak dağılımı ve doğrudan da ülkenin gelişmişliği hakkında bilgi sahibi olabilmek adına en önemli göstergelerden biri olarak karşımıza çıkmaktadır

Ülkemizde var olan hastanelere ait çalışmalara baktığımızda; Sağlık Bakanlığı tarafından yayınlanan istatistiksel çalışma verisine göre Türkiye’de 2018 yılında 1.534 hastane aktif olarak hizmet verdiği belirtilmektedir. 2017 yılında Sağlık Bakanlığı hastane sayısı 879 iken 2018 yılında 889’a ulaştığı aktarılmaktadır. Üniversite hastane sayısı 68, Özel hastane sayısı ise 577 olarak raporlanmaktadır. Hastane sayılarına ait detaylı veri Çizelge 1.7. ‘de gösterilmektedir.

Çizelge 1.7. Sektörlere göre hastane sayısı 2018.

İBBS-1	Sağlık Bakanlığı	Üniversite	Özel	Toplam
İstanbul	53	16	167	236
Batı Marmara	53	4	20	77
Ege	119	7	71	197
Doğu Marmara	80	4	53	137
Batı Anadolu	73	13	53	139
Akdeniz	83	8	92	183
Orta Anadolu	76	4	23	103
Batı Karadeniz	97	3	19	119
Doğu Karadeniz	68	1	11	80
Kuzeydoğu Anadolu	52	2	5	59
Ortadoğu Anadolu	55	3	16	74
Güneydoğu Anadolu	80	3	47	130
Türkiye	889	68	577	1.534

Kaynak: Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

1.1.4. Sağlık Hizmeti Sunumunda Özel Hastaneler

Geçmişte günümüze kadar sunulan sağlık hizmetlerinde yeterlilik ve etkililik beşeri gelişmişliği ve toplumsal refahı artırıcı bir unsur olarak karşımıza çıkmaktadır (Çelebi, Cura 2013). Tarihsel süreç boyunca insanlığın en önemli çabalarından biri, temel hakkı olan sağlık hakkına yönelik her türlü sağlık hizmetini yeterli ve etkili düzeyde alabilmek olmuştur. Bu nedenle hizmet sunucuları olan sağlık kurumları her zaman toplum için önemli organizasyonların başında gelmektedir. Her geçen gün hastanelere olan talep artmakta hem de hastanelerde verilen hizmetlerin maliyeti yükselmektedir (Ekiyor, 2009). Bu noktada kamu sektörünün yanında özel sektör kanalları oluşturularak sağlık hizmeti sunumunda çeşitliliklere gidilmiştir.

Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde yaşam kalitesi artıkça sağlık kurumlarının da önemi ön plana çıkmıştır. Artan yaşam kalitesiyle doğru orantılı olarak bireylerin beklentileri de artmıştır. Kendilerine yönelik sunulan sağlık hizmetlerinde kaliteyi yakalamak istemekte ve artan beklentilerini kişi bazlı bireysel hizmetin en üst sunucusu olan özel hastanelerde aramaktadırlar.

Sağlık Bakanlığı'nın özel hastanelerine ilişkin tanımlaması şu şekildedir; *“Gerçek kişiler ile özel hukuk tüzel kişilerine ait olup, ayakta ve yatarak muayene, tahlil, tetkik, tıbbi müdahale, ameliyat, tıbbi bakım ve diğer tedavi hizmetleri verilen ve en az on yatak kapasitesi olan tedavi kuruluşlarına özel hastane denmektedir”* (Sağlık Bakanlığı, 2002).

Hususi Hastaneler Kanunu'nun (HHK) 1. bendinde de özel hastaneler şöyle tanımlanmaktadır; *“Kamunun özel idareleriyle belediyelere ait olan hastanelerden ve devletin kendine ait resmi hastanelerin dışında,, hasta iyileştirmek ya da yeni hastalıklara maruz kalmış bireylerin tekrar eski haline dönene kadar sağlıklı koşullarda beslemek, tedavi etmek ve doğumlarını gerçekleştirmek amacıyla hizmete açılmış veya açılacak olan sağlık yurtlarına “hususî (özel) hastaneler” denmektedir”* (Gelegen, 2019).

Ülkelerin bireylerine sundukları sağlık hizmetleri kuşkusuz ki ülkeden ülkeye, toplumdan topluma farklılık göstermektedir. Hizmetlerin türünü ve gelişimini hastaların talepleri, kültür, ekonomik özellikleri ve gelişmişlik düzeyi gibi birçok etken etkilemektedir (Yerebakan 2000). Özel hastanelerin gelişimi ve sağlık hizmetleri içerisindeki payı da ülkeden ülkeye farklılık göstermektedir.

Özel hastanelerin tarihsel gelişimine baktığımızda; ilk özel hastanelerin 18. yüzyılda İngiltere’de kurulan Westminster (1719), Guy’s (1724) ve Londra (1740) hastaneleri ilk özel hastaneler olarak karşımıza çıkmaktadır (Temel 2003). Batı dünyasında başlangıçta kâr amacı gütmeyen, din, ırk, sosyal sınıf farkı gözetmeyen ve gönüllülük temelinde gelişen hastane uygulaması özellikle ABD’ de önce dini ayrımlara sahne olmuş, daha sonra da paralı hale gelmiştir. 1893’te hastane yataklarını işgal eden hastaların çoğunluğu para öderken, 19.yüzyıl sonunda hastane giderlerinin üçte biri hastalar tarafından ödenir hale gelmiştir (Temel, 2003). Sosyal refahın ve gelişmişliğin arttığı günümüzde ise gelişmiş ülkelerin birçoğunda özel sağlık sektörünün ağırlığı söz konusudur.

Ülkemizdeki özel hastanelerin gelişim tarihine baktığımız zaman, Cumhuriyet’ten önce özel sağlık sektörünün var olduğu görülmektedir. 1930’lu yıllarda sağlık sunumunda özel sektör olarak ifade edilen; muayene hekimi, laboratuvar ve röntgen üniteleri, azınlıklar ve yabancı ülke kökenlilerin oluşturduğu özel kurumlar olarak karşımıza çıkmaktadır. Ancak özel hastanelere ilişkin en önemli girişim 1933 yılında çıkartılan 2219 sayılı Hususi Hastaneler Kanunu ile gerçekleşmiş daha geniş bir çerçeveye kazanmıştır (Temel, 2003).

1960-1970 yıllarında devlet özel sağlık kurumlarını, hizmet sunumuna dahil etmiş yetersiz kalınan noktalarda kamu kurumlarını (devlet hastanesi, SSK ve Üniversiteleri) destekleyen bazen de tamamlayan muayenehaneler, laboratuvarlar ve röntgen ünitelerinden hizmet almıştır (Temel, 2003). 1970’lerde batı ülkelerinde meydana gelen kriz sonucu ekonomik alanda liberalleşme meydana gelmiş ve bu görüş sağlık politikalarına da yansımıştır. Tüm dünya ülkelerini etkilemekle birlikte

Ülkemizde de liberal görüş kendini göstermiştir. 24 Ocak 1980 kararları ile liberal ekonomiye geçiş balamıtır.

Liberal uygulamaların maddi desteği ile özel sağlık sektörü 1980’li yıllarda poliklinik ve dispanser şeklinde il merkezleri ve ilçelere yayılmıştır. 1981 yılında sağlık sektörünün teşvik kapsamına alınmasıyla özel sektörün sağlık sektöründeki payı giderek artmıştır (TUİK 1967-2007 Raporu). 1985-1990 yıllarında uygulanan sağlık politikaları ve buna bağlı verilen teşvikler sonucunda Türkiye’de özel sağlık kuruluu sayısının hızla arttığı görülmektedir.

1989 yılına kadar olan özel sağlık kuruluşları muayenehane veya poliklinik şeklinde örgütlenmiş tam teşekküllü hastane kimliğinde olmayan kurumlar olarak ifade edilmektedir. Sağlık Bakanlığı verisine göre, 1988 yılında tam teşekküllü olmayan ancak özel hastane olarak kabul edilen hastanelerin sayısı 115 olarak belirtilmektedir (Türkeli, 2012).

Bekaroğlu 2007 yılında yapmış olduğu çalışmasında, ilk özel hastane olarak 1989 yılında İstanbul’da International Hospital’in Türkiye’de modern anlamda yönetilen ilk özel hastane olduğunu belirtmektedir.

2000’li yıllara gelindiğinde sağlık alanında özel hizmet sunuculuğunun muayenehanecilik döneminin azalmaya balayıp kliniklere dönüşmesi ve özel hastanelerin devlet tarafından aldığı teşvik ve destekle geliştiği görülmektedir (Dömbekçi ve ark., 2018).

Özel hastaneler 2219 sayılı “Hususi Hastaneler Kanunu”, 1219 Sayılı “Tababet ve uabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun, “zel Hastaneler Tüzüğü ve 27.03.2002 tarihinde çıkarılan ve daha sonra pek çok değişikliğe uğrayan “zel Hastaneler Yönetmeliği” hükümlerine göre kurulmakta ve iletilmektedirler (Tengilimoğlu ve ark., 2009). Özel hastanelerle hasta arasındaki ilişki incelendiğinde aralarında “Hastaneye Kabul Sözleşmesi” bulunmaktadır. Bu sözleşme, özelliği

gereği, hastanın tedavi edilmesi amacı doğrultusunda, otelcilik hizmetlerine ilaveten, tıbbi teşhis, tahlil, tetkik, tıbbi mşdahale, ağır veya hafif cerrahi işlemler ve benzer hizmet edimlerini içermektedir. Doktrinde Hastaneye Kabul Sşzleşmesi mahiyetinde birden fazla sşzleşmeyi barındırdığından (barındırma sşzleşmesi, satış sşzleşmesi ve hizmet sşzleşmesi) mahiyet itibariyle “karma sşzleşme” tipi olarak da kabul edilmektedir (Hatırnaz, 2007).

Sağlıkta Dşnşşşm Projesi kapsamında 2004 yılında, 5227 sayılı Kamu Yşnetiminde Temel İlkeler ve Yeniden Yapılandırılması Hakkında Kanun ile Teşhis ve Tedavi Amacıyla şzel Sağlık Kurum ve Kuruluşlarına Hasta Sevkine İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Tebliği doğrultusunda devlet memurları ve emeklileri ile bakmakla yşkşmlş oldukları aile fertleri şzel sektşr tarafından sunulan sağlık hizmetlerinden yararlanabilir duruma getirilmiştir. Bunun sonucu olarak şzel sektşrde yer alan doktor sayısında hızlı bir artış gşrşlmektedir. Hızlı bşyşyen sağlık sektşrşnşn bu hızlı bşyşmesini kontrol altına almak adına, 15 şubat 2008 tarihinde Planlama Yşnetmeliği adıyla çıkarılan kanun doğrultusunda, şzel sağlık sektşrşnş planlama hakkı tek otorite olan Sağlık Bakanlığı’na devredildiği gşrşlmektedir (Ayvaz, 2009).

2003 de başlatılan Sağlıkta Dşnşşşm Programı ile Tşrk Sağlık Sistemi’nde bşyşk değişiklikler meydana gelmiştir. Programın amacı yapılan reformlar ile sağlık sisteminin kalitesini ve verimliliğini artırmak ve sağlık kurumlarına erişimi kolaylaştırmaktır (OECD, 2008).

şzel hastaneler 2009 yılı Haziran ayından itibaren verdikleri hizmete ve yatak kapasitesine gşe sınıflandırılmaktadır. Hastaların gittiği hastanenin sınıfına gşe fark ücreti ödemesi gerekmektedir. Gşnşmşzde şzel hastaneler devlet kredileriyle desteklenirken, sosyal gşvenlik kurumları hastalarının da şzel hastaneden hizmet alması serbestleşmiştir. şzel hastanelerin, 01 Ocak 2007’den itibaren kamu hastaneler gibi Sosyal Gşvenlik Kurumu fiyatlarıyla hizmet sunması sektşre; kaliteyle birlikte rekabet de beraberinde getirmiştir (Sşnmez, 2019).

Türkeli 2012 yılında tam teşekküllü özel hastaneler üzerine yapmış olduğu çalışmada Türkiye özel sağlık sektörünü dönem dönem incelemekte ve analizlerini Çizelge 1.8.'de gösterildiği gibi ortaya koymaktadır.

Çizelge 1.8. Özel sağlık sektörüne yüklenen anlamlar.

DÖNEM	İFADE	ÖZEL SEKTÖR TANIMI
1920-1938	Sağlık Bakanlığı birinci basamak sağlık hizmetlerini hükümet doktorları aracılığı ile gerçekleştirmeyi hedeflemiş ancak sunulan hizmetin yetersiz olmasından dolayı hekim muayenahaneleri, poliklinik ve dispanserlerden hizmet alımı gerçekleşmiştir.	Muayenehane poliklinik dispanser
1960-1980	Devletten maaş almayan hekim ve sağlık personeli isterlerse mesleklerini serbest olarak yerine getirebilecek ve özel sağlık müessesesi ve eczane açabileceklerdir.	Müessese
1960-1980	1968-1972 yıllarını kapsayan 2. Beş yıllık kalkınma planında özel teşebbüsün sağlık tesisleri yapmasının özendirilmesi	Tesis
1980-2011	1982 Anayasasında yer alan ifadeler paylaşılmıştı. Bu ifadeler ile devlet sağlık hizmetlerini planlayan ve denetleyen tek otorite olarak gösterilmektedir.	
	1985-1989 yıllarını kapsayan 5. Beş Yıllık Kalkınma Planında özel sağlık müesseseleri ve hastanelerin teşvik edilmesine karar verilmiştir.	Müessese ve hastane
	5.Beş Yıllık Kalkınma Planında sağlık hizmetleri kamudan özel sektöre kaydırılacak ve sağlık sigortaları devreye girecek	Sağlık Sigortaları
	1987 yılında 3359 sayılı kanun ile kamu kurum ve kuruluşlarına ait tüm sağlık kuruluşları kamu tüzel kişiliğine sahip sağlık işletmelerine dönüştürülmesine, hastanelerin kendi gelirleri ile giderlerini karşılamaları ve piyasa koşullarında rekabet eden kurumlar haline gelmesi	Kamu Hastaneleri Sağlık İşletmelerine dönüşüyor
	1988 Hastane teşviklerine önem verilmesi. Teşvik verilen özel hastane sayısı 115'dir	Özel Hastane
	1990-1994 önceki kalkınma raporları gibi 6. Beş Yıllık Kalkınma planında sağlık hizmetlerinin en iyi şekilde vatandaşların yararlanması için ülke genelinde sağlık hizmetlerinin eşit, sürekli, yeterli ve dengeli bir şekilde dağılımını sağlamak	Kamu ve Özel Hastaneleri
	1996- 2000 7. Beş Yıllık Kalkınma planında kamunun ağırlığına vurgu yapılmamıştır. Sevk zinciri kurulamadığından büyük hastanelerde hastan yığılmaları olduğu, tıp fakültelerinde araştırma yerine genel sağlık hizmeti verme eğiliminden dolayı eğitim hizmetleri akmamakta, maliyetler hızla artmakta	Kamu ve Özel Hastaneleri

Çizelge 1.8. Devam.

2001-2005 8. Beş Yıllık Kalkınma Planında hızlı kentleşmeye bağlanan nedenlerden dolayı sağlık hizmet talebi karşılanacak bir modelin olmadığı, aile hekimi uygulamasına geçilemediği, sevk zincirinin uygulanamadığı, sigortalı kişilerin hekim seçme hakkına kavuşturulamadığı, idari ve mali özerkliğe ve kendi gelirleri ile giderlerini karşılayan bir yapıya kamu hastanelerinin kavuşturulamadığı, modern işletmecilik anlayışına kavuşturulmadığı belirtilmiştir.	Kamu ve Özel Hastaneleri Özel Hastaneler
2001-2005 8. Beş Yıllık Kalkınma Planında diğer planlarda yer alan eşitlik gibi ibarelere ek olarak ihtiyaç ve beklentilere uygun, kaliteli, verimli ifadeleri ve özel sağlık kuruluşları imkânlarından yararlanılması ve özel sektörün teşviki yer almıştır.	
2004 yılında devlet memurlarının özel hastanelere gitmesi yönündeki kanun	Özel Hastaneler
2008 Planlama yönetmeliği	Özel Hastaneler

Temel 2003 yılında yapmış olduğu çalışmasında Türkiye’de özel hastanelerin artış nedenlerini aşağıdaki gibi ifade etmektedir;

1. 1985-2003 yılları arasında verilen teşvik belgeleri

2. Kamu hastanelerinin yataklı ve ayakta tedavi hizmetleri kalitesinin yetersizliği ve sağlık hizmetine ulaşmadaki güçlük, hizmeti almada gecikme gibi nedenlerle kamu hizmetlerinin özel sektöre yönlendirilmesi

3. Şehirlere göçün fazla olması nedeniyle büyük şehirlerde birçok ilden nüfusu fazla ilçeler oluşması ve bu ilçelerde kamu sağlık kuruluşlarının yetersiz kalması sonucu, bu boşluğun özel sağlık kurumları ile doldurulması

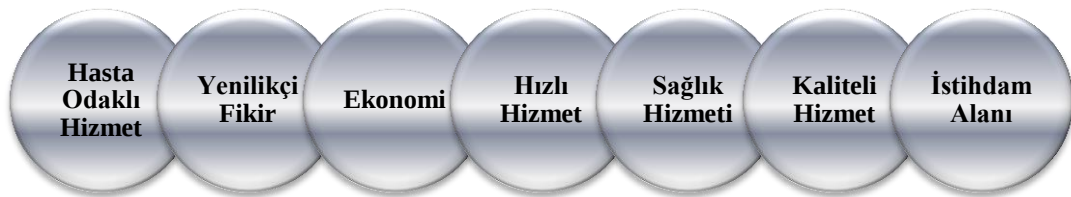
4. Sağlıklı olma bilincine bağlı olarak, özel sağlık sigortalı kişi sayısının artması ve kalite, hız gibi nedenlerle bu kişilerin özel hastaneleri tercih etmesi

Özel hastaneler son yıllarda büyümesini sürdürerek, erişilebilir, verimli ve kaliteli sağlık hastanelerinin almakta olduğu Joint Commision International (JCI)

“hastane programı” belgesiyle özel hastanelerde verilen sağlık hizmetleri uluslararası düzeyde sunulan hizmet kapsamına gelmiştir.

Dünya genelinde küreselleşme birçok alanda etkili olduğu gibi sağlık hizmetlerinin organizasyonu ve işleyişinde de köklü değişiklikler ortaya çıkarmıştır. Bu süreçte devletin küçültülüp etkinleştirilmesi, merkeziyetçilikten uzaklaşma, yerleşmenin özendirilmesi, siyasal ve bürokratik aktörlerin yanında özel sektörün söz sahibi olması gibi özellikler ön plana çıkmaktadır (Ertan,2014). Ülkelerin sağlık sistemlerindeki sosyal dönüşümlerin (kamu sağlık bütçelerinin sınırlandırılması, sağlık sektöründe daha güçlü pazar ekonomisi, tıbbi hizmetlerde rasyonelite ve sınırlandırma, alternatif tıptaki gelişmeler) hastane sektöründe yaşanan gelişmelere yön vermiş özel sektör pazarını büyötmüştür (Şahin, 2010).

Özel hastanelerin sağlık hizmetlerine olan katkısının yanında kalite ve yenilikçi bakış açısıyla kamu hastanelerine örnek teşkil etmesi, kamu hastanelerine göre daha hızlı hizmet sunumu, hasta odaklı davranılması, istihdam alanı oluşturmaları, işletme yönüyle ülke ekonomisine katkı sağladığı düşünülmektedir. Dömbekçi ve arkadaşları 2018 yılında yapmış oldukları çalışmada özel hastanelerin sağlık sektörüne olan katkılarını Şekil 1.8.’de gösterildiği gibi ifade edilmektedir;



Şekil 1.8. Özel hastanelerin sağlık sektörüne katkıları.

Özel hastaneler günümüzde sağlık sistemlerini yeniliğe zorlayan ve değişimi başlatan sistemler olarak sağlık sektörüne öncülük etmektedir. Bu misyonlarının ve yarattıkları etkilerin yanında karşılaştıkları bir takım sorunlar da bulunmaktadır. Bunları aşağıdaki Çizelge 1.9.’da görüldüğü gibi sıralayabiliriz;

Çizelge 1.9. Özel hastanelerin karşılaştıkları sorunlar.

Açılma İzni İle İlgili Sorunlar	Ülkemizde Özel Hastanelerin faaliyet gösterebilmeleri için Sağlık Bakanlığı tarafından verilen bir izin gereklidir. Bu iznin de Türkiye’de Sağlık Bakanlığı tarafından nüfusa odaklı hastalık durumuna ve talebe odaklı bazı istatistiki hesaplamalar yapılarak hastaneye ihtiyaç olduğu takdirde verilebileceği ifade edilmiştir.
Denetim ve Kurallar İle İlgili Sorunlar	Denetim ve kurallar konusunda ifade edilen sorunlardan en önemlisi özel hastane işletmelerinin özerk işletmeler olmayıp her konuda devletin belirlediği kurala tabi olmalarıdır. Fazlasıyla ayrıntılı olan kurallar, özel hastanelerin kendilerine özgü hareket etmelerini engelleyici bir etmen olarak değerlendirilir.
Kurulum Aşaması İle İlgili Sorunlar	Prosedürlerin detaylı ve ayrıntılı olması zaman kaybına neden olmaktadır.
Finansal Açıdan Sorunlar	Hizmet sunumunda kullanılan ilaç, tıbbi cihaz kullanımı vb. ürünlerin maliyetinin ya da ücretinin artmasına karşılık SUT fiyatlarının artmaması
İnsan Kaynakları Konusunda Yaşanan Sorunlar	Kadro kısıtlaması sorunu, işe alım için hekim bulma sorunu, nitelikli hemşire ve diğer sağlık personelini bulma ve elinde bulundurma sorunu
Pazarlama ve Reklam İle İlgili Sorunlar	Özel Hastaneler Yönetmeliği’nde yer alan bazı sınırlandırmalara tabidirler.
Rekabet İle İlgili Sorunlar	Özel hastaneler arasında ve de kamu hastaneleri arasında olan rekabet ile ilgili sorunlar
Hekime Şiddet Sorunu	Son yıllarda gittikçe artan ve medya aracılığıyla da kamuoyunda sıkça yer alan sorun.

Kaynak: Dömbekçi ve ark., 2018

Dömbekçi ve arkadaşları, ortaya koymuş oldukları bu sorunlar neticesinde özel hastanelerin geleceği ile ilgili zorlayıcı süreçlerin olacağını belirtmektedirler. Artık özel hastane sistemleri gibi şekillenmeye başlayan devlet hastaneleriyle rekabet etmeleri giderek zorlaşmakta, devlet tarafından özel hastanelere getirilen kısıtlılıklar sonucunda faaliyetlerini yürütmekte güçlük çekmekte ve ekonomik olarak sıkıntıya uğramaktadırlar. Bu sorunlar karşısında gelecekte, tam teşekküllü hizmet vermeyen küçük boyuttaki özel hastanelerin sistemde ayakta kalamayacağı düşünülmektedir.

Dömbekçi ve arkadaşları bu çerçeve neticesinde özel hastanelerin daha etkili ve verimli hale getirilmesine dair bir takım önerilerde bulunmuşlardır. Bunlar şu şekilde sıralanmaktadır,

- Büyüme ve Yenilenme
- Hekim Kadro Kısıtlamalarının Kaldırılması
- Devlet Tarafından Daha Fazla Desteklenmesi
- Hasta Memnuniyetinin Sağlanması
- Pazarlama ve Reklam Kısıtlamalarının Kaldırılması
- Yöneticinin Yönetim Konusuna Hakim Olması
- Hastanelerin Çıktı Değerlendirmesi Yapması

“Sağlık hizmeti sunan özel kurumların kuruluş şekilleri, hak ve sorumlulukları Hususi Hastaneler Kanunu’nda ve Özel Hastaneler Yönetmeliği’nde düzenlenmektedir. Hastane üst yönetimi veya hastane yönetim kurulu, hastanenin tüm faaliyetlerinden ve hastanenin malvarlığı yönetiminden sorumlu olan üst organıdır. Özel Hastane Yöneticisi, “yönetim kurulundan aldığı yürütme yetkisini kullanarak hastaneyi yöneten kişi” olarak tanımlanmaktadır” (Kavuncubaşı ve Şahin 2010). Hastanelerin daha etkili ve verimli hale gelmesi, yaşanan çeşitli sorunların ortadan kaldırılması ve sürekli olarak hastanenin gelişmesi için etkili, yaratıcı, vizyoner, isteklendirici, bilgili, ilkeli liderlerin varlığı önemli hale gelmektedir (Keklik, 2012).

Özel hastanelerin sayısının ve rekabet ortamının her geçen gün artmasıyla birlikte özel hastanelerin kimler tarafından, nasıl yönetilmesi gerekliliğine dair sorunsallıkta artmaktadır. Özel sağlık sektörü milyarlarca dolarlık bir yatırım alanıdır

ve çok büyük bir finans kaynağını elinde bulundurmaktadır. Bu kaynağı şekillendirecek ve yönetecek yöneticilerin bu işin eğitimini alan kişiler olması yapılan yatırımların başarıyla sonuçlanması adına büyük önem taşımaktadır (Şahman ve ark., 2008).

Özel hastaneler bireysel ve zincir hastaneler şeklinde kurulan hastaneler olmak üzere iki gruba ayrılmaktadır. Genel olarak kurucularının veya hissedarlarının çoğunun, hastane işletmesi alanında uzmanlaşmamış kişilerden oluştuğu görülmektedir. Yönetimleri geçmişte hastane kurucuları tarafından yapılırken artık günümüzde bu büyük kaynağı yönetebilmesi için gerekli eğitimleri almış profesyonel yöneticilere emanet edilmektedir. Bazı hastanelerde ise hastane kurucularının bu alanda kendilerini yetiştirdikleri ve hastane yöneticiliğine dair gerekli yönetim eğitimlerini aldıkları görülmektedir. Bu noktada özel hastaneler de kurumsallaşmakta ve markalaşma adına olumlu bir kurum imajı kurmada kolaylık sağlamaktadırlar. *“Dikkatli bakıldığında hastane yöneticisi orkestra şefi gibidir, hata yapma şansı yoktur. Burada maharet, deneyimli bir orkestra şefinin bu zengin disiplinleri, bir bütün içinde kusursuz şekilde birleştirmesinde yatmaktadır”* (İstiroti, 2017).

Her geçen gün teknolojik, ekonomik ve nitelik açısından gelişen sağlık sektörü içerisinde, bu gelişmelere paralel olarak hastane sistemlerinin, cihazlarının ve malzemelerinin de maliyeti artmakta, bu sistemi şekillendirecek ve kullanacak olan nitelikli personelin gerekliliği de artı bir maliyet getirmektedir. Bunların yanı sıra hem özelle hem de kamuyla olan rekabetin artması, özel hastaneleri sürekli dinamik kalmaya ve yeniliğe zorlamaktadır. Bu noktada özel hastane yöneticilerine büyük iş düşmekte, önem ve gereklilikleri artmakta, profesyonel yöneticilik ve liderlik özel hastane yönetiminin geleceği açısından belirleyici faktörler olarak karşımıza çıkmaktadır.

1.2. Sağlık Kurumlarında Yönetim ve Hastane Yöneticiliği

1.2.1. Yönetim ve Yöneticilik Kavramlarına Genel Bakış

Yönetim kavramı toplumsal gelişmenin sonucunda, toplu yaşamının gerektirdiği bir gereksinim olarak karşımıza çıkmaktadır. Gelişim süreci boyunca toplu yaşamı biçimlendiren, yönlendiren bir dizi kurallar meydana gelmiştir. Yönetim kavramı bu toplumsal kuralların yaşama geçirilmesi ve koordine edilmesi olarak karşımıza çıkmaktadır.

Gürer 2017 yılında yapmış olduğu çalışmasında yönetimin ortaya çıkmasındaki nedeni şuna bağlamaktadır; *“İnsanlar, bir birey olarak gerçekleştiremedikleri amaçlarını gruplar halinde gerçekleştirdiklerinden bu yana bireysel amaçların organizasyonunu sağlamak için yönetime ihtiyaç duymuşlardır. Topluluklar ise gruplar oluşturdukça bu büyüklük ve kalabalığın artması ile birlikte yönetimin önemini anlamışlardır”* (Gürer, 2017).

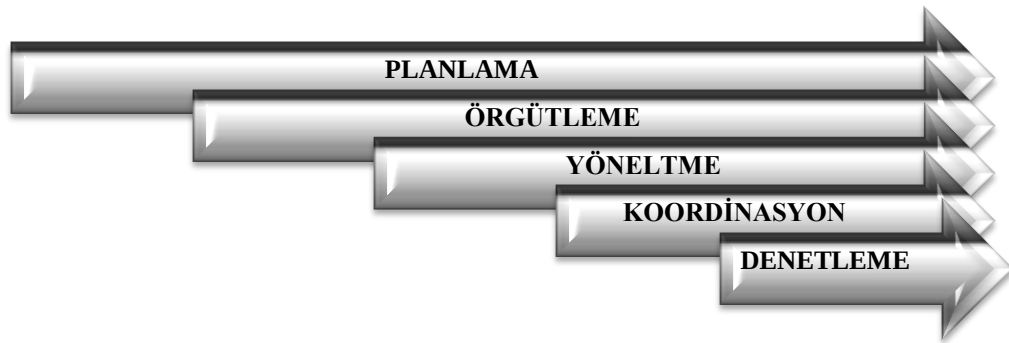
Yönetim en genel tanımıyla, belirli amaçlara başkalarının işbirliği ile ulaşma eylemi olarak tanımlanmaktadır (Çetin, 2009). İşletmelerin hedeflerine ulaşması, çevre koşullarında kaynakların etkili şekilde kullanılması amacıyla ortaya çıkan terime yönetim adı verilmektedir (Kefci, 2017). Yönetim bir bilim olduğu kadar aynı zamanda bir sanattır. Yönetim sanatı, bir amacı elde etmek için bilgi ve becerilerin sistemli bir biçimde uygulanarak, somut amaçları başarmak, sonuçları etkilemek ve durumlar yaratmak şeklinde tanımlanmaktadır (AK, 1990).

Yönetim faaliyetinin yerine getirilebilmesi için belirli kaynaklara ihtiyaç duyulmaktadır. Bu kaynaklar Şekil 1.9.'da gösterilmektedir;



Şekil 1.9. Yönetimin kaynakları.

Başarılı bir yönetimin uygulanabilmesi birbirini takip eden ve hangi alanda uygulanıyor olursa olsun evrensel olan, yönetim fonksiyonlarının sistematik ve düzenli bir şekilde yerine getirilmesine bağlı olmaktadır. Yönetim fonksiyonlarından herhangi birinin ihmalı veya eksik yerine getirilmesi, diğerlerinin de aksamasına yol açmakta ve doğrudan yönetim sürecini olumsuz etkilemektedir. Bu nedenle yönetim fonksiyonlarının uyumlu bir bütün halinde değerlendirilmesi gerekmektedir. Yönetim fonksiyonları Şekil 1.10.'da gösterildiği gibi beş aşamadan oluşmaktadır (Çamcı, 2007).



Şekil 1.10. Yönetim fonksiyonları.

Planlama: Planlama, amaçlara ulaşmayı sağlayan yolları belirleyen, ne yapılacağını önceden kararlaştıran, yani tasarlanan bir hareket biçimi ve yönetimin temel anahtarı şeklinde tanımlanmaktadır.

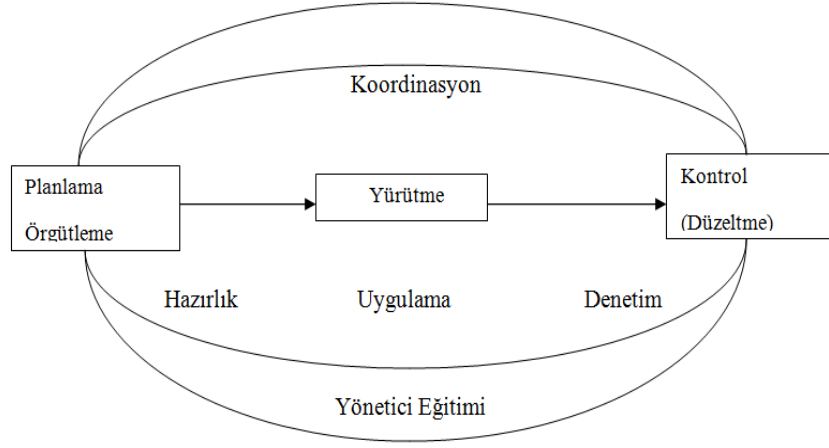
Örgütleme: Belli bir işin görülmesi için ayrılmış olan kaynakların karşılıklı ilişkilerin belirlenerek, belli bir yönetim yapısı içerisinde sistemli olarak yer alması olarak tanımlanmaktadır.

Yönetme: Bu fonksiyona konu olan temel işlem yönetme işlemidir ve yönetme, yöneticilerin astlarına emir vermesi ya da başka yollarla ne yapılması gerektiğini bildirmesi olarak ifade edilmektedir.

Koordinasyon: Düzenleştirme, dengeleme, eşgüdüm ve uyumlaştırma adları ile de anılan koordinasyon, bir işletmede çalışmalar arasında uyum yaratmak şeklinde ifade edilmektedir.

Denetleme: Denetim, elde edilen sonuçlarla istenen sonuçların karşılaştırılması, ulaşılan durumun değerlendirilmesi faaliyetlerini içermektedir.

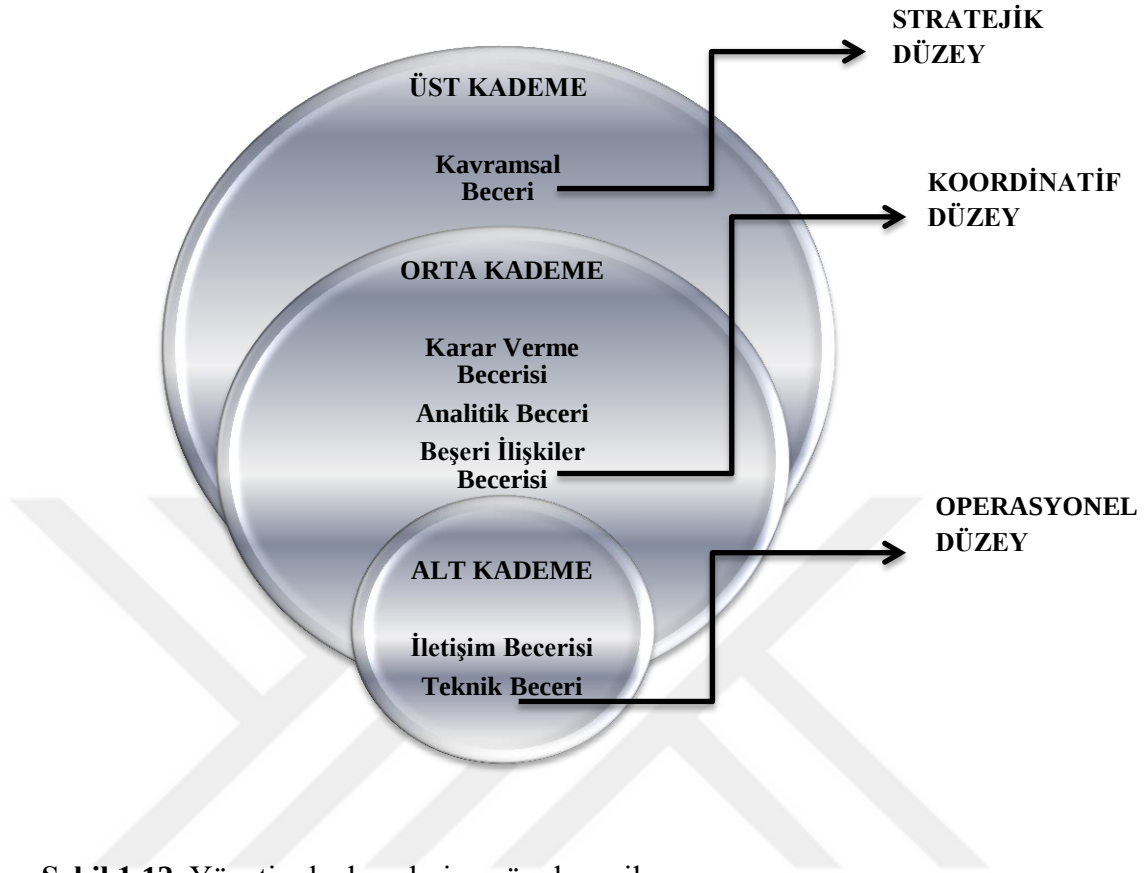
Serin 2012 yılında yapmış olduğu çalışmada yönetimin bu fonksiyonlarını belirli süreçler içerisinde incelemektedir. Bunlar Şekil 1.11.'de gösterildiği gibi; hazırlık, uygulama ve denetim olarak üç evreden oluşmaktadır (Serin, 2012).



Şekil 1.11. Yönetim fonksiyonlarının süreçleri.

Kaynak: Efil, 2009.

Yönetim kavramının da kademe kademe uygulama alanları bulunmaktadır. Bu alanlarda her yönetim kademesinin üstlendiği farklı roller vardır. Her kademedeki yöneticilerin de sürekli değişen yönetim süreçlerine hakim olabilmesi ve etkili yöneticilik yapabilmesi için taşıması gereken belirli beceriler bulunmaktadır. Bunlar Şekil 1.12.'de gösterilmektedir;



Şekil 1.12. Yönetim kademelerine göre beceriler.

Görüldüğü gibi her düzeyde farklı yönetim alanları bulunmaktadır. Bu alanları da yürütecek, koordine edecek birisine ihtiyaç duyulmaktadır. Bu kişi de yönetici olarak adlandırılmaktadır. Mintzberg, yönetimi üçe ayıran bu yaklaşımda olduğu gibi yöneticiliği de üç farklı rol düzeyinde sınıflandırmaktadır. Bu roller; kişiler arası roller, bilgi rolü ve karar verme rolüdür. Yöneticinin kişiler arası rolü, direkt olarak onun formal otoritesinden kaynaklanan ve örgüt üyeleri ile diğer kurumlar arasındaki ilişkileri düzenlemeyi içeren roller olarak karşımıza çıkmaktadır. İkincisi, bilgi rolüdür. Yöneticinin bilgi rolü, iş etkinliği sağlayacak bilgileri toplama ve bu bilgilerin, sonuç üretecek bir biçimde işlenmesini sağlamaktır. Üçüncüsü karar verme rolüdür ve yöneticinin örgütte asıl işi karar vermektir.

Yönetici genel olarak; işletmenin veya bir departmanın belirlenmiş amaçlar çerçevesinde yönlendirilmesi ve faaliyetlerin değerlendirilmesi sürecinin takip

edilmesini sağlayan kişi olarak tanımlanmaktadır (Yorulmaz, 2015). Ünlü yönetim bilimci Drucker yöneticiyi “bilginin uygulamasından ve performansından sorumlu olan kişi” olarak tanımlamaktadır.

Taşkın 1997’de yöneticinin sosyal stratejisi üzerine yapmış olduğu çalışmasında yöneticilerin temel özelliklerini şöyle ifade etmektedir; *“Yöneticiler; iletişim becerisi, yetkiyi kullanma, vizyon sağlama, akılcı kararlar alabilme, planlama becerileri, sonuca odaklaşma, örgütü temsil etme, risk ve sorumluluk alabilme, yeni yetenekleri destekleme, düşünce ve düşünceyi uygulayabilme, net amaçlar belirleme, gelişmiş soru sorma ve dinleme yeteneği gibi temel özellikleri taşımalıdır”* (Dinçer, 2019).

İnovasyon her alanda olduğu gibi yönetim ve yöneticilik alanında da karşımıza çıkmaktadır. Çağın gerektirdiği makro gelişmeler, örgütlerde, örgütlerin yönetiminde ve yöneticilerin işlevlerinde köklü değişikliklere neden olmaktadır. Bu gelişmeleri Yorulmaz, 2015 yılında yapmış olduğu çalışmada aşağıdaki gibi sıralamaktadır (Yorulmaz, 2015).

- ◆ Haberleşme-bilgi teknolojilerindeki gelişmeler
- ◆ Küreselleşme
- ◆ Eğitim düzeyinin ve beklentilerin artması
- ◆ Vatandaşın, müşterinin, çalışanın daha talepkâr ve bilinçli olması
- ◆ Kuruluşların “sosyal” sorumluluklarının artması
- ◆ Demokratikleşmenin yaygınlaşması

1.2.2. Sağlık Yönetimi

Vermiş olduğu hizmetin yaşama hakkını yakından ilgilendiren sağlık hizmeti olması nedeniyle, sağlık kurumlarının yönetimi önem teşkil eden bir konudur. Sağlık hizmetlerinin yönetimi toplumun sağlık statüsünü etkileyen faaliyetlerin bütünüdür. Yönetimin her alanında olduğu gibi sağlık yönetimi alanında da yönetim fonksiyonlarının sistematik işlemesiyle başarılı sonuçlar alınmaktadır. Bu bakış açısıyla Can ve İbicioğlu sağlık yönetimini şu şekilde tanımlamaktadır; *“Sağlık yönetimi, tıbbi bakım ve sağlıklı bir çevre taleplerinin bireylere ve toplumlara belli hizmetleri sağlayarak karşılanmasını olanaklı kılan kaynak ve süreçlerin planlaması, örgütlenmesi, yönlendirilmesi, kontrol ve koordinasyonudur”* (Can ve İbicioğlu, 2008).

Sağlık kurumları yönetimi; insan ve diğer kaynaklar aracılığı ile önceden belirlenmiş amaçların başarılması için belirli bir formal örgütlenme içinde ortaya çıkan, birbirleriyle ilişkili sosyal ve teknik işlevleri ve faaliyetleri içeren bir süreçtir (Kavuncubaşı, 2000).

Kitapçı Türkiye’de sağlık yönetimi üzerine yapmış olduğu çalışmasında sağlık yönetimini şu şekilde tanımlamaktadır; *“Sağlık Yönetimi, toplum sağlığının korunarak, insan hayatı için problem teşkil edecek, milli ekonomiye ve insan gücüne etkisi olan hastalıkların tedavisi, Sağlık ve Sosyal Yardım Tesis ve Teşekküllerinin kurulması, gerekli mevzuatın hazırlanması sağlık sorunları için plan ve programların düzenlenmesi, hizmet çeşitlerine göre araştırmalar yaparak ihtiyaç nispetinde personel yetiştirilmesi ve dolayısıyla sağlığın elde edilmesi faaliyetlerinin yönetimidir”* (Kitapçı, 1993).

Sağlık hizmetlerini diğer hizmet sınıflarından farklı kılan en önemli özellik; toptan üretim ve tüketim anlayışının olmaması ve kişiye özel olarak tasarlanan hizmet şekli olmasıdır. Aynı zamanda sağlık hizmetleri sadece koruyucu, tedavi edici hizmetleri kapsamamakta bunların yanı sıra otelcilik hizmeti ile birlikte tıbbi ve eğitim hizmetleri de verildiği için yatay ve dikey organizasyonların iç içe geçtiği

yönetimi gerekli kılan hizmetler olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu durumda hizmetlerin yönetimini ve koordinasyonunu karmaşık hale getirmektedir.

Sağlık yönetimi bir taraftan tüm toplum bireylerinin doğuştan elde ettiği bir hak olarak görülen sağlık hakkının koordine edilmesini yansıtırken bir taraftan da sunum şekli kalkınmışlık ve gelişmişlik seviyesinin tanımlanması amacıyla kullanılan bir kıstas olarak karşımıza çıkmaktadır (Dinçer, 2019).

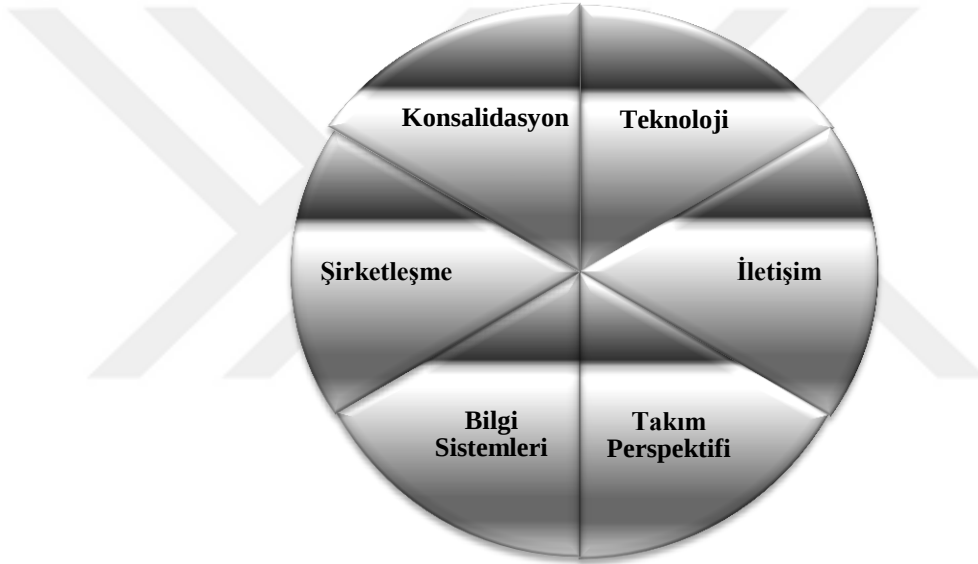
Modern toplumlarda, sağlık hizmetleri yönetimi en güç yönetim alanlarından biri sayılmakta ve bu yönetimin tüm süreçlerinin profesyonel yaklaşımla yürütülmesi gerekliliği benimsenmektedir.

Her geçen gün farkındalığın giderek arttığı bir konu haline gelen profesyonel sağlık yönetimi modern ülkelerde sistematüğını oturtmaya ilk 1900’lerde başlamış ve şekillenerek günümüze kadar gelmiştir. Sağlık yönetimi ve organizasyonunun karmaşık ve bütüncül yaklaşımı gerektiren bir hal almaya başlamasıyla daha kalifiye elemanlarla süreci yönetme ihtiyacı ortaya çıkmıştır.

Amerika’da 1900’lerin başında hastane yönetimi “superintendent” adıyla bir hemşire ya da hekim tarafından yerine getirilmekteydi. Yönetime dair eğitimleri işbaşında verilir ve bu mesleğe ilgi duyanlar yöneticilerin yanında kendilerini geliştirirlerdi. Bir hastaneyi yönetmek için özel bir eğitim gerektiği ilk olarak ABD’de 1910’larda fark edilmiş ve 1929’da Michael Davis’in “Hospital Administration A Career” adlı eseriyle alanda dönüm noktası yaşanmıştır. Davis’in eserinde yer verdiği görüşler Tıbbi Bakım Maliyetleri Komitesi tarafından desteklenmiş, ve komite hazırlamış olduğu raporda; hastane ve kliniklerin tıbbi kuruluş oldukları kadar ekonomik ve sosyal amaçlı işletmeler olduklarına ve eğitilmiş yöneticiler tarafından yönetilmeleri gerekliliğini vurgulamıştır. Bu gelişmeden sonra 1934 itibariyle çeşitli okullarda hastane yöneticiliği programları açılmaya başlamıştır. Sağlık hizmetleri yöneticiliğine dair ilk atılım 1934 yılında Chicago Üniversitesi Lisansüstü İşletme Okulunda “Hastane Yönetimi Yüksek Lisans Programı” adı altında başlatılmıştır. Hastane Yönetimi alanındaki bu ilk

programının amacına bakıldığında, hastane yöneticiliğini diğer bütün mesleklerde bulunan akademik liyakat ve kendi kendini yönetme özelliklerini kazanmış eksiksiz bir meslek haline getirmek olduğu bilinmektedir. (Savran ve Seçim, 1995).

Tüm dönemler boyunca ülkelerde meydana gelen değişimler ve yenilikler sağlık alanında da kendini göstermektedir. Zeigenfuss ve Sassani 2004 yılında yapmış oldukları çalışmada, sağlık yönetimini etkileyen trendleri Şekil 1.13.'de gösterildiği gibi belirtmektedir (Yorulmaz, 2015).



Şekil 1.13. Yönetimi etkileyen trendler.

Son yıllarda yönetim alanında trend olan konulardan biri “Yalın Yönetim” anlayışıdır. Bu anlayışa göre Yalın Yönetim; “kurumların artan maliyetlerini minimize eden, kaliteyi artıran, hasta ve çalışan güvenliğini artırıp tıbbi hataları minimize eden, bütün iş süreçlerinde çalışan katılımını esas alan, israfı ortadan kaldırarak hasta/çalışan ve yönetim bazında memnuniyeti maksimize eden bir yönetim felsefesidir” (Özkan, 2018). Süreçlerde ki gecikmeleri önlemek, güvenliği sağlamak, kurumların büyümesini ve daha fazla gelir elde etmesini sağlamak, maliyetleri düşürmek Yalın Yönetimin ulaşmak istediği temel hedefler olarak belirtilmektedir.

Yalın Yönetim anlayışı sağlık alanında oldukça ses getirmiş ve artık küresel bir hareket olarak ele alınmaya başlanmıştır. Sağlık kuruluşlarında gelişen teknolojik ve değişen ekonomik, toplumsal, yasal, politik durumlar karşısında maliyetleri dengede tutabilmek, hasta güvenliğini arttırmak, zaman ve kaynak israfını önlemek adına başvurulan bir yönetim yaklaşımı olarak karşımıza çıkmaktadır.

“Yalın Yönetim anlayışı hastanelerin organizasyon şeklini ve yönetim biçimini değiştirebilen, hataları, beklmeleri azaltarak hasta bakım kalitesini artıran, çalışanları ve yönetimi destekleyerek kurum içinde süreçleri tıkayan engelleri ortadan kaldıran ve hasta odaklı bir sağlık hizmet sunumunu sağlayan felsefe olarak tanımlanmaktadır” (Yıldız ve Yalman, 2015).

Sağlık sistemi içerisinde Yalın Yönetim, bir alet çantasından hastanelerin organizasyon yapısına kadar yönetim şeklini değiştiren, tıbbi hataları ve hasta bekleme sürelerini azaltarak hasta bakım kalitesini artıran, çalışan ve hekimlerin gelişimini yükselten, maliyetleri ve riskleri azaltan, kurumun büyümesine katkı sağlayan ve farklı işlevler gösteren hastane servislerinin birlikte çalışmasını sağlayarak tüm paydaşları uzun vadede kuvvetlendiren bir sistemdir (Grabau, 2011).

Sağlığa yatırım yapmak, korumak ve iyileştirmek en kutsal emeklerden biri olarak karşımıza çıkmaktadır. Konuya insana değer verme bilinciyle yaklaşmakta olan tüm uygar ülkeler incelendiğinde en büyük yatırımın sağlık sektörüne yapıldığı ve sağlık hizmetlerine ulusal gelirden çok önemli bir payın aktarıldığı görülmektedir. Nitekim son yüzyıl içinde gelişmiş batı ülkelerinde sağlık alanında çok büyük ilerlemeler kaydedilmekte, çok ileri teknolojiler geliştirilmekte ve ortaya çok gelişmiş sağlık kuruluşlarını içeren ulusal sağlık sistemleri çıkmaktadır. Bu gelişmiş ve çok boyutlu sağlık sistemlerine paralel olarak, ortaya profesyonel, yarı profesyonel ve hizmetlilerden oluşan kompleks yapıda insangücünü içeren büyük sağlık kuruluşlarının yönetilmesi sorunu çıkmış ve sağlık sisteminin karmaşık boyutlarını bilimsel bir temelde yönetecek meslek insanlarının yetiştirilmesi gerekliliği görülmüştür (Çamcı, 2007).

1.2.3. Türkiye’de Sağlık Yönetimi Tarihçesi

Sağlık yönetimi konusu tüm dünya ülkelerinde olduğu gibi ülkemizde de, farkındalığının her geçen gün arttığı bir konu olarak karşımıza çıkmaktadır. Modernleşme ve teknolojik gelişimlerin yanında alana verilen önem artarken aslında sağlık yönetiminin ülkemizde bir bilim dalı olma yolundaki ilk çalışmaları 1930’larda Refik Saydam’ın Hıfzıssıhha Okulu adıyla bir okul kurarak halk sağlığı alanında mezuniyet sonrası eğitim veren bir merkez açmasıyla başladığı görülmektedir. 1961 yılındaki gelişmelere bakıldığında, Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanan 224 sayılı sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi hakkındaki kanun kabul edilmiştir. Ve bu kanun ile birlikte sağlık hizmetleri entegre edilerek tek elden yönetim ve yürütülmesinin yapılmasının esas alındığı görülmektedir (Fişek, 1985).

Sağlık hizmetleri yönetiminin ayrı bir bilim ve uzmanlık alanı olduğu düşüncesi ile Sağlık İdaresi ve Eğitimi, Sağlık Bakanlığı tarafından sağlık idarecisi yetiştirmek üzere Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı gereği olarak 18 Aralık 1963 tarihinde Sağlık İdaresi Yüksek Okulu kurulmasıyla başlamıştır. 1970 yılında Hacettepe Üniversitesi’nde Hastane İdaresi Yüksek Okulu adı altında bir yüksek lisans programı açılmış ve bu okul 1975 yılına kadar eğitim vermiştir, 1975 yılında bu programın adı Hacettepe Üniversitesi Sağlık İdaresi Yüksek Okulu olarak değiştirilmiş ve yüksek lisans ve doktora programları yanı sıra 4 yıllık lisans eğitimi de yapmaya başlatılmıştır (Arslan, 2016).

Ülkemizde gerçek anlamda sağlık yönetiminde olması gereken teorik ve pratik bilgi birikiminin 1990’lı yıllara doğru oluşmaya başladığı görülmektedir. 1990 yılında Devlet Planlama Teşkilatı (DPT) tarafından sağlık hizmetlerini içeren bir plan hazırlanmış ve Sağlık Bakanlığı ile birlikte “Sağlık Sektörü Master Plan Etüt Çalışması” adı altında sağlıkta reform çalışmaları başlatılmıştır (Akdağ, 2008).

2003 yılında ise Sağlıkta Dönüşüm Programı ile birlikte özel sağlık kurumlarının artması, kamu hastanelerinde ise değişiklikler yapılması ile sağlık hizmetlerinde modern ve yenilikçi bir yönetim ihtiyacı duyulmaya başlanmıştır. Ateş

ve arkadaşları 2010 yılında yapmış oldukları çalışmada Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın amacını şu şekilde ifade etmektedirler; *“Sağlıkta Dönüşüm Programı ile hastanelerin de Bakanlığın diğer birimleri kadar değişime yönlendirilmesi söz konusu olmuştur. Değişimin boyutu, klasik hastane yöneticiliği anlayışının bir kenara bırakılarak yeni anlayışların getirdiği yeni rollerin benimsenmesini kapsamaktadır. Bir bakıma hem devlet hastanelerindeki yönetim anlayışını özel hastanelere yaklaştıran, hem de özel hastanelerin mevcut yönetim anlayışını iyileştirmesini amaçlanmaktadır”* (Ateş ve ark., 2000).

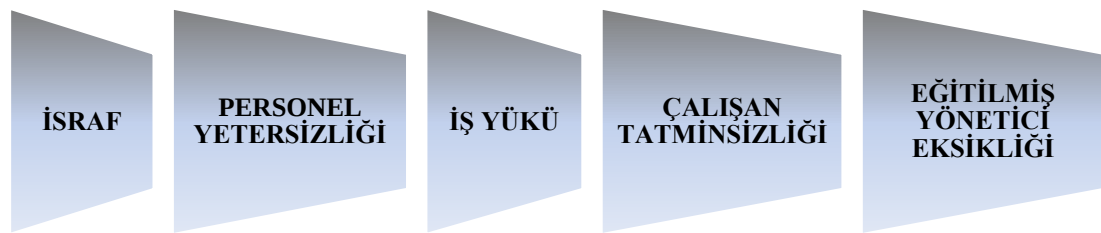
Türkiye Sağlık Sistemi için dönüm noktası olan Sağlıkta Dönüşüm Programı ile sağlık hizmetlerinin etkili, verimli ve hakkaniyete uygun bir şekilde organize edilmesi, finansmanının sağlanması ve sunulmasıyla; sağlık kuruluşlarında yönetsel ve mali özerkliği sağlamak, tasarrufu teşvik etmek, verimlilik ve kaliteyi artırmak için kamu hastane birliklerini kurmak hedeflenmiştir. Kamu Hastane Birlikleri'nin kurulmasıyla, yeni kamu yönetim uygulamaları devreye girmiştir (Döğücü, 2014).

2003 yılında uygulamaya konulan Sağlıkta Dönüşüm Programı ile hasta odaklı sağlık politikaları izlenmeye başladığı görülmektedir. Bu dönemin en önemli hedeflerinden biri de Şehir Hastaneleri'nin hizmet sunumuna kazandırılmasıdır. Sağlıkta Dönüşüm Programı ile Türkiye 29 sağlık bölgesine ayrılmış ve bu bölgelerin belirlenen rollerine ve planlanan yatak sayılarına göre nitelikli hastane hizmetleri için yeniden yapılandırmaya yönelik yeni hastane yapımı veya kullanılabilir durumdaki binaların tamirat ve tadilatı, yatırım programlarına dâhil edilmiştir. Bölge merkezi konumunda bulunan illerdeki sağlık tesislerinin, ileri tetkik ve tedavi gereken hastaları kabul ve tedavi edebilecek şartları taşıması gerekmekte olup hastanın tıbbi durumunun gerektirdiği tetkik, müdahale, bakım ve tedaviyi sağlayabilecek özellikli hizmetlerin de dâhil olduğu yatırımların gerçekleşmesi doğrultusunda planlamalar yapılmış ve yapılmaktadır. Bu bağlamda sağlık bölge merkezi konumundaki illere hem ilin hem de bölgenin sağlık hizmet ihtiyacını bütünlük içerisinde karşılamak üzere şehir hastaneleri yapılması planlanmıştır (S.B. Yataklı Sağlık Tesisleri Planlama Rehberi, 2011).

2017 yılından itibaren hizmet sunumuna başlayan Şehir Hastaneleri ile birlikte sağlık hizmet planlaması da farklı bir boyut kazanmıştır. Şehir Hastaneleri Türkiye Sağlık Sistemi içerisinde en üst düzey sağlık merkezleri olarak planlanmaktadır. Şehir Hastaneleri, sağlık bölgelerinin merkezleri olarak sadece rutin hastalar, değil hem ulusal hem uluslararası hastaların tedavi göreceği üst düzey merkezler olarak planlanmaktadır (Atasever, 2018).

Sağlık yönetimi önemli bir olaydır. Çünkü Türkiye’de sağlık ile ilgili problemlerin ön sıralarında yönetim ve organizasyon problemleri gelmektedir. Sağlık hizmetlerinin amaçlanan etkinlikte, kalitede ekonomiklikte ve karlılıkta üretilmesi için çağdaş yönetime ihtiyaç olduğu görülmektedir. Hastaneleri giderek karmaşık bir yapıya bürünen sağlık sistemi içerisinde ayakta tutan en önemli güç medikal alandaki başarı ile gerçekleşmektedir. Bu da yönetim fonksiyonlarının iyi organize edilmesi ile mümkün olmaktadır.

Türkiye’de son yıllarda sağlık sisteminde büyük atılımlar ve yenilikler yapılmaktadır. Fakat bu yeniliklerle birlikte sağlık hizmetlerinin sunumu ve yönetimi noktasında, devam eden bir takım sorunlarda bulunmaktadır. Gürer 2017 yılındaki çalışmasında Şekil 1.14.’de gösterildiği gibi bu sorunları beş başlıkta incelemektedir;



Şekil 1.14. Türkiye’de sağlık sistemindeki sorunlar.

Etkili sonuçların alınabilmesi ve çağdaş sağlık hizmetleri kalitesine ulaşılabilmesi adına bu problemlerin minimize edilmesi ve ortadan kaldırılması gerekmektedir.

1.2.4. Sağlık Yöneticisi

Sağlık yönetimi alanı birçok hizmet sektörünün, ortaklaşa hizmet sunumu verdiği kompleks bir yönetim alanı olarak karşımıza çıkmaktadır. Alanın kompleks yapıda olması ve sunulan hizmetin hassas bir konu olması nedeniyle, koordine edecek yöneticilerin de bütüncül yaklaşımı benimsemiş çok yönlü profesyoneller olması gerekmektedir.

Yöneticinin çok yönlü olması gerekliliğine değinen Hayran ve Sur, sağlık yöneticisinin insan sağlığı konusunda olduğu kadar, sosyoloji, psikoloji, iletişim, insan kaynakları, işletme, muhasebe, hukuk, ekonomi gibi alanlar da bilgi ve beceri sahibi olması gerektiğini belirtmektedirler (Hayran ve Sur, 1998). Ak'da yapmış olduğu çalışmasında çağdaş sağlık yöneticisinin personel yönetimi, ekonomi, işletme, hukuk, istatistik, halkla ilişkiler ve tıbbi nosyonları içeren bir yöneticilik görünümünde olması gerektiği noktasına değinmektedir (Ak, 1990).

Sağlık yöneticisi, hizmetin tüm gerekliliklerini ve meydana gelebilecek sorunlarını bilen, çözümünü getirebilen, amaca ulaşmadaki en iyi metodu zaman ve insan unsurunu da göz önünde bulundurarak, tespit eden, kısacası hizmeti planlayan, hizmetin yürütülmesi sırasında kuruluşlar arasında işbirliğini sağlayan, hizmeti organize eden yani hizmetin her aşamasında yer alan bir göreve sahiptir (Ak, 1990).

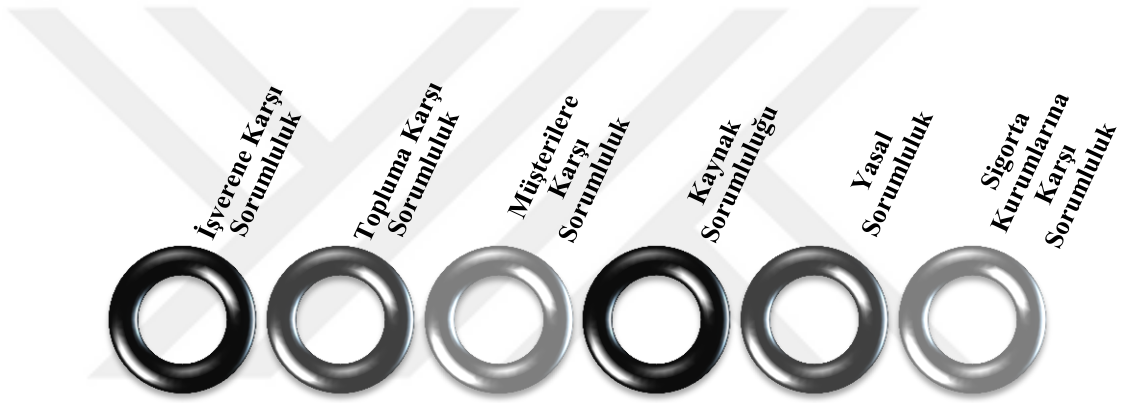
Kitapçı sağlık yöneticisini şu şekilde tanımlamaktadır; *“Sağlık yöneticisi, sağlık örgütlerinin kuruluş ve görev kanunlarında öngörülen amaçlarının gerçekleştirilmesi için mevcut olanakların en rasyonel ve en ekonomik bir şekilde kullanımını sağlayan, planlayan, örgütleyen, yönlüten ve denetleyen kişidir”* (Kitapçı, 1993).

Sağlık yöneticiliğinin bir diğer karşılığı olan hastane yöneticiliğinin amacı hastane hizmetlerinin hasta bakımına en elverişli ve en ekonomik olarak yürütülmesini gerçekleştirmektir. Yöneticinin hedefi, hastanenin halkın büyük güven

ve desteğini kazanmış, diğer sağlık kuruluşlarına her yönden örnek bir kuruluş haline geldiğini göstermektedir (Çakal, 2009).

Hastane yöneticisi; hasta ve çalışan hakları, güvenliği, memnuniyeti ile sosyal ihtiyaçlarına yönelik hizmetlerin geliştirilmesinden ve sağlık tesislerinin yönetiminden sorumlu kişidir (Doğramacı, 2016).

Sağlık kurumları yöneticilerinin değişik konularda birçok gruba karşı sorumlulukları bulunmaktadır. Bu sorumlulukları Can ve İbicioğlu 2008 yılında yapmış oldukları çalışmada Şekil 1.15.'de gösterildiği gibi sınıflandırmaktadırlar;



Şekil 1.15. Sağlık yöneticilerinin sorumlulukları.

1.2.5. Hastane Yöneticiliğinin Gelişimi

Hastane yöneticileri sağlık sisteminin karmaşıklığının yanında çok büyük bir bütçenin sorumluluğunu taşımakta ve de yüze yakın değişik hizmet gören profesyonel, yarı profesyonel ve yardımcı personelin uyumunu koordine etmek durumundadırlar (Şahin, 2009). Sağlık sektöründe sunulan hizmetleri diğer sektör hizmetlerine göre kıyasladığımızda, aşırı derecede bireyselleştirme gerekliliği ihtiyacı ortaya çıkmaktadır. Kişisel sağlık hizmetleri toplu olarak üretilip satılmadığı için her birey için özel olarak tasarlanmaktadır ve bu zorunluluk hizmetin yönetimini kompleks hale getirmektedir. Aynı zamanda sağlık hizmetlerinin çok büyük

akademik sağlık merkezlerinden tek hizmet veren k sağlık birimlerine uzanan çok çeşitli organizasyonları kapsayan çoğulcu bir özellik taşması bu organizasyonların yönetimine diğer uzmanlık alanlarından farklı olan bir çeşitlilik getirmektedir (Sarvan, 1995). Bu görevler zinciri hastane yöneticiliğini hem bir yönetim alanı olarak hem de sağlık ve tıbbi bakım sektörü içinde fonksiyon olarak benzersiz yapmaktadır.

Hastane yöneticilerini farklılaştıran bu özellikler bu alana yaklaşımı da değiştirmekte ve her geçen gün modern hastane yöneticiliği kavramına yeni misyonlar, vizyonlar ve roller eklenmektedir. Hastane yöneticiliğinin gelişmesine ve bir meslek olarak kabul edilmesine katkıda bulunan faktörleri Kavuncubaşı 2000 yılındaki çalışmasında aşağıdaki gibi sıralamaktadır;

- Sağlık sektöründeki harcamalarının giderek artması,
- Sağlık kurumlarının kapsadığı birbirinden farklı oldukça çok sayıda mesleki alanların varlığı ve verilen hizmetlerin insan tarafından insana verilmesi sonucu yönetim sürecinin karmaşık hale gelmesi,
- Sağlık sigortasının yaygınlaşması,
- Sağlık sektöründe rekabetin artması,
- Sağlık sigortasının yaygınlaşması, devletin ve sigorta kurumlarının verimlilik ve kalite yükseltilmesi yönünde ve baskılarının artması,
- Sağlık kurumlarının hayır amaçlı kurumlar olarak kabul edilmesi anlayışından, ekonomik içeriği olan bir hizmet olarak görülmeye başlanması,
- Hastane yöneticiliğinin bir meslek olarak kabul edilmesi ve bu alanda ki birikimin giderek artmasıdır.

Hastane yöneticiliğinin geçmişini incelediğimizde; iş yöneticisi adı altında başlayan sağlık yöneticiliği serüveni farklı farklı rollere bürünerek günümüzde profesyonel, çağdaş çok yönlü yönetici kavramına evrilmektedir. Dönemler arasında hastane yöneticiliğinin girmiş olduğu roller Çizelge 1.10.'da gösterilmektedir;

Çizelge 1.10. Hastane yöneticilerinin dönemsel rolleri.

YÖNETİCİ ADI	ZAMAN DİLİMİ	YÖNETSEL ROLLERİ
İş Yöneticisi	1920-1950	*Gerekli tıbbi personelin sağlanması *Sınırlı kaynakların korunması
Koordinatör	1950-1970	*Gerekli iletişim kaynaklarını oluşturma *Kaynak temini konusunda etkililik
Genel Müdür	1970-1980	*Amaçları belirlemek *Planları hazırlamak *Kaynak tahsisatını gerçekleştirmek *Kurum politikalarını oluşturmak *Kurumsal yapıyı düzenlemek *Personel eğitimini düzenlemek *Gerekli kurumsal ilişkileri kurmak *Çıktıları değerlendirmek
Yönetim Ekibi Önderi	1980-2000	*Tıbbi, idari, kurumsal bölüm yöneticileriyle yoğun işbirliği
Stratejist	2000-	*Dış çevredeki değişimleri ve eğilimleri sürekli izlemek, değerlendirmek *Kurumun geleceğine dair kararları vermek
Tasarımcı	2000-	*Kurumun organizasyon yapısının iç ve dış çevredeki değişimlere uyumunu sağlamak
Önder	2000-	*Kurum personelinin etkileyerek ortak amaçlar yönünde harekete geçirmek
Vizyoner Yönetici	2000-	*Değişimi yönetme *Personelin moral ve motivasyonunu artırma *Yeni uygulamalarla kurum kimliğine uygun yönetim felsefesini ve tekniklerini geliştirme *Kurumu geleceğe hazırlama
Profesyonel Yönetici	2000-	*Hastaneye etkin organizasyonel bir yapı sağlamak *Kuruluşun misyon, felsefe ve kültürünü hastane çalışanlarına benimsetmek *Yöneticilik mesleğinin gereklerinin yanında çevresel konular, kamu politikası ve bunların hastane üzerindeki etkileri hakkında bilgi sahibi olmak *Hastane kaynaklarının sorumluluğu noktasında mali yönetimi yönlendirmek

Kompleks ve sosyal bir sistemin üyesi olan, her basamağında ayrı uzmanlık gerektiren ve tüm birimlerin birbirine bağlı olarak hareket etmek zorunda olduğu

hastanelerin tek tip yönetici şekli ile yönetilmesi modern yöneticilik anlayışının gerektirdiği günümüz koşullarında mümkün olmamaktadır. Bugün gelişmiş ülkelere kabul edilen görüşe göre, hizmet ve yönetimde başarının sırrı, üst kademe yöneticilerin yetkilerinden bir kısmını, hatta çoğunluğunu o dalda uzmanlaşmış alt kademelere devretmesinde yattığı şeklinde karşımıza çıkmaktadır (Karakılçık, 1994).

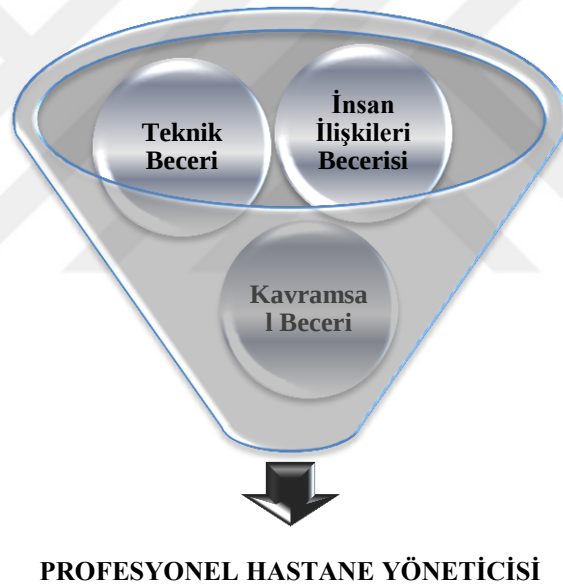
Yönetim organizasyonlarını çağdaşlaştırmış modern toplumlarda sağlık hizmetleri yöneticiliği en zor yönetim alanlarından biri olarak kabul edilmekte ve sağlık sisteminde çeşitli kurum ve kuruluşların işveren konumundaki üst yönetim organları profesyonel sağlık yöneticisine ihtiyaç duymaktadır (Sarvan, 1995).

“Profesyonel yönetici, yönetim işini kendilerine meslek edinerek işletmenin sahibi haline gelmeden, bir girişimcinin yaptığı tüm işleri yapan ve bunun karşılığında maaş alan kişiye denilmektedir” (Oluç, 1969). Profesyoneller kar ve riski başkalarına ait olmak üzere, mal ve hizmet üretmek için üretim faktörlerini araştırıp bularak belli ihtiyaçları karşılama amaçlarına yöneltmektedirler (Yorulmaz, 2015).

Profesyonel yönetici, kendi alanına hakim olmakla birlikte, diğer alanlardaki yenilikleri de takip eden, genel kültüre sahip, tehlike ve fırsatları önceden görebilen, tedbir alan, çıkabilecek sorunlar karşısında farklı seçenekleri bir araya getirerek çözüm üreten, ileri görüşlü, karar verme yeteneği güçlü, fikirlerini açık olarak ifade edebilen, kendine güvenen ve objektif olan kişi olarak tanımlanmaktadır (Şahman, 2008: 67).

Profesyonel hastane yöneticisini ise Serin şöyle tanımlamaktadır; *“Hastane Yönetimi alanında Lisans eğitimi almış veya bu alanda ya da İktisadi ve idari bilimler alanında lisans eğitimi sonrası Hastane Yönetimi alanında yüksek lisans ya da doktora derecesi almış, yöneticilik mesleğinin gerektirdiği tecrübeyi edinmiş, yöneticiliği meslek olarak seçmiş ve bu alanda tam zamanlı çalışacak kişilerdir”* (Serin, 2012).

Hastanelerin yönetimlerinin profesyonelleşmesi, üst düzey yönetimden ilk düzey yönetime kadar gerçekleşmesi gereken ve zaman alan bir süreçte gerçekleşmektedir. Bu noktada üst düzey yönetime çok iş düşmektedir. Öncelikle kurumun amaçlarının hayati öneme sahip insan sağlığı üzerinde olduğunun farkındalığı oluşturulmalı, misyon ve hedefler çalışanlara benimsetilmeli ve bölümlere yetki devri gerçekleştirilmelidir. Bu noktada çağdaş yönetim yaklaşımını benimsemiş, profesyonel yöneticilere ihtiyaç olmaktadır. Hastane yöneticilerinin hastane hizmetlerinden, bütçesine, personelinden, kullanılan malzemesine kadar birçok alanda çeşitli görevleri bulunmaktadır. Bunları profesyonel düzeyde yapabilmeleri için sahip olmaları gereken üç temel beceri bulunmaktadır. Bunlar Şekil 1.16.'da gösterilmektedir;



Şekil 1.16. Profesyonel hastane yöneticisi becerileri.

Hizmet sunumlarının verildiği sağlık kuruluşları ne kadar son teknolojiyle donatılmış ve nitelikli çalışanlara sahip olursa olsun, eldeki bu kaynak etkili bir yönlendirme ve koordinasyonla kullanılmadıkça, beklenen sonuçların elde edilemeyeceği durumuyla karşı karşıya kalınacaktır. Artık günümüzde yönetim bir bilim ve sanat alanıdır; ayrı bir disiplindir ve artık yöneticiler okulludur. Kurum ve kuruluşların amaçlarını rasyonel bir biçimde gerçekleştirebilmeleri için çağdaş

işletmecilik ve yöneticilik tekniklerinin profesyonel işletmeci ve yöneticiler tarafından uygulanması gerekmektedir. Bu sebeple, hastanelerin bilimsel yönetim anlayışı ile ele alınmaları ve yönetilmeleri gerekmektedir.

1.2.6. Türkiye’de Hastane Yöneticiliği

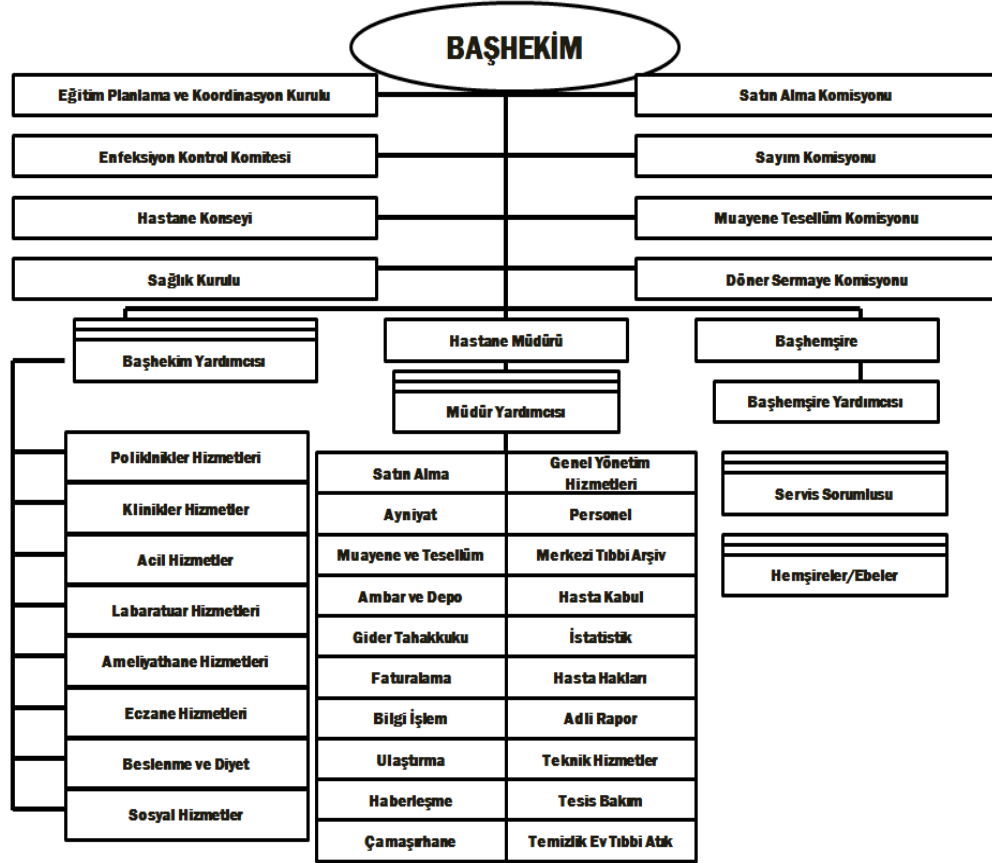
Ülkemizde hastane yöneticiliği alanı geçmişten günümüze kadar farklı roller, farklı kavramlarla gelişimini sürdürmektedir. Hem teknolojik gelişmeler hem de bununla doğru orantılı olarak artan sağlık hizmeti maliyetleri sistem içerisindeki önemlerini daha da arttırmaktadır. Bu nedenle günümüzde klasik sağlık yönetimi yerini bir bilim olarak değerlendirilen modern yönetim anlayışına bırakmıştır.

Türkiye Sağlık Sistemi için yeni bir başlangıç olan Sağlıkta Dönüşüm Programı yönetim yapısında da önemli değişikler meydana getirmiştir. Ülkemizde Sağlık Bakanlığı’na bağlı hastanelerin organizasyon yapısı yataklı tedavi kurumları işletme yönetmeliği esas alınarak düzenlenmektedir. Dönüşüm Programı kapsamında yayımlanan 663 sayılı Kanun Hükmünde Kararname sürecine kadar hastanelerin en üst yöneticisi başhekim olmaktaydı. Başhekim, hem yardımcısı durumunda olan hastane müdürü ve başhemşire ile birlikte hastanenin genel hizmetlerini yürütmekte, hem de kendisine doğrudan bağlı diğer birim ve alanların yönetim ve denetim görevini yürütmekteydi (Döğücü, 2014).

Organizasyon şemasına göre yataklı tedavi kurumlarında servis, laboratuvar şef ve uzmanları, başeczacı, başhemşire, hastane müdürü doğrudan başhekime bağlı hizmet birim amirleri; servis veya birimlerinin tertip, düzen ve verimli çalışması, temizlik işleri, bakımı e-hizmetlerin bu yönetmelik esasları içerisinde yürütülmesinden maliyetlerin görevlerini zamanında ve en iyi bir şekilde yapmasından ve bu kişilerin eğitiminden başhekime karşı, doğrudan başhekime bağlı olmayan birim sorumluları ise bu hususlarda bağlı bulundukları başhemşire, hastane müdürü gibi birinci derecedeki amirlerine, daha aşağıdaki kademeler ise kendinden önce gelen bir üst amire karşı sorumlu olmaktadırlar (Tengilimoğlu ve ark., 2009).

Yukarıda anlatılan 663 sayılı Kanun Hükmünde Kararname öncesi hastane yönetim organizasyonuna ilişkin şema Çizelge 1.11.' de gösterilmektedir.

Çizelge 1.11. 663 sayılı kanun hükmünde kararname öncesi hastane organizasyon şeması.



1 Tengilimoğlu D., Işık O., Akbolat M., Sağlık İşletmeleri Yönetimi, İstanbul Nobel Yayın Dağıtım, 2009, s:146

Modern sağlık yönetimi alanında gerçekleşen yeniliklerle birlikte Türkiye’de de özel sağlık kuruluşlarının sayısı artmış, kamu hastanelerinde yenilikler meydana gelmiş ve ortaya yönetilme konusunda geleneksel yaklaşımın yeterli olmadığı hastanelerin başhekimlerden ziyade yönetim alanında eğitim almış hastane müdürleriyle yönetilmesi ihtiyacı ortaya çıkmıştır.

Ülkemizde sağlık hizmetlerinde amaçlanan hedeflerin gerçekleştirilememesinin en önemli sebebi yönetim konusundaki yetersizliklerden kaynaklanmaktadır (Can ve

İbicioğlu, 2008) Türkiye’de birçok üniversitede sağlık yöneticileri yetiştirilmektedir. Ancak hala yönetici olarak seçilen hekim ve hemşireler hem klinik hem de yönetim işiyle karşı karşıya kalmaktadır. Bu durum ise iş akışının aksamasına ve profesyonel yönetim anlayışına uymayan bir ideolojinin oluşmasına sebep olmaktadır (Gürer, 2017).

Can ve İbicioğlu, yönetim ve yöneticilik üzerine yapmış oldukları çalışmalarında, tıbbi eğitim donanımına sahip olan hekim yöneticilerin yönetimi bir bilim olarak görmekten ziyade iş akışını sürdürecektir faaliyetler sistemi olarak gördüğünü problemleri de geleneksel yöntemlerle çözmeye çalıştıklarını belirtmektedirler (Gürer, 2017). Klasik yönetim anlayışı hastanelerde hiyerarşik bir düzenin oluşmasına, çalışanlar arasında huzursuzluğa ve mesleki tatminsizliğe yol açmaktadır. Çakal yönetim alanında eğitilmiş olan yöneticilerle hekim yöneticileri Çizelge 1.12.’de gösterildiği gibi kıyaslamaktadır;

Çizelge 1.12. Yöneticiler ile hekimler arası farklılıklar.

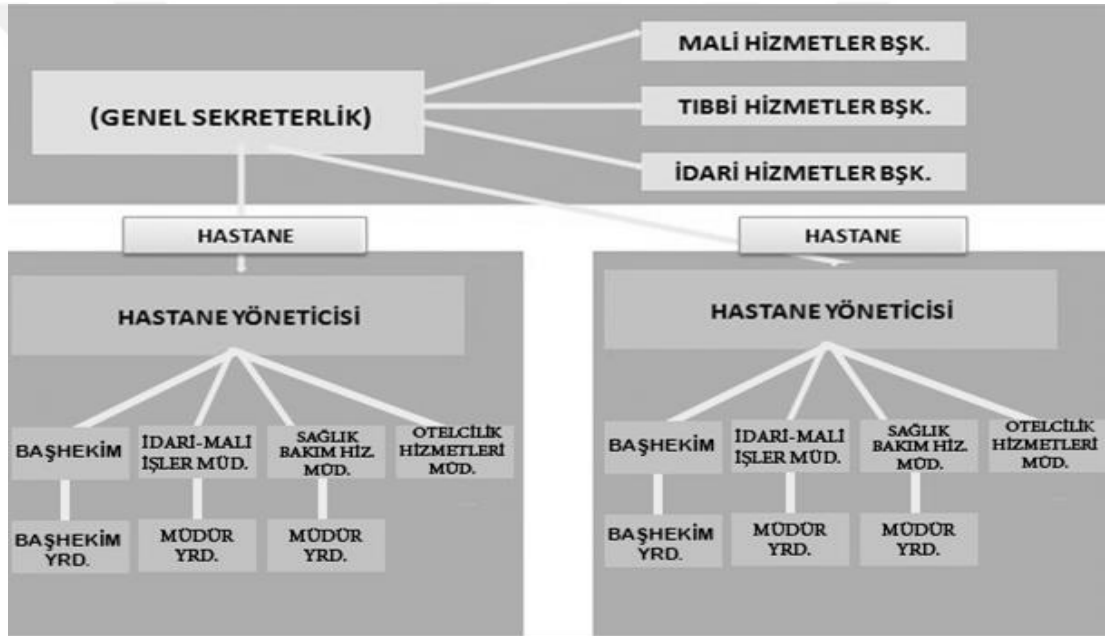
YÖNETİCİLER	HEKİMLER
Pek çok alanı bilirler	Uzmandırlar
Bireyleri denetlerler	Denetime gelmezler
Kural koyarlar	Kuralları sevmeyiz
Çok çeşitli insan grupları ile ilgilenirler	Hastalarla ilgilenirler
Kararları uzlaşma ile oluştururlar	Bireysel karar verirler
Gerçekçidirler	İdealisttirler
Kuruluşu temsil ederler	Kendilerini temsil ederler
Maliyet kontrolünü ön planda tutarlar	Maliyet kontrolünü sevmeyiz

Kaynak: www.sabem.saglik.gov.tr/AkademikMetinler/goto.aspx?id=2972

02.11.2011 tarihli Resmi Gazete’nin 28103 sayılı mükerrer sayısında yayımlanan 663 sayılı “Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname” (KHK) ile 1983 yılında yayımlanan 181 sayılı “Bakanlık merkez ve taşra teşkilat yapısını düzenleyen” 181 sayılı KHK yürürlükten kaldırılmıştır. Yayımlanan KHK sonrasında Sağlık Bakanlığı’na bağlı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu kurulmuştur. Bakanlık hastaneleri, Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu’na bağlı olup illerde kurulacak Kamu Hastaneleri Birliklerinin bir alt kolu olarak hizmet sunacaklardır. Birlik

teşkilatı, genel sekreterlik ve hastane yöneticiliklerinden oluşmaktadır. Genel sekreterlik; birliğin en üst karar, yetki ve yürütme organıdır. Genel sekreterlik bünyesinde tıbbî hizmetler, idarî hizmetler ve malî hizmetler başkanlıkları yer alır. Birliğe bağlı hastaneler, hastane yöneticisi tarafından yönetilecektir. Hastane yönetimi; hastane yöneticisine bağlı olarak, başhekimlik, idarî ve malî işler ile sağlık bakım hizmetleri müdürlüklerinden oluşmaktadır (Döğücü, 2014). Yukarıda anlatılan 663 sayılı Kanun Hükmünde Kararname sonrası hastane yönetim organizasyonuna ilişkin şema Çizelge 1.13’de gösterilmektedir.

Çizelge 1.13. Hastane birlikleri yönetim şeması.



31.10.2012 tarihli ve 3131 sayılı Makam Onayı ile yürürlüğe giren “ Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Taşra Teşkilatı Çalışma Usul Ve Esasları Hakkında Yönerge “ kapsamında hastane yöneticisinin görev, yetki ve sorumlulukları şu şekildedir;

a. Bakanlık, Kurum ve Birlik sekreterliği tarafından belirlenen kalite ve hizmet standartlarına uygun olarak, sağlık hizmetini etkin ve verimli sunmak, bu konuda gerekli çalışmaları yürütmek, standartlara uygunluğu ölçmek, değerlendirmek ve gerekli eğitimleri planlayarak uygulamak,

b. Mevzuatı yakından takip ederek düzenlemeleri süratle uygulamaya koymak, sağlık tesisinde çalışanlara karşı şiddet konusunda gerekli tedbirleri almak, bu konudaki Bakanlığın beyaz kod gibi uygulamaların takibini yapmak, gerektiğinde hukuki korunma yollarının kullanılabilmesi amacıyla tedbirler almak,

c. Tıbbi hizmetlerin sunumu için gerekli olan kaynaklarının zamanında ve ihtiyaçlara uygun olarak karşılanması amacıyla gerekli tedbirleri almak, ihtiyaç planlamalarını yaparak, temini için gerekli çalışmaları yürütmek,

d. Kurum tarafından belirlenen kriterler doğrultusunda performans değerlendirmesini yaparak, bu değerlendirmeye esas bilgilerin zamanında, eksiksiz ve doğru olarak Genel Sekreterliğe verilmesini sağlamak,

e. Sağlık tesislerindeki cihazların etkin kullanımını sağlamak, yenileme, tamir, bakım ve kalibrasyonlarının yapılmasını sağlamak, atıl kapasite oluşmasını engellemek.

f. Tıbbi hizmet ve tıbbi cihaz alımları ile ilgili ihtiyaç programlarının sağlık tesisi düzeyinde tespit ve planlanmasını yaparak teknik şartnamelerin hazırlanması ve benzeri işlemler için gerekli süreçleri yürütmek,

g. Ağız ve diş sağlığı tarama hizmetleri, koruyucu hizmetleri ile ilgili olarak diğer sağlık tesis ve kurumlar ile koordinasyonu kurmak, bu hizmetlerin gelişmesine yönelik faaliyetleri planlamak ve yürütülmesini sağlamak,

h. Olağan üstü hallerde uygulanmak üzere hazırlanan acil afet planlarının organizasyonunu ve ilgili birimlerle koordinasyonunu sağlamak,

i. Sağlık tesisinde staj alan öğrencilerin stajlarını yapmaları için gerekli düzenlemeleri planlamak, uygulaması ile denetimini yapmak,

j. Bütçe ve yatırım tekliflerini hazırlayarak Genel Sekreterliğe sunmak,

k. Genel Sekreter tarafından verilen diğer görevleri yapmak (T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu 3131 Sayılı Yönerge, 2012)

2014 yılında sağlık yöneticilerinin önemi gittikçe artmış ve Sağlık İdareciliği mesleğine ait görev tanımı “*Sağlık Meslek Mensupları ile Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Diğer Meslek Mensuplarının İş ve Görev Tanımlarına Dair Yönetmelik*” adı altında 22 Mayıs 2014 tarihli Resmi Gazetede yayımlanarak yürürlüğe girmiştir. Yönetmelik kapsamında belirtilen görevler aşağıdaki gibi sıralanmaktadır;

a. Kurumun idari, mali ve teknik hizmetlerinin yürütülmesinde, misyon, vizyon, temel hedef ve değerlerinin belirlenmesinde, kalite, standardizasyon ve akreditasyon çalışmaları ile performans değerlendirmesinde görev alır.

b. Kurumun finansal yönetim politikalarının belirlenmesi, uygulaması ve yönetilmesinde görev alır.

c. Kurumun muhasebe, bütçe, mali analiz ve maliyet analizi faaliyetlerini yürütür.

d. Sağlık hizmetleri sunumunun planlanması, yürütülmesi ve sonuçlarının değerlendirilmesi sürecinde görev alır.

e. Kurumda tıbbi ve hasta bakımı dışında verilen hizmetlerin organizasyonu, yürütülmesi ve denetimini sağlar.

f. Kurumda kriz ve afet planının hazırlanması ve yürütülmesi çalışmalarında görev alır.

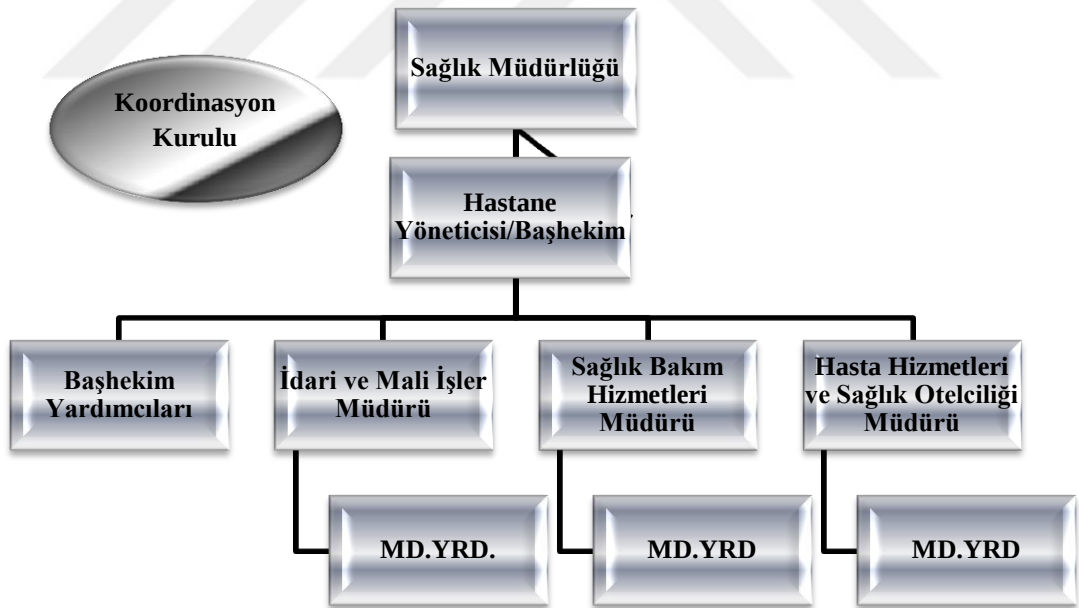
g. Hastalıkların tanıları ve ameliyatların uluslararası hastalıklar kod sistemine göre kaydedilmesi, tıbbi ve idari istatistiklerinin tutulması, saklanması, değerlendirilmesi ve raporlanmasında görev alır.

h. Kurumun genel ve tıbbi arşiv hizmetleri ile hastane bilgi sistemlerinin yürütülmesinde görev alır.

i. Sağlık yönetimi alanına ilişkin politikalar geliştirir, planlamalar yapar veya bu çalışmalarda görev alır.

Türkiye’de Sağlıkta Dönüşüm Planlamasının ikinci bazında yer alan ve oldukça önem teşkil eden Şehir Hastaneleri Projesiyle de yeni bir yönetim organizasyonu ihtiyacı meydana gelmiş bulunmaktadır. Yeni bir yönetim modeli ile işletilmesi gereken şehir hastaneleri yöneticilerinin KÖİ modeli ile ilgili gerekli eğitimleri alması gerekmektedir. Atasever ve arkadaşları tarafından 2018 yılında Şehir Hastaneleri üzerine yapılan çalışmada Şehir Hastaneleri Yönetim modeli Çizelge 1.14.’de olduğu gibi gösterilmektedir;

Çizelge 1.14. Şehir hastaneleri yönetim modeli.



Ülkemizde sağlık yönetimi ve yöneticiliği her dönem önemini korumuştur, Teknolojik gelişmeler, ekonomik değişimler, bireylerin farkındalığının artışı gibi birçok faktör sağlık sistemlerini sorgulatmış; çağdaş yönetim anlayışına uygun, profesyonel yöneticilere yer verilen yeni sağlık sistemlerini meydana getirmiştir.

Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında yönetim şeklinden hastane sistemlerine birçok yenilik ve değişiklik meydana gelmiştir. Bu değişim rüzgârına ayak uydurabilecek kişiler sağlık yönetimi/idaresi alanında eğitim almış çok yönlü düşünebilen, problemlere bütüncül anlayışla bakabilen sağlık yöneticileri olacaktır. Modern sağlık sistemleri bu yöneticilere ihtiyaç duymaktadır.

1.3. Sağlık Hizmetleri Sunumunda Malpraktis

1.3.1. Malpraktis Tanımı

Malpraktis kelimesinin içerik analizi yapıldığında, Latince “male” ve “praxis” kelimelerinden türemiş olup, bir meslek mensubunun mesleğini uyguladığı esnada ortaya çıkan “kötü, hatalı uygulaması” olarak anlamlandırıldığını görmekteyiz. Spesifik olarak sağlık alanında ki malpraktis, dünyada ve ülkemizde etik, hukuki, tıbbi, eğitimsel ve yönetsel yönleriyle her geçen gün daha da fazla tartışılan çok boyutlu bir konu olarak karşımıza çıkmaktadır (Gürbeden, 2016).

Her geçen gün panellerde, basında, araştırmalarda yer alması ve tartışılması artarken, tüm aktörleri ve yönleriyle incelenmesi, tanımlamalarını çeşitlendirmektedir. Tıbbi hata, tıbbi kötü uygulama gibi kavramlarla da karşımıza çıkan malpraktis kavramına dair süreç içerisinde yapılan tanımlamalara baktığımızda; Dünya Tabipler Birliği’nin 1992 yılında ki 44. Genel Kurulu’nda “*Doktorun tedavi sırasında standart uygulamayı yapmaması, beceri eksikliği veya hastaya tedavi vermemesi ile oluşan zarardır*” şeklinde tanımlandığı görülmektedir (Polat, 2005). Bir başka tanımlamada; TTB’nin 47. Büyük Kongresi’nde(10-11 Ekim 1998) kabul edilen “Hekimlik Meslek Etiği Kuralları” M.13’de; “*bilgisizlik, deneyimsizlik ya da ilgisizlik nedeni ile bir hastanın zarar görmesinin “hekimliğin kötü uygulanması” olarak tanımlanmaktadır* (Hancı, 2005). Hakeri’nin tanımlamasına baktığımızda “*tıp biliminin standardına ve tecrübelerine göre gerekli*

olan özenin bulunmadığı ve bu nedenle de olaya uygun gözükmeyen her türlü hekim müdahalesi” şeklinde olduğu görülmektedir (Hakeri, 2016, s:364).

Bu üç farklı ama aynı odaklı tanımdan yola çıktığımızda tıbbi malpraktis olgusunu yalnızca hekimliğe dayandırılan bir kavram olarak algılamamız mümkündür. Ancak tıbbi kötü uygulama yani malpraktis sadece hekimin tekelinde olan bir hata değil tüm sağlık personelinin sorumluluğunu doğuran geniş kapsamlı bir kavramdır. Burada gözden kaçırılan nokta hekimlerin sağlık sistemi içerisinde tek başlarına olmadıkları, diğer sağlık faktörlerinin önemine ve etkilerine de yer verilmesi gerekliliğidir. Tıbbi bakımın bir ekip işi olduğu unutulmamalıdır.

Nitekim Bakanlar Kurulu’nca Haziran 2002’de kabul edilerek, 24/07/2002 tarih ve 4095 sayılı yazı ile TBMM Başkanlığına sunulan Tıbbi Hizmetlerin Uygulamasından Doğan Sorumluluk Kanunu Tasarısı’nın 3. maddesinde *“Tıbbi Kötü Uygulama” kavramı kullanılmış ve bu kavram; “Sağlık personelinin, kasıt veya kusur veya ihmal ile standart uygulamayı yapmaması, bilgi veya beceri eksikliği ile yanlış veya eksik teşhiste bulunması veya yanlış tedavi uygulaması veya hastaya tedavi vermemesi ile oluşan ve zarar meydana getiren fiil ve durumu”* tanımlamasıyla tüm sağlık personelinin sorumluluğuna işaret edilmiştir (Aykaç, 2017).

Malpraktisi tek aktörlü bakış açısından çıkarıp multidisipliner yaklaşımla inceleyen tanımlamalarımıza baktığımızda; Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO), *“Sağlık hizmeti sunan bir profesyonelin uygun ve etik olmayan bir davranışta bulunması, mesleki uygulamalarda yetersiz ve ihmalkar davranması sonucu hastanın zarar görmesi”* şeklinde tanımlamaktadır (STUBENRAUCH, 2007). Bir başka tanımda ise; malpraktisin, yalnızca bir girişimin, bir tedavinin ya da uygulamanın yanlış, eksik yapılması demek olmadığı, aynı zamanda yapılması gerektiği halde yapılmayan ya da yapılmaması gerektiği halde yapılan bir işlem anlamına da geldiği belirtilmektedir (Sütlaş, 2005).

Benzer şekilde Brennan ve Hebert malpraktisi bilgisizlik, deneyimsizlik, ilgisizlik veya kullanılan teknolojiye bağılı olarak ortaya çıkan ve hastanın daha uzun süre hastanede kalmasına yol açan, sağlığını bozan, hastaya zarar veren veya ölümüne yol açan uygulamalar olarak tanımlamaktadır (Brennan ve Hebert 1991; Wong ve Beglarya, 2004).

Tanımlamasında hatanın öngörülebilirliğine ve engellenebilir olmasına vurgu yapan Bilge malpraktisi; sağlık çalışanının hastasına uygulaması gereken standart tıbbi fiili bilgisizlik, dikkatsizlik, tedbirsizlik, özensizlik veya hizmet koşulları nedeniyle yapmaması veya yapması sonucu zarar oluşması; bu zararın öngörülebilir veya engellenebilir olmasına rağmen gerekenin yapılmaması, gerektiğinde konsültasyon yapılmaması veya geciktirilmesi ya da uygulamanın usulüne uygun şekilde yapılmaması olarak tanımlamaktadır (Bilge, 2012). Aynı şekilde Cantürk de hatanın öngörülebilir tıbbi sonuç olduğunu belirtirken tanımlamasını şu şekilde yapmaktadır; *“sağlık çalışanı ve/veya organizasyonun ihmal, bilgi yetersizliği ya da standartlara uygun olmayan tıbbi müdahalesinden kaynaklanan, hastanın zarar görmesine yol açan her türlü önlenilebilir ve öngörülebilir tıbbi sonuçlar”* (Cantürk, 2016).

Tıbbi malpraktise bütüncül bir yaklaşımla bakan Gökşen tanımlamasını şu şekilde yapmaktadır; *malpraktis; hekimlerin, sağlık çalışanların, hastane yöneticilerin sağlık sistemi içerisindeki hatalarıdır* (Gökşen, 2014).

ABD Ulusal Hasta Güvenliği Vakfı (National Patient Safety Foundation) malpraktis kavramını; hastaya sunulan sağlık hizmeti sırasında bir aksamanın neden olduğu, kasıtsız, beklenilmeyen sonuçlar olarak tanımlarken (NPSF, 2003), Biyoetik Terimleri Sözlüğü’nde “kötü uygulama” kavramı ile benzer tanımlama yapılarak, meslek sahibi kişinin, başka birinin zararına neden olan kötü, dikkatsiz etkinliği olarak tanımlanmaktadır (Oğuz ve ark., 2005).

Planlamanın öneminin odakta olduğu tanımlamalarda; Tıp Enstitüsü (Institute of Medicine; IOM) planlanan bir işin amaçlandığı şekilde tamamlanamaması veya

amaca ulaşmak için yanlış plan yapılması ve uygulanması şeklinde ki tanımlamasıyla karşımıza çıkarken (Institute of Medicine, 2000), Kohn ve arkadaşları, planlanan olayın yapılmaması, istendiği şekilde sonuçlanmaması veya hedeflenene ulaşmak için planlamanın yetersiz olması olarak malpraktisi tanımlamaktadırlar (Kohn ve ark., 2000).

Yorulmaz'ın 2005 yılında yapmış olduğu hekim hatası iddialarının adli tıp açısından incelenmesi konulu çalışmasında malpraktisi, *"hasta memnuniyetsizliğinin, yüksek sağlık maliyetleri ile birleşmesi sonucu açılmış davalar"* olarak tanımlandığı da görülmektedir.

Çolak, tıbbi hataların, aynı zamanda sistemin kalitesinin bir göstergesi niteliğini taşıdığını belirtmektedir (Çolak, 2002). Bu nedenle malpraktis, sağlık bakım hizmeti sunumu açısından bir başarısızlık ve yetersizlik olarak da tanımlanabilmektedir. Bu başarısızlık veya yetersizliklerin sonuçları; sağlıklı/hasta bireyin yatış süresinde uzama, sağlıklı/hasta birey ve yakınlarının gördüğü zarar ve bunlara bağlı olarak gelişen hukuksal sorunlar, mortalite ve morbiditede artış şeklinde ortaya çıkabilmektedir (Güven, 2007).

Her malpraktis bir tıbbi hata iken, her tıbbi hata bir malpraktis olmayabilir. (Yılmaz, 2018), Çetinkaya bir durumun malpraktis olarak adlandırılabilmesi için hata sonucunda bir zarar oluşması gerektiğini vurgulamaktadır (Çetinkaya, 2016). Başka bir pencereden de malpraktise bakan Savaş; malpraktisten bahsedilmemesi için öncelikle hukuka uygun tıbbi müdahalenin varlığının bulunması gerekliliğini belirtmektedir (Savaş, 2011).

IOM tarafından yayımlanan bir rapora göre, insanların hataların sadece basit bir parçası olduğu ve daha az hata oluşabilmesi için sağlık sisteminin yeniden tasarlanması gerektiği vurgulanmaktadır (Marquis ve ark., 2012).

Malpraktisin hayatımıza yansıtılma şekli, hastasına tıbbi müdahalede bulunurken hata yapan hekimi çağırıştırıyor olsa da tıbbi malpraktisi sadece hekim hasta ilişkisine indirgemek fazla basitleştirmek olacaktır. Çünkü malpraktis, esas itibariyle tıp biliminin yanı sıra bir taraftan sigortacılık, bilirkişilik, hem ceza hem de özel hukuk gibi bütüncül disiplinlerle işbirliği içinde irdelenmesi gereken geniş yelpazede bir konudur.

Sağlıklı yaşama hakkı; tüm insanların doğuştan sahip oldukları en temel hak olmakla birlikte bu hakkın kullanılması ve korunmasının sürdürülebilir olması sürecinde tüm aktörlerin bütüncül yaklaşması gerekmektedir. Sağlık hukukunun temel kavramlarından birisi olan malpraktis ise, bu paydaşların ilişkisinde sağlığın belirleyicileri arasına girmektedir.

Sağlık çalışanları malpraktis vakaları sebebiyle büyük sorumluluk altındadırlar ve tıbbi müdahalelerin olumsuz sonuçlanması durumunda hukuki, ekonomik ve psikolojik açılardan haklı ya da haksız yargı kararları ile karşı karşıya kalabilmektedirler (Alptekin, 2019). Bunun sonucunda başlangıçta mağdurun ve hata yapıcının kişisel kayıpları olurken aslında, sağlık ekonomisi, toplum sağlığı ve en nihayetinde toplum olumsuz sonuçlara maruz kalmaktadır.

1.3.2. Malpraktis Kavramı ve Gelişimi

“Hastanın içinde sargı bezi unutuldu! Ameliyatta sağ bacak yerine sol bacak kesildi! Ameliyat masasında hastaya elektrik çarptı!” gibi başlıklarla karşımıza salt hekim hatası tanımlaması içerisinde çıkmakta olan malpraktis kavramı, her geçen gün televizyonlarda, gazetelerde, panellerde daha fazla yer almaktadır. Konunun rastlanılma olasılığı mı arttı yoksa toplumun farkındalığı mı tartışılmaktayken, aslında malpraktis kavramının geçmişi M.Ö.’ye kadar uzanmaktadır.

Ülkemizde henüz çerçevesi çizilmiş net bir malpraktis yasası bulunmazken, Hammurabi Kanunlarının (M.Ö. 1800) 218. maddeden 225. maddeye kadar hekim hatalarına ayrıldığı görülmektedir (Çoban, 2012).

Hindistan'da bilinen ilk kanunlar olan; Manu ve Zoroastra Kanunlarınca doktorların tıbbi uygulamalar karşısında sorumluluğunun, bir jüri tarafından değerlendirildiği görülmektedir. Bu uygulama tarihsel süreçteki gelişim boyunca bilinen kusurluluğa dayalı ilk uygulama olarak bilinmektedir (Bayraktar, 1972).

Antik Mısır'a malpraktis kavramıyla uzandığımızda karşımıza, tıbbi papirüslerde çıkan ve hekimlerin bu kurallara göre değerlendirildiği, tarihin bilinen en eski yazılı tıp kuralları gelmektedir. Bu kurallara hekim uygun davrandığı müddetçe sonuç ne olursa olsun sorumluluğunun söz konusu olmadığı, ancak bu kurallara uygun davranmaması ve de hastanın zarar görmesi halinde ise hekimin cezalandırıldığı bildirilmektedir (Aşçıoğlu,1993).

Antik Yunan'a baktığımızda tıbbın babası Hipokrat'ın yeminin içerisinde malpraktise giden yolda en önemli konulardan biri olan hekim sorumluluğuna rastlanılmaktadır; *“Hekim hasta karşısında ihtiyatlı davranacak, kayıtsız kalmayacak, kadınlar üzerinde çocuk düşürücü yöntemler uygulamayacak ve hastasına zehir vermeyecektir”* (Yelmer, 1948). Tıbbın babası, “primum non nocere” önce zarar verme prensibini tıp etiğinin en temel ilkesi olarak tıp literatürüne eklemektedir (Demirhan, Öncel, Aksoy. 2003). Hipokrat döneminden itibaren hekimlere, durumu umutsuz görünen hastaları tedavi etmemeleri önerilmiştir, çünkü ölümden sonra hasta yakınları hekimi sorumlu tutmaktaydılar (Yılmaz ve ark., 2018).

Eski Roma'da malpraktisle ilgili olarak 12. Levha Kanunları'nda hekimin ihmal, acemilik, bilgisizlik kaynaklı hatalarından sorumlu tutulacağı belirtilmektedir (Bayraktar, 1972). Hekimlikte gereken özenin önemine vurgu yaparken “Çok tedbirli bir aile babasından beklenebilecek tedbir ve özen “ anlayışının önem kazandığı görülmektedir (Yılmaz ve ark., 2018).

Ortaçağ döneminde (12.ve 13. yy.da) Haçlı seferleri esnasında Kudüs'te mahkemelerde hekimin sorumluluğu tartışılmaktadır (Duru, 2006).

Avrupa'da malpraktis nezdinde hekim sorumluluğu hakkında verilen ilk karar, 1390 yılında Marsilya'ya bizi götürmektedir. Bir cerrah bilgisizliğinden dolayı sorumlu tutulmuştur. Bir başka örneğimiz, 1427 yılında Paris Mahkemesi tarafından yüksek dozda ilaç veren doktoru sorumlu tutulması ile karşımıza çıkmaktadır (Bayraktar, 1972).

Türk tarih sahnesinde malpraktis sürecine baktığımızda; hekimlik de yapan Şamanların yanlış yaptıkları uygulama karşısında cezalandırıldığı bilinmektedir (Alinge, 1967). Selçuklu Dönemi'nde bilgi ve deneyimi açısından eksik ve yetersiz olan kişilerin hekimlik yapamadıkları, yaptıkları takdirde de cezalandırıldıkları bilinmektedir (Şehsuvaroğlu, 1953).

Osmanlı'da hekimin sorumluluğunun çerçevesinin belirlendiği bir hasta rıza senedinin alındığı bilinmektedir. Operasyondan önce kadı ve şahit huzurunda, sonucun istenildiği gibi olmaması durumunda müdahaleyi yapan hekimin sorumlu tutulmayacağını bildiren senet imzalanmaktadır (Yılmaz ve Yılmaz, 2006).

İnsanlığın en ilkel dönemlerinde bile, iyileştirme sanatı uygulayıcılarının, başarılı tedavi sonuçları değer bulurken; zarar verdiği anda, sorumlulukla karşı karşıya kaldığı tarihi belgelerden anlaşılmaktadır (Pakiş, 2006).

Buraya kadar incelediğimiz malpraktis yaklaşımlarında ilkel hukuk dönemi anlayışıyla, olgunun sorumluluk kısmında, kusuru çok dikkate almadığı, zararlı sonucun olmasının yeterli bulunduğu görülmektedir (Safran, 2004). Modernleşmenin öncesinde ise hekimlerin sorumluluklarının çeşitli şekillerde çizilmeye başlandığı görülmektedir.

Malpraktisin toplumsal gelişim süreci içerisinde modern tıbbın gündemine girmesi oldukça uzun zaman almıştır. Konuya yaklaşım tarzı toplumdan topluma değişmekle birlikte gelişen süreç içinde sayısız düzenlemeyle hukuki açıdan da düzenlenmeye çalışılmıştır (Karpuz, 2015).

Modern ve profesyonel olarak malpraktis kavramının ilk tanımı ise 1768 senesinde Sir William Blackstone tarafından *Commentaries on The Laws of England (İngiltere Kanunlarına İlişkin Yorumlar)* adıyla yayınlanan eserde tarih sürecindeki yerini almaktadır (Özgönül, 2010). Eserde Blackstone, malpraktisi kelimenin orjinini de oluşturan “mala praxis” olarak geçirdiği ünlü yorumunda; “*ihmal ya da beceri eksikliği içeren hekimin, cerrahın ya da eczacının idaresinde hastanın zarara uğrayarak hekime güvenin sarsılması*” şeklinde tanımlamıştır (Mohr, 2000).

Amerikan tarihine malpraktis olgusuyla uzandığımızda ise, Blackstone’un yorumunun önemli etkiler yarattığı, uygulamada aktifleşmeleri ise Amerikan Tıp Derneği’nin, standardizasyon çalışmaları yaptığı, 1847 tarihli tıbbi yönetmeliklerle gerçekleştiği görülmektedir. Derneğin bu yaklaşımla 19. yüzyılın sonlarına doğru doktorların tıbbi uygulama hatalarını %80 oranda kontrol eder durumda olduğu bilinmektedir (Polat, 2005). 1969’lu yıllarda hastanelerle ilgili standartlar yeniden gözden geçirilerek geniş çaplı uygulamaların başlatıldığı görülmektedir. Yapılan çalışmalarda, tıbbi uygulamalarda gizlilik, aydınlatma, hastaların eşit ve insancıl tedavi edilebilmeleri gibi konuların ele alındığı görülmektedir. Önemli gelişmelerden biri olarak 1973 de Amerikan Hastaneler Birliği (American Hospital Association) “Hasta Hakları Beyannamesi”ni (A Patient’s Bill of Rights) yayımlayarak; tıbbi müdahale ve malpraktis kavramlarına bir yorum getirmektedir. (Görkey, 2003).

2016 yılına ait ABD’de yapılan güncel bir araştırmaya göre malpraktis sonucu ölen kişi sayısının yılda 250.000 civarında olduğu, ölüm nedenleri arasında kardiyovasküler hastalıklar ve malignitelerden sonra 3. sırada tespit edildiği belirtilmiştir (McMains, 2016). ABD’de artan teknoloji ve farkındalıkla beraber doktorun sorumluluğunun artık bilmemek ya da bilgiye ulaşamamaktan kaynaklanmayacağı görüşü hâkimdir. Zira artan teknolojik cihazlarla tüm

gelişmelerden anında haberdar olunabildiği düşüncesi hakim olmaktadır (Waltston, Dunham, 2006).

Institute of Medicine’de yer alan bir araştırmaya göre; kullanılma sıklığı ile meydana gelen kaza sayıları karşılaştırıldığında, bir sağlık kurumuna gitmenin tehlikelilik açısından dağcılık, tırmanış ve bungee-jumping yapmakla aynı kümede, yüksek riskli etkinlikler kümesinde, yer aldığını göstermektedir. Bir başka çarpıcı karşılaştırmada ise sağlık hizmeti almanın, trafikte araç kullanmaktan bile daha riskli olduğu belirtilmektedir (Bakar, 2016).

Japonya’da 1970’den 1998’e yaklaşık 30 yıllık tarih dilimi incelendiğinde; 1970’de 100 hekime düşen dava oranı 0,1’in altında seyrederken, 1998’de 100 hekime düşen dava oranı 0,25’lere çıktığı görülmektedir (Polat, 2005). Yakın tarihli yapılan bir başka araştırmaya göre Japonya’da son yirmi yılda cerrah sayısının azaldığı, uzmanlık alanı olarak daha az sayıda hekimin cerrahi branşları tercih ettiği sonucuna ulaşılmaktadır. Bu durumun nedeni olarak da Japan Surgical Society (Japon Cerrahi Derneği) tarafından 2011 yılında yapılan bir çalışmada da gösterildiği gibi yüksek dava edilme riskinin bir sonucu olduğu bildirilmektedir (Hanazaki ve ark., 2013). Japonya’da malpraktis vakalarının incelenmesi ve değerlendirilmesi; mahkeme aşamasına başvurulmadan önce dört hukuk, altı tıp uzmanının yer aldığı Japon Tıp Birliği’nin (Japan Medical Association, JMA) Sorumluluk Saptama Konseyince gerçekleştirilmektedir. JMA sisteminin yararı iddiaların sadece %8’inin mahkemeye gitmesi diğerlerinde ise mahkeme olmadan uzlaşma sağlanmasıdır. JMA bir iddiayı ortalama 3-12 ay sonra sonlandırırken, bu süre mahkemelerde ortalama 36 aydır (Polat, 2005).

1900’lerin ikinci yarısından sonra ABD, İngiltere ve Kanada gibi ülkelerde malpraktis durumlarına karşı yüksek tazminat cezaları verilmesi ve hasta hakları ile ilgili çalışmalar gündeme gelmektedir (Pakiş, 2006). 1990’lı yıllara gelindiğinde bu yüksek tazminatlar ve suçlamalar hekimlerde kendilerini koruma dürtüsü yaratmakta, bunun sonucunda da çok sayıda, bol ayrıntılı ve çoğunlukla da gereksiz tetkiklerin yapıldığı görülmektedir (Polat, 2005). Bu durum da sağlık bakımı maliyetlerinin

artmasına neden olmaktadır (Friedenberg, 2003). Artan maliyetlerin, yüksek tazminatların yenilenmenin gerekliliğini yansıttığı ve 1990'ların başında İngiltere'de Ulusal Sağlık Hizmetleri (National Health Service, NHS)'nde reformlara gidilerek, hasta hakları ile ilgili çalışmalar yapıldığı bilinmektedir (Sert, 2004). Bu reformlar neticesinde uzmanların denetim faaliyetlerinde önemli bir artış olduğu bugün hemen hemen her sağlık kurumunun, faaliyetleri denetleyen ve yönetim kuruluna bir rapor halinde sunan bir denetim komisyonunun bulunduğu görülmektedir (Polat, 2015).

İngiltere'de NHS Litigation Authority tarafından yayınlanan 2014/15 yılı raporunda 2010/11 yılında 12.584 olan tıbbi hata iddia sayısının 2014/15 yılında 16.459'a yükseldiği, İngiltere'de Ulusal Sağlık Sisteminde tıbbi hataların yarattığı ekonomik yükün 1996-1997 döneminde 235 milyon sterlin düzeyinde olduğu ve her yıl bu yükün % 25 ağırlaştığı belirtilmektedir (Polat, 2005).

Diğer ülkelere de model olacak bir uygulamayla 1970'lerde Almanya'da malpraktis vakalarının kısa sürede değerlendirilip, hızlı sonuç alınması amacıyla danışma (Gutachter kommissionen) ve bilirkişi (Schlichtungsgremien) kurullarının oluşturulduğu görülmektedir. Gelişen teknoloji ve karmaşıklaşan sağlık hizmetleri neticesinde her ülkede olduğu gibi günümüz Almanya'sında da malpraktis son yıllarda artış göstermiş ve buna bağlı olarak bu konudaki çalışmalar artmıştır. Bu konuda üniversitelerde sağlık hukuku alanına ilginin arttığı ve sağlık hukuku merkezlerinin açıldığı görülmektedir (Polat, 2005). Almanya'da yapılan bir araştırma sonucuna göre, her yıl hekimlere yönelik olarak yaklaşık 40 bin tıbbi malpraktis iddiası ile dava açıldığı ve bunlardan 12 bininde mahkemeler tarafından hatalı uygulama olduğuna dair karar verildiği ve bu davalarda ödenen tazminat miktarlarının son 25 yılda 3 kat arttığı, ceza soruşturmalarında ise mahkumiyet oranlarının % 5 dolayında olduğu bilinmektedir (Hakeri, 2012).

Belçika'da her yıl yaklaşık 2000 tıbbi kusur şikâyetin alındığı, bunların %20'sinin yargıya gittiği ve %20'den de %17'sinin de tazminatla sonuçlandığı belirtilmiştir (Naeyaert, 2015).

İtalya’da 1980’lerin sonuna kadar çok farkındalığın olmadığı malpraktis kavramının 1985’lerden sonra patlama gösterdiği bilinmektedir. Yıllar arası kıyaslama çalışmalarında, 1986’daki olgu sayısı 1985 yılına göre %50 artış gösterirken, 1987’de bu olguların sayısının 1986’ya göre %90 artış gösterdiği bildirilmektedir (Martelli ve ark., 1989). Malpraktis olguları İtalya’da Almanya ekolünden esinlenerek modellenen kurullarca değerlendirilmektedir. Adli tıp ve klinik uzmanlardan oluşan kurullar malpraktis olgularında bilirkişilik yapmaktadır (Polat, 2015).

Dünyanın en kalabalık ülkesi Çin’de de malpraktis elbette sağlık kaynaklarının yetersizliği nedeniyle her geçen gün artmaktadır (Polat, 2015). Çin’de yapılan bir araştırmaya göre her geçen gün tıp mesleğini seçenlerin sayısı özellikle yetersiz maddi karşılık ve büyük sorumluluk çerçevesinde azalmaktadır. Bu nedenle tıbbi uygulama hatalarında ceza konusundaki sınırlamalarla bu sayının daha da azalmaması hedeflenmektedir (Polat, 2015).

İsveç’te, tıbbi hataların soruşturulduğu, Tıbbi Sorumluluk Kurulu (The Medical Responsibility Board) bulunmakta buradan çıkan kararlara göre uyarı cezasından, meslekten men cezasına kadar gidebilen ceza işlemleri uygulanmaktadır (Ekmen, 2008).

Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü (OECD) tarafından 2005 yılında yayınlanan “Insurance Coverage of Medical Malpractice in OECD Countries” başlıklı rapor da; tıbbi malpraktis olgularının ve sonucunda açılan davaların her geçen gün arttığı ortaya konulmakta ve gerekli düzenleyici politikalara ihtiyaca vurgu yapılmaktadır (Ekmen, 2008).

Ülkeler bazından ayrı olarak, Dünya Tıp Birliği 1992 yılında ‘Tıpta Yanlış Uygulamalar’ duyurusuyla, tüm dünya ülkelerini bu konuda duyarlı olmaya çağırılmış ve bununla birlikte bir çok ülkede malpraktise dair süreçler başlatılmıştır (Kuğuoğlu ve ark., 2018).

Tüm dünya ülkelerinde malpraktise yaklaşım şekilleri değişiklik gösterebilmekte; yeni ve daha etkin sistemler için tartışma ve arayışlar sürmektedir. *Bu tartışmalarda ve oluşturulacak yeni sistem ve kurumlarda, hem planlama, hem de uygulama aşamalarında tüm paydaşların eleştirel bir gözle ve aktif bir biçimde katılması, emek harcaması ve söz sahibi olması gerekmektedir* (Yılmaz, 2018).

Geçmişten günümüze uzanan tarih sahnesinin her bölümünde görmekteyiz ki; tedavi etme sanatının başarıyla sonuçlanması ödüllendirilirken, olumsuz sonuçların sorumluluğunun bedeli toplumların da gelişim süreciyle birlikte ilkel ya da hukuki yollarla bir şekilde uygulayıcılara yüklenmektedir. Aslında bu gelişim sahnesi incelendiğinde; malpraktisin sadece hekime yüklenilen bir yaklaşımla ele alınmaması gerektiği; sağlık hukuku, sağlık ekonomisi, toplum sağlığı gibi multidisipliner yaklaşımla incelenmesi gerekliliği ortaya çıkmaktadır.

Tıbbi malpraktis kavramı gerek kendimizden, gerek çevremizden, gerek de basın mecralarından hayatımızda yer almaktadır. Hayatımızda dahil olma şekli günden güne teknolojinin ve tedavi yöntemlerinin gelişmesiyle çeşitlense de artan farkındalık bilincimizle azaltılması hatta gerçekleşmeden önlenmesi tüm aktörlerce hedeflenmektedir.

1.3.3. Malpraktisin Sınıflandırılması ve Nedenleri

Günümüz de sağlık hizmetleri her geçen gün yenilenen ve farklılaşan, dinamik ve karmaşık hizmetler olarak karşımıza çıkmaktadır. Geçmişte doğru kabul edilen teşhis ve tedavi yöntemlerinin bazıları günümüzde geçerliliğini kaybetmektedir. Hizmetlerin yanı sıra hizmeti sunan kurumların da kompleks yapıya sahip olması, bütüncül yaklaşımı ve günceli takip etmeyi gerektiren bir ekip işi olma özelliğini arttırmaktadır. Bu nedenle sağlık kurum ve çalışanlarının sürekli değişen ve gelişen tedavi yöntemlerini takip etmeleri ve bilgilerini güncellemeleri gerekmektedir. Hizmet gören kişilerde ortaya çıkan zararların tümü sağlık uygulayıcılarına ait hatalardan kaynaklanmamakta, hastaya doğrudan sunulan sağlık hizmetlerinin

dışında organizasyon hataları veya etik sorunlardan dolayı da ortaya çıkabilmektedir. Bu noktada meydana gelen hataların sınıflandırılmasında farklı tanımlamalar yapılmaktadır.

Tıp Enstitüsü, (Institute of Medicine; IOM) Şekil 1.17.'de gösterildiği gibi malpraktisi tanı, tedavi, önleme ve diğer hatalar olarak dört gruba ayırmaktadır (IOM, 2001).



Şekil 1.17. Hata kategorileri.

Bir diğer malpraktis sınıflandırmasında Akalın (2005), tıbbi hataları kök neden, ana neden veya hata türü açısından iki farklı şekilde sınıflandırmaktadır. Kök nedenlerine göre hataları; işleme bağlı hatalar (yanlış işlemi yapma), ihmale bağlı hatalar (doğru işlemi yapmama) ve uygulamaya bağlı hatalar (doğru işlemi yanlış uygulama) olarak üçe ayrılırken, ana nedenlerine göre; insana bağlı faktörler (yorgunluk, yetersiz eğitim, yeterli özeni göstermeme, önlem almama, dikkatsizlik, iletişim yetersizliği, güç/kontrol, zamansızlık, yanlış karar, mantık hatası, tartışmacı

kişilik) ve kurumsal faktörler (iş yeri yapısı, politikalar, idari/finansal yapı, liderlik, geri bildirim konularında yetersizlik, personelin yanlış planlanması, yetersiz otomasyon, yetersiz cihazlar, eksik cihazlar, karar verme destek eksikliği, entegrasyon eksikliği) olmak üzere iki başlık altında toplanmaktadır. Hata türü açısından ise ilaç hataları (yanlış doz, yanlış veriliş şekli, alerji hikâyesi olan hastaya bilmeyerek bu ilacın verilmesi), cerrahi hatalar (yanlış taraf cerrahisi, yanlış organ cerrahisi), tanı koymada hatalar (laboratuvar testlerinin yanlış uygulanması veya yorumlanması), sistem yetersizliğine bağlı hatalar (sağlık hizmetinin sunumu sırasında sistemde ortaya çıkan ve saptanması zor olan hatalar) ve diğer hatalar (hastane enfeksiyonları) olmak üzere beş gruba ayırmaktadır (Altunkan, 2009).

Ünver 2010 yılında Sağlık mensuplarının özellikle malpraktisten kaynaklanan ceza sorumlulukları üzerine yapmış olduğu çalışmada malpraktisi Şekil 1.18.'de görüldüğü gibi sınıflandırmaktadır.



Şekil 1.18. Tıbbi uygulama hataları.

Tansüyer 2010 yapmış olduğu çalışmada, Çizelge 1.15.'de görüldüğü gibi malpraktisi dokuz kategoride incelemektedir.

Çizelge 1.15. Malpraktis sınıflandırılması.

<u>Kimliklendirme Hataları</u>	Hizmet sunulacak hastanın doğru tanımlanmasının yapılmaması, sunulacak hizmetin o hastayla doğru eşleştirilmemesi sonucu görülen hatalar.
<u>Etkin İletişimin Sağlanmaması Sonucu Hatalar</u>	Sözel olarak ya da telefonla bildirilen hasta istemlerinden kaynaklanan, ekip üyeleri arasındaki iletişim sorunları ile ekipler arası koordinasyon sorunları sonucu meydana gelen hatalar
<u>İlaç Hataları</u>	Yanlış ilaç, yanlış doz, yanlış seçenek, yanlış teknik ve ekipman sonucu meydana gelen hatalar
<u>Cerrahi Hatalar</u>	Yanlış taraf cerrahisi
<u>Sağlık Hizmetleriyle İlişkili Enfeksiyonlar</u>	Hastane enfeksiyonları
<u>Hasta Düşmeleri</u>	Beklenilmeyen düşmeler (nöbet geçirme, baygınlık ve patolojik kalça fraktürleri), beklenen düşmeler (, zayıflık ya da dengede bozulma, yardımcı araç kullanma, IV araçlar, mental durumda bozulma)
<u>Yanlış ve Uygun Olmayan Malzeme Kullanımı</u>	Hatalı veya kusurlu cihazların kullanımı, tıbbi cihazların hatalı kullanımı, kullanıcı eğitiminin yetersiz olması, tıbbi cihaz seçiminin ve bakım/kalibrasyonlarının yetersiz olması, yeni teknolojilerin kullanımında tecrübe ve bilgi eksikliği, malzemelerin yanlış kullanılması ya da doğru ellerde kullanılmaması
<u>Hastada Yabancı Cisim Unutulması</u>	Yabancı cisim unutulması sonucu başta enfeksiyon olmak üzere ciddi komplikasyonlara yol açarak tıbbi hataların meydana gelmesi
<u>Hasta Transferi Sürecindeki Hatalar</u>	Taşıma şeklinden, uygun taşıma aracı seçilmemesinden kaynaklanan hatalar, transfer sırasında gerekli malzeme ve ilacın temin edilmemesi

Algan 2012’de tıbbi malpraktis üzerine yapmış olduğu çalışmada malpraktis sınıflandırmasını Çizelge 1.16.’da verildiği gibi tıbbi uygulama hata alanları başlığında 9 kategoride incelemektedir.

Çizelge 1.16. Tıbbi uygulama hata alanları.

<u>İletişim Eksiklikleri ve Kayıt Hataları</u>	Yeterli ve doğru iletişimin kurulmaması ve hastaya ait tam ve doğru kayıt tutulmamasından kaynaklanan hatalar
<u>Aydınlatma ve Onam</u>	Bilgi verme, bilgiyi anlaşılır kılma, hastanın sorularını yanıtlama, başkalarına danışma fırsatı tanıyarak birlikte en doğru karara varma sürecinin eksik ve yanlış yapılması
<u>Tanı Hataları</u>	Yanlış tanı konması sonucu uygulamada meydana gelen hatalar ya da riskli hastalıklarda doğru tanı konulamaması sonucu meydana gelen hatalar
<u>Tedavi Hataları</u>	Yanlış tedavi seçimi, güncel tıbbi bilgilere uygun olmayan veya yetersiz tedavi sonucu meydana gelen hatalar
<u>Yetki Sınırlarının Aşılması ve Tıbbi Konsültasyon</u>	Uzmanlık alanı dışında kalan yetki sınırlarının aşılması ve gerekli konsültasyonların istenmemiş olması sonucu meydana gelen hatalar
<u>Hatalı Karar</u>	İlaç seçiminde, ameliyat kararında hatalı kararlar verilmesi sonucu meydana gelen hatalar
<u>Girişim Hataları ve Teknik Hatalar</u>	Ameliyat esnasında vücutta unutulmuş yabancı cisimler, operasyon sonrası bakım ile ilgili yapılan hatalar
<u>Terk Etme</u>	Gereksiz yere hasta ile ilgilenmeyi reddetmek, hastayı ameliyat sırasında veya hemen sonra terk etmek, hastayı zamanından önce taburcu etmek veya hasta taburcu edilirken uygun talimatı vermemek
<u>Özen Eksikliği</u>	Tedavi uygulaması sırasında ortaya çıkan ihmalkar davranışlar sonucu malpraktisin meydana gelmesi

Aktaş 2012’de ki çalışmasında; Sağlık hizmetlerindeki dönüşüme paralel olarak oluşan yeni anlayışa göre tıbbi uygulama hatalarını (malpraktis); etik, idari ve medikal malpraktis olarak sınıflandırmaktadır (Ertan, 2014). *Medikal Malpraktis; hastaya müdahale eden herhangi bir sağlık personelinin kaynaklı deneyimsizlik, dikkatsiz-özensiz davranma, hatalı uygulama, ihmal nedeniyle hastanın zarar görmesiyle oluşur.* Burada örnek olarak; cerrahi hatalar, ilaç hataları verilebilmektedir. *Etik Malpraktis; deontolojik kurallara uymama, hasta haklarını ihlal etme, araştırma etik kuralları ihlal etme gibi değişik etik ilkelere aykırılık nedeniyle oluşur.* Bu malpraktis çeşidimize örnek olarak; hastaya bilgilendirme yapılmadan ve onamının alınmadan uygulama yapılması ve sonucunda hastanın zarar görmesi verilebilmektedir. Çünkü hekimlerin mesleki uygulamalarını hukuka uygun hale getiren şartlardan biri yerine getirilmemektedir. *İdari Malpraktis; verilmiş görevleri yapmama, yetkilerini kötüye kullanma ve denetim görevini yerine getirmeme ile oluşabilir.* Kalite standartlarına uygun güvenli malzeme

kullanılmaması ve bu durum sonucu hastanın zarar görmesi idari malpraktis çeşidimize örnek olarak verilebilmektedir. (Ertan, 2014).

Ersoy (2013) ve Karpuz (2015) yapmış oldukları çalışmalarda malpraktisi sağlık personeliyle ilgili faktörler ve çevresel faktörler olmak üzere 2'ye ayırmaktadırlar. Sağlık personeli kaynaklı hataları; tecrübe ve eğitim eksikliğinden, fiziki yorgunluktan, görev ihmalinden, iletişim eksikliğinden kaynaklanan hatalar şeklinde sınıflandırırken, çevresel faktörlerden kaynaklanan hataları da; ekipmanla ilgili, fiziksel şartlarla ilgili, örgütsel çevreyle ilgili, yazılı ve görsel basının etkileri sonucu meydana gelen hatalar olarak tanımlamaktadır.

Mc Nutt ve arkadaşları yapmış oldukları çalışmada malpraktis nedenlerini; insan faktörü temelli (yorgunluk, yetersiz eğitim, iletişim yetersizliği, güç/kontrol, zamansızlık, yanlış karar, mantık hatası, tartışmacı kişilik), kurumsal faktörlerden kaynaklanan (İş yeri yapısı, politikalar, idari/finansal yapı, liderlik, geri dönüş, konularda yetersizlik, personelin yanlış dağıtımı) ve teknik faktörlerden kaynaklanan (Yetersiz otomasyon, yetersiz cihazlar, eksik cihazlar, karar verme destek eksikliği, entegrasyon eksikliği) hatalar olarak üç grupta incelemektedirler (Top ve ark., 2008).

Habraken ve arkadaşları tarafından yapılan sınıflandırma aşağıda yer almaktadır. Bu sınıflandırma üzerinden vakalara ilişkin matris de Çizelge 1.17.'de görüldüğü gibidir

1. Hastaya ulaşmayan vakalar; (örneğin hemşirenin ilaç uygulamasından önce reçeteyi incelemesi ve hekimi uyarması),

2. Hastaya ulaşan ancak hastaya zarar vermeyen vakalar (örneğin yanlışlıkla başka bir hastaya kan verilmesi ancak tesadüfen iki hastanın aynı kan grubundan olması),

3. Hastaya ulaşan ve hastaya zarar veren vakalar (örneğin yüksek kan basıncına sebep olacak şekilde aşırı dozda ilaç verilmesi sonucu hastanın beyin kanaması geçirmesi)

Çizelge 1.17. Vakaların (Incidence) sınıflandırılması matrisi.

Hastaya ulaşı m?	Hasta zarar gördü mü?	
	HAYIR	EVET
HAYIR	1	
EVET	2	3

Kaynak: Habraken ve ark., 2003.

Kara 2015 yılında yapmış olduğu çalışmada malpraktisin sınıflandırılması noktasında; tanı (teşhis) hataları, tedavi hataları, aydınlatılmış onam hataları ve farklı bir bakış açısıyla oluşturduğu organizasyon hataları şeklinde dörtlü bir ayırım yapmaktadır.

Başka bir sınıflandırma da Akçay (2018), Malpraktisi beş ana başlık ve bağlı alt başlıklar altında sınıflandırmaktadır. İlgili sınıflandırma Şekil 1.19.'da gösterilmektedir.



Şekil 1.19. Malpraktis sınıflandırılması.

Teknolojinin ve tedavi yöntemlerinin gelişmesiyle doğru orantılı olarak artan beklenti her geçen gün talebe dönerken, mevcut sağlık kuruluşlarının bu hizmeti karşılayamaması sonucu oluşan baskı, iş ortamını olumsuz etkilemektedir. Hem performansa dayalı ücret sisteminin uygulanması, hem de malpraktis davalarının artması sonucu, defansif tıp düşüncesiyle fazladan tahlil, tetkik ve cerrahi müdahaleler yapılmakta bu durumda hastanın zarar görmesine yol açabilmektedir.

Sağlık kurumlarında çalışma şartlarının normalden ağır olması beraberinde sağlık çalışanları üzerinde dikkat eksikliği, sağlıklarında bozulmaya neden olurken tüm bunların birleşmesiyle etkin bir sağlık hizmetinin verilememesine, sonuç olarak da malpraktis olaylarının rastlanılma durumlarında artışa sebep olmaktadır. Bununla birlikte davalarda da her geçen gün bir artış olmaktadır. Gökmen ve Güleç 2010 yılında yapmış oldukları bir araştırmada malpraktis davalarında ki artış nedenlerini Çizelge 1.18.'de gösterildiği gibi kategorize etmektedir;

Çizelge 1.18. Malpraktis davalarında artış nedenleri.

Tıp Eğitimindeki Eksiklikler	Eğitimdeki eksikliklerin uygulamalara yansımaları
Tıp ve Teknolojideki Hızlı Gelişmeler	Tıptaki gelişmeleri takip edememe veya teknolojik gelişmeleri suiistimal etme
Sağlık Sistemindeki Sorunlar	Sistemdeki sorunların hekimleri sorumlu durumda bırakması
Medya	Medyanın kamuoyunu etkilemesi
Yüksek Tazminatlar	Mağdurlara ve avukatlara cazip gelen tazminat miktarları
Sivil Toplum Örgütlerinin Çoğalması ve Etkilerinin Artması	Toplumsal malpraktis ve hasta hakları konularında bilgilendirilmesi ve bilinçlendirilmesi
Hasta Beklentilerinin Artması	Hastaların, artan rekabetle aldıkları hizmeti sorgulamaları ve seçici olmaları

Kaynak: Gökmen ve Güleç, 2010

Hancı sağlık alanında malpraktis davalarının artmasını; *“tıbbi hatalar konusunda kamu farkındalığı, yönetimin negative bakımı sonucu hastalar arasında sağlık sistemine yönelik rahatlık ve güvenin azlığı, tıbbi yeniliklerde artış, detaylı tanı teknolojisi ve tıbbi servislerin yoğunluğundaki artışlar, tıbbi bakım konusunda kamu beklentisinin artması ve son olarak da davacı avukatlarının geçmişte kapanmış olan davalar için gelen teklifleri kabul etmesi”* şeklinde beş faktörle ilişkilendirmektedir (Hancı, 2002).

Malpraktisin sınıflandırılması doğrultusunda incelediğimiz çalışmalar da elde edilen verilere göre malpraktisin meydana gelmesinde kişisel, sistemselsel, organizasyonel ya da teknik başlıklar altında ayrı ayrı başlıklandırabileceğimiz nedenler aşağıdaki gibi sıralanabilmektedir (Top ve ark., 2008):

- Yeterli sayıda personelin olmaması ve buna bağlı olarak iş yükünün fazla olması,
- Kamu sektöründe daha yüksek oranda olan, kısa zamanda çok sayıda hastayı muayene etme ve tedavi etme baskısı,

- Yoğun ve uzun çalışma saatleri gibi nedenlerden oluşan yorgunluk, bitkinlik ve tükenmişlik,
- Kompleks tıbbi vakalar yani hastaların aynı anda birden fazla hastalığının olması,
- Hekimin tıp ve kendi uzmanlık alanındaki bilgi yetersizliği veya eksikliği bunun akabinde yanlış tanı veya eksik teşhis koyması,
- Türkiye’deki mevzuat boşluğu yani tıbbi hatalar konusunda hasta ve hekim için koruyucu yasaların olmaması,
- Tanı destek birimlerinden kaynaklanan hatalar; Kan lab. Patoloji, Radyoloji,
- Hasta dosyasındaki yetersiz ve eksik doküman,
- Hekim ve hasta arasındaki iletişim sorunu ve iletişim engelleri,
- Hastanın dürüst davranmaması veya eksik bilgi vermesi,
- Yazılan ilaç veya ilaç dozu hataları,
- Hekim tedavi talimatlarının hasta veya yardımcı sağlık personeli tarafından uygulanmaması,
- Hastaya ait bilgi ve verilere ulaşmada yaşanan gecikmeler ve kayıplar,
- Dikkatsizlik ve/veya ihmalkârlık,
- Hasta tedavisinde kullanılan ilaç ve tıbbi malzemenin maliyetinden kaynaklanan baskı,
- Laboratuvar test sonuçlarının yanlış yorumlanması,

- Hemşirelik hizmetleri hatası,
- Hekimin, hastanın özgeçmişi ve hastalığı hakkında bilgi yetersizliği,
- Ön tanı ve kesin tanı arasındaki uyumsuzluk,
- Olası tıbbi hatada ödenecek tazminat düzeyi ve tazminat ödeme zorunluluğu,
- Hekimin el yazısının anlaşılabilmesi ve eczane hatası, Örneğin; yanlış ilaç, doz vb. verme

Malpraktisin sınıflandırılması noktasında her açıdan farklı yaklaşımlar bulunmaktadır. Karşılaşılma durumu hastanın kabulünden başlayan bir süreçle acil müdahalenin, teşhis ve tedavinin her aşamasında görülebilmektedir (Bakar, 2016).

Malpraktis; sınıflandırma çalışmalarında görülmektedir ki tek bir çatı altında toplanamayan çok bileşenli önemli bir sorundur. Konuya genel bakış açısı her ne kadar bir tarafta sağlık çalışanının, diğer tarafta ise hastanın olduğu şeklinde hatalı bir yaklaşım olsa da, gerçekte meydana gelmesinde, tıbbi organizasyondan yani yönetimden kaynaklanan, teknik yapıdan kaynaklanan ya da sistemden kaynaklanan sorunlar da bulunabilmektedir.

Şenocak (1998) ve Kayabeyoğlu (2000), çalışmalarında tıbbi malpraktis iddialarının irdelenirken, olgular; hukuk, etik ve bakım standardı (standart care) bağlamında üç temel bakış açısından irdelenmesi gerektiğini vurgulamaktadırlar. İddia edilen zararın oluştuğu ortam koşulları, uygulamayı yapan kişinin mesleği, kişinin mesleğini uygulamak için edinmiş olması gereken ortalama bilgi ve beceri düzeyi, bu düzeyden bir sapma olup olmadığı; o ülke ya da yer için kabul edilen ortalama tıbbi bakım standardından bir sapma olup olmadığı, zararın iddia edilen hatanın sonucu olup olmadığı göz önünde bulundurulması gerekliliğini belirtmektedirler (Büken ve Büken, 2003).

Malpraktis nedenlerini bütüncül yaklaşımdan uzak değerlendirmek, hataların sorumlusu olarak sadece kişileri veya sadece sistemi sorumlu tutmak kolaycı bir yaklaşımdır. Aslında malpraktis aksayan bir sistemin sonucudur. Kişisel hataları değerlendirirken sistemin kişiler üzerinde kurduğu ağır iş yükünün vermiş olduğu baskıların arka planda olduğunu da unutmamak gerekmektedir. Bu nedenle, sadece sonucuyla ilgilenmekten ziyade bu aşamaya kadar gelme nedenlerini, sağlık çalışanlarının hata yapmasına yol açan ve sağlık çalışanlarını hata yapmaya zorlayan etkenleri tespit etmek, bu etkenleri ortadan kaldırmak veya iyileştirmek gerekmektedir (Kara, 2015). Sosyal devlet anlayışı içerisinde, ülkeler kendi toplumunun sağlığını korumak ve daha iyi düzeye yükseltmek için ideal sistemleri oluşturmak ve geliştirmek durumundadır.

1.3.4. Türkiye’de Sağlık Alanında Yaşanan Malpraktis ve Etkileri

İnsanların vazgeçilmez ve temel haklarından birisi olan sağlık hakkı, yerine getirilmesi bütüncül anlayışa sahip olmayı gerektiren bir hizmettir. Kişisel faydanın yanı sıra sağlık hizmetlerinin yeterli ve nitelikli oluşu topluma da önemli yansımalarla bulunmaktadır. Sağlık kalitesinin arttırılması hastalık nedeniyle kaybedilecek zamanı azaltmakta, maliyeti düşürüp üretime daha çok katkı sağlamaktadır. Böylece her anlamda sağlıklı bir toplum meydana gelmektedir.

Değişen ve gelişen dünyada, modern hayatın insanlara sunduğu olanaklar artmaktadır. Bu bağlamda insanoğlu, öncelikle, sağlıklı bir çevrede yetişip iyi bir eğitim alma hakkını talep etmekte, bunun sonucunda toplumun hemen hemen her alanında aksayan hizmetleri hukuki açıdan dile getirebilme becerisine kavuşmaktadır. Haklarının farkında olan bireyler; verilen hizmetin insanın yaşam hakkını yakından ilgilendiren ve yapılacak en küçük hata da dahi geri dönüşü olmayacak sonuçlara yol açabilen sağlık hizmeti olması nedeniyle, maruz kaldıkları malpraktis olaylarını yüksek sesle, gerekli mercilerde dile getirmektedirler. Malpraktis kavramı gelişmiş ülkelerde son 30 yıldır ele alınıp incelenirken, ülkemizde son 10 yıldır aktif bir şekilde tartışılmaktadır. Gelişmiş ülkelerde

malpraktisin tartışılma kapsamı hatanın oluşmasını engellemek üzerine iken; Türkiye'de daha malpraktis ve komplikasyon ayrımı üzerine olmakla birlikte, tıbbi standartlar tam belirlenmemiş ve yasal düzenlemeler yetersiz kalmaktadır (Yıldırım ve ark., 2009).

1998 yılında Avrupa Birliği uyum süreci içerisinde Sağlık Bakanlığı'na hazırlanan "Hasta Hakları Yönetmeliği (HHY)" sağlık hizmetlerinin genel sunumunda, sağlık sunucularının ve kullanıcılarının rollerin belirlenmesine dair önemli bir adım olarak karşımıza çıkmaktadır. Yönetmelik sonrası süreçte hastalar haklarını daha çok arayan ve verilen hizmeti sorgulayan, bazen doğru bazen yanlış bir farkındalıkla her türlü uygulama hatası iddiasını gerekli mercilere taşınma yoluna gitmektedir. Ancak bu durum karşılığında da artan davalar ve stresle birlikte baş başa bırakılmış iş yükü ağır bir sağlık personeli gündeme getirmiştir. Bu durumda tek taraflı bakış açısından çıkılıp konunun hukuki ve etik boyutunun çok kapsamlı bir şekilde tartışılması ve ele alınması gerekliliği anlaşılmış ve malpraktis konusunun çerçevesinin çizilmesi amacıyla Bakanlar Kurulu tarafından Haziran 2002'de kabul edilerek, 24/07/2002 tarih ve 4095 sayılı yazı ile TBMM Başkanlığına "Tıbbi Hizmetlerin Uygulamasından Doğan Sorumluluk Kanunu Tasarısı" sunulmuştur. Sağlık hizmeti sunumunda her türlü hatada hekimi merkeze oturtan yaklaşımdan çıkılıp tüm sağlık personelinin sorumluluğuna işaret eden tasarı, uygun ortamların oluşturulamaması, beklentilerin karşılanamaması gibi nedenlerle yoğun eleştiriler sonrasında kadük olmuştur (Büken ve Büken, 2003).

Güncel durumda Türkiye'de sağlık hizmetlerinin genel olarak sunumuyla ilgili temel esaslar Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu'nun 3. Maddesi gereğince; *"Sağlık kurum ve kuruluşları yurt sathında eşit, kaliteli ve verimli hizmet sunacak şekilde Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığınca, diğer ilgili bakanlıkların da görüşü alınarak planlanır, koordine edilir, mali yönden desteklenir ve geliştirilir"* kaidesiyle düzenlenmektedir (Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu, Madde 3). Genel sağlık hizmeti sunumunun yanında özel olarak halen bir malpraktis yasası bulunmamaktadır. Tıbbi uygulama hatasına dair hem cezaî, hem de hukukî sorumluluğa ilişkin uyuşmazlıklarda ve malpraktis iddialarında Adli Tıp Kurumu, Yüksek Sağlık Şurası,

üniversiteler, devlet hastaneleri, Türk Tabipler Birliği Onur Kurulu ve özel bilirkişilikler tarafından incelenip değerlendirilirken aşağıda belirtilen kanun ve yönetmeliklerin ilgili hükümleri uygulanmaktadır. Değerlendirmek için başvuru hukuksal kaynaklar şu şekildedir;

- a. Uluslararası belge ve sözleşmeler,
- b. Anayasa,
- c. Kanunlar (6098 sayılı Türk Borçlar Kanunu, 5237 sayılı Türk Ceza Kanunu),
- d. Tüzükler,
- e. Yönetmelikler,
- f. Meslek kuralları,
- g. İçtihat

Herhangi bir sağlık personeli malpraktis nedeniyle şikayet edildiğinde Türkiye’de aynı anda dört hukuki süreç yürütülebilmektedir. Sağlık personeli kusurlu bulunursa ceza mahkemesi tarafından hapis cezası, hukuk mahkemesi tarafından maddi-manevi tazminat ödemesi, personel hekim ise TTB Yüksek Onur Kurulu tarafından süreli meslekten men cezası, kamu görevlisi ise ayrıca disiplin cezası verilmektedir. Hastada bir zarar ortaya çıktığında, bunun tıbbi uygulamadan kaynaklanıp kaynaklanmadığını, uygulamanın kusurlu olup olmadığını belirleme görevi, bilirkişilik kuruluşlarına ait olmaktadır. Bu kuruluşlar karar verirken bu konu ile ilgili görülen kişilerin ifadeleri, sağlık kuruluşu kayıtları, hasta evrakı, filmleri, laboratuvar incelemeleri ve varsa otopsi bulgularını dikkate almaktadırlar (Sümer, 2018).

Malpraktis konusuna dair mevcuttaki mevzuat eksikliği de aslında sağlık personeline bir tıbbi hata nedeni olarak algılanmaktadır. Çünkü yasal süreç oldukça yavaş işlemekte, davaların sonuçlanması yıllar sürebilmekte ve bu durumda mental ve fiziki anlamda yorulmuş hata yapmaya müsait bir sağlık personeli meydana getirmektedir (Ertan, 2014).

Ülkemizde malpraktis oranlarına dair detaylı yapılan bir çalışma bulunmamaktadır ancak mahkeme arşivlerinden, hem de bu davaların mahkeme süreçlerinde bilirkişi hizmeti alınan ya da başlı başına araştırma yapan kurum ve kuruluşlarda yapılan istatistiksel çalışmalar sonucunda açık şekilde bir artış olduğu görülmektedir (Kırtışoğlu, 2018).

Dönem dönem yapılan farklı çalışmalara baktığımızda; Yüksek Sağlık Şurası'na 1993-1998 arasında malpraktis iddiası ile 997 vaka bildirildiği, bu vakaların %47,7'sinde hekimlerin kusurlu olduğuna karar verildiği görülmektedir (Gündoğmuş ve ark., 2005). 1995-2000 yılları arasındayapılan bir başka çalışmada, mahkemelerden malpraktis dosyası olarak Yüksek Sağlık Şurası'na intikal eden 366 malpraktis dosyasından 93'ünün genel cerrahi vakalarını içerdiği, genel cerrahi dosyaları içerisinde ölümle sonuçlanan vakaların %79,6'sında malpraktis tespit edildiği belirtilmektedir (Tümer ve ark., 2006). Erhan Büken ve İstanbul Tabipler Odası'nın yapmış olduğu bir çalışmada, 1990–2000 yılları arasında en çok tıbbi hatayı yapan kurumların oranı şu şekildedir:

- Devlet Hastanesi % 40,18
- Özel Hastaneler % 18,69
- SSK Hastaneleri % 14,95
- Üniversite Hastaneleri % 7,47

Araştırmanın yapıldığı yıllarda henüz SSK Hastaneleri Devlet Hastanesi bünyesine dahil edilmemiştir, günümüze uyarlandığı noktada Devlet Hastaneleri ilk sırayı almaktadır (Dedeoğlu Karaca, 2012). Yazıcı ve arkadaşları, Adalet Bakanlığı Adli Tıp Kurumu Genel Kurulu'na 2000 ile 2011 yılları arasında malpraktis iddiası ile gelen 330 vakanın incelendiği çalışmada, 330 olgunun %33,3'ünde "tıbbi uygulama hatası" olduğunu belirtmektedirler (Yazıcı ve ark., 2015). Türkan ve Tuğcu 2000-2004 yılları arasındaki Yüksek Sağlık Şurası kararlarından, acil tedavi hizmetlerini kapsayan 112 olgunun retrospektif olarak inceledikleri çalışmalarında, 57 vakada (%50.9) kusur olmadığına, 55 (%49.1) olguda ise, tıbbi uygulama hatası olduğuna karar verildiğini belirtmişlerdir (Türkan ve ark., 2004). Pakiş tarafından yapılan bir araştırmaya göre Adli Tıp Kurumu'na 2001-2005 yılları arasında malpraktis ile ilgili başvuran toplam 525 dosya bulunurken; 2005 yılı sonrasında bu sayı büyük artış gösterdiği belirtilmektedir. Adli Tıp Kurumu 1. Adli İhtisas Kurulu'nda, ölümle sonuçlanmış dosyalarda, 2013'de 1060, 2014'de 1320, 2015'de 1148 dosyada malpraktis tespit edildiği aktarılmaktadır (Pakiş, 2006). Özata ve arkadaşlarının yapmış oldukları bir incelemede sağlık personelinin tıbbi hata yapma oranı % 6.2 ve yapılan hatalara tanık olma oranı da % 10.4 olarak belirtilmektedir (Özata ve ark., 2010). Elbüken ve İnancı, çalışmalarında malpraktis iddiası ile Yüksek Sağlık Şurası'na gönderilen olguları incelediklerinde, dikkatsizlik, meslek ve sanatta acemilik nedeniyle ölüme neden olmaya bağlı tıbbi uygulama hatalarını içeren olguların %22,9'unun hemşirelik uygulamaları ile ilgili olduğunu ve hemşirelerin %34,8'inin bu olaylarda kusurlu bulunduğunu belirtmektedirler (Kıyıcı, 2017).

Yıldırım'ın malpraktis konusu üzerine yapmış olduğu çalışmada; 2002-2014 yılları arasında Türkiye'de açılan dava ve ödenen tazminat tutarları Çizelge 1.19.'da gösterilmektedir. Toplam 7.254.000 TL tazminat ödenmiştir. Bu tutar 764 aleyhte sonuçlanan dava adedi dikkate alındığında yüksek bir rakam olarak karşımıza çıkmaktadır (Yıldırım, 2015).

Çizelge 1.19. Türkiye’de 2002-2014 yılları arası hizmet kusuru iddiası ile açılan dava ve ödenen tazminatlar.

Açılan Dava Sayısı	4.470
Lehte Sonuçlanan Dava Sayısı	3.546
Aleyhte Sonuçlanan Dava Sayısı	764
Ödenen Manevi Tazminat Tutarı	3.266.791 TL
Ödenen Maddi Tazminat Tutarı	3.987.209 TL
Ödenen Toplam Tazminat Tutarı	7.254.000 TL

Kaynak: Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 2015.

Ertem ve arkadaşlarının 2009 yapmış oldukları çalışmaya göre klinik alanlara bakıldığında en çok hatanın olduğu %43,6’lık bir oranla ameliyathane cerrahi bölümünde meydana geldiği görülmektedir. %19,2 oranında tedbirsizlik, %8,7 oranında yanlış ilaç uygulaması, %17,4 oranında yanlış tedavi, %10,5 oranında yanlış tanı, %11,6 oranında dikkatsizlik hatalı tıbbi uygulamaların sebepleri olarak ortaya konulmaktadır. Çalışmaya göre malpraktisin kaynağına bakıldığında %62,1’i meslekte acemilikten-bilgi eksikliğinden, sonucuna bakıldığında %49,4’ünün ölümle sonuçlandığı görülmektedir. Yargıya taşınma durumuna %68’lik kısmının taşındığı, , maruz kalanlar açısından bakıldığında ise hastanede kalma sürelerinin uzadığı sonuçları elde edilmektedir (Alptekin, 2019).

Top ve arkadaşları tarafından yapılan bir araştırmada; Avrupa Birliği üyesi ülkeler ve Türkiye’de yapılan bir çalışmaya göre 15 yaş ve üzeri nüfusta Avrupa Birliği vatandaşlarının %78’inin, Türkiye’de ise vatandaşların %88’inin tıbbi hataları ülkeleri için önemli bir sorun olarak gördükleri belirlenmiştir (Özer ve ark., 2015).

Malpraktis her geçen gün dünya gündeminde konuşulan, tartışılan bir kavram haline bürünürken hukuksal eksikliğine rağmen Türkiye’de de gittikçe farkındalığın arttığı bir konu olmaktadır. Toplum sağlığı gereğince, her yönüyle ele alınıp incelenmesi gerekli bir konu olan malpraktis daha çok medyadan yansıtıldığı kadarıyla anlaşılmakta ve sınırlı bir bakış açısıyla değerlendirilmektedir. Duruma ilişkin Ertem ve arkadaşlarının 18 gazete arşivini inceleyerek yapmış oldukları

retrospektif bir çalışma göstermektedir ki “hatalı tıbbi uygulama, doktor hatası, hemşire hatası, yanlış tedavi, hatalı ilaç uygulamaları, hatalı ameliyat” anahtar kelimelerinin yer aldığı haber sayıları yıllar içerisinde hızlı bir şekilde artmıştır (Ertem ve ark., 2009). Medyada “sağlıkta skandal” başlığı altında verilen haberlerin sayısının artması, sonuçları kesinleşmeden verilmesi, kesinleşen sonuçların ise sadece hasta lehinde olanların ön planda tutulması, sağlık çalışanlarının zor durumda kalmalarına yol açmaktadır (Tekinarslan, 2015).

Tekinarslan 2015 yılında, malpraktisin hasta ve yakınları üzerindeki etkilerini incelediği çalışmasında hekimlerin malpraktise bakış açılarını açıkça ortaya koymaktadır. Çalışmada sağlığın ticari bir hizmet olarak sunulmasının sorumluluğun üstlenilmeyen, ortada bırakılan bir kavram olarak kalacağına işaret edilmektedir. Mevcut performansa dayalı sistemde, kotayı doldurabilmek adına günde 100’den fazla hastaya bakmakla zorlanan hekimin asıl hata yapmazsa incelenmesi gerektiği görüşüyle aslında hatanın kaçınılmazlığı vurgulanmaktadır. “Ne kadar çok hasta o kadar çok puan” mottosuyla hekimler ideal hasta bakma süresinin çok altında bir sürede hasta bakmak zorunda bırakılmakta ve dolayısıyla malpraktise yakalanmaktadır. “Dünya Sağlık Örgütü ve Türk Tabipler Birliği bir hastaya en az 15 dakika zaman ayırması gerektiğini önermektedir. Bu öneriye göre mesainin sekiz saat olduğu düşünüldüğünde hekimin kişisel ihtiyaçları göz ardı edildiğinde bile, günde ortalama en fazla 30 hasta bakması gerekliliği ortaya çıkmaktadır” (Vançelik ve ark., 2006). Hekimlerin multitask yapısı içerisinde poliklinik görevleri dışında konsültasyon ve yatan hasta kliniklerinde ki görevlerinin olması aynı zamanda çeşitli konseylerde ve komitelerde görev almaları hataya düşme durumlarını artırmaktadır.

Sağlık sistemi kazanç elde etme arzusundan uzaklaşarak hastanın iyilik hali, sosyal adalet niteliklerini göze alan bir yapı olması gerekmektedir. Hekim satıcı, hasta süslenmiş bir malın alıcısı olduğu sürece malpraktisin artış göstereceğini düşünmek yerinde bir tespit olarak karşımıza çıkmaktadır (Civaner ve ark., 2011).

Sağlık hizmetlerini özelleştiren politikalar hizmet kaynaklı zararları “müşteri mağduriyeti” olarak konumlandırmakta, “malpraktis”e birey odaklı yaklaşarak hata

ve zararı azaltmak yerine sigorta ve tazminat sistemine yönelmektedir. Hizmetin nitelik ve niceliğini etkileyen etmenlerin tümünü dikkate almadan sadece bireyleri suçlamanın hizmeti kötüleştirdiği, mesleğin toplumsal algılanışını ve hekimlerin mesleki doyumunu maddi ve manevi olarak olumsuz etkilediği bilinmektedir (Civaner, 2011).

Malpraktis konusunda yapılan araştırmalar göstermektedir ki; konunun bilinirliğinin ve farkındalığının artmasıyla beraber bir yandan olumlu gelişmeler yaşanırken sahnenin arka tarafında aslında sağlık sistemini ve ekonomisini darbeleyecek etkiler de meydana gelmektedir.

1.3.4.1. Mesleki Sorumluluk Sigortası

Dünyadaki gelişmelere paralel olarak “hasta güvenliği, tıbbi malpraktis ve sigorta sistemi kavramları ülkemizde de yerini bulmakta, hekim, hukukçu ve sigorta şirketleri açısından daha sık ele alınan, üzerinde çalışılan ve geliştirilen alanlar durumuna gelmektedir. Bu durum sağlık çalışanlarının birçoğunu tedirgin etse de sağlık çalışanları da gerekli önlemleri almakta üzerlerine düşen görevleri yerine getirmede daha ehemmiyetli olmalarını sağlamaktadır” (Polat, 2005). Alınan önlemlerin başında son yıllarda sağlık çalışanları ve sağlık kurumları aleyhine açılan davalarda bir artış olması nedeniyle uygulamada hekimler için mesleki sorumluluk sigortası yapılması gerekliliği gelmektedir. Bu çerçevede, hekimin mesleğini icra ederken üçüncü kişilerin zarara uğraması halinde, hekim ile sigorta şirketi arasında akdedilen sözleşme ile bu zararlara ilişkin tazminat talepleri belirlenen bir meblağ ile teminat altına alınmaktadır (Köse, 2014).

Ülkemizde hekimin mesleki sorumluluk sigortası, 26/05/2013 tarihli ve 28658 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan Mesleki Sorumluluk Sigortası Genel Şartları ve ekindeki Hekim Mesleki Sorumluluk Sigortası Klozu ile 28/08/2012 tarihli ve 28395 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan Tıbbi Kötü Uygulamaya İlişkin Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortası Genel Şartları ile düzenlenmiştir. Bu düzenlemeler ile, sigorta

ettiren ve sigortacı arasındaki temel ilişki, sözleşmedeki şartlara tabi olmak kaydı ile sigortalının poliçede konusu belirlenen ve mesleki faaliyeti ifa ederken neden olduğu zarar dolayısıyla ödemek zorunda kaldığı veya kalacağı tazminata ilişkin hususlar belirlenmektedir. 30/01/2010 tarihli ve 27478 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan 5947 sayılı Üniversite ve Sağlık Personelini Tam Gün Çalışmasına ve Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun’un 8. maddesi ile 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı San’atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun’a Ek 12. madde eklenmiş olup, bu madde hükmü ile hekimler için mesleki sorumluluk sigortası zorunlu hale getirilmiş, zorunlu sigortaları yaptırmayanlara, mülki idare amirince idari para cezası verileceği öngörülmüştür. 21/07/2010 tarihli ve 27648 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan Tıbbi Kötü Uygulamaya İlişkin Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortasında Kurum Katkısına İlişkin Usul ve Esaslara Dair Tebliğ ile primin ödenmesine, kurumun katkılarının tahsiline ilişkin usul ve esaslar, devamında ise risk grupları belirlenmiş olup; ekinde tıbbi kötü uygulamaya ilişkin zorunlu mali sorumluluk sigortası poliçesine yer verilmiştir. Ayrıca, Tebliğ’in 3. maddesi gereğince, özel veya kamu kurum ve kuruluşlarında çalışan sigortalı hekimlerce ödenmesi gereken prim borcunun yarısı bünyesinde görev yaptıkları kurum ve kuruluşlarına ait iken, serbest çalışan hekimlerin sigorta primlerinin tamamı kendileri tarafından ödenmektedir (Köse, 2014).

Artan malpraktis davaları sonucunda sağlık personelinin kendini daha güvende hissebilmesi açısından Tıbbi Kötü Uygulamaya İlişkin Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortası, gelişmiş ülkelerde ki önlemlere paralellik gösterebilecek nitelikte atılmış olumlu bir adım olarak değerlendirilmektedir.

1.3.4.2. Defansif Tıp Anlayışının Gelişmesi

Malpraktise karşı farkındalığın artmasıyla beraber, sağlık hizmetleri üzerinde olumlu olduğu kadar olumsuz etkilerde meydana gelmektedir. Olumsuz bu etkilerden belki de en önemli başlıklandıracağımız konu defansif tıp yaklaşımı olarak karşımıza

çıkılmaktadır. Bu yaklaşıma giren personelde görülen davranışları Özgönül 2010 yılında yapmış olduğu çalışmasında şu şekilde sıralamaktadır;

- Tıbbi standartlarda belirtilenden daha fazla laboratuvar, görüntüleme vb. tetkik istemek,
- Fazla ilaç yazmak,
- Tanı ve tedavi için fazla konsültasyon istemek,
- Daha detaylı kayıt tutmak,
- Hastaya standartlardan daha fazla vakit ayırarak hastalık öyküsü almak, açıklama yapmak
- Daha fazla vizite yapmak,
- Riskli hastaların tedavisini üstlenmeyerek başka hekime yönlendirme,
- Dava etme olasılığı olan hastaları tedavi etmekten kaçınma,
- Komplikasyon riski yüksek olan tedavilerden kaçınma

Yapılan bir çok araştırma göstermektedir ki Türkiye’de günden güne defansif tıp uygulamaları artmaktadır. Bunun nedeni sağlık personelinin bir korku psikolojisi içerisinde görevini yerine getirmeye çalışması yatmaktadır.

Defansif tıp sağlık personelinin kendisini malpraktis suçlamalarına karşı savunabilmesi ve dava tehdidine karşı kendisini koruması amacıyla, tanı ve tedaviye yönelik gereksiz isteklerde bulunması ve medikal olarak onaylanmamış uygulamalara yönelmesini içermektedir (Tekinarslan, 2015). Burada önemli olan nokta, sağlık personelinin odağının hastanın tedavi edilmesinden ziyade hastalar

tarafından şikayet edilme korkusu, hasta veya hasta yakınları tarafından şiddete maruz kalma korkusu ile, dava açılma olasılığı veya ceza alma riskine karşı kendilerini koruma davranışlarına doğru kaymasıdır (Küçükusta, 2013). Yaşanan gelişmeler göstermektedir ki; geline nokta, “ülkemizde hiçbir doktorun kendini malpraktis davalarının uzağında göremeyeceği” anlayışı hakim olmaktadır (Altun ve Yorulmaz, 2010).

Defansif tıba yönelten nedenlerin başında, hata kaynağı olarak yalnızca sağlık personelinin hedef seçilmesi ve bu durumun özellikle medya tarafından desteklenip, topluma bu şekilde lanse edilmesi yatmaktadır (Gökşen, 2014).

Korku psikoloji içerisinde sorumluluktan kurtulmak için defansif tıp uygulamalarına yönelmeleri, hastaneye ve dolayısıyla toplumun sağlık ekonomisine maliyet olarak geri dönmektedir (Studdert ve ark., 2005). Bu durumda sağlık sisteminin genel performansını olumsuz yönde etkilemektedir (Tekinarslan, 2015). Sağlık sistemindeki hatalar sağlık çalışanlarını gereksiz ve fazladan işlemlerle daha yüksek maliyeti olan defansif tıp uygulamalarına yönlendirmektedir. Bizim gibi gelişmekte olan ülkelerde ekonominin tam olarak olgunlaşmaması, üstüne bir de sağlıktaki gereksiz harcamalar, ülke ekonomisine daha fazla yük getirmektedir (Gökşen, 2014).

1.3.4.3. Raporlamalarda Eksiklik Yapılması

Malpraktise dair yapılan araştırmalar göstermektedir ki; bireyler haklarının neler olduğunu ve zarara uğradığında hangi yollara başvurusu gerektiğinin oldukça farkındadır ve bu durum sağlık çalışanlarında bir stres yaratmaktadır. Sinclair’in 2000 yılında yapmış olduğu bir çalışmaya göre, farkındalıkların artmasıyla birlikte sağlık çalışanlarının da dava edilme oranlarının %10 arttığı görülmektedir. Bu sonuçlarla birlikte Özata, Altunkan ve Tanrıku’nun araştırmalarında yer verildiğine göre de sağlık çalışanlarının, cezalandırılmaktan, disiplin işlemlerinden, hata yapan kişi olarak görülmekten ve iş kaybindan korktukları için yapılan tıbbi hataların

%95’ni rapor etmedikleri tahmin edilmektedir. Aynı zamanda bölümsel itibar açısından bölüm yöneticilerin, supervisor hemşirelerin özellikle ilaç hatalarını raporlamak istemedikleri düşünülmektedir (Kıymaz, 2015).

Malpraktisin tespiti ve minimum seviye indirilmesi için yapılması gerekenlerin en başında doğru, anında ve eksiksiz raporlama gelmektedir. Bunun gerçekleşebilmesi için de cezalandırıcı bir sistemden ziyade ders çıkarıcı bir sistemle sürecin yönetilmesi tüm tarafların kazancına olacaktır.

1.3.4.4. Tıpta Uzmanlık Sınavı (TUS) Tercihleri

Malpraktis sadece sağlık hizmeti alıcılarında değil aday hizmet sunucularında da bir farkındalık yaratmaktadır. Kaya ve arkadaşlarının 2014 yılında, 2007 Nisan-2013 Nisan arasında düzenlenen 13 adet TUS ile ilgili verileri inceledikleri bir araştırma bu farkındalığın TUS tercihlerine de yansıdığını göstermektedir. Tıbbi biyokimya ve tıbbi mikrobiyoloji gibi branşların TUS taban puanlarında yükselme olurken, malpraktisin en sık rastlanıldığı Kadın Hastalıkları ve Doğum, Genel Cerrahi ve Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları branşlarının taban puanlarında belirgin düşüşler olduğu saptanmıştır (Kıvrak, 2014).

Kasap ve arkadaşları tarafından 2015 yılında yapılan benzer başka bir çalışmada ise, Tıbbi Kötü Uygulamaya İlişkin Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortası kapsamında en yüksek riskli grup olarak adlandırılan ve Acil Tıp, Anesteziyoloji ve Reanimasyon, Beyin ve Sinir Cerrahisi, Genel Cerrahi, Göğüs Cerrahisi, Kadın Hastalıkları ve Doğum, Kalp-Damar Cerrahisi, Ortopedi ve Travmatoloji, Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi gibi uzmanlık dallarının yer aldığı 4. gruptaki uzmanlık dallarının TUS taban puanlarının, 2009- 2013 yılları arasında anlamlı derecede düşüş olduğu gözlemlenmektedir (Kıvrak, 2014).

Hakeri’nin 2012 yılında yapmış olduğu araştırmaya göre; son yıllarda Türkiye’de artan davaların ve tedirgin çalışma şartlarının hekimlerin uzmanlık alanı

seçimlerini etkilediği ve yüksek riskli uzmanlıkları seçmedikleri görülmektedir. “Yüksek malpraktis sigorta maliyetleri hekimleri, yüksek sigorta primlerini ödeyemedikleri için, mesleği bırakmalarına veya malpraktis riskinin ve sigorta oranlarının düşük olduğu yerlere yerleşmeye zorladığına işaret etmektedir (Hakeri, 2012).

1.3.4.5. Medikal Malpraktis Stres Sendromu

MMSS (Medikal Malpraktis Stres Sendromu), son yıllarda özellikle yurtdışında farkındalığı oluşmuş ve makalelere de yansımış bir konu olarak karşımıza çıkmaktadır. MMSS, Post Travmatik Stres Sendromu’nun (PTSS), medikal uygulamalar sonrası hekimlerin başına gelebilecek bir versiyonu olarak görülmektedir. Dava açılmış, sonucu olumlu ya da olumsuz neticelenmiş olursa olsun yargı süreciyle ilgili yaşanan stresle rtştrlen bir kavram olarak tanımlanmaktadır. Hatta bazı durumlarda kendisine dava açılmamış olsa bile yaşanan örnek olgulardan yola çıkararak hekimi defansif tıpa yönlendirdiği düşünülmektedir. MMSS ile karşılaşan kişilerde; utanma, negatif kişilik, depresyon, suçluluk, öfke, hayal kırıklığı, gerginlik, konsantrasyon eksikliği gibi psikolojik semptomların yanı sıra, yorgunluk, uyku bozuklukları, gastrointestinal semptomlar, göğüs ağrısı, koroner arter hastalığı, hipertansiyon ve diyabet gibi daha önceden mevcut hastalıkların da tetiklendiren fiziksel semptomlar görülmektedir. Rapor edilen bazı sonuçlarına göre; hekimlerde gereğinden fazla çalışma, alkol-madde kullanımı, içine kapanma, işini bırakma, erken emeklilik ve intihara kadar götüren bir süreç yaşanmaktadır (olakoğlu, 2018).

Sağlık sunmak ve sağlıklı bir toplum amacıyla görevini yerine getirmeye çalışan doktorlarımızın ve sağlık çalışanlarının her geçen gün artan malpraktis iddialarıyla dava yoluna gitmesi sanıldığından daha zarar verici bir sistemi beraberinde getirmektedir. Uzayan ve çözümlenemeyen dava süreçleri, gerekli gereksiz açılan davalar bir yandan MMSS gibi kişisel zararlarla hizmet vermeye çalışan sağlıksız sağlık sunucuları meydana getirirken bir yandan da bu durum

sonucunda daha da malpraktis olgusuyla karşılaşılma olasılığını ortaya çıkarmaktadır.

1.3.4.6. Hekim Hasta İlişkisinde Değişim ve Güvensizlik

Geçmişten günümüze kadar sağlık hizmeti sunumu yaklaşım tarzları incelendiğinde, iyiliğin hekim tarafından belirlendiği, kararların alınmasında insiyatifin hekimde olduğu, hekimi hasta karşısında üstün ve otoriter konuma yerleştiren paternalizm anlayışının yıllar boyunca devam ettiği görülmektedir. Ancak hasta hakları farkındalığının artmasıyla beraber hastanın iradesi ve kendi geleceğini belirleme hakkının, hekiminin iyileştirme hakkının veya objektif olarak belirlenen tıbbi yararın önüne geçtiği görülmektedir. Çetin ve Kaya'nın 2012 yılında yapmış oldukları çalışmaya göre; günümüzde 'hastanın iradesi en üstün yasadır' ilkesine ulaşılmıştır (Kırşıtoğlu, 2018). 2002 yılı sonrası Sağlıkta Dönüşüm Programıyla başlayan sağlık politikaları değişimiyle, Gökşen'in 2014 yılında yapmış olduğu çalışmaya göre; *sağlık politikalarının değişmesi, sağlıkta dönüşüm programı çerçevesinde hasta haklarına önem verilmesi, hastaları korumak adına hukuktaki değişimler hekimlerin geri adım atmalarına, daha ihtiyari davranmalarına yol açmaktadır* ve bu durum doktorları defansif tıba yönlendirmektedir (Gökşen, 2014).

Ertan'ın 2014 yılında yapmış olduğu çalışmaya göre; Sağlık Bakanlığı'nın gündeminde ki hasta hakları konusu tarafların her ikisini de birleştirici tutumdan uzaklaştırmış ve sağlık sürecini birlikte devam ettirmesi gereken iki tarafın arasını açmıştır. Hasta hakları savunuculuğuna karşı bu sefer hekim hakları konusu gündeme gelmiş ve bütünleştiricilikten uzak, birbirine ön yargılı iki taraf meydana gelmiştir (Ertan, 2014).

Tüm bu süreç içerisinde birbirileriyle koordineli ve en önemlisi güven temelli bir ilişki kurması gereken taraflar arasında düşmanlık ve güvensizlik meydana gelmektedir. Tekinarslan 2015 yılında yapmış olduğu çalışmada kendisi veya bir yakını malpraktise uğramış kişilerle yapmış olduğu çalışmada Türkiye'deki sağlık

sistemine güveni sorgulamış 237 kişiden sadece 14'ü evet olarak cevaplamıştır. Yani sağlık sistemine ve sunuculara olan güven oldukça düşük bulunmuştur (Tekinarslan, 2015).

Birey, en önemli haklarında biri olan sağlık hakkını gelişen tüm bu olaylar zincirlemesi içerisinde güven duymadığı sunuculara ve sisteme emanet etmektedir. Bunun yanı sıra kendisine güvensiz ve şüpheyle gelen hastaya karşı, hekim hem bu yaklaşımın doğurabileceği sonuçların stersini çekmekte hem de yönetmek durumundadır. Böyle bir süreçte de maalesef malpraktis kaçınılmaz olarak karşımıza çıkmaktadır.

Hatalar sadece kişilik kusurlarının değil, aynı zamanda sistem kusurlarının da bir yansıtıcısı olarak kabul edilmelidir. Sağlık hizmetinin katılımcısı ve tüketicisi olan hastalar hataların önlenmesi ve çözümü sürecine aktif olarak katılmalıdırlar. Bu konuda sağlık personeli ile hastalar arasında karşılıklı empati kurularak güvenli bir iletişim kurulması gerekmektedir (Ertem ve ark., 2009).

1.3.4.7. Sağlık Çalışanlarına Şiddet

Sağlıkta Dönüşüm Programıyla birlikte hasta hakları gündemde en ön yeri alırken, eksik bırakılan ve yeterince önem verilmeyen konu sağlık çalışanlarının hakları olarak karşımıza çıkmaktadır. Eksik uygulanan bu politika nedeniyle, hasta haklarına verilen önemin sağlık çalışanlarına verilmemesi sonucun da sağlık çalışanlarına yönelik uygulanan şiddeti artırmaktadır (Gökşen, 2014).

Hasta haklarının farkındalığının yanı sıra tıp teknolojisindeki ilerlemeler hastaların hekimlerden beklentilerini arttırmıştır. Daha kaliteli sağlık hizmeti talep eden hastalar, meydana gelen komplikasyonlarda bile hekimi suçlamakta, zaman zaman ise hekimlere müessir fiile varan saldırılarda bulunmaktadır (Dedeoğlu, 2012).

Hatalı davranışlara sevk edebilen yanlış sağlık politikaları ve sağlık sisteminde tüm sorunlarını hekim ve sağlık profesyonellerinin omuzlarına yıkmak sağlıklı bir toplum meydana getirmek adına geri geri adım atmaktan farksız olmamaktadır. Aralarında güvensizlik ve ön yargılarla dolu bir ilişki meydana gelen hekim hasta da, hekimler kendilerini korumak adına defansif davranışa müracaat etmekte, hastalar ise bu durumlarda hekimlere karşı ya şiddet uygulamakta ya da dava açma eğilimini göstermektedir (Ülgen, 2013).

Tüm bu süreç sonucunda hekimlerin kendilerini korumak adına daha risksiz, süresi az olan sağlık hizmet sunumlarına yönelmelerine neden olmaktadır. Hastalığı ciddi boyutlarda olan, tanılarının uzun süre aldığı, tedavilerinin uzun sürdüğü, yüksek riskli hastalar defansif tıp uygulamalarının ve onu getiren sağlık politikalarının mağduru olmaktadır. Sağlıkta şiddet ve defansif tıp uygulamalarının ortaya çıkmasının nedeni uygulanan yanlış sağlık politikaları olarak karşımıza çıkmaktadır (Aydaş, 2014).

1.3.4.8. Sağlık Ekonomisinde Olumsuzluklar

Malpraktis olaylarının artması ve gündemde kalması hastaların mağduriyetinin yanında yalnızca sağlık çalışanlarını değil aynı zamanda sağlık çalışanlarını defansif tıba yönlendirerek sağlık sistemini ve en önemlisi sağlık ekonomisini de olumsuz etkilemektedir. Sınırlı olan sağlık kaynakları çoğu zaman boş yere kullanılmakta ve hastanelere ve sağlık ekonomisi bütçesine gereksiz yapılmış maliyetler olarak yansımaktadır.

Atçı'nın Sağlık Performans Sistemi üzerine 2013 yılında yaptığı bir araştırmaya göre; *"hekimler performans puan sistemine göre çalışmakta oldukları için puan yönünden yeterli olmayan hastalıklara ilgi göstermemektedirler. Kanseri vakaları gibi uzun ve zahmetli hastalıklar puan olarak düşük gösterdikleri için hepleri merkezlere sevk edilmektedir. Hastaların tetkik sayıları ve kontrole çağrılma oranları yapılan araştırmalara göre artmaktadır. Üç ayda bir yapılması yeterli olan*

kontrole aylık, altı aylık kontroller üç ayda bir olacak hale getirilmiştir. Her ay hekim performans ortalamasının atışı hekimleri puan ortalamasına ulaşmak için endikasyonları genişletme, daha çok muayene yapma, daha fazla ameliyat daha fazla girişimsel işlem yapma noktasına gerektirmesi tartışılır bir durum ortaya koymaktadır” (Gökşen, 2014).

Gereksiz ve fazladan yapılan her işlem hastayı yorduğu kadar sağlık sistemine ve ülke ekonomisine de zarar vermektedir.

1.4. Özel Hastane Yöneticilerinin Malpraktis Olaylarındaki Rolü

1.4.1. Özel Hastane ve Hasta Arasında Kurulan İlişki

Sağlık sisteminin en büyük güç merkezini oluşturan ve sağlık hizmetinin en önemli yapı taşı olan kurumlar hastaneler olarak karşımıza çıkmaktadır. Sunmuş oldukları hizmetin insan hayatı gibi oldukça hassas bir konu olması, farklı niteliklerdeki disiplinlerin işbirliği içerisinde çalışması gerekliliği, bunların yanında büyük bir bütçenin kontrolü ve her geçen gün yenilenen ve değişen teknolojik yapısı, yönetilmelerini zorlaştırmakta ve profesyonel yönetim yaklaşımını kaçınılmaz kılmaktadır.

Sağlık alanında meydana gelen yenilik ve teknolojik gelişmelerle birlikte bireylerin beklentileri artmakta, beklentileri artan kişiler aldıkları hizmetle beklentileri arasında farkındalık geliştirmekte ve herhangi bir hak ihlali noktasında bunu gerekli mercilere taşıma eğiliminde bulunmaktadırlar. Bu çerçevede bireyler sağlık haklarına dair hizmetleri daha iyi koşullarda alabilme beklentisiyle özel hastanelere başvurmaktadır. Nitekim ülkemizde yapılan sağlık hizmetleri memnuniyet araştırmasında, hastaların gelir durumları arttıkça özel hastaneleri tercih ettikleri görülmektedir. (TÜİK, 2006).

Özel hastanelerin, hasta üzerinde yüksek güven ve beklenti oluşturan, vermiş olduğu hizmetin karşılığını kendi belirlediği tarife göre alan kurumlar olarak hizmet sunumlarında yüksek özen göstermeleri beklenmektedir. Nitekim Yargıtay da *“özel hastane işleteni, öncelikle tacir sıfatıyla basiretli bir tacir gibi davranması gereği yanında, yaptığı hizmetin yaşama hakkını yakından ilgilendiren kamusal nitelik taşıyan sağlık hizmeti olması nedeniyle de hastanın ve özel durumlarda yakınlarının zarar görmemesi için gerekli olan sadakat ve özeni göstermek durumundadır. Bu özen, başta doktor ve diğer yardımcı personeli seçme ve denetleme açısından yüksek oranda gösterilmeli, diğer şartların hazırlanmasında da aynı ilke unutulmamalıdır”* şeklinde bu hususa işaret etmiştir (Hakeri, 2012).

Özel hastaneler, Hususi Hastaneler Kanunu, Özel Hastaneler Tüzüğü ve Özel Hastaneler Yönetmeliği’nde yer alan hükümlere göre kurulmakta ve hizmet vermektedirler. Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği ve Hususi Hastaneler Kanunu mevzuatlarında özel hastanelerin sahip olması gereken yeterlilik ve donanımlar açıkça ifade edilmektedir. Özel Hastaneler Tüzüğü Madde 25 ‘de; *“Özel hastanelerde uzmanlık dallarının gereğine göre, yeterli sayıda ameliyathane, kronik bakım, uyandırma, ağrı, doğum, alçı, endoskopi odaları, laboratuvar vb. zorunlu hizmet yerleri ile hastanenin yatak sayısına ve işlevine uygun güç ve nitelikte röntgen aygıtının yer aldığı röntgen laboratuvarı bulunması gerekir”* ifadesiyle sağlık hizmetlerinin özel hastanelerde sunumuna dair gereklilikler belirtilmektedir (Tekinarslan, 2015).

Kişinin sağlık kontrolünün ve korumasının sağlanması veya herhangi bir hastalık durumuna dair teşhis ve tedavinin gerçekleşmesi amacıyla özel hastaneye başvurması durumunda, özel hastane ile arasında bir ilişki kurulmuş olur. Buna *“Hasta Kabul Sözleşmesi”* denilmektedir. Hasta Kabul Sözleşmesi’nin bu çerçevesinde tedaviyi yürütecek olan hekim ya da yardımcı personel taraf değildir. Hasta hekimden ziyade hastane ile muhataptır. Hekim ise hastane adına tedaviyi üstlendiğinden TBK m 116’ya göre ifa yardımcısı konumundadır (Hakeri, 2012). Ancak hekimin ya da yardımcı sağlık personelinin, haksız fiillerinden dolayı hasta zarar görürse ayrıca bu kimselerin de sorumluluğuna gidilebilecektir. Bu gibi

durumlarda özel hastane ile teşhis ve tedavi sırasında görev alan hekim ve yardımcı sağlık personelinin malpraktisten doğan zararlardan müteselsil sorumluluğu meydana gelmektedir. Özel hastane hastayla kurmuş olduğu ilişkiden dolayı borcu öder ancak daha sonra zarara sebep olan ifa yardımcısına bunu rücu edebilmektedir (Gökcan, 2017).

Hastaneye Kabul Sözleşmesi'nde, hastayla ilişki kuran taraf sadece hastane olacağı gibi hastane dışından hasta isteği doğrultusunda tedavi sürecine dahil olan bir hekim de olabilmektedir. Bu durumda bir tarafta hasta yer alırken diğer tarafta hastane ve hekim yer almaktadır ve “Bölünmüş Hastaneye Kabul Sözleşmesi” gerçekleşmektedir. Sadece hastane ve hasta arasında kurulan sözleşmesel ilişki de hastane işleteni tıbbi tedavi ile birlikte barındırma, yedirip içirme ve sair hastane bakımı şeklindeki bütün yükümlülükleri taahhüt ederken, hastane dışından bir hekimin dahil olduğu sözleşmesel ilişki de hastane yöneticisinden hekimlik hizmeti talep edilmemekte, ondan sadece hastane bakım ve destek hizmetlerinin verilmesi beklenmektedir. Bu durumda yöneticinin sorumluluğu da tedavi dışındaki bakım ve destek noktaları üzerine olmaktadır (Savaş, 2007).

Özel hastaneler ile başvuruda bulunan hastalar arasında 6502 s. “Tüketicinin Korunması Hakkında Kanun” hükümlerine göre bir tüketici-hizmet sağlayıcısı ilişkisi bulunmaktadır. Doğrudan hastaneye tedavi için müracaatta bulunan hasta ile hastane arasında kurulan sözleşmesel bağ neticesi dolayısıyla malpraktis olaylarının varlığı durumunda hastane yöneticisinin adam çalıştıran sıfatıyla kusursuz sorumluluğunun olduğu belirtilmektedir. Bölünmüş Hastaneye Kabul Sözleşmesi çerçevesinde hastayla bağ kurulması durumunda hastanenin yalnızca organizasyon sorumluluğu bulunacak fakat tedavi ve teşhisten doğan bir sorumluluk hastaneye yüklenemeyecektir. Ancak tedaviye yardımda bulunan diğer personelin kusurlarından dolayı yine adam çalıştıranın sorumluluğu gereğince sorumluluk bulunmaktadır (Öztekin, 2019).

1.4.2. Özel Hastane Yöneticilerinin Sorumlulukları

Özel hastane işleticisi tek bir gerçek kişi, bir adi ortaklık ya da dernek, vakıf olabileceği gibi, Ticaret Kanunu'nda öngörüldüğü şekilde, bir şirket de olabilmektedir. Bu noktada özel hastane işleteni gerçek kişi de olabilmektedir tüzel kişi de. Her iki şekilde de ortak nokta ise; özel hastane işleticisi, hastane dâhilinde gerçekleştirilecek tıbbi müdahalelerin birinci derecede sorumlusu olarak karşımıza çıkmaktadır (Karan, 2015).

Özel hastaneler, mütevelli heyeti ya da yönetim kurulu olarak adlandırılan bir yönetim ekibi tarafından yönetilmektedir. Yönetim ekibi hastanenin mal varlığının yönetiminden, hastalara verilen tedavi hizmetlerine kadar her türlü konuda sorumludur (Bulakbaşı, 2015). Yönetim kurulunun en önemli işlevlerinden birisi de, hastane yöneticisinin araştırılıp bulunması, değerlendirilmesi ve seçilmesidir. Özel hastane yöneticisi, hastanedeki tüm hizmetlerden yönetim ekibine karşı sorumlu bir organ olup, yönetim kurulunun vermiş olduğu yürütme yetkisini kullanarak hastaneyi idare eden kişidir. Bu kişi mesul müdür olarak adlandırılmaktadır. Yönetim kurulu, hastanenin günlük etkinliklerini yönetmesi için mesul müdüre yetki devretmektedir. Yürütme açısından bakıldığında organizasyonun tepesinde hastane yöneticisi bulunmaktadır.

Özel hastane yöneticisi bu doğrultuda “işveren vekili” olarak özel hastane işleteni/yönetim kurulu adına hastane organizasyonunda sorumluluk almaktadır. İş Kanunu'nun 2. maddesinde işveren vekili, “işveren adına hareket eden ve işin, işyerinin ve işletmenin yönetiminde görev alan kimseler” olarak tanımlanmıştır (4857 Sayılı İş Kanunu, Madde 2) . Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) tarafından özel sağlık kuruluşlarına yönelik yapılan bir açıklamada özel hastane yöneticisinin sorumluluğu şu şekilde ifade edilmektedir; “özel sağlık kuruluşlarının işvereni, özel sağlık kuruluşu ruhsatında kuruluşun sahibi olarak gösterilen ve sigortalı çalıştıran şahıs, şirket ya da vakıftır. Özel sağlık kuruluşunda mesul müdür, işveren nam ve hesabına işin bütününe yönetimi görevini yaptığından işveren vekilidir. 506 sayılı Kanunda belirtilen yükümlülükler açısından işveren vekili olan mesul müdür işveren

gibi sorumludur” (SGK, Özel Sağlık Kuruluşları İçin Bilgilendirme Notu). Tüm bu ifadeler doğrultusunda özel hastane yöneticilerinin sorumlulukları işveren vekili olarak değerlendirilmektedir.

Özel Hastaneler Yönetmeliği’nde, yer alan hastane yöneticilerinin sözleşmeden kaynaklanan yükümlülükleri aşağıda ifade edilmektedir (Özel Hastaneler Yönetmeliği, 2002).

- **(Değişik:RG-11/3/2009-27166)** Özel hastanenin tıbbî, idarî ve teknik hizmetlerini mevzuata uygun olarak idare etmek ve denetlemek,
- Gerektiğinde, ruhsatlandırma ile ilgili her türlü işlemleri yürütmek,
- **(Değişik:RG-22/3/2017-30015)** Özel hastanenin ruhsatlandırılmasından sonra, her türlü personel, bina ve tesis değişikliklerini müdürlüğe bildirmek,
- Özel hastane adına belge onaylamak,
- Bakanlık ve müdürlük ile ilgili olan her türlü muhabere ve yazışmaları yürütmek,
- Özel hastanenin personel ve hizmet kalite standartlarını korumak ve geliştirmek,
- **(Değişik:RG-22/3/2017-30015)** Özel hastane bünyesinde kurulması öngörülen ve ilgili mevzuatı çerçevesinde ruhsatlandırılması veya tescili gereken her türlü ünite, birim veya merkezlerle ilgili ruhsatlandırma işlemlerini yürütmek,
- Özel hastanenin tıbbî kayıt ve arşiv sistemini oluşturmak ve kayıtların düzenli ve doğru bir şekilde tutulmasını sağlamak,
- **(Değişik:RG-1/7/2014-29047)** Özel hastanenin denetimi ile ilgili bilgi ve belgeleri muhafaza etmek,

- Denetimler sırasında denetim elemanlarınca istenilen her türlü bilgi ve belgeleri hazır hale getirmek,
- Tıbbî atıkların kontrolü ve imhası için gereken bütün tedbirleri almak,
- Özel hastane hizmetlerinin tam gün esasına göre sürekli ve düzenli olarak yürütülmesini sağlamak ve nöbet sisteminin düzenli olarak islemesini takip ve kontrol etmek,
- Özel hastanenin türüne, yatak sayısına, personel mevcuduna ve is hacmine göre tesis edilen tıbbî, idarî, malî ve teknik destek birimleri arasında koordineli ve uyumlu çalışmayı temin etmek,
- **(Değişik:RG-11/3/2009-27166)** Mazeret sebebiyle görev yerinin terkedilmesi halinde yerine mesul müdür yardımcısını bırakmak, terk süresi bir haftadan fazla olmamak kaydıyla derhal ilgili müdürlüğe bilgi vermek ve izin süresi hiçbir şekilde bir yıl içerisinde toplam üç ayı geçmemek şartıyla iznin bir haftadan fazla sürdüğü hallerde müdürlükten izin almak,
- 24/4/1930 tarihli ve 1593 sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu uyarınca bildirim zorunlu olan hastalıklar ile adli vakaları müdürlüğe ve gerekli diğer mercilere bildirmek,
- **(Değişik:RG-21/3/2014-28948)** Özel hastanede görev yapan bütün personelin sağlık taramalarını yaptırmak,
- Özel hastanenin sterilizasyon ve dezenfeksiyon işlerinin düzenli bir şekilde yapılmasını sağlamak ve hastane enfeksiyonlarından korunma için gereken bütün tedbirleri almak,
- Hastaların tedavileri için dışarıdan tabip istenilmesi halinde ilgili tabibi kuruma davet etmek,

- Sağlık ile ilgili mevzuat ile öngörülen ve Bakanlıkça belirlenen diğer görevleri yapmak.

Bu yükümlülüklerden herhangi biri yerine getirilmediği takdirde hastane yöneticisinin hem cezai hem de tazminat sorumluluğu doğabilmektedir (Hakeri H., 2012).

Tıbbi müdahalenin hukuka uygunluğunun sağlanması için de gerekli olan tıbbi müdahalenin gerekliliği, tıp mesleğini icraya yetkili kişiler tarafından uygulanması, aydınlatılmış hastanın rızası ve tıp mesleğinin gerektirdiği kurallara ve özen yükümüne uygun davranılması koşulları da yerine getirilmelidir. Bunların olmaması noktasında yine özel hastane yöneticisinin sorumluluğuna gidilebilmektedir.

1.4.3. Özel Hastane Yöneticisinin Organizasyon Sorumluluğu

“Tıbbi organizasyon, sağlık hizmeti sunulan tüm kurum ve kuruluşlarda, tıbbi tedavi ve hasta bakım hizmetleri ile otelcilik hizmetlerinin sunumu aşamasında yapılması gereken tüm faaliyetlerin aksatılmadan ve zamanında yürütülmesi için yapılan düzenlemelerin bütünüdür”(Hızal, 2015). Sağlık hizmetlerinde kurumsal sorumluluğun asıl bulunduğu alan da organizasyon kusurunun gerçekleştiği alan olarak karşımıza çıkmaktadır. Organizasyon kusurundan kaynaklanan hatalar, sağlık kurumlarının fiziki, teknik, mali ve personel altyapısı eksikliği veya planlamasından kaynaklanan hataları ifade etmektedir. Organizasyon hatasında, hastanın zararın meydana gelmesi, sağlık personelinin kişisel kusurundan ziyade, sağlık kurumunda aksayan bir veya daha fazla etkenden kaynaklanmaktadır. Organizasyon kusurunun varlığı hem tazminat hem de cezai sorumluluğa neden olabilmektedir. Bu noktada hastane yöneticilerinden, tıbbi sürecin işlemesi esnasında, uygun biçimde organizasyonun gerçekleştirip eşgüdümü sağlayacak önlemleri almaları ve tedavi işlemlerinin istenilen seviyede gerçekleşmesini sağlamaları beklenmektedir.

Özel hastane yöneticisinin yükümlülükleri doğrultusunda sahip olduğu hukuki sorumluluğu açıklayan Hakeri, Türkiye’de malpraktis davalarında hekimden ziyade hastane organizasyonlarının kusurlu bulunduğu sonucunu belirtmektedir. Hakeri; *“Türkiye’de 14 malpraktis davasından hasta ve hasta yakını ancak birini kazanıyor, Türkiye’de yaklaşık 120000 hekim olduğu kabul edildiğinde 2013 yılında hasta ölümü nedeni ile adli tıbbı intikal eden 1060 dosya bulunuyor. Yine adli tıbbın verilerine göre, 1060 dosyada hakkında kusur bulunan hekim sayısı 100, yani %10’dur. Dolayısıyla Türkiye’de 120000 hekimin 1000’i hakkında ‘‘Hastamı öldürdü.’’ diye dava açılıyor ve sadece 100’ü hakkında kusur kararı çıkıyor. Bunun en önemli nedenlerinden biri de, ölüm nedeni ile hekimlerin suçlamasına karşın olayın aslında bir organizasyon kusuru olmasıdır’’* açıklamasıyla hastane yöneticilerinin organizasyon sorumluluğu üzerinde durmaktadır (Milliyet Gazetesi, 2014).

Özel hastane yöneticisinin malpraktis sorumluluğunu meydana getirebilecek durumlar “hastane bakımı” kavramı içinde yer alan edimlerini yerine getirmemesinden kaynaklanan organizasyon hataları olarak karşımıza çıkmaktadır.

1.4.3.1. Özel Hastane Yöneticisinin Aydınlatma Sorumluluğu

Sol dizindeki rahatsızlık nedeniyle 2014 yılında Sakarya’da özel bir hastaneye giden hastaya, muayene sonrasında omuriliğinin üst bölümünde fıtık olduğu ve ameliyat olması gerektiği söylendi. İddiaya göre, operasyonun olası riskleri ile ilgili ön bilgi verilmeden ertesi gün ameliyata alındı. Ancak hasta, acilen bir gün sonra yeniden ameliyat edildi. İki ayrı ameliyatın ardından belden aşağısını hissetmeyen hasta doktorundan hayat boyu engelli kalacağını öğrendi. Bu durumu kabullenemeyen hasta, ameliyatta ihmali olduğunu ileri sürdüğü özel hastaneye karşı hukuk mücadelesi başlattı. Kocaeli Üniversitesi Adli Tıp Anabilim Dalı Başkanlığı’nın hazırladığı raporda ise ameliyatın doğru yapıldığı ve olayın komplikasyon olduğu, ancak ilk ameliyat için alınan ‘aydınlatılmış rıza formu’nun ameliyatı yapacak doktor tarafından alınması gerekirken, hastane personeli

tarafından alındığı belirtildi. Raporda, doktorun gerçekleştirdiği operasyon ile 'aydınlatılmış rıza belgesi'nde yapılacağı yazan ameliyatın farklı olduğu kaydedildi. Kitle ameliyatı yapıldığı ifade edilmesine rağmen herhangi bir patoloji raporunun bulunmadığı ve ikinci ameliyat için ise hiçbir 'aydınlatılmış rıza formu'nun hazırlanmadığı vurgulandı. Raporda, özel hastanenin ve doktorun hastayı bilgilendirme yükümlülüğünü yerine getirmemiş olduğu belirtilerek, kusurlu olduğu değerlendirildi. Hastanenin kusurlu olduğunun ortaya çıkmasının sonrasında mahkeme, tazminat miktarının belirlenmesi için dosyayı bilirkişiye gönderdi. Bilirkişi, hastanın bakiye ömrünü dikkate alarak, iş göremezlik ve bakıcı gideri zararını hesapladı. Mahkemece, raporu da dikkate alarak, özel hastanenin faizleri ile birlikte hastaya 3 milyon lira tazminat ödemesine hükmetti (NTV, 2019).

Yukarıdaki örnek olguda görüldüğü gibi, hekimin ya da herhangi sağlık personelinin hastaya karşı tedavi süreciyle ilgili bilgi verme ve aydınlatılmış onam alma sorumluluğunun denetimi ve takibi hastane yöneticisine düşmektedir. Hastane yöneticileri, hastane çalışanlarına aydınlatılmış onam almaları gerektiğine dair tebliğ yaparak ve aydınlatılmış onam ile ilgili eğitim vererek yasal sorumluluklarını yerine getirmektedirler (Ertan, 2014). Bu noktada Ertan hastane yöneticilerinin tıbbi dokümantasyon sistemine ilişkin sorumluluklarını şu şekilde sıralamaktadır;

- Personelin sağlanması ve eğitimiyle ilgili sorumluluk,
- Belgelerin oluşturulması, düzenlenmesi ve saklanması ile ilgili sorumluluk,
- Hasta dosyaları arşivinin oluşturulmasıyla ilgili sorumluluk,
- Dokümantasyon hizmetlerinden en iyi şekilde yararlanmasıyla ilgili sorumluluk,
- Komiteler kurularak verilen bu hizmetin denetimiyle ilgili sorumluluk,
- E-dosya, e-sağlık hizmetleriyle ilgili bir sorumluluk olarak sınıflanabilir.

Bu sorumluluklardan herhangi birinin yerine getirilmemesi ve bir malpraktis olayının yaşanması durumunda hastane yöneticisinin organizasyon kusuruna gidilecektir.

1.4.3.2. Özel Hastane Yöneticisinin Personel Sorumluluğu

Olayda davacılar ölenin eşi, çocukları ve kardeşleri konumundaki kişilerdir. Ölenin şikâyetleri yaşamsal öneme sahip şikâyetler olmadığı gibi, ameliyatın yüksek risk içerdiği konusunda bir saptama da uzmanlarınca yapılmamıştır. Durum böyle iken ölümle sonuçlanması pek muhtemel olmayan bir ameliyat sonucunda ölüm gerçekleşmiş ve bu durum davacılar da büyük ölçüde elem ve ızdıraba sebebiyet vermiştir. Davacılar da uyandırılan güvene uygun bir dikkat ve özenin gösterilmesi halinde ölüm riskinin olmayacağı bir ameliyatta hastanın kaybının onun yakınlarında manevi yıkım oluşturması olağandır. Olayın meydana gelmesinde ameliyat sırasında zarar gören arteri zamanında fark edip onaramayan ameliyat ekip sorumlusu Dr. B. Y. in 4/8 oranında kusurlu bulunmuş, kalan 4/8 kusur oranı ise kötü tesadüf olarak nitelendirilmiştir. Bu sorumlulukta B. Y. ile birlikte diğer davalı şirkete ait hastanenin de adam kullanan ve işleten sıfatıyla müştereken ve müteselsilen sorumluluğunun bulunduğu açıktır. Zira, Özel Hastane işleteni, öncelikle tacir sıfatıyla basiretli bir tacir gibi davranması gereği yanında, yaptığı hizmetin yaşama hakkını yakından ilgilendiren kamusal nitelik taşıyan sağlık hizmeti olması nedeniyle de hastanın ve özel durumlarda yakınlarının zarar görmemesi için gerekli olan sadakat ve özeni göstermek durumundadır. Bu özen, başta doktor ve diğer yardımcı personeli seçme ve denetleme açısından yüksek oranda gösterilmeli, diğer şartların hazırlanmasında da aynı ilke unutulmamalıdır (Özel ve Leblebici, 2007).

Özel hastane yöneticisinin en önemli sorumluluklarından biri istihdam ettiği personeli özenle seçmek ve basiretli bir tacir gibi davranmaktır. Bu noktada eksikliğin olması organizasyon kusuru neticesinde yöneticinin sorumluluğunu gündeme getirecektir. Margeret tarafından 2001’de yapılan bir çalışmada, Amerikada

bu konuya dair “Kurumsal ihmal doktrini” geliştirildiği ifade edilmektedir. Bu doktrine göre hastaneler çalıştırdıkları tüm personelin mesleki ve özgeçmişini araştırmakla sorumlu olmaktadır. Bu anlamda hastane yöneticisinin sınırlı sorumluluğu genişletilmektedir. Buna göre ihmal neticesinde sorumlulukların paylaşılması da mümkün olmaktadır. Hastaneler ayrıca “Respondeat Superior” (istihdam edenin sorumluluğu) doktrini ile tüm çalışanların ihmalinden sorumlu olmaktadır (Günday, 2009).

1.4.3.3. Özel Hastane Yöneticisinin Koruyucu Önlem Alma Sorumluluğu

Ankara Özel bir hastanede tedavi gören İngiliz hastanın kanser tanısı almasının ardından öz bakımını yerine getirmemesi, az konuşması ve iletişime geçmek istememesi, iştahsızlık gibi hastalık belirtilerinin primer hekimi tarafından fark edilmesi üzerine psikiyatrik açıdan hastayı değerlendirmesi için psikiyatri hekiminden konsültasyon istenmiştir. Yapılan konsültasyon neticesinde hastaya majör depresyon tanısı konulmuş ve tedavisine başlanmıştır. Medikal tedavinin ikinci gününde hasta A.C. hastanenin 9.katta bulunan odasının penceresinden atlayarak intihar etmiştir. Hasta yakınlarının özel hastane hakkında açtığı davada mahkeme, hastane yöneticilerinin organizasyon kusuru işlediği, ihmal sonucu ölümüne sebebiyet verdiği kanaatine hükmetmiştir (Aydaş, 2014).

Hastanede hastanın boş tabakların hasta bakıcı tarafından mutfığa götürülmesini fırsat bilerek boş olan bir odaya girerek odada bulunan ve kullanılmayan televizyon anten kablosu vasıtasıyla intihar ettiği bir olayda; davalı hastane işleteni, olay yerinde bulundurmaması gereken televizyon anten kablosunun hasta tarafından ele geçirilmesine engel olmayarak, kendisini bağlayan emredici hukuk kurallarına aykırı davranmış, Hasta Hakları Yönetmeliği'nin 37. maddesinde öngörülen hastanın can güvenliğini sağlama görevini de ihmal etmiştir. Sonuç olarak, hastanenin sebep olunan zararı gidermesi gerektiğine hükmedilmiştir (Öztekin, 2019).

Yukarıdaki örnek olgularda görüldüğü gibi özel hastane yöneticisinin organizasyon sorumluluğu içerisinde hastaların -özellikle psikiyatri gibi risk taşıyan hastaların- yaşamsal durumlarını tehlikeye sokabilecek her türlü riski elimine etmesi gerekmektedir. Eksikliği bir organizasyon hatasıdır ve yöneticinin sorumluluğunu meydana getirmektedir.

1.4.3.4. Özel Hastane Yöneticisinin Teknik Araç ve Gereçlerin Kontrol ve Denetimini Sağlama Sorumluluğu

“Ameliyat için narkoz verilen ölenin, anestezi indüksiyonu sırasında oksijen yerine azot protoksit verilmesi neticesi meydana gelen hipoksemi ve gelişen komplikasyonlar sonucu öldüğü olayda, 10 ameliyathane ve 8 yoğun bakım ünitesi olan hastanede birden fazla anestezi uzmanı bulunması gerektiği, sanığın tek anestezi doktoru olarak görev yaptığı hastanede başhekimlik görevini de yapıyor olmasının, anestezi uzmanı eksikliğini daha da belirginleştirdiği, bu idari eksikliğin anestezi uzmanı olarak denetim ve uygulamalarda aksaklık yaratacağı, bu denetim eksikliğinin de cihazın hatalı montajına katkısı bulunduğunun belirtilmesi karşısında, hastanedeki teknik araç ve gereçlerin standartlara uygun şekilde hazır bulundurulması, personel üzerinde denetim sağlanması konusunda ihmal gösteren sanığın söz konusu organizasyon eksikliğinden kaynaklanan kusuru ile ölüm olayı arasında illiyet bağı bulunduğundan sanığın taksirle ölüme neden olma suçundan cezalandırılmasına karar verilmesi gerektiği “ (Kara, 2015)

Tıbbi cihazların kullanılmasına yönelik olarak da hastane yönetiminin sorumlulukları bulunmaktadır. Öncelikle bu cihazların uzman kişiler tarafından kullanılmasının sağlanması gerekmektedir. Aynı şekilde tıbbi cihazların fonksiyon göreceği vaziyette tutulması hastane yönetiminin organizasyon görevleri arasından bulunmaktadır. Aksi durumda hastane yönetimi sorumlu olacaktır. Tıbbi cihazların çalışmaması veya hatalı çalışması dolayısıyla bir hastanın zarara uğraması durumunda, hastane yönetiminin sorumluluğu gündeme gelmektedir.

Türkiye’de meydana gelen malpraktis olaylarında, verilen cezaların özel-kamu kıyaslaması yapıldığında özel hastanelerin oranı daha yüksek çıkmaktadır. Bunun öncelikli nedeni, kamu sağlık kurum ve kuruluşlarında meydana gelen malpraktis iddialarının büyük bir çoğunluğunun kurum içerisinde değerlendirilmesi üst mercilere yansımaması şeklinde yorumlanmaktadır. Özel hastaneler de ise HHY gereğince doğrudan üst mercilere iletilmektedir (Hızal, 2015). Aynı zamanda özel hastanelerin kullanıcılarının tercih ederek beklentiyle geldikleri kuruma karşı daha hassas oldukları, büyük özen bekledikleri ve en ufak kusurda dahi haklarını arama yoluna gittikleri görülmektedir.

Bir sağlık personelinin bir hastayı hukuka aykırı olarak yaralaması durumunda, hastane yöneticisinin kusurluluğu konusunda başvurulmuş bir karar bulunmaktadır. Bu durumda, yöneticinin personelin seçimi ve denetiminde özenli davranmadığı kabul edilir. Ancak işletici veya yönetici özenli davrandığını ortaya koyabildiği veya özenli davranıyorsa dahi aynı sonucun meydana geleceğini ispat edebildiği takdirde sorumluluktan kurtulmaktadır (Hakeri, 2012). Doktrinde yöneticinin;

- Konuyla ilgili mevzuata, yerleşmiş içtihat ve uygulamalara uymaması,
- Meslek ilke ve kurallarına ve hizmet gereklerine uymaması,
- Gerekli teşkilatı tam olarak kurmamış olması,
- Yeterli sayıda ve kalitede personeli istihdam etmemiş olması,
- Personelin gerekli eğitime sahip olmaması,
- Gerekli denetimlerin yeterince yapılmamış olması,

▪ Hizmeti yürüten personelin, gerekli özen ve dikkati göstermemesinin, hizmetin kötü işlediğine karar oluşturduğu kabul edilmektedir (Bozdağ, 2010). Bu durumda yöneticinin sorumluluktan kurtulması adına bu faktörlerde eksikliği olmadığını kanıtlaması gerekmektedir.

Sonuç olarak sağlık işi bir ekip işidir. Ekibin oluşturulmasından aralarında koordinasyonun sağlanması, yaptıkları hizmet sunumunun planlanmasından kontrol ve denetimine kadar tüm süreç de hastane yöneticilerinin sorumlulukları bulunmaktadır.



2. GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırmanın bu bölümünde araştırma desenine, çalışma grubuna, çalışmada kullanılan veri toplama aracına, verilerin toplanması ve analizine dair bilgilere yer verilmektedir.

2.1. Araştırmanın Deseni

Özel sağlık kuruluşlarında görev yapan hastane yöneticilerinin malpraktis olaylarındaki rollerinin incelenmesi amaçlanmaktadır. Bu genel amaç doğrultusunda aşağıdaki sorulara cevap aranacaktır;

- Hastane yöneticilerinin eğitsel ve mesleki arka planlarının sağlık yöneticiliği pratiklerine yansımaları nasıldır?
- Hastane yöneticilerinin malpraktis olaylarına dair görüşleri ve Türkiye’deki malpraktise ilişkin durum değerlendirmeleri nelerdir?
- Hastane yöneticilerinin malpraktis olaylarına dahil olma biçimleri ve önlenmesi konusundaki görüşleri nelerdir?

Bu çalışma ürünlerden ya da çıktılardan daha çok süreçle ilgilenen bir nitel araştırma olup durum çalışması olarak desenlenmiştir. *Nitel araştırmalar, gözlem, görüşme ve doküman analizi gibi nitel bilgi toplama yöntemlerinin kullanıldığı, algıların ve olayların doğal ortamda gerçekçi ve bütüncül bir biçimde ortaya konmasına yönelik nitel bir sürecin izlendiği araştırmalardır* (Yıldırım, 1999).

Çalışmada ele alınan durum ise, özel hastanelerde meydana gelen malpraktis olaylarında hastane yöneticilerinin rolleri ve dahil olma biçimleridir. Yin (2009) durum çalışmalarını çalışılan olgunun kendi bağlamı içerisinde kolayca ayırt edilemediği durumlarda, araştırmacının gerçek yaşam olaylarını anlamlı ve bütüncül

bir şekilde ortaya koymasını sağlayan bir yöntem olarak ifade etmektedir (Soylu, 2018). *Durum çalışmaları gerçekte ortamda neler olduğuna bakma, sistematik bir biçimde verileri toplama, analiz etme ve sonuçları ortaya koyma yoludur. Ortaya çıkan ürün ise, olayın niçin o şekilde olduğunun ve gelecek araştırmalar için daha detaylı olarak nelere odaklanmanın gerektiğinin keskin bir biçimde anlaşılmasıdır* (Davey, 1991).

Spesifik alan çalışmalarında güçlü konumların irdelenmesi ya da görünür kılınması da oldukça zor bir durumdur. Araştırma alanının bu özelliklerinden kaynaklı olarak araştırmacının “eş zamanlı olaylar” üzerindeki kontrolünün az olduğu ya da değişkenlerin durumun içine iyice gömüldüğü ve belirlenemediği durumlarda, durum çalışması en iyi seçim gibi durmaktadır (Merriam, 2013). Çalışmanın özel hastanelerle sınırlandırılmasının nedeni bu noktada görünür olmaktadır. Özel hastane yöneticilerinin malpraktis olaylarının meydana gelmesi durumunda ne gibi rollerinin olduğunun belirlenmesi, bu çerçevede detaylı olarak incelenen boyutları oluşturmaktadır. Özel hastane yöneticileri ile sınırlandırılan bu çalışmada, bireylerin günlük yaşamlarının, almış oldukları eğitimlerin, deneyimlerinin, yöneticiliğe bakış açılarının ve malpraktis olgularına dair bilgi ve yaklaşımlarının, profesyonel hastane yöneticiliği ve malpraktis olgularının azaltılması süreçlerine olacak katkılarının, tüm boyutlarıyla detaylı bir biçimde ele alınarak incelenmesi araştırmacının durum çalışması olarak desenlenmesini gerektirmiştir.

2.2. Çalışma Grubu

Nitel araştırmalarda, nicel araştırmalarda olduğu gibi verilerle sayısallaştırma kaygısı güdülmemektedir. Dolayısıyla istatistiksel hesaplamalara dayalı bir örneklem belirleme biçimi söz konusu olmamaktadır. Bu araştırmada olasılıksız örnekleme yöntemlerinden kartopu tekniği kullanılmıştır (Patton, 2014). Kartopu örnekleme yönteminde örneklem oluşturma süreci araştırmacının yapılacağı bireylerden birine ulaşarak başlamaktadır. Bu katılımcıyla yapılan görüşme sonunda o katılımcının

önerdiği diğer bireylere, o bireylerle görüşme sonrası da onların önerdiği diğer bireylere ulaşılmaktadır. Böylece katılımcı sayısı artarak süreç devam etmektedir. Bu çalışmada da veri toplama süreci ilk görüşme sonrasında şekillenerek devam etmiştir.

Araştırmada çalışma grubu olarak özel hastanelerdeki yöneticiler seçilmiştir. Bu tercihe yönlendiren faktörlerden biri, kamu hastanelerinin yönetim yapılanmasının değişmiş olmasıdır. Aynı zamanda kamu hastanelerinde bürokratik süreçlerin özele göre daha uzun sürmesi tercihte etkili olmuştur. Bir diğer faktör ise, çalışmanın nitel bir durum çalışması olmasıdır. Kamu gibi büyük bir örneklem grubuyla nitel çalışma yapmanın, verilerin analiz edilmesi aşamasında karmaşıklığa sebep olabileceği düşünülmüştür. Bu faktörler göz önüne alındığında özel hastanelerle çalışma yapılması tercih edilmiştir.

Bu çerçevede, TÜİK tarafından paylaşılan 2017 Hastane ve Yatakların İllere Göre Dağılımı verisi içerisinde, Ankara’da ki 37 kurum arasından beş hastaneye ulaşılmıştır. İyi bir nitel araştırmanın ölçütlerinden biri, çeşitli veri kaynaklarından yararlanılarak derinlemesine bir anlayış sunmaktır (Cresswell, 2015). Bu nedenle veri kaynağı çeşitlemesi yoluna gidilmiş ve niteliksel özelliklerine göre iki farklı yönetici grubuyla çalışma gerçekleştirilmiştir. Birinci grup; hekim kökenli olmayan idari yöneticilerden oluşurken, (genel müdür-koordinatör vb.) ikinci grup; hekim kökenli olan medikal yöneticilerden (mesul müdür-başhekim) meydana gelmektedir. Belirli kriterlere göre seçilen beş hastaneden, görüşme yapmayı kabul eden tıp kökenli olanlar ve sağlık yönetimi-işletme kökenli olanlar şeklinde iki farklı yönetici grubuyla, toplamda 10 yöneticiyle görüşme yapılmıştır.

Hiyerarşi basamaklarına erişim nitel araştırmaların sınırlılıkları arasında kabul edilmektedir. Çalışma alanı olarak, insan yaşamına dokunan hassas dengelerin gözetildiği özel hastaneler söz konusu olduğunda, hastanelerin içine girip, bu karmaşık sisteme şekil veren yöneticilerle araştırma yapmak da bu zorluk kapsamına girmektedir. Referanslar üzerinden ulaşılan ve katılıma gönüllü olan yöneticilerle görüşmeler gerçekleştirilmiştir.

2.3. Veri Toplama Araçları

Nitel araştırma türünde araştırmacıların çoğunlukla tercih ettiği veri toplama yöntemi görüşmedir. Araştırma verileri; yüz yüze gerçekleştirilen nitel görüşmelerle elde edilmiştir. Nitel görüşmeler genellikle derinlemesine ve yarı yapılandırılmış biçimde gerçekleştirilir (Fraenkel ve Wallen, 2006). Bu çerçevede doğrultusunda çalışmada veri toplama aracı olarak literatür taraması ve uzman görüşleri doğrultusunda son şekli verilen, yarı yapılandırılmış görüşme formu kullanılmıştır. Yarı yapılandırılmış görüşmelerin sahip olduğu belli düzeydeki standartlığı ve esnekliği, yazmaya ve doldurmaya dayalı testler ve anketlerdeki sınırlılığı ortadan kaldırması ve belirli bir konuda derinlemesine bilgi edinmeye yardımcı olması bu görüşme tekniğinin seçiminde etkili olmuştur.

Yöneticilerle yapılan görüşmelerde veri toplama aracı olarak kullanılan “Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu’nda (EK-3) yer alan soruların oluşturulmasında profesyonel hastane yöneticiliği ve malpraktis konularını içeren ilgili literatür temel alınmıştır. Araştırma paradigması gereği literatür taraması ve araştırmanın alt amaçları çerçevesinde 20 soruluk bir madde havuzu oluşturulmuş ve uzman görüşüne sunulmuştur. Uzman görüşü alınıp gerekli düzenlemeler yapıldıktan sonra çalışma grubunun belirlenmesinde temel alınan özellikler çerçevesinde, Ankara dışındaki bir ilde seçilen özel bir hastanede, çalışma grubunda belirlenen farklı yönetici profillerine uygun 2 yönetici ile pilot uygulama yapılmış ve bu görüşmeler sonucunda forma son hali verilmiştir. Son şekliyle katılımcılara, 3 konu dağılımının yapıldığı toplam 20 soru yöneltilmiştir. Birinci bölümde, temel kişisel bilgilerin edinilmesine olanak sağlayan sorularla birlikte profesyonel hastane yöneticiliğine yönelik sorular bulunmaktadır. İkinci bölümde hastane yöneticilerine malpraktis konusuna dair bilgilerini ve yaklaşımlarını sorgulayan sorular yöneltilmiştir. Son bölümde ise hastane yöneticileri olarak malpraktis olgularının önlenmesi, azaltılması konusunda ne gibi rollerinin olduğunu, neler yapabileceklerini ifade edecekleri sorular sorulmuş ve gerekli mercilere iletmek isteyecekleri mesajlar alınmıştır.

2.4. Veri Toplama Süreci

Verilerin elde edilmesi için Ankara Üniversitesi Etik Kurulu'ndan gerekli izin alınmıştır (EK-1). Yöneticilerle görüşmeler 2018/2019 dönemleri arasında gerçekleştirilmiştir. Çalışma grubunun belirlenmesinde temel alınan ölçütleri taşıyan ve araştırmacının ulaşabildiği yöneticiler ile telefon ya da aracı kişiler üzerinden randevu talep edilmiş ve kabul eden kişilerle görüşmeler gerçekleştirilmiştir. Bu kişilere görüşme öncesinde Aydınlatılmış Onam Formu sunularak (EK-2) çalışmanın kapsamı hakkında kısaca bilgilendirme yapılmıştır. Araştırma sürecinde ve sonrasında katılımcı isminin ve görev yapılan kurumun isminin gizli kalacağına, araştırmaya katılımcı olmaktan istedikleri zaman vazgeçebileceklerine dair teminat verilmiştir. Bunların sonucunda bu bilgilendirmeler doğrultusunda araştırmaya katılmayı kabul ettiklerine ilişkin kendilerinden onam alınmıştır.

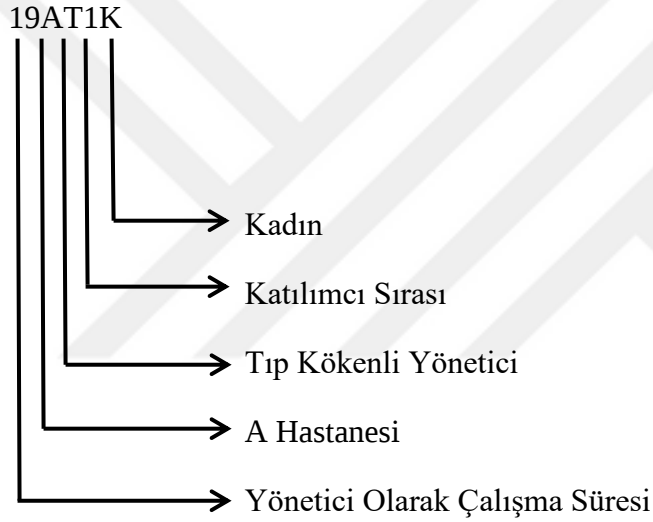
Nitel çalışmalarda birincil veri toplama ve analiz aracı, araştırmacının kendisidir (Merriam, 2013). Bu çalışmada da bütün görüşmeler araştırmacı tarafından gerçekleştirilmiştir. Görüşmelerde veri toplamada not alma tekniği ile birlikte ses kayıt cihazının da kullanılacağı görüşme öncesinde katılımcılara bildirilmiştir. Kendilerine bu kayıtların yalnızca araştırma için kullanılacağı belirtilip, onayları alındıktan sonra ses kayıt cihazı devreye sokulmuştur. Görüşmeler katılımcıların kendilerine uygun saatlerde çoğunlukla hafta içi olmak üzere gerçekleşmiştir.

Görüşmeler toplamda ortalama 20' ile 30' (dakika) arasında sürmüştür. Katılımcılara kendilerini rahat hissettikleri doğal yanıtlar verecekleri uygun atmosfer oluşturulmuş, kendi görev alanları olan hastanelerde görüşmeler gerçekleştirilmiştir. Görüşmelerin hepsinde katılımcıların çalışmaya gönüllülüğü ve destekleyici tutumları görüşmelerin niteliğine de yansımıştır.

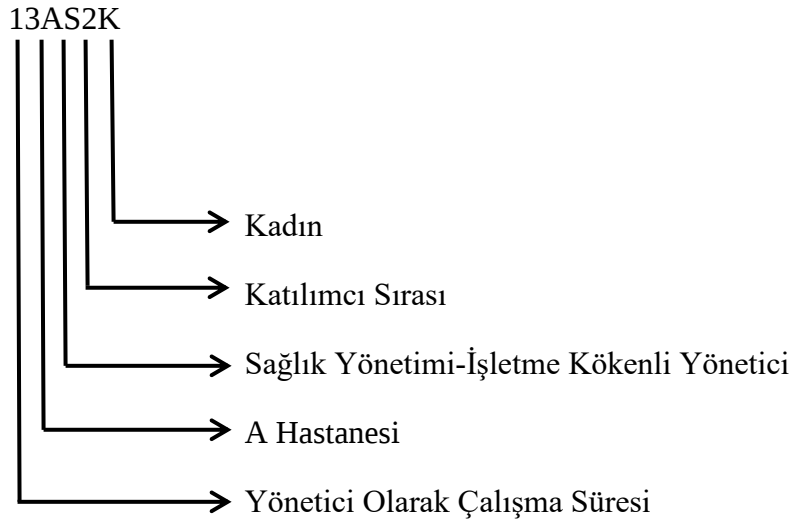
2.5. Verilerin Analizi

Nitel araştırmada öncelikli veriler görüşmelerden elde edilen ifadelerdir. Katılımcılardan elde edilen 4 saat 6 dakikalık ses kaydı bilgisayar ortamında deşifre edilmiş ve metin dosyası haline getirilmiştir. Her bir görüşmeciye, görüşme sırasına göre K1, K2.... şeklinde kodlar verilerek özel bilgilerin gizliliği sağlanmıştır. Sonrasında bu kodlar aşağıdaki örneklerde gösterildiği gibi her katılımcının kişisel ve mesleki bilgisine göre özelleştirilmiştir.

K1



K2



Verilerin analizinde tümden gelimci yaklaşım benimsenmiştir. Analiz sürecindeki ilk aşamada yarı-yapılandırılmış yönetici formundaki sorular araştırmanın alt amaçları altında temalara ayrıştırılmıştır. Sorularının sırası ve içeriği esas alınarak, her soruya ait cevaplar katılımcıların verdikleri cevaplardan kesilip ayrı ayrı üç tema altında word belgelerinde alt alta yığılmıştır. Daha sonra her bir ana bölümdeki veriler tekrar tekrar okunarak kategoriler oluşturulmuş; oluşturulan kategorilerden hareketle alt kategorilere ulaşılmıştır. Tüm bu kategoriler çalışmanın kuramsal temelleri çerçevesinde analiz edilerek, yorumlanmıştır. Araştırmaya ait temaları ve kategorileri içeren, içerik analizine ait veri seti şekil 2.1.'de gösterilmektedir.

HASTANE YÖNETİCİLERİNİN EğİTSEL VE MESLEKİ ARKA PLANLARININ SAğLIK YöNETİCİLİğİ PRATİKLERİNE YANSIMALARI	
T E M A L A R V E K A T E G O R İ L E R	KİşİSEL YAşAMA İLİşKİN PRATİKLER ▪ Devamlılık ▪ Aile ve Hobiler
	EğİTİM PRATİKLERİ ▪ Tıp Kökenli Yönetici ▪ Sağlık Yönetimi-İşletme Kökenli Yönetici
	MESLEKİ YAşAMA İLİşKİN PRATİKLER ▪ Görev Tanımı Kapsamındaki Sorumluluklar ▪ Görev Tanımı Dışındaki Sorumluluklar ▪ Yaşanan Zorluklar ▪ Zorlukların �stesinden Gelme Biçimleri
	YÖNETİCİLİK YAPILAN KURUMA İLİşKİN DEğERLENDİRMELER ▪ Ortak Tanıtım Dili ▪ Hastane Segmentasyonu
	EğİTSEL VE MESLEKİ ARKA PLANLARINA GÖRE PROFESYONEL YöNETİCİLİğE BAKIş AÇILARI ▪ Bölünmüş Yöneticilik ▪ Hekim Yönetici

**HASTANE YÖNETİCİLERİNİN MALPRAKTİS OLAYLARINA DAİR
GÖRÜŞLERİ VE TÜRKİYE’DEKİ MALPRAKTİSE İLİŞKİN DURUM
DEĞERLENDİRMELERİ**

MALPRAKTİS KAVRAMINA İLİŞKİN TANIMLAMALAR

MALPRAKTİSİN TÜRKİYE’DEKİ MEVCUT DURUMU

- Malpraktisin Türkiye’deki Boyutu
- Türkiye’de Malpraktisin Ortaya Çıkmasında ve Son Zamanlarda Artış Göstermesinde Etkili Olan Nedenler
- Malpraktisin Türkiye’deki Yasal Çerçevesi
- Malpraktisin Sağlık Sistemine Yansımaları

**HASTANE YÖNETİCİLERİNİN MALPRAKTİS OLAYLARINA DAHİL OLMA
BİÇİMLERİ VE ÖNLENMESİ KONUSUNDAKİ GÖRÜŞLERİ**

HASTANE YÖNETİCİLERİ BAKIŞ AÇISIYLA MALPRAKTİS SÜRECİ

**HASTANE YÖNETİCİLERİNİN MALPRAKTİS OLAYLARININ
ÖNLENMESİ ADINA NELER YAPABİLECEKLERİNE DAİR GÖRÜŞLERİ**

**HASTANE YÖNETİCİLERİNİN MALPRAKTİS OLAYLARININ
ÖNLENMESİ ADINA SAĞLIK SİSTEMİ BELİRLEYİCİLERİNİN NELER
YAPABİLECEKLERİNE DAİR GÖRÜŞLERİ**

Şekil 2.1. Analiz sonucunda ulaşılan temalar ve kategoriler.

Tüm çalışma sonucunda elde edilen veriler, literatür çerçevesinde yorumlanmış ve desteklenmiştir.

3. BULGULAR

3.1. Hastane Yöneticilerinin Eğitsel ve Mesleki Arka Planlarının Sağlık Yöneticiliği Pratiklerine Yansımaları

Katılımcılara, her gün şekillendirip organize ettikleri hastane sistemi dışında başka bir ifadeyle yönetici kimliklerinin dışında nasıl bir hayat sürdürdüklerine, bu kimliği edinirken ne gibi eğitim süreçlerinden geçtikleri ve mesleki deneyimlerinin olduğuna, bu kimlik altında gerçekleştirdikleri günlük pratiklerine, zorlandıkları alanlara, üstesinden nasıl geldiklerine ve profesyonel yöneticiliğe bakış açılarına ilişkin sorular yöneltilmiştir. Elde edilen bulgular “*Kişisel Yaşama İlişkin Pratikler, Eğitim Pratikleri, Mesleki Yaşama İlişkin Pratikler, Yöneticilik Yapılan Kuruma İlişkin Değerlendirmeler, Eğitsel ve Mesleki Arka Planlarına Göre Profesyonel Yöneticiliğe Bakış Açıları*” şeklinde beş kategori altında toplanmıştır. Bu kategoriler kısaca şu şekilde açıklanabilir;

Kişisel Yaşama İlişkin Pratikler kategorisi altında katılımcılara; günlerinin büyük bir bölümünü kaplayan iş yaşamları dışında nasıl bir hayat sürdürdüklerine dair sorular sorulmuştur. Buna göre sorunun odağında, bu yoğun sistemin içinden çıktıklarında kişisel alanlarına işle ilgili yansımalarının olup olmadığı, oluyorsa nasıl bir yansımanın olduğu noktası bulunmaktadır. Odaklanılan bir diğer konu, büyük bir sistemi organize etmenin yükü ve stresiyle baş etmede ne gibi mekanizmalar geliştirdiklerine ilişkindir. Odaklanılan bu noktalar *Devamlılık, Aile ve Hobiler* olmak üzere iki alt kategoride toplanmıştır.

Eğitim Pratikleri kategorisi altında, iki farklı ekolden gelen yönetici tiplerinin, hangi alanlarda farklılaştıkları, eğitsel geçmişlerinin hangi avantajları sağladığı konularına odaklanılmıştır. Bu odak üzerinden katılımcı yaklaşımları “*Tıp Kökenli Yönetici, Sağlık Yönetimi-İşletme Kökenli Yönetici*” olmak üzere iki alt kategoride ele alınmıştır.

Mesleki Yaşama İlişkin Pratikler kategorisi çerçevesinde katılımcıların günlerinin büyük bölümünü kaplayan iş akışları içerisinde nasıl bir süreç deneyimledikleri, görev tanımları gereği gerçekleştirmeleri gereken sorumlulukları, üstelendikleri roller, zorlandıkları alanlar, görev tanımı dışına çıkıp çıkmadıkları, çıkıyorlarsa hangi alanlara destek oldukları yorumlanmıştır. Bu odak noktaları doğrultusunda; *'Görev Tanımı Kapsamındaki Sorumluluklar, Görev Tanımı Dışındaki Sorumluluklar, Yaşanan Zorluklar, Zorlukların Üstesinden Gelme Biçimleri'* şeklinde alt kategoriler oluşturulmuştur.

Yöneticilik Yapılan Kuruma İlişkin Değerlendirmeler kategorisi altında katılımcılara, görev yaptıkları kurumları diğer kişilere nasıl tanımladıkları ve hastanelerinin hasta yoğunluğu-büyüklik-iş süreci gibi parametrelerde hangi segmentte olduğunu düşündüklerine odaklanılan sorular yöneltilmiştir. Katılımcı anlatılarından, her hastanenin farklı ekoldeki yöneticilerinin bu kategoride buluştukları, ortak bir dil edindikleri anlaşılmıştır. Bu bulgulara göre *"Ortak Tanıtım Dili ve Hastane Segmentasyonu"* başlıkları altında katılımcı görüşleri yorumlanmıştır.

Eğitsel ve Mesleki Arka Planlarına Göre Profesyonel Yöneticiliğe Bakış Açıları kategorisi altında katılımcılara, sağlık sistemi içerisinde en çok tartışılan konulardan biri olan hastaneleri kimlerin yönetmesi gerektiğine ilişkin sorular yöneltilmiştir. Yöneltilen sorularda iki temel nokta üzerinde odaklanılmıştır. Birinci nokta; iki ayrı ekolden gelen katılımcı grubu arasında bakış açıları olarak bir fark olup olmadığıdır. İkinci odak notası ise; hastane yönetim eğitimi almış profesyonel anlayışa sahip yöneticilere mi bırakılmalı yoksa medikal geçmişe sahip yöneticinin idaresinin yeterli olduğu mu konusudur. Katılımcı anlatılarından odaklanılan bu iki nokta çerçevesinde; *"Bölünmüş Yöneticilik ve Hekim Yönetici"* şeklinde iki farklı alt kategori elde edilmiştir. *Bölünmüş Yöneticilik* de hastanelerin tek mekanizma tarafından değil hem tıbbi hem de idari ekollerin birlikte yönetilmesi sonucuna ulaşılırken, her iki alan için de Sağlık Yönetimi eğitiminin önemli olduğu anlaşılmıştır. *Hekim Yönetici* alt kategorisinde hastaneleri mutlaka tıp kökenli

kişilerin yönetmesi gerektiği bu görüşü de hekim yöneticilerin ileri sürdüğü görülmektedir.

3.1.1. Kişisel Yaşama İlişkin Pratikler

Katılımcılar, idare ettikleri bu büyük sistem dışında nasıl bir hayat sürdürdüklerine ilişki anlatılarında; hastane yöneticiliğinin aslında arka planda sürekli devam ettiğini belirtmektedirler. Bununla birlikte yanında sürdürmeye çalıştıkları özel hayatlarına ilişkin olarak, iş yoğunluklarını ve streslerini aileleri ya da hobileriyle atmaya çalıştıklarını ifade etmişlerdir. Bu bulgulara göre *Kişisel Yaşama İlişkin Pratikler teması altında; “Devamlılık – Aile ve Hobiler”* olmak üzere iki alt kategori ortaya çıkmıştır.

3.1.1.1. Devamlılık

Araştırma bulguları hastane yöneticiliğinin, katılımcıların kişisel alanlarında da arka planda devam ettiğini göstermektedir. Sağlık ve hastanecilik sektörünün kendine has spesifik bir alan özelliği taşıması ve mesai kavramının olmaması nedeniyle, katılımcıların iş yönetimlerinin özel vakitlerinden ödün vererek, kişisel alanlarında da devam ettiği sonucuna ulaştırmaktadır. Katılımcılar iş alanlarında da, kişisel alanlarında da mesleklerinin vakitlerinin büyük bölümünü aldığını belirtmektedirler.

19AT1K: *Hastane yöneticiliği 24 saat çalışmayı gerektiren bir meslek.*

13AS2K: *İş hayatımız çok büyük vaktimizi alıyor.*

7AT6E: *Sistemsizlik üzerine karmaşık bir sistem var aslında, tüm hastanecilik sektöründe böyle. Normal şartlarda ki özel sektör çalışanları gibi çalışmıyoruz. Nedeni de hastanelerin 24 saat çalışan yerler olması.*

Telefonumuz 24 saat açık. Ne kadar idari anlamda görev yapıyor olsak da hekimler kadar bizler de elimiz telefonda yaşamımıza devam ediyoruz mesai sonrasında. Günümüzü, zamanımızı bazen yönetemiyoruz, zaman yönetimimiz çok zayıf oluyor.

13AT7K: *Hastane dışında bir hayat çok olamıyor, olamaz. Çünkü aşağı yuları 11 12 saatimiz hastanede geçiyor, bu yoğunlukta bir - iki saat kendimize ayırabiliyoruz. Yorucu ve zaman alıcı bir iş aslında hastane yöneticiliği.*

Katılımcılardan elde edilen bulgulara göre; sosyalleştikleri alanlarda da işten yansımalar olduğu anlaşılmaktadır. Katılımcılar okuma tercihlerinde yöneldikleri alanın, sosyalleştikleri ortamlarda konuşulan konu başlıklarının, iş çerçevesinde devam ettiğini belirtmektedirler.

19AT1K: *Kitap okumaya çalışıyorum, son zamanlarda ağırlıklı okuduğum kitaplarda meslek hayatımla ilgili konular ve makaleler, kendimi geliştirebilmek adına. Çünkü bu mesleğin tehlikelerinden biri bu pozisyonlara geldikten sonra oldum duygusu. Çok tehlikeli görüyorum bunu çünkü hiçbir şekilde tamamlanmıyor, bitmiyor, üzerine sürekli koymamız gerekiyor.*

7AT6E: *Ailemizle de arkadaşlarımızla da sosyal sohbetler yerine iş sohbetleri yapıyoruz bir süre sonra.*

3.1.1.2. Aile ve Hobiler

Araştırma bulguları katılımcıların yoğun ve yorucu iş temposundan kalan sınırlı zamanlarını aileleriyle değerlendirmeye çalıştıklarını göstermektedir. Çeşitli etkinlikler ve sosyal alanlar yaratarak hem aradaki dengeyi kurmaya çalışmaktalar hem de bu tempodan kaynaklı streslerine ilişkin telafi mekanizmaları oluşturmaktadırlar.

19AT1K: Mümkiin olduğu kadar boş vakitlerimi aileme ayırmaya çalışıyorum. İki kızım var onlarla ve arkadaşlarımla birlikte olmaya çalışıyorum

13AS2K: İş hayatım dışında evliyim, bir çocuğum var ailemle vakit geçiriyorum. Yoğun bir şekilde spor yapıyorum. Gezmeyi çok seviyoruz, ailece geziler planlıyoruz, programlıyoruz. Hobi olarak kanaviçe yapıyorum. Ailece okuma saatlerimiz var, bol bol kitap okuyoruz

18AT3E: Hastane yöneticiliği dışında bir ailem var, bir kızım var. Sosyal bir yaşantımız oluyor; arkadaşlarımız, aile dostlarımızla. Düzenli spor yapmaya özen gösteriyorum. Zaman zaman squash oynuyorum, masa tenisi oynamaya çalışıyorum, bol yürüyüş yapıyorum. Böylece günün stresini bu şekilde atmaya çalışıyorum.

3AT4K: Evliyim, bir çocuk sahibiyim. Kitap okumayı, yeni şeyler araştırmayı, denemeyi, seyahat etmeyi çok severim. İşle ev arasında gidip gelme şeklinde olduğu için sürecim başka çok şeye vakit ayıramıyorum.

20AS5E: Evliyim, iki çocuğum var. Kendiyle barışık, huzurlu bir insanım. Ev yaşantısına önem veririm. Aynı zamanda, çok yakın dostlarım var onlarla zaman geçiririm. Stresli olan bu işimi, hastane dışındaki yaşantıma yansıtmamaya çalışıyorum.

7AT6E: bir kızım var eşimle ve onunla vakit geçirmeye çalışıyorum, arta kalan zamanlarımda

17AS8K: Hastanede insan hayatı gibi yoğun bir durumla karşı karşıya kalıyoruz her gün ve yaşadığımız bu yoğunluğu dışındaki hayatımıza yansıtmamaya çalışıyoruz. Hastane dışındaki hayatıma devam ederken hep

yeni bir sayfa açıyorum. Küçük bir çocuğum var onunla ilgileniyorum çoğunlukla.

3.1.2. Eğitim Pratikleri

Katılımcıların eğitsel ve mesleki pratiklerine ilişkin bilgiler Çizelge 3.1.'de gösterilmektedir. Beş hastaneden iki farklı yönetici ile görüşme yapılan çalışmada katılımcıların kurumlarında hangi görev tanımları altında isimlendirildiği ve yönetsel görev sürelerine ait bilgilere yer verilmiştir.

Çizelge 3.1. Araştırmaya katılan katılımcıların eğitim ve mesleki pratiklerine ilişkin bilgiler.

KATILIMCI	HASTANE	EĞİTİM GEÇMİŞİ	GÖREV TANIMI	TOPLAM ÇALIŞMA SÜRESİ	HASTANE YÖNETİCİSİ OLARAK ÇALIŞMA SÜRESİ
19AT1K	A HASTANESİ	Tıp Fakültesi	Genel Müdür	27 Yıl	19 Yıl
13AS2K	A HASTANESİ	Sağlık Yönetimi	Uluslararası İlişkiler Koordinatörü	16 Yıl	13 Yıl
18AT3E	B HASTANESİ	Tıp Fakültesi	Başhekim Yardımcısı	28 Yıl	18 Yıl
3AT4K	B HASTANESİ	Sağlık Yönetimi	Ayaktan Hasta Hizmetleri Ekip Lideri	3 Yıl 8Ay	3 Yıl
20AS5E	C HASTANESİ	Tıp Fakültesi	Başhekim-Direktör Yardımcısı	27 Yıl	20 Yıl
7AT6E	C HASTANESİ	İşletme	Hasta Hizmetleri Müdürü	12 Yıl	7 Yıl
13AT7K	D HASTANESİ	Tıp	Başhekim	35 Yıl	13 Yıl
17AS8K	D HASTANESİ	İşletme	Ayaktan Hasta Hizmetleri Sorumlusu	17 Yıl	17 Yıl
16AT9E	E HASTANESİ	Tıp	Başhekim Yardımcısı	27 Yıl	16 Yıl
15AT10K	E HASTANESİ	İşletme	Genel Müdür Yardımcısı	21 Yıl	15 Yıl

Eğitim pratikleri kategorisi altında katılımcıların eğitsel geçmişlerine ilişkin yorumlamalar yer almaktadır. Çizelge 3.1. incelendiğinde, araştırma kapsamında beş özel hastaneyle görüşme yapıldığı görülmektedir. Her hastaneden, farklı eğitim ekollerinden gelen iki tip yöneticiyle görüşmeler yapılmıştır. Katılımcılardan beşi tıp kökenli yönetici iken, diğer beşi sağlık yönetimi-işletme kökenli yöneticidir. Tıp kökenli yöneticilerin dördü başhekim/başhekim yardımcısı görev tanımı kapsamında

bulunurken biri genel müdür olarak görev yapmaktadır. Sağlık yönetimi-işletme kökenli yöneticilerde, üçü hasta hizmetleri alanında bulunurken, biri uluslararası hasta bölümünde, bir diğeri genel müdür yardımcılığı görevinde yer almaktadır. Katılımcıların, yönetici olmadan önceki iş süreçleri de dahil olmak üzere toplam çalışma sürelerine ait verilerine baktığımızda; 0-10 yıl aralığında bir yönetici, 10-20 yıl aralığında üç yönetici, 20-30 yıl aralığında beş yönetici, 30-40 yıl aralığında bir yönetici olduğu görülmektedir. Katılımcıların yönetici olarak çalışma sürelerine baktığımızda; 0-10 yıl aralığında iki yönetici, 10-20 yıl aralığında yedi yönetici, 20-30 yıl aralığında bir yönetici olduğu görülmektedir

Burada odak noktasında, iki farklı eğitim ekolünden gelen yöneticilerin almış oldukları eğitimler çerçevesinde, hastane yöneticiliği konusunda hangi alanlarda farklılaştıkları, yöneticilik görevlerini yerine getirirken eğitsel alanlarının sağladığı avantajların neler olduğu konuları bulunmaktadır. Odaklanılan bu noktalar “*Tıp Kökenli Yönetici ve Sağlık Yönetimi-İşletme Kökenli Yönetici* şeklinde iki alt kategoride yorumlanmıştır.

3.1.2.1. Tıp Kökenli Yönetici

Tıp kökenli olan yöneticilerin anlatılarından, uzun yıllar boyunca hekimlik mesleğini icra etmedikleri sağlığın farklı alanlarına yöneldikleri anlaşılmıştır. Bu konudaki bazı katılımcı görüşleri şu şekildedir;

19AT1K: 1991 Tıp Fakültesi mezunuyum. Yedi yıllık üniversite tecrübem var. Temel Bilimler’de ihtisas yaptım. İhtisas sonrası iki buçuk yıllık uzmanlık tecrübem var. Sonrasında yön değiştirip sağlık işletmeciliğine kaydım. 18 yıldır da sağlık yöneticiliği yapıyorum.

18AT3E: 1991 yılında Tıp Fakültesi’nden mezun oldum. Daha sonra Sağlık Ocağı Hekimliği yaptım. İl Sağlık Müdürlüğü Yardımcılığı görevi,

bakanlıkta Şube Müdürlüğü, Daire Başkanlığı sonrasında devletten istifa ettim. Özel sektörde Hastane Kalite Yönetim Müdürü olarak başladım.

16AT9E: *Tıp Fakültesini bitirdikten sonra, İmmunoloji de master üç sene, Phd bir buçuk sene olmak üzere dört, beş sene alanda oldum. Sonrasında özel sektörde ilaç endüstrisine geçtim. 2016'ya kadar altı farklı ilaç şirketinde çalıştım.*

Tıp kökenli yöneticilerden bazılarının, eğitsel anlamda tıbbi geçmişlerinin yanında icra ettikleri sağlık yöneticiliği alanına dair de kendilerini geliştirdikleri ve bu konuyu önemsedikleri anlaşılmaktadır. Katılımcıların tıbbi kimliklerinden sıyrılıp yöneticilik alanında ki hedeflerine ulaşabilmeleri ve sağlık yöneticiliğini daha profesyonel anlamda yapabilmeleri için sağlık yönetimi eğitimi aldıkları anlaşılmıştır. Bu konudaki bazı katılımcı görüşleri şu şekildedir;

18AT3E: *Açık öğretimde Sağlık Kurumları İşletmeciliği'ni tamamladım. Halk Sağlığı'nda yüksek lisansımı bitirdim. Bunların hepsini yaparken de sağlık yöneticiliğiyle ilgili önümüzdeki süreçte kendime belirlemiş olduğum hedeflerime faydası olması amacıyla böyle bir çalışma yaptım.*

13AT7K: *Yöneticiliğimi daha profesyonel olarak yapmak istediğim için yüksek lisans olarak Sağlık Kurumları İşletmeciliği programını bitirdim. Sağlık Kurumları İşletmeciliği yüksek lisans programını tamamladım.*

Tıp kökenli yöneticiler, eğitsel geçmişlerinin kendilerine avantaj sağladığını belirtmişlerdir. Sağlık alanında yürütülen işin, ana dişlisinin hekimler olması nedeniyle meslektaş olmalarının ve hekimlerle aynı dili konuşabilmenin ayrıcalığını her zaman yaşadıklarını ifade etmişlerdir. Bu konudaki bazı katılımcı görüşleri şu şekildedir;

19AT1K: Ben bir hekim yöneticiyim bu hep tartışılır dünyada da; hekim mi sağlık işletmesini yönetmeli yoksa işletmeci mi diye? Bence sistemde her ikisinin de bulunması gerekir. Ama hekim olarak yöneticiliğe soyunmanın çok büyük avantajı var. Sağlık işletmesinin temel işini hekimler yaptığı için anlayabildiğiniz bir grup oluyor. Onların hissiyatını ve iş yapış şekillerini anlayabilmeniz için yaşamış olmanız gerekiyor. Doğru iletişim aynı meslek grubundan olunca çok daha iyi ve rahat oluyor. Ama tıp eğitimi biraz matematiksel-analitik bakışı öldürüyor maalesef. Biraz onla ilgili sıkıntı oluyor. Tıp eğitimi üzerine işletme eğitimi alınırsa çok büyük katma değeri olur. Çünkü işletmeciler üzerine tıp okuyamıyor öyle bir sıkıntı var. Diğerinin daha yapılabilir ve daha mantıklı bir seçim olduğunu düşünüyorum.

20AS5E: Hekimlik eğitimimin yaptığım işte katkısı çok büyük.

16AT9E: Görev tanımım yöneticilik alanında ama biz sağlık sektöründe yönetici olduğumuz ve hekimlere dokunduğumuz için onların dilinden konuşabilmek adına meslektaş olmamız çok avantaj.

3.1.2.2. Sağlık Yönetimi-İşletme Kökenli Yönetici

Eğitim geçmişi olarak sağlık yönetimi ya da işletme alanından gelen yöneticilerin, araştırma bulgularına bakıldığında, iş yaşamlarında görev aldıkları alanla birebir uyumlu eğitim geçmişine sahip oldukları ve de yükseköğrenimlerini de yine aynı alanda yürüttükleri anlaşılmaktadır. Bu konudaki bazı katılımcı görüşleri şu şekildedir;

13AS2K: 2002 Sağlık Yönetimi Bölümü mezunuyum. 2010 yılında aynı alanda yüksek lisansımı bitirdim.

3AT4K: Sağlık Yönetimi 2015 mezunuyum

7AT6E: İşletme mezunuyum

15AT10K: *Lisans olarak işletme mezunuyum, yüksek lisansımı yönetim organizasyon üzerine yaptım.*

Sağlık yönetimi-işletme alanlarından gelen yöneticiler, yönetim bilimine dair donanımlı oldukları için, hekim yöneticilerden farklı olarak; bildikleri bir havuzda yüzdüklerini ifade etmektedirler. Almış oldukları eğitimlerde yönetsel bakış açısına, süreci-sistemi yönetme ve şekillendirme tekniklerine aşina olduklarını vurgulamaktadırlar. Bu konudaki bazı katılımcı görüşleri şu şekildedir;

3AT4K: *Birebir uyumlu, aldığım eğitimden yola çıkarak sorunları çözmeye çalışıyorum. Tecrübe de evet önemli ama doğru şekilde sorunları çözümlmek için bu alanın eğitimini almış olmak gerekiyor.*

7AT6E: *Ben parayla uğraşıyorum. Benim buradaki sürecim, kurumuma artı kazanç sağlayabilecek tüm alanları değerlendirmek ve doğru personeli doğru yerde çalıştırarak onlardan maksimum verimi almak. Eğitimimde de bunun süreçlerini bir fiil gördüm. İşletmenin bize vermiş olduğu analitik, pratik düşünce yapısına sahip olmak, çabuk ve doğru karar vermek, anlık çözüm üretebilme ve orta-uzun-kısa vadeli planlar yapabilme yetisi ile yöneticilik de çok avantajını gördüm.*

17AS8K: *Almış olduğum eğitim yaptığım işle çok ilişkili.*

15AT10K: *21 yıllık mesleki sürecim boyunca aldığım eğitimin işini yaptım ve avantajını gördüm hep.*

3.1.3. Mesleki Yaşama İlişkin Pratikler

Mesleki Yaşama İlişkin Pratikler kategorisi altında katılımcıların, görev tanımı kapsamındaki sorumluluklarının neler olduğu, görev tanımı dışında ne gibi rolleri üstlendikleri, yöneticilik rollerini yerine getirirken hangi alanlarda zorlandıkları ve üstesinden hangi yollarla geldikleri incelenmiştir. Elde edilen bulgular ışığında özel hastane yöneticisinin, tüm sistemler üzerinde kontrol mekanizması oluşturmak, kısa-orta-uzun vadeli plan ve hedefler belirlemek gibi stratejik görevlerinin yanı sıra mevzuatlarda belirtilen temsiliyet, resmi yazışmaları yürütmek, gerekli koordinasyonları sağlamak gibi hastane yöneticiliğine atfedilen görev ve sorumlulukları da bulunmaktadır. Bunların yanı sıra yönetici anlatımlarından, zaman zaman bu tanımlar dışına çıkıp pazarlama, insan kaynakları, bilgi işlem alanlarına destek verdikleri anlaşılmıştır.

Yöneticilerin bu büyük sistemi şekillendirirken farklı birçok alanda zorluklarla karşılaştıkları anlaşılmaktadır. Karlılık ve kaliteyi paralel götürmeye çalışmakta, hassas bir hizmet sunmanın vermiş olduğu ince çizgi üzerinde hasta ve yakınlarıyla ilgili konularda, personelin birbiriyle uyumlu ekip ruhu içinde çalışmasını koordine etmekte, sağlık hizmetinin sunumunda kullanılan ekipman konusunda, özellikle zorlanıldığı katılımcı anlatımlarından ulaşılan bulgular olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu zorlukların üstesinden gelme noktasında ise; iletişimin, empati kurmanın, özveri göstermenin, deneyimin, inisiyatif almanın hızlı ve etkili çözüme ulaşabilmek adına önemli olduğu anlaşılmıştır.

Bu odaklar doğrultusunda Mesleki Yaşama İlişkin Pratikler; “*Görev Tanımı Kapsamındaki Sorumluluklar, Görev Tanımı Dışındaki Sorumluluklar, Yaşanan Zorluklar, Zorlukların Üstesinden Gelme Biçimleri*” şeklinde dört alt kategoride yorumlanmıştır.

3.1.3.1. Görev Tanımı Kapsamındaki Sorumluluklar

Yöneticilerin görev tanımları içerisinde yerine getirmekle yükümlü oldukları sorumluluklara ilişkin ortak vurgu yapılan alt kategoriler; “*Kontrol, Planlama ve Hedef Belirleme, Temsiliyet, Koordinasyon, Kriz Çözme, Resmi Yazışmaları Yapmak*” olarak meydana gelmektedir.

a. Kontrol

Yöneticilerin günlük iş süreçlerine ilişkin anlatılarından elde edilen bulgulara göre her birinin bir kontrol mekanizması geliştirdiği sonucu elde edilmektedir. Mail kontrolü, güncellik kontrolü, hedef kontrolü, saha kontrolü vs. gibi çeşitli şekillerde her gün bir kontrol takibi gerçekleştirilmektedir. Bu konudaki bazı katılımcı görüşleri şu şekildedir;

19AT1K: *Sabah yaklaşık 8.30-9.00 arası geliyorum. Geldiğimde ilk işim maillerime bakmak oluyor. Sonrasında Resmi Gazeteye bakıyorum. Yeni yayınlanmış bir şey olup olmadığına. Son dönemde sağlık mevzuatı çok sık değişiyor çünkü. Bunu Resmi Gazeteden takip ettiğim gibi Sağlık Bakanlığı resmi sitesinden de baktığım zamanlar oluyor. Günceli hiç koparmamaya çalışıyorum gazeteler, makalelerle.*

18AT3E: *Sabah gelip bilgisayarımı açtıktan sonra maillerime bakıyorum, günlük iş planlarımı, yapılacak olan toplantıları, o günkü hasta portföylerini, ameliyat sayılarımızı, poliklinik sayılarımızı, işlem sayılarımızı kontrol ediyorum. Bir gün önce bakılan hastaların dosyalarını inceliyorum.*

7AT6E: *08.00’de geliyorum genelde, alan turu yapıyorum herhangi bir eksiklik olup olmadığını kontrol ediyorum.*

13AT7K: Normal bir günüm öncelikle o günün sabahdan programıyla başlıyor. “O gün ne randevular var? Kaç tane hasta bekliyoruz? Hangi ameliyatlara var? Ameliyatlarda herhangi bir sıkıntı var mı? Hastalar yattı mı? Malzemede bir problem var mı? “ vs. gibi. Arkasından genel bir hastane viziti yapıyorum. Katlarda bir sıkıntı var mı? Yoğun bakımlarda bir sıkıntı var mı? Hem tıbben hem de hasta memnuniyeti anlamanda sıkıntılı hastalar var mı? Aksayan bir şey var mı? Bu duvar kağıdının sıyrılmasından, yırtılmasından tutun, hastaya yanlış ilaç uygulamasına veya doktorun vizite gelip gelmemesine kadar geniş bir kapsamda, tüm bunların değerlendirilmesiyle geçiyor.

b. Planlama ve Hedef Belirleme

Katılımcılar iş akışlarının en önemli bölümünü planlamanın ve hedef belirlemenin oluşturduğunu belirtmektedirler. Güne planlamayla başlayıp günlük hedeflerini belirlemekte oldukları ve gün sonunda elde edilen sonuçlarla karşılaştırmalar yaptıkları bulgusuna ulaşılmıştır. Bu konudaki bazı katılımcı görüşleri şu şekildedir;

19AT1K: Günüm hep programlı. Önceden planlanmış randevularım oluyor. Toplantı trafiğim çok hızlı. Öğlene kadar kendime programları gerçekleştirmek ve bir sonraki günün-haftanın programını ayarlamak için çalışma zamanı ayarlamaya çalışıyorum daha zindeyken. Öğleden itibaren toplantı trafiğim oluyor çeşitli gruplarla. Kurullar, bölümler, pazarlama, hekimlik, hemşirelik, yabancı hasta, satınalma, biyomedikal vb. hastanecilikle ilgili tüm bölümlerle birlikte.

13AS2K: Günde bir saat planlama için zaman ayırıyoruz. Daha sonra planlamaya göre gerekli iş akışlarını gerçekleştiriyoruz. Günlük istatistikleri gözden geçiriyoruz. Gelen hasta sayısı, hangi ülkelerden gelmiş, neler yapılmış, faturası kesilmeyen hasta var mı? Tahsilat süreçlerine bakıyoruz çünkü bizim için önemli bir parametre.

3AT4K: *Sabahları hedefimizi belirliyoruz; bugün kaç poliklinik gelecek? Neler yapılacak? Neyi hedefliyoruz? Bunlar üzerine konuşuyoruz. Gün sonunda da ne kadarı gelmiş? Neler yapılmış? Ne kadar yatan hastamız var? Hangi ameliyatlara yapılmış? Bunların değerlendirmesini yapıp neler yapabiliriz sonrası için bunları konuşuyoruz.*

c. Temsilîyet

Katılımcılar en önemli üstlendikleri rollerinden birinin temsilîyet rolü olduğunu vurgulamaktadırlar. Hastalara karşı, resmi kurumlara karşı, iş birliği yapılan tedarikçilere karşı hastane adına gerçekleştirilen temsil rolü üzerine bazı katılımcı görüşleri şu şekildedir;

19AT1K: *En önemli rol ve görevim temsilîyet. Özellikle bu hastane çok VIP ağırlayan bir hastane. Hasta ve yakınlarıyla kendim birebir ilgilenmeye özen gösteriyorum özellikle ki, çok önemli geri bildirimler oluyor oralardan.*

13AS2K: *Görüşmeler yapmak tedarikçilerle, bizi destekleyen firmalarla. Hastaları ziyaret ediyoruz her sabah ve akşam. İdari anlamda bir sıkıntıları, beklentileri var mı onları ilk ağızdan öğreniyoruz.*

18AT3E: *Zaman zaman devlet denetimleri kapsamında resmi görevlilerle ilgileniyoruz, eşlik ediyoruz.*

17AS8K: *Hastaneye giren tüm hastaların kabulünden çıkışına kadar olan tüm süreçler, içerideki işleyiş*

d. Koordinasyon

Katılımcılar idare ettikleri ve sundukları hizmetin hassas bir konu olması nedeniyle ekip işinin çok önemli olduğunu ve birlikte hareket etmenin gerekliliğini

vurgulamaktadırlar. Burada tüm personelin birbiriyle uyumlu çalışması için gerekli ortamın sağlanmasının da üstlendikleri önemli bir rol olduğunu belirtmektedirler. Konuya ilişkin bazı katılımcı görüşleri şu şekilde yer almaktadır;

18AT3E: *Hekimlerle iletişimlerim oluyor, yapmaları gerekenleri birebir ziyaret ederek yüz yüze görüşmelerle çözmeye çalışıyorum. Diğer birim yöneticileriyle süreçlerimiz oluyor.*

3AT4K: *Doktorların, hemşirelerin, hasta danışmanların uyum içerisinde çalışmasını sağlamak, hastalarımıza da yüksek memnuniyet verecek düzeyde hizmetin sunulmasını sağlamak.*

20AS5E: *Hastane içerisindeki organizasyonu yönetmek üstlendiğim bir rol.*

13AT7K: *Doktor ihtiyaçlarını belirlemek, personelin yönetimi ve uyumunun sağlanması sorumluluklarım arasında.*

e. Kriz Çözme

Yöneticiler hastalara ilişkin, sisteme ilişkin ya da personele ilişkin krizlere hızlı aksiyon almanın üstlendikleri önemli misyonlardan biri olduğunu ifade etmektedirler. Bu konuda bazı katılımcı görüşleri aşağıda yer almaktadır;

13AS2K: *Kriz yönetiyoruz. Hasta kabul süreçlerindeki aksaklıkları gideriyoruz.*

18AT3E: *Hasta şikâyetlerini inceliyorum, dinliyorum ve çözüme yönelik yönetimini yapıyorum. İşbirliğiyle gerçekleşen sıkıntılara hızlı aksiyon alıp çözüm buluyoruz.*

7AT6E: Hasta hizmetlerinin yanında, anlaşmalı kurumlar süreçlerinde, fiyatlandırma süreçlerinde, idari süreçlerde, teknik süreçlerde de müdahale etmem gereken durumlar olabiliyor. Bu nedenle tüm bu alanlara dair sorumluluğum bulunuyor.

13AT7K: Tüm bölümlerin problemleriyle ilgilenmek, hasta şikâyetlerini dinlemek,

16AT9E: Hastalarla ve hekimlerle ilgili sorunların çözümü sorumluluklarım arasında.

f. Resmi Yazışmaları Yapmak

Katılımcılardan elde edilen bulgulara göre hastane yöneticiliğinin gerektirdiği önemli iş akışlarından biri resmi yazışmaların yürütülmesi işlemi olduğu anlaşılmaktadır. Konuya ilişkin bazı katılımcı ifadeleri aşağıda yer almaktadır;

20AS5E: Başhekim Yardımcılığı ve aynı zamanda iki yıldır vekâleten yaptığım direktörlük rolümün getirmiş olduğu gereklilikleri, resmi konulardaki tüm takibi yapmak

13AT7K: Rutin görevler olarak; mesul müdür sıfatının getirdiği gerekli yazışmaları yapmak ve koordine etmek

17AS8K: Evraklar, faturalar yani sağlık hizmetinin birebir sunumu dışındaki tüm süreçler bizim sorumluluğumuzda.

16AT9E: İdari bakanlık ilişkileri, yazışmaları, hastanen eksikliklerinin belirlenmesi ve bildirilmesi gibi rol ve sorumluluklarımız olmakta.

3.1.3.2. Görev Tanımı Dışındaki Sorumluluklar

Katılımcılar görev tanımları dışında ekstra sorumluluk aldıkları alanlar olup olmadığına dair anlatılarında, mutlaka olduğunu her zaman görev tanımı çerçevesinde sınırlı kalamadıklarını belirtmişlerdir. Katılımcıların, “kurumsal pazarlama, insan kaynakları, bilgi işlem, iş güvenliği- sosyal güvenlik” alanlarına dair sorumluluklarının bulunduğu ve destek oldukları anlaşılmıştır. Konuya ilişkin bazı katılımcı görüşleri şu şekildedir;

13AS2K: Kurumsal pazarlamaya zaman zaman destek olabiliyoruz.

18AT3E: Mutlaka hastane içerisinde her şey yazıldığı gibi olmuyor, üst yöneticilerin vermiş olduğu diğer görevler adı altında farklı sorumluluklara bürünülebiliniyor; iş görüşmeleri ya da anket çalışmaları gibi.

3AT4K: Oluyor, zaman zaman yeni başlayan hekimlerimize oryantasyon sürecinde destek olabiliyoruz örneğin enzim sistemini nasıl kullanacağını bilgi işlem tamamlayamadıysa biz gidip anlatabiliyoruz. Eğitimlerde görev alabiliyoruz

20AS5E: Kesinlikle oluyor inisiyatif aldığım durumlar. Başka türlü kriz çözülemiyor zaten.

7AT6E: Mutlaka oluyor, aslında kurumum için bahsettiğim güven duygusu ile ilgili bir durum. Onlar bana güveniyor ve diğer süreçleri de halledeceğimi düşünüyorlar ben de bu güveni yerine getiriyorum, karşılıklı güven duygusuna dayanan bir extra sorumluluk bu.

15AT10K: Tabii ki oluyor, 11 senedir bu gruptayım şu anda mali işler de çalışıyorum ama diğer süreçlerde de çok çalıştım, diğer birimlerin back up'ı olabiliyorum ama her süreç mali işlerin back up'ı olamıyor. Benim

sorumluluğumda olan, satınalma, insan kaynakları, bilgi sistemleri ve mali işler departmanları var ve dolayısıyla bu birimlerin kontrol ve koordinasyonunu yapıyorum. Aynı zamanda işveren temsilciliği görevim bulunmakta, dolayısıyla hiç alanım olmadığı halde iş güvenliği- sosyal güvenlik gibi alanlarda da bakanlıklar nezdinde yeri geldiğinde temsilcilik gibi sorumluluklarım olabiliyor.

3.1.3.3. Yaşanan Zorluklar

Yöneticilere yoğun iş akışı içerisinde ne gibi zorluklarla karşılaştıklarına dair sorular yöneltilmiştir. Elde dilen bilgiler içerisinde özellikle “*kalite, hasta ve hasta yakınları, personel, ekipman*” alanlarında birtakım zorluklarla karşılaştıkları sonucuna ulaşılmıştır.

Katılımcılardan bazıları yönettikleri kurumların özel hizmet veren yerler olması nedeniyle hem karlılığı yakalamada hem de bununla birlikte kaliteyi de sağlamaya çalışmada zorlandıklarını ifade etmişlerdir. Konuya ilişkin bazı katılımcı görüşleri aşağıda yer almaktadır;

19AT1K: *En çok kaliteyle karlılığı paralel götürebilmekte zorlanıyorum. Çünkü kaliteli iş yapmak benim için çok önemli. Sağlıkta maalesef kalite maliyeti de getiriyor beraberinde. Ama ticari olarak karlılık hedefimizde var tabii. Bu ikisi arasındaki denge dönem dönem beni zorlayabiliyor.*

16AT9E: *İmkânsızlıklara rağmen süreci sağlıklı bir şekilde tamamlamaya çalışmak zorluyor.*

15AT10K: *İnsan sağlığı gibi çok hassas bir iş üzerine çalışıyoruz. İnsanlar hem canına hem de hizmet karşılığında verdikleri maddi karşılık olarak malına dokunuyoruz. Hem insanların sağlığı konusunda gerekli*

hassasiyetleri sağlamaya çalışıyoruz hem de buranın dinamiklerini ayarlamak adına mali bir destek sağlamamız gerekiyor.

Katılımcılardan bazıları hasta ve hasta yakınlarıyla kurulan diyaloglarda, işleyiş içerisinde zorlandıklarını aktarmışlardır. Konuya ilişkin bazı katılımcı görüşleri aşağıda yer almaktadır;

18AT3E: *Çeşitli hasta grupları da oldukça zorlayıcı olabiliyor.*

20AS5E: *Hasta ve hasta yakınlarının uygun olmayan talepleri.*

16AT9E: *Hastaların yönetimi zorluyor.*

15AT10K: *İçerde; hasta, hasta yakınları, personel zorlarken dışarda da çözüm ortaklarımız, alıcı firmalarımız, medikal firmalarımız bizi zorlayabilmekte.*

Katılımcılardan bazıları personel konusunda zorlandıklarını belirtmektedirler. Hekim grubunun yönetilmesi, genç personelin idaresi ve nitelikli personel ihtiyacı özellikle zorlanılan alanlar olarak vurgulanmaktadır. Konuya ilişkin bazı katılımcı görüşleri aşağıda yer almaktadır;

19AT1K: *Hekimlerin yönetilmesi zor. Yüksek egolu bir grup olduğu için. Çatışmalarda arabuluculuk yapmanız gerekiyor o noktalarda da zorlanabiliyorum.*

13AS2K: *En zorlayan alan personel sorunları. Personelle ilgili kriz yönetmek oldukça zorluyor. Özellikle Y kuşağıdaki genç arkadaşları yönetmekte zorlanıyorum. Ciddi anlamda tatminsiz, tamamen teknolojiye yönelik, sayısal değerlerle bakan bir nesil, onları motive etmek oldukça zor oluyor.*

18AT3E: *Personelden kaynaklanan davranışlarla ilgili sıkıntılar özellikle.*

7AT6E: *En zor konulardan bir diğeri de kalifiye personel ikamesi. Bizler sağlık yöneticileri olarak bu işin eğitimini almış sağlık yönetimi, sağlık idaresi bölümü mezun nitelikli çalışan almak istiyoruz. Ancak karşılığında verilen maddi imkânlar yetersiz olmakta bu kişilerde farklı alanlara yönelmektedir.*

Yönetici olarak zorlanılan alanlardan biri, ihtiyaç duyulan teknik ekipman eksikliği olarak karşımıza çıkmaktadır. Konuya ilişkin yönetici görüşü aşağıda yer almaktadır;

3AT4K: *Ekipmanla ilgili durumlar zorlayabiliyor. Doğru anda doğru ekipmanı temin edemediğimizde özellikle. Çünkü elde olan bir şeye bir şekilde çare bulunabiliyor ama elde olmayınca çözüm noktasında sıkıntı yaşıyabiliyoruz.*

3.1.3.4. Zorlukların Üstesinden Gelme Biçimleri

Katılımcıların, iş akışı içerisinde karşılaştıkları zorlukların üstesinden nasıl geldiklerine dair anlatılarında, vurgulanan dört alt kategori olduğu anlaşılmıştır. Bunlar; “*diyalog ve açık iletişim, özveri, empati, deneyim*” şeklindedir.

Katılımcılar sorunlarla mücadele etmede en önemli özelliklerden birinin yönetici konumundaki kişilerin özverili davranmalarında yattığını ifade etmektedir. Konuya ilişkin bazı katılımcı görüşleri şu şekildedir;

19AT1K: *Yönetici pozisyonlarında ki insanların sinirlerinin alınmış olması gerekiyor. Olmazsa olmazımız bizim.*

20AS5E: Uzun uzun anlatarak bazen de esnek davranarak.

13AT7K: Uğraşarak geliyorum.

16AT9E: Ciddi özveriyle geliniyor.

Yöneticiler karşılaştıkları sorunlar karşısında hızlı çözüm üretebilmek için, iletişim becerilerinin gelişmiş olmasının, önemli olduğunu vurgulamaktadırlar. Konuya ilişkin bazı katılımcı görüşleri aşağıda yer almaktadır;

13AS2K: Diyalogla. Ciddi bir zaman gerektiriyor. Her şeyi açıklamak, ikna etmek için. Tarz olarak açık iletişimi benimsiyorum. Asla arada perdenin olmadığı son derece güvene dayalı bir ilişki kurmaya çalışıyorum.

18AT3E: Karşılıklı iletişim ve iletişime açık olmak çok önemli. Öncelikle tarafların dinlenmesi gerekiyor konuyu anlayabilmek için. Dinledikten sonra da anında çözümlerde anında çözüm, değilse de bazı şeyleri zamana bırakmak durumunda kalıyoruz.

Katılımcılar karşılaşılan sorunların çözüm noktasında empati kurmanın da önemli olduğunu ifade etmektedir. Konuya ilişkin bazı katılımcı görüşleri şu şekildedir;

7AT6E: Hasta ve hasta yakınları sorunlarını çözerken her zaman empati, doğru iletişim çözüm noktasıdır.

17AS8K: Tecrübenin öğrettiği en önemli özellik de sakinlik ve empati yapabilmek. Yardımcı oluyoruz, güler yüzlü davranıyoruz ve onun kalbine dokunmaya çalışıyoruz. Sakin olmalarını söylemiyoruz biz size yardımcı olacağız biz sizinle beraberiz, doktorlarımızla birlikte beraber atlatacağınız diyoruz.

Katılımcılar sorunlarla çözüm noktasında deneyimin büyük bir avantaj olduğunu vurgulamaktadır. Bir takım sorunlarla önceden karşılaşmış olmanın hızlı çözüm üretebilmek adına önemli bir özellik olduğu belirtilmektedir. Konuya ilişkin bazı katılımcı görüşleri şu şekildedir;

17AS8K: *Tecrübeyle. Çok tecrübeye sahip olduğumuzdan dolayı baş etmek çok da zor olmuyor.*

15AT10K: *Deneyim ve hastanemizin her alanda oluşturduğu direktörlüklere başvurarak sorunları çözme yöntemine gidiyoruz.*

3.1.3.5. Yöneticilik Yapılan Kuruma İlişkin Değerlendirmeler

Yöneticilere, çalıştıkları kurumlarla ilgili sorulan sorularda ortak vurgulara göre iki alt kategori elde edilmiştir. Bunlar; “*Ortak Tanıtım Dili ve Hastane Segmentasyonu*” şeklindedir.

3.1.3.5.1. Ortak Tanıtım Dili

Katılımcılara, çalıştıkları kurumlarla ilgili sorulan sorular kapsamında, “kurumlarının kendileri için ne ifade ettiği, hiç bilmeyen birine nasıl tanıttıkları” sorgulanmıştır. Hastaneler hizmet sunumunu farklı ekollerden gelen kişilerin işbirliğiyle gerçekleştiren kurumlardır. İnsan hayatına dokunan bir işi yapmanın en önemli gereklerinden biri ekip olabilmek ve ortak bir dil geliştirmektir. Bu kapsamda iyi bir ekip lideri tüm mekanizmalar arası koordinasyonu sağlamakla birlikte ortak paydalarda buluşulmasını da gerçekleştirmelidir. Bu odak noktasından hareketle, katılımcı yanıtları, aynı hastanede çalışan farklı kökenli yönetici gruplarının ortak bir tanıtım dili edindiklerini ortaya koymuştur. Buradan her hastanede bir kurum kültürü oluşturulduğu anlaşılmıştır. Bu konuda, çalışılan hastane bazlı katılımcı görüşleri şu şekildedir;

a. A Hastanesi: “Referans Kurum”

19AT1K: Son derece medikal mükemmeliyet peşinde koşan, sağlığın her türlü detayıyla inceden ilgilenen ve sistemi düzgün kuran, merkezleşmiş, bazı bölümleri referans haline gelmiş, iddialı bir sağlık işletmesi olarak yorumluyorum.

13AS2K: Etik, sağlıkla kaliteyi birleştiren, referans bir kuruluş.

b. B Hastanesi: “Yüksek Memnuniyet”

18AT3E: Hastanede bütün alanlardaki iş süreçlerinin çok net olarak tanımlandığı, kurumsal olarak ilkelerinin olduğu ve bunların belirli kurallar silsilesinde yönetildiği ve yönetimine devam edildiği, hizmetteki memnuniyetin diğer hastane gruplarından oldukça yüksek olduğu, hizmet sektöründe zaman zaman aksaklıklar çıksa da çok hızlı proaktif bir yaklaşımla sıkıntılar olmadan önleyebilecek bir kurum olarak değerlendirebilirim. Güvenilir bir hastane diyebilirim.

3AT4K: Hasta potansiyeli çok yüksek bir hastane. Kapsam alanımız çok büyük, her alandan hasta kabul ediyoruz; SGK’lı hasta, banka hastaları, vakıf hastaları, özel sağlık sigortalı hastalar gibi geniş yelpazeli. Hedefimizde en iyi kalitede en yüksek düzeyde hizmet verebilmeyi hedefliyoruz. Kapıdan giren tüm hastaları yüksek memnuniyetle göndermeyi hedefliyoruz.

c. C Hastanesi: “Etik Güvenilir Kurum”

20AS5E: Hekimine ve çalışanına değer veren, hasta için gerekmeyeni yapmayan etik güvenilir bir kurum.

7AT6E: *Güven derim sadece. Bir çalışan olarak güvenilir bir kurum olduğunu belirtirim.*

d. D Hastanesi: “Butik Bir Hastane”

13AT7K: *Etik değerleri ve kuralları olan butik bir kurumuz.*

17AS8K: *Dışarıdan butik bir hastane olarak görünebilir fakat içeride büyük işlerin yapıldığı bir hastane.*

e. E Hastanesi: “Rakamsal Verilerle Büyüklük Algısı”

16AT9E: *Dünyanın üçüncü büyük hastane grubu. Türkiye şartlarında olabildiğince kurumsal ve iyi bir sağlık hizmeti vermeye çalışan bir kuruluş.*

15AT10K: *Uluslararası düzeyde halka açık yaklaşık 32 hastanesi, 20.000 çalışanı olan, sektörün lideri bir kurum.*

3.1.3.5.2. Hastane Segmentasyonu

Katılımcıların, çalıştıkları kurumlar, kurum içi süreçleri ve sağlık hizmetlerinin yoğunluğuna göre A-B-C olarak yoğun-orta-az yoğun şeklinde sıralandığında, ortak bir tanıtım dili edindikleri gibi ortak bir sınıflandırmada yaptıkları anlaşılmaktadır. Bu konuda, çalışılan hastane bazlı katılımcı görüşleri şu şekildedir;

a. A Hastanesi: “A Segment”

A Hastanesi katılımcıları *Referans Kurum* olarak değerlendirdikleri hastanelerinin sağlık hizmetleri yoğunluğu bakımından, A segmentte (yoğun) olduklarını ifade etmişlerdir. Konuya ilişkin yönetici görüşleri aşağıda yer almaktadır;

19AT1K: *A Düzey de yoğun hizmet sunumu olan bir hastane*

13AS2K: *A segment bir hastane*

b. B Hastanesi: “A Segment”

B Hastanesi katılımcıları hasta potansiyelini yüksek olduğunu ve her hastaya *Yüksek Memnuniyet* anlayışıyla yaklaştıklarını ifade ettikleri hastanelerinin sağlık hizmetleri yoğunluğu bakımından, A segmentte (yoğun) bir hastane olduğunu belirtmişlerdir. Konuya ilişkin yönetici görüşleri aşağıda yer almaktadır;

18AT3E: *A sınıfı yoğun bir hastane. Hasta ve hasta yakını sirkülasyonu yoğun bir hastane. Günde yaklaşık 5000-6000 kişinin girdiği ve hizmet olarak çıktığı bir hastane.*

3AT4K: *A En yoğun düzey segmentasyonunda.*

c. C Hastanesi: “A Segment”

C Hastanesi katılımcıları *Etik Güvenilir Kurum* olarak tanımladıkları hastanelerini iş süreçlerinden kaynaklı, A segmentte (yoğun) bir hastane olarak ifade etmektedirler. Konuya ilişkin yönetici görüşleri aşağıda yer almaktadır;

20AS5E: *A sınıfı bir hastane.*

7AT6E: *Hasta-cerrahi yoğunluk olarak B segment ama bizim kendi işleyişimizden kaynaklı yoğunluk A segment.*

d. *D Hastanesi: “B Segment”*

D Hastanesi katılımcıları Butik Bir Hastane olarak tanımladıkları kurumlarının hasta potansiyeline göre B segmentte (orta) bir hastane olduğunu ifade etmişlerdir. Konuya ilişkin yönetici görüşleri aşağıda yer almaktadır;

13AT7K: *B segmentte diyebiliriz.*

17AS8K: *Yapısı açısından B sınıfına uygun.*

e. *E Hastanesi: “A Segment”*

E Hastanesi katılımcıları hastanelerinin nasıl tanımladıkları sorusuna verdikleri yanıtta *Rakamsal Verilerle Büyüklük Algısı* yarattıkları sonucuna ulaşılmıştır. Hasta yoğunluğu, kapasite gibi parametlerle incelendiğinde A segmentte (yoğun) bir hastane olduğunu belirtmişlerdir. Konuya ilişkin yönetici görüşleri aşağıda yer almaktadır;

16AT9E: *A segment.*

15AT10K: *A segment.*

3.1.4. Eğitsel ve Mesleki Arka Planlarına Göre Profesyonel Yöneticiliğe Bakış Açıları

Katılımcılara, hastane yöneticiliği üzerinde her zaman tartışılan bir konu olan hastaneleri kimlerin yöneteceğine, profesyonel yöneticiliğe bakış açılarına dair sorular yöneltilmiştir. Konuya ilişkin anlatılarından iki alt kategoriye ulaşılmıştır. “*Bölünmüş Yöneticilik ve Hekim Yönetici*” başlıkları altında katılımcı görüşleri yorumlanmıştır.

3.1.4.1. Bölünmüş Yöneticilik

Katılımcılardan, hem sağlık yönetimi-işletme ekolünden gelenler hem de tıbbi ekolden gelenler arasından bazı yöneticiler, profesyonel yönetim anlayışını savunmakta ve hastanelerin yönetimi konusunda mutlaka sağlık yönetimi alanında eğitim almış kişilerin olması gerekliliğine vurgu yapmaktadırlar. Hastanelerin yönetimi konusunda her iki alandan gelen yönetici için de, sadece eğitimini aldığı alana ait bilgiyle hastane yöneticiliği konusunda eksik kalacağı düşünülmektedir. Çünkü sağlık yönetiminde hem tıbbi alana hem de idarecilik ve ekonomik alanlara yönelik donanım gerekmektedir. Bir yandan tıbbi kadroların idaresi söz konusuysa bir yandan da bir işletmenin sürdürülebilir ekonomik ve idari sistemlerinin yönetimi gerçekleşmektedir. Bu doğrultuda, salt hekim yönetici de değil, salt sağlık idarecisi de değil, alanların bölündüğü ikili yönetimin olduğu bir yönetimin olması gerektiği konusunda bulgular elde edilmiştir. Konuya ilişkin bazı katılımcı görüşleri aşağıda yer almaktadır;

19AT1K: *Dünyada da Türkiye’de de önü çok açık bir meslek olduğunu düşünüyorum. Çünkü profesyonellikle götüren çok az insan var. Bu kavram Türkiye’de yeni. Sağlık Yöneticiliği bölümleri yeni mezunlar veriyor ve çok değerli bir eğitim olduğunu düşünüyorum. Benim mesleğe başladığım dönemde bu bölümden mezun çok kişi yoktu maalesef, eğitimin kalitesi bu kadar iyi değildi. Elbette ki yapılacak çok şey var ama artık bu meslek grubunun önünün açılması gerektiğini düşünüyorum. Tıp mezunu olup üstüne sağlık yönetimi eğitimi almış kişi bulmak zor tabii ki ama önemli olan sağlık yöneticiliğine gönül verip bunun gerektirdiği eğitimleri tam anlamıyla almaktır. Çünkü sağlık yöneticiliği bambaşka. Yöneticilik eğitiminin ötesinde sağlık parametreleriyle ilgili eğitimlerin alınması şart. Çünkü sağlık ekonomisi denilen ayrı bir dal var ve bu konuya vakıf olmak gerekiyor. Eğitimsiz artık hiçbir iş olmuyor ama bu iş kesinlikle eğitim gerektiriyor.*

13AS2K: *Her şeyin bir uzmanı var. Ben nasıl gidip bir bilgisayar şirketini yönetemiyorsam, bir bilgisayar mühendisinin de ya da bir mühendisin*

gelip hastaneyi yönetmemesi lazım. Çünkü hastanenin içerisindeki argümanlar çok çok farklı. Hekimle idari personelin eşit miktarda yetkilendirilerek ve yetkilendirilerek çalışılması gerektiğinden yanayım. Sadece hekime teslim edilemeyeceği gibi sadece sağlık yöneticisi idari personele de teslim edemezsiniz. Çünkü işin bilmediğiniz bir de medikal boyutu var. Bu kısmı devredip diğer süreçlerin sağlık idarecilerinde olmasından yanayım. Bu noktada da sağlık idaresi bölümlerine çok iş düşüyor. Çok çok daha nitelikli insan üretmek zorundalar bu fakülteler. Hekimlerle idareciler arasında dengenin kurulması gerekiyor. Çok vizyoner olmak zorundasınız. Bilinen yönetim anlayışıyla yönetemezsiniz hastaneyi. Çünkü hekimler çok meraklı ve okuyan bir grup. Sizin bildiğini hekim de biliyorsa bilginizin hiçbir önemi yoktur. Onların önünden gidip, yeni trendleri takip ediyorsanız ve onlara yol gösterebiliyorsanız yönetici anlamında o zaman fark yaratabilirsiniz.

20AS5E: *Tek adam olmamalı. Medikal ve idari bölümler ayrıştırılmalı.*

17AS8K: *Tabii ki alınan eğitimlerde elde edilen teoriyle pratik birebir olmuyor. Ama hastaneyi salt hekim de yönetmemeli diye düşünüyorum. İşletme ve yöneticilik farklı bir şey. Sağlık yönetimi eğitimi alan kişilerin hastane yöneticisi olması gerekiyor. Hem sağlığı bilecek hem de yönetimi, bu zihniyettekilerin yönetici olması gerekiyor.*

15AT10K: *Kesinlikle paralel bir yönetimin olması gerektiğini düşünüyorum, profesyonel yöneticinin yanında muhakkak işi tıbbi açıdan da değerlendirebilecek tıp kökenli kişilerin de yönetimde olması gerektiğini düşünüyorum. Unvanlar tabii ki farklılık gösterebilir. Genel Müdürün illaki tıp doktoru olması ya da profesyonel idari kökenli bir yönetici olması gerekli değildir.*

3.1.4.2. Hekim Yönetici

Katılımcılardan özellikle hekim kökenli olanlar, hastaneleri tıbbi geçmişi olan kişilerin yönetmesi konusunda görüş bildirmektedirler. Konuya ilişkin bazı katılımcı görüşleri aşağıda yer almaktadır;

18AT3E: *Profesyonel hastane yöneticiliği Türkiye’de kurumsal hastanelerde oldukça düzgün bir şekilde yapılmaya özen gösteriliyor. Hastane yöneticiliğinde mutlaka tıbbi yönden eğitim almış olmak gerekiyor. Çünkü hastane idareciliğinde sadece tıbbi olmayan sistemlerden kaynaklanan aksaklıklar ve sıkıntılar olmuyor. Özellikle bazı sıkıntıları yorumlarken de tıbbi olarak olayı mutlaka biliyor olmanız lazım ki çözüm bulabilin, olmayan kişilerle çözüm bulma noktası sıkıntı.*

13AT7K: *Bence hastane yöneticiliğinde ilk önce hekim olunmalı ve hatta mümkünse ameliyathane ve yoğun bakımda aktif çalışmış bir hekim olunmalı. Yani dermatoloji uzmanı değil bunun adı. Ameliyathaneler, yoğun bakımlar hastanelerin her zaman kalbidir. Bu tanıma da en iyi uyanlar anestezi uzmanları. Bence anestezi uzmanlarından çok iyi yöneticiler çıkıyor. Çünkü anestezi ameliyathane bilgisi gerektirir, yoğun bakıma hâkimiyet gerektirir, insan idare etmeyi gerektirir çünkü hem hastayı hem de bir yandan cerrahları ve ameliyathane ekibini idare edersiniz vaka boyunca. Bir diğer avantajı multitask gibi yöneticinin en çok ihtiyacı olan özelliklerden bir tanesidir. Ani karar verme, karar uygulayabilme vs. bunlar anestezi uzmanlarının olmazsa olmazlarıdır tıpkı bir yöneticinin olduğu gibi. Tüm bu dinamikleri çok iyi tanıyor olmanız lazım, bilmezseniz eğer hastaneyi zaten yönetemezsiniz.*

16AT9E: *Hekim kökenli olmayan profesyonel yöneticiler hastanenin başına geçtiği zaman hekimler tarafından tepki alırlar.*

3.2. Hastane Yöneticilerinin Malpraktis Olaylarına Dair Görüşleri ve Türkiye’deki Malpraktise İlişkin Durum Değerlendirmeleri

Katılımcılara, sağlık sistemi içerisinde bilinirliğinin her geçen gün arttığı malpraktis konusuna ilişkin sorular yöneltilmiştir. Sağlık hizmeti sunucusu olarak başroldeki hastanelerin, organizasyonundan sorumlu oldukları idari görevleriyle konuyu nasıl algıladıkları, yaklaşımları ve Türkiye’deki mevcut durumuna ilişkin görüşlerine odaklanılmıştır. Yöneticiler sağlık çalışanlarının hatası olarak tanımladıkları malpraktisi risk ve tehlike alanı olarak görmektedir. Konunun hassasiyetinin farkında olup sisteme en başından şekil vermeleri gerektiğinin bilincinde oldukları anlaşılmıştır. Malpraktise ilişkin bilgi düzeylerinin bazılarında lisans döneminde başlarken bazılarında paneller, çalıştaylar ve kurum içi eğitimlerden edinildiği görülmüştür. Katılımcılar malpraktise ilişkin net bir yasal düzenlemenin olmadığını ve bunun hem boyutuna hem de birçok alana yansımalarının olduğunu düşünmektedir. Farkındalığın artması ve sigorta alanlarının geliştirilmesi olumlu yansıma olarak görülürken bununla birlikte defansif tıp anlayışının da ortaya çıktığını ve sonunda Türk sağlık sisteminin zarar gördüğünü ifade etmişlerdir. Bu kapsam çerçevesinde katılımcı görüşleri “*Malpraktis Kavramına İlişkin Tanımlamalar ve Malpraktisin Türkiye’deki Mevcut Durumu*” şeklinde iki alt kategori altında yorumlanmıştır.

3.2.1. Malpraktis Kavramına İlişkin Tanımlamalar

Katılımcılara malpraktis kelimesinin onlara ne ifade ettiğine dair sorular yöneltilmiştir. Farkındalığı her geçen gün artan malpraktis; tüm sağlık çalışanlarının hassasiyet gösterdiği bir konu olmuştur. Bu yaklaşımla her an karşı karşıya kalabilecekleri bu alanı nasıl tanımladıklarına odaklanılmıştır.

Katılımcılardan bazılarının hekim, sağlık personeli ya da hastaneden kaynaklanan tıbbi hata, zarar olarak malpraktisi tanımladıkları görülmüştür. Konuya ilişkin katılımcı görüşleri aşağıda yer almaktadır;

19AT1K: Mesleğini icra ederken hekimin, sağlıkçının düştüğü hatalar nedeniyle ortaya çıkan sonuçtur.

13AS2K: Hastane ya da hekim kaynaklı hatadan hastanın zarar görmesi. Bu zarar fiziksel, ruhsal olabileceği gibi ölümle de sonuçlanabilir.

3AT4K: Hastane ortamında oluşabilecek tüm hatalar.

20AS5E: Hekimden kaynaklanan hatalı uygulamalar.

17AS8K: Hekimlerin tıbbi süreçten dolayı başına gelen olaylar.

16AT9E: Sağlık çalışanlarının bilmeden, istemeden yaptığı hatalar, yanlış-eksik tedaviler ve sağlık hizmetleri.

Bazı katılımcılar, malpraktis kelimesinin ilk olarak hassasiyet göstermeleri gereken risk ve tehlike alanını çağrıştırdığını belirtmişlerdir. Konuya ilişkin olarak katılımcı görüşleri şu şekildedir;

7AT6E: Risk, sağlık, hayat. Kurumların en hassas olması gereken konulardan bir tanesidir.

Katılımcılar malpraktisin dikkatle ve hassasiyetle yaklaşılması gereken bir konu olduğunu ve uluslararası geçerliliği olan kriterlerin tüm iş sürecine dahil edilerek, tüm mekanizmaların en başından usulüne uygun şekilde yürütülmesinin gerektiğini ifade etmişlerdir. Konuya ilişkin katılımcı görüşleri aşağıda yer almaktadır;

19AT1K: Sağlık maalesef bu konuda hataya çok açık bir dal. Çünkü insanla uğraşıyorsunuz, her şeyde iki kere iki, dört etmiyor. Mutlaka önlemlerinizi önden almanız lazım. Dünyada bununla ilgili hataları minimize

etmek için sıfırlamak mümkün olmuyor maalesef, uluslararası geçerliliği olan kriterler var. Bu kriterlerin sağlık sistemine yerleştirilmesi lazım. Malpraktis, çok dikkat edilmesi gereken ve sürecin başından gerekli önlemleri alarak istenmeyen sonuçların doğmasına engel olunacak bir konu.

18AT3E: *Malpraktis önemli, hekimlerin veya sağlık personelinin yaptığı işi usulüne, kanununa uygun bir şekilde veya hastanenin tanımlamış olduğu iş süreçlerine uygun bir şekilde yapmasını gerektiren şeyler*

Katılımcılardan bazıları malpraktis konusunun suistimal edildiğini düşünmektedir. Bu düşüncede olmalarının nedeni olarak mevcut bir düzenlemenin ve işleyişin olmadığı anlaşılmaktadır. Kişiler karşılaştıkları her olumsuz durumu malpraktis altında yorumlamakta ve konuya dair yanlış gündem yaratmaktadırlar. Burada katılımcıların anlatımlarından vurgulanan nokta, kurumların ve yöneticilerin gereksiz iş yüküne maruz kalmalarıdır. Konuya ilişkin görüşler şu şekildedir;

18AT3E: *Malpraktis, Türkiye’de son 15 yılda gündeme gelen bir süreç ve hızla da büyüyen bir süreç. Fakat Türkiye’de malpraktis kısmı çok suistimale açık olarak şu anda yürütülüyor.*

13AT7K: *Bana çağrıştırdığı asıl abuse edilen bir kavram. Ne yazık ki sağlık şikâyetlerinin bu kadar kolaylaştırılmış olması nedeniyle de berbat bir hale gelmiş durumda. Günde iki - üç tane şikâyet cevabı veriyorum. Çünkü SABİM-BİMER-CİMER her yerden gelebiliyor. Gerçek malpraktis yok mu var ama malpraktis adında yapılan şikâyetlerin belki %2’si sadece.*

Katılımcılara malpraktise dair bilgi düzeylerini geliştiren herhangi bir eğitim alıp almadıkları ya da konuya ilişkin herhangi bir panel, konferansa katılıp katılmadıklarına dair yöneltilen soru neticesinde, lisans düzeyinde ilk tanışıklığı olan katılımcılar olduğu ve çalıştıkları kurumlarda ilgili eğitimleri aldıkları ayrıca konuya

dair yapılan çalıştaylara katıldıkları anlaşılmıştır. Konuya ilişkin katılımcı ifadeleri aşağıda yer almaktadır;

19AT1K: Çok fazla çalıştaya katıldım bu alanda.

13AS2K: Sağlık hukuku içerisinde sık karşılaşıyoruz.

18AT3E: En son bu yıl içerisinde (2019) hastanenin içerisinde kurumsal avukatımız tarafından, malpraktise yönelik bir eğitim verildi. Orada aldım.

3AT4K: Lisans eğitiminde ders olarak aldım.

20AS5E: Bir hukukçunun malpraktis konusunda ki sunumuna katıldım.

7AT6E: Merkezimizden eğitim departmanımızdan gelen eğitimcilerin Hasta güvenliği ve çalışan güvenliği eğitimlerinde konuya dair katılımım oldu

13AT7K: Evet panellere katıldım

17AS8K: 2018 yılında. Hastane içinde yapılan hizmet içi eğitimlerden birinde aldım.

16AT9E: Kurum içi eğitimlerde almış olabilirim.

15AT10K: Kurum içi eğitimler kapsamında aldım.

3.2.2. Malpraktisin Türkiye’deki Mevcut Durumu

Katılımcılara malpraktisin, Türkiye’deki boyutuna, ortaya çıkma nedenlerine, yasal sürecine, sisteme ve sağlık çalışanlarına yansımalarına dair sorular

yöneltirilmiştir. Soruların oluşturulmasında odaklanılan noktalardan biri malpraktisin Türkiye’deki durumunun, yöneticiler bakış açısından nasıl yorumlandığı olmuştur. Katılımcıların son zamanlarda malpraktise dair farkındalığın arttığı yönünde düşüncelerinin olduğu anlaşılmıştır. Katılımcı görüşlerinden elde edilen vurgulamaya göre, malpraktisin daha çok cerrahi alanda yapıldığına çıkarımda bulunmak mümkün olmuştur. Malpraktis olaylarının ortaya çıkmasında ise çeşitli hata kategorilerinin olduğu anlaşılmıştır. Bu kategoriler; “*insan kaynaklı, sistem kaynaklı, yönetsel hata kaynaklı*” olmak üzere üç başlık altında toplanmıştır. Son zamanlarda malpraktis olaylarında meydana gelen artışlarda ise; medyanın, çıkar amacı güden bir grubun, hastanelerin hasta güvenliği konusunda gerekli önlemleri almamasının, eğitimin bozulmasının etkisi olduğu şeklinde düşüncelere yer verildiği görülmüştür.

Bir diğer odak noktası, malpraktis konusunun mevcut yasal çerçevenin yeterli olup olmadığı hakkındaki düşünceleri ve hukuki süreç içerisinde herhangi bir sorunla karşılaşp karşılaşmadıkları olmuştur. Bu noktada katılımcılardan alınan değerlendirmeler neticesinde, net bir düzenlemenin olmadığı ve bilirkşi sorunun olduğu anlaşılmıştır.

Bir diğer odaklanılan nokta ise, Zorunlu Hekim Sorumluluk Sigortası üzerinedir. Bu anlamda yöneticiliklerini yapmış oldukları kurumlarda bu sürecin nasıl yürütüldüğü ve hekimlere yansımalarının neler olduğu araştırılmıştır. Katılımcı görüşlerinden sigortanın özel sağlık kurumlarında yaptırılmama gibi durumunun olmadığı kimi yerde kişi kendisi yaptırırken kimi yer de hastanenin yaptırdığı ya da yarı yarıya üstlenildiği anlaşılmıştır. Bu konunun özel ve kamu hastanelerinde farklılık arz ettiği bilgisine katılımcı görüşlerinden ulaşılmıştır.

Tüm bu odak noktalarından hareketle “*Malpraktisin Türkiye’deki Mevcut Durumu*” kategorimiz; “*Malpraktisin Türkiye’deki Boyutu, Türkiye’de Malpraktisin Ortaya Çıkmasında ve Son Zamanlarda Artış Göstermesinde Etkili Olan Nedenler, Malpraktisin Türkiye’deki Yasal Çerçevesi, Malpraktisin Sağlık Sistemine Yansımaları*” şeklinde dört alt kategoride yorumlanmıştır.

3.2.2.1. Malpraktisin Türkiye'deki Boyutu

Katılımcılara sağlık hizmeti sunumunun idari noktasında bir rol üstlenirken, kendi gözlemlerinden yola çıkılarak Türkiye'de malpraktisin boyutunun ne düzeyde olduğunu düşündüklerine ve en çok hangi malpraktis durumuyla karşılaştıklarına ilişkin sorular sorulmuştur.

Malpraktisin boyutuyla ilgili olarak, istatistiksel olarak net rakam veremeyeceklerini belirtmekle birlikte üstlendikleri rollerinin bu alanla çakışması doğrultusunda gözlemlerine göre, artış olduğunu düşündükleri anlaşılmıştır. Katılımcılar artışın yalnızca sayısal olarak değil farkındalık noktasında da olduğunu ifade etmişlerdir. Ancak bu farkındalığın bilinçli olduğu kadar bilinçsizce yanlış şekilde olabildiği de düşünülmektedir. Konuya ilişkin katılımcı görüşleri şu şekildedir;

19AT1K: *Sayısal olarak net rakamlar veremesem de havayı koklayarak ve dönem dönem bilirkişi olarak da çağrıldığım için gözlemlerimden kesinlikle artış olduğunu söyleyebilirim. Bilinirliliği de arttı ancak sağlık okuryazarlığı çok zayıf, internette okunan bilgilerin yeterli olduğunu düşünen bir halk var maalesef.*

13AS2K: *Artış olduğunu gözlemliyorum. Ancak halkımızın çok büyük bir bilinçsizliği var. Önceden hekime her zaman muhtaçtık, verdiği her karara saygı duyuyorduk. Çünkü aramızda çok büyük bir bilgi asimetrisi vardı. Ama internetin son zamanlarda hayatımıza girmesiyle bir Google doktorluğu çıktı. Çok karşıyım buna da çünkü inanılmaz bir bilgi kirliliği var. Bununla beraber tabii ki farkındalık da artmaya başladı.*

15AT10K: *Malpraktis iddiasının arttığını düşünüyorum. Bilgiye ulaşma kolaylaştı ancak insanlar doğru bilgiye ulaştıkları zannederken çok yanlış alanlara girebiliyorlar.*

Katılımcı yöneticilerden elde edilen genel görüşe göre, Türkiye’de meydana gelen malpraktis olaylarında ilk sırada cerrahi hataların bulunduğu düşünülmektedir. Bununla birlikte bazı katılımcılar, ilaç hatalarının da yüksek olduğunu ama zarar boyutu olarak minimum etkisinin olması hatta bazı durumlarda fark edilmemesi nedeniyle bu hataların görünmediği ve açığa çıkmadığı belirtilmiştir. Yöneticilere göre hasta tanımlamalarıyla ilgili hatalarda sıklıkla gerçekleşmektedir. Konuya ilişkin yönetici görüşleri şu şekildedir;

19AT1K: *İlaç hataları oldukça fazla ama duyurulmuyor çok. Cerrahi ve duygu sömürüsüne açık konular daha çok gündeme geliyor. Ama aslında en sık ilaç hatasıdır yapılan. Çoğu minimum zarar verdiği için ciddi sonuçları olmuyor ya da son anda fark ediliyor ve duyurulmuyor.*

13AS2K: *Cerrahi alanda daha çok var.*

18AT3E: *En çok cerrahi işlemlerden kaynaklanan malpraktis oluyor.*

3AT4K: *Denk geldiğim ve gördüğüm en çok tıbbi kadrodakilerden kaynaklanan hatalar oluyor. Örneğin yatan hasta için biz hastayı hazırlayıp teslim ediyoruz; kimlik doğrulaması, düşme riski varsa kapıya ilgili simgenin asılması, alerji notlarının alınması ona göre etiketinin basılması, anestezi görüşmelerinde hekimin doğru soruları sorması gibi işlemler hemşirelik ve doktor bölümünün koordinasyonunda olan işlemler ve hatalar genelde buralarda çıkıyor.*

20AS5E: *Yanlış taraf cerrahisi*

7AT6E: *Yanlış hasta kayıtları ve yanlış kesi yönü.*

17AS8K: *Cerrahi alanda daha çok olduğunu düşünüyorum.*

15AT10K: Cerrahi hatalar.

3.2.2.2. Türkiye’de Malpraktisin Ortaya Çıkmasında ve Son Zamanlarda Artış Göstermesinde Etkili Olan Nedenler

Katılımcılara Türkiye’deki malpraktis olaylarının meydana gelmesinde ve her geçen gün karşılaşıma oranının artmasında etkili olan nedenlere dair görüşleri sorulmuştur.

Yöneticiler karşılaştıkları malpraktis olaylarını yorumladıklarında, malpraktisin ortaya çıkmasında etkili olan nedenleri; insan hataları, sistem hataları, yönetsel hatalar, olarak sınıflandırdıkları görülmüştür.

İnsan kaynaklı hatalar kapsamında; dikkatsizlik, eğitimsizlik ve yeterli bilgi ve donanım sahibi olmadan tedavi sürecine girmek başlıklarının vurgulandığı görülmüştür. Konuya dair katılımcı görüşleri şu şekildedir;

19AT1K: Dikkatsizlik, eğitimsizlik.

18AT3E: Büyük bir kısmı eğitim eksikliği, burada hem hekimlerin hem de diğer sağlık personellerinin eğitimlerinin sürekli hale getirilmesi önemli. Diğer bir neden de dikkatsizlik tabii ki.

3AT4K: Dikkatsizlik, eğitimsizlik, iş yoğunluğu.

20AS5E: Hekimlerin çok yoğun olması ve prosedürlere önem vermemesi.

7AT6E: Eğitim eksikliği.

13AT7K: *Dikkatsizlik, ne yazık ki yeterince donanımlı olmadan ve olabilecek her şeyi planlamadan, önlem almadan ameliyata girmeleri.*

17AS8K: *Gözden kaçma, bilgi eksikliği yani insan hatası daha çok.*

15AT10K: *Yeterince odaklanamama, aynı zamanda bazı cerrahlarımız çok gözü kara olabiliyor, kendi donanımına ya da bulunduğu ortamın donanımına uygun olmayan gereksiz riskler alabiliyorlar.*

Sistem hatalarında süreçlerin yanlış kurgulanması, kalite süreçlerinin doğru uygulanmamasının etkili olduğu düşünülmektedir. Konuya dair katılımcı görüşleri şu şekildedir;

19AT1K: *Süreçlerin yanlış kurgulanmış olması. Bence malpraktiste kişi değildir hatalı olan yanlış kurgulanmış süreçlerdir. Yetkin olmayan kadroların sahaya çıkması.*

Yönetmelik hatalar kapsamında ise, doğru işe doğru kişilerin atanmamasının etken olduğu ifade edilmiştir. Konuya ilişkin katılımcı görüşleri şu şekildedir;

13AS2K: *Yönetmelik aşamalardan başlıyor. Doğru işe doğru kişiyi atamak çok önemli. Gerek etik konularda gerek tıbbi konularda, kişilerin süreçlerini iyi tanımlamak lazım. Doğru hastanın inip inmediğinin, hangi bacağının kesileceğinin tekrar tekrar teyit edilmesi lazım Kişinin nerede ne kadar insiyatif alacağını belirlemek, bunu siz belirlerseniz baştan o kişi de daha ileriye gidemez. Görev tanımının, yetki sınırlarının, sorumluluklarının net bir şekilde çizilmesi lazım. Dolayısıyla kalite süreçlerini uygulayan bir hastanenin malpraktis sonuçlarının çok daha gittikçe azalacağını düşünüyorum.*

Katılımcı yöneticilere malpraktis olaylarının ortaya çıkma nedenlerinin yanı sıra son zamanlarda artışında etkili olan etmenlere dair görüşleri de sorulmuştur.

Yöneticiler en önemli etkenlerden biri olarak, medya tarafından bu alanın görünür kılınmasının yattığını düşündüklerini ifade etmişlerdir. Medya farkındalığıyla kişilerin, kendi beklentileriyle örtüşmeyen her durumda gerekli mercilere başvurma yoluna gittiği ve bu nedenle malpraktis şikâyetlerinin ve davalarının arttığı sonucu söylenebilmektedir. Konuya ilişkin katılımcı görüşleri şu şekildedir;

13AS2K: *Farkındalık artmaya başladı. Biz daha fazla duymaya başladık hastaneye hekime açılan davaları. Son zamanlarda meydana gelen artışın nedeni farkındalık ve medyanın projektörü konunun üstüne çekmesi diyebiliriz.*

18AT3E: *Hem farkındalık arttı hem de iletişim çağı olduğu için dönemimiz, insanlar sosyal medyadan çok hızlı bir şekilde bazı konulara ulaşabiliyorlar ve paylaşıyorlar. Bu paylaşımlardan kaynaklanan neticeler doğrultusunda da bu tarz davalar her geçen gün artıyor. Bu konuda insanlar sadece malpraktis adına dava açmıyorlar, tüketici mahkemelerine de müracaat ediyorlar. Artık kişilerin müracaat edebileceği alanlar çok fazla olmaya başladı. O nedenle dava dosyaları her geçen gün daha da artarak devam ediyor.*

Malpraktis davalarının artışında, bu alanı fırsata çevirmeye çalışan belirli bir grubun etkili olduğu düşüncesi de bazı katılımcılar tarafından ifade edilmiştir. Hassas bu konu üzerinden kendilerine alan yaratmaya çalışan kişiler, insanları şikâyet etmeye yönlendirmekte ve gerekli gereksiz birçok malpraktis iddiası meydana gelmektedir. Konuya dair bazı yöneticilerin görüşleri şu şekildedir;

19AT1K: *Sağlık hukuku çok ilerledi. Eskiden hiç böyle bir kavram yokken sağlık hukukunun da artık branşlaşması söz konusu, malpraktis de bunlardan bir tanesi. Bundan da yaralanan belirli bir grup var. Bunların varlığı daha da arttırıyor. Hukukçular arasında önü açık bir dal olarak gözükiyor şu anda geleceği de daha da parlak.*

13AT7K: *İşsiz avukatlar oldukça artacak olan ve başımıza bir şekilde bela olacak olan bir kavram.*

16AT9E: *Bu çok yeni bir konu her taraf için. Hem hekimler açısından da hem de hukuki açıdan da üzerinde çalışılması gereken bir konu. Bizden ziyade bazı hukukçular bu konu üzerinde daha çok çalışmış ve bunu fırsata çevirme eğilimine girmişler.*

15AT10K: *Ne yazık ki bu işin simsarları var, artık bir hukuk konusu oldu ve insanlar bunu kovalıyor.*

Katılımcı yöneticilerden biri malpraktis olaylarının ortaya çıkmasında, sağlık kurumlarının hasta güvenliği konusunda gerekli önlemleri almamasının da etken olduğunu belirtmiştir. Konuya ilişkin katılımcı görüşü şu şekildedir;

19AT1K: *Kurumların ne tarz çalıştığıyla da alakalı malpratise karşılaşmaları. Hasta güvenliği hedeflerini baştan doktora direktir ve sistemi ona göre kurarsanız malptaktis de ona göre azalıyor. Her kurum buna dikkat etmiyor çünkü maliyetli işler bunlar. İçinde bulunduğumuz dönem maalesef bu tür yatırımları kaldıracak bir dönem değil. Dolayısıyla da kurumlar buna açık durumda oluyor yeterince yatırım yapmadıkları için. Vakalarda günbegün artıyor. Sadece özelde değil, üniversite, sağlık bakanlığı hastanelerinde de. Temel nedeni hasta güvenliği hedeflerinin kurumlarda önceliklendirilmemesi.*

Yöneticilerden biri, malpraktis olaylarının boyutunda meydana gelen artışta eğitimin bozulmasının yattığının etkili olduğunu ifade etmiştir. Konuya dair katılımcı yöneticinin görüşü aşağıda yer almaktadır;

16AT9E: *Tüm dünyada malpraktis var, tüm dünyada olduğu gibi Türkiye’de de olmakta. Malpraktis oluşması için eğitimin bozulması lazım. Malpraktisin boyutuyla ilgili olarak artışlarda eğitimin kalitesizleşmesi etkili olmaktadır.*

Yapılan literatür çalışması da göstermiştir ki Türkiye’de malpraktisin boyutu konusunda özel hastanelerden yansımalar diğer kurumlara göre daha fazla olmaktadır. Bu noktada ileri sürülen görüşlerde özel hastanelerden beklentilerin daha yüksek olmasının etkili olduğu düşünülmektedir. Katılımcı yöneticilerimizden biri de malpraktisin boyutu konusunda değerlendirmeler yaparken, özel hastanelerde aslında kamuya oranla daha az karşılaşıldığını ama kişilerin bunu dile getirme oranlarının yüksek olduğunu ifade etmiştir. Konuya dair yöneticinin görüşü şu şekildedir;

7AT6E: Kamu tarafında malpraktisle karşılaşılma oranı fazla ama hak arama oranı az, özelde karşılaşılma oranı az ama hak arama oranı yüksek.

3.2.2.3. Malpraktisin Türkiye’deki Yasal Çerçevesi

Katılımcı yöneticilere Türkiye’de malpraktisin mevcut yasal durumuna ilişkin sorular yöneltilmiştir. Sorularda konuya ilişkin net bir çerçeve olduğunu düşünüp düşünmediklerine odaklanılmıştır. Aynı zamanda komplikasyon mu-malpraktis mi tartışmalarından yola çıkarak yasal süreçte, bu ayrımın doğru yapıldığı düşünülüyor mu bu nokta sorgulanmıştır.

Katılımcıların, malpraktise ilişkin Türkiye’de henüz net bir çerçevenin sağlanamadığını, bu alanda büyük bir yasal boşluğun olduğunu düşündükleri anlaşılmıştır. Konuya dair katılımcı görüşleri şu şekildedir;

13AS2K: İnanılmaz bir kanun ve yönetmelik açığı var.

18AT3E: Ayırt edilebildiğini düşünmüyorum. Şu anda mevcut ceza kanunu veya malpraktise yönelik çok net ifadeler yok.

20AS5E: Yasal düzenlemelerin yetersiz olduğunu düşünüyorum.

15AT10K: Konunun çok net bir çerçevesi yok.

Katılımcı yöneticilerin, net bir yasal çerçeve olmaması nedeniyle dava süreçlerinde kimi zaman malpraktisle komplikasyonun ayırt edilemediğini düşündükleri anlaşılmıştır. Çünkü konunun sıçradığı mercilerde ayrımı yapacak yetkili kişilerin olmadığını düşünmektedirler. Konuya ilişkin görüşler aşağıda yer almaktadır;

19AT1K: Yasal süreçlerde, genel karar mekanizmalarının komplikasyonla - malpraktsin birbirinden net bir şekilde ayrılabilmediğini düşünmüyorum. Bu dünyada da böyle çünkü her davaya konunun uzmanını atamak mümkün değil. Ama yol kat edildiğini düşünüyorum

18AT3E: Komplikasyonla – malpraktsin ayırt edilebildiğini düşünmüyorum. Bilirkişiden yürütülen bir sistem. Burada hakimler de ister istemez bilirkişilerin vermiş olduğu raporlarla birlikte yönlenmeye çalışıyor.

3AT4K: Süreç konusunda çok bilgim yok. Ama malpraktisle komplikasyonun net olarak birbirinden ayrıştırıldığını düşünmüyorum.

20AS5E: Hukukçuların bu ayrımı yapabildiğini düşünmüyorum.

13AT7K: Hayır kesinlikle. Mahkemeler daha çok bilirkişiye yönlendiriyor bunu.

17AS8K: Ayrımın yapılmasının zor olduğunu düşünüyorum.

16AT9E: Çok ince bir denge malpraktis ve komplikasyon. Hekimlerin son derece dikkatli olması gerekiyor ve buna hastaların da inanması gerekiyor yoksa tedavi-ameliyat edecek hekim bulamayacaklar.

15AT10K: Konunun çok net bir çerçevesi olmaması nedeniyle daha çok da emsal davalara, uygulamalara, bilirkişilere danışılarak yürüyen bir sistem olduğu için komplikasyondan kesin ayırt edilebildiğini düşünmüyorum.

Katılımcıların malpraktis yasal süreci konusunda net bir düzenlemenin olmaması nedeniyle başvuru bilirsizlik makamlarında sorunların ve eksikliklerin olduğunu düşündükleri anlaşılmaktadır. Bilirkişinin seçimindeki kriter belirsizlikleri, yetkinliğinin, konuya hakimliğinin ölçümünün neye göre yapıldığı gibi noktalarda boşluklar olduğu ve bu nedenle de malpraktisin görülme sıklığının daha da artacağı düşünülmektedir. Konuyla ilgili bazı katılımcı yöneticilerin görüşleri şu şekildedir;

19AT1K: Malpraktisin yasal süreci konusundaki en büyük sıkıntı bilirkişi sorunu. Tıp çok derinlemesine uzmanlık gerektirdiği için genel tababet de yetmiyor, uzmanlığın uzmanlığı gerekiyor çoğu zaman.

13AS2K: Asıl en önemli sorun bilirkişinin atanması sorunu. Siz kime hangi bilirkişiyi atayacağınızı bilmelisiniz, bunların kriterlerinin belirlenmesi lazım. Şu kadar zaman sektörde olmuş olmak, gerekli tıbbi bilgiye sahip olmak gibi bir hekim-sağlık yönetici olabileceği gibi belki bir heyet olmalıdır. Ama şartlar halen belirlenemediği için Türkiye’de askıda kalan konulardan biri malpraktis.

18AT3E: Bilirkişilik kısmı da soru işareti. Yani bilirkişilik yapan kişilerin bu konuda ne kadar yetkin olduğu kısmı biraz tartışılır. O nedenle malpraktisin daha da büyüyerek sorun olarak çıkacağını düşünüyorum

7AT6E: Sağlık alanında ülke olarak çok güzel gelişmelerimiz var hem kamuda hem özelde ama bilirkişiler önemli bu noktada, bilirkişi kim?, bilirkişiyi kim belirliyor bunlar çerçevesinde tam olarak bir ayırım yapıldığını düşünemiyorum yuvarlak bir soru.

3.2.2.4. Malpraktisin Sağlık Sistemine Yansımaları

Katılımcılar malpraktis konusu üzerinde meydana gelen farkındalığın her alanda yansımalarının olduğunu düşünmektedir. Bu yansımaların insanların bilinçlenmesine ve sistemsal iyileştirmelere büyük katkı sağladığı düşünülmektedir. Ancak konuya ilişkin net bir çerçevenin oturtulmaması dolayısıyla yaratılan farkındalığın yanlış yönlenebildiği ve büyük bir karmaşanın olduğunun düşünüldüğü anlaşılmıştır.

Katılımcı yöneticiler malpraktis üzerine artan farkındalıkla birlikte sağlık sisteminde yeni yapılanmalar başlatıldığını düşünmektedir. Bunun en önemli yansıması olarak da Zorunlu Hekim Sorumluluk Sigortasının devreye sokulması olduğunu ifade etmektedirler. Ancak sigortanın zorunluluk durumunun kamu ve özelde farklılık göstermesi, poliçe limitlerinin belirli bir standardının olmaması, kapsamının belirsizliği konularında sıkıntılar olduğunu ifade etmektedirler. Konuya ilişkin bazı katılımcı görüşleri şu şekildedir;

19AT1K: Özellikle sağlıkta yenilikler peşinde koşan toplumlarda ödeme sistemleri de işin içine girdiği için malpraktis konusu gündemi daha da sıcak tutuyor.

13AS2K: Devlet kanun koyacak ve sigortasız hekim olmayacak. Böyle bir tercih lüksü olmaması lazım bir hekimin. Sağlık Bakanlığı'nın bünyesinde hekimlik yapılabilmesi için malpraktis sigortanın olması lazım şartını koyması gerekli. Aynı zamanda poliçelerin alt limitlerinin de belirlenmiş olması lazım. Kişiye bırakılmamalı bunun standardını yine bakanlığın koyması lazım.

18AT3E: Şu aşamada artık malpraktis Türkiye'nin gündemine tamamen yerleşti. Bu nedenle bütün hekimler malpraktisi zorunlu olarak yaptırıyorlar devletin de yaptırımı var tabii ki.

18AT3E: Artık teknolojinin gelişmesi ile birlikte bir şeyleri sisteme oturtup o sisteme göre ilerletmeye başladılar. Eğitimler daha arttırıldı. Özel hastane sektöründe durum böyle ama devlet hastanelerinde durum nasıl değerlendiremiyorum belki oralarda bu tarz olaylar daha çok olabilir.

20AS5E: Zorunlu hekim sorumluluk sigortasını olumlu buluyorum ve kapsamının daha da genişletilmesi gerektiğini düşünüyorum. Özelde yaptırmama gibi bir durum söz konusu değil.

15AT10K: Kurum olarak bu konuda olmazsa olmazımız bizim. Bu konuda son derece rijitiz. Biz %50 %50 hekimle paylaşıyor yapıyoruz. Hekim kendi sigorta şirketinden de yaptırabilir tabii. Her kurum böyle olmayabiliyor.

Katılımcı yöneticiler, malpraktisin en önemli olumsuz yansımalarından birinin defansif tıp anlayışın gelişmesi olduğunu belirtmişlerdir. Defansif tıp anlayışı içersinde, hekimlerin tedavi edici hekimlik rolünden sıyrılıp koruyucu hekimlik rolüne girdikleri düşünülmektedir. Hekim ya da sağlık çalışanı hiç bir riskle karşı karşıya kalmak istemediği için gereksiz birçok işlemi hastaya yaptırmaktadır. Bu durumda kaynak israfına yol açmaktadır. Aynı zamanda katılımcılar, bazı hekimlerin kendi haklarını koruyabilmeleri için hukuk alanına da yöneldiklerini belirtmektedirler. Konuya ilişkin katılımcı görüşleri şu şekildedir;

19AT1K: Defansif tıp denilen bir şey oluştu maalesef. Bunun bir nedeni malpraktis ama tek nedeni o değil. Sağlıkta şiddet, geri ödeme sistemleri hepsi etken aslında.

18AT3E: Tüm bunların neticesinde şöyle de bir durum doğdu; son zamanlarda bazı doktorlar artık hukuk okuyorlar mevcuttaki bu eksiklikler nedeniyele.

16AT9E: Kısıtlı olan sağlık kaynaklarının yanlış yönlendirilmesi; tedavi edici hekimliğin değil, koruyucu hekimliğin daha ön plana çıkmasıyla gereksiz kaynak israfı olmakta malpraktisten kaçınmak için.

Katılımcılar, defansif tıp yaklaşımına bürünen hekimlerin, malpraktis belirsizliği içine girmek istemedikleri için zor ve riskli işlerden kaçınma davranışında olduklarını düşünmektedirler. Konuya ilişkin bazı katılımcı görüşleri şu şekildedir;

19AT1K: Sağlıkta emeğin hiçe sayıldığı durumlarda var; büyük ameliyatla küçük ameliyatın eş değer tutulması, büyük vakayla küçük vakanın aynı potada eritilmesi gibi durumlar insanları daha kolay, döngüsü sık, rahat kotarabilecek işlere sürükledi. Ülkemizde sağlık mevzuatı konusunda özellikle kaygan bir zemin var çok sık değişti son dönemde. Özel, devlet ve üniversite kulvarları dönem dönem birbirine karıştı. Dolayısıyla insanlar büyük vakalardan kaçınır oldu.

18AT3E: Cerrahlar malpraktis olaylarıyla ilgili çok fazla muhatap olmamak için özellikle çok riskli ameliyatlara almaktan imtina edebiliyorlar. Bu genel olarak kendilerini korumak adına yapılan bir şey

20AS5E: Hekimler kaçınabiliyorlar evet ama bunun nedeni sadece malpraktis değil. Kaçınmanın sebebi aslında, hekimin aldığı riskin karşılığının olmaması. Yoksa aldığı eğitimle zaten o riskli ameliyatı yapabilecek düzeyde oluyor ama hem karşılığını alamıyor hem de malpraktis gibi belirsizlikle karşı karşıya kalma riski oluyor bu durumda hekimde kaçınabiliyor.

13AT7K: Riskli ameliyatlardan kaçında oluyor tabii defansif tıp olarak. Ciddi bir bela aslında şu anda sağlık sektörü için.

Katılımcılardan alınan yanıtlara göre, malpraktis olaylarının yeni tıp fakültesi mezunlarının uzmanlık alanı seçimine de olumsuz yansımalarının olduğunu

düşündükleri anlaşılmıştır. TUS puan sıralamalarında çok emek yoğun ve risk içeren alanların sonlarda olması hem nitelikli hekim kaybına hem de sağlık sistemimiz için olumsuz sonuçlara yol açacağı düşünülmektedir. Konuya ilişkin katılımcı ifadeleri aşağıda yer almaktadır;

18AT3E: *Hatta şu aşamada yeni tıp fakültesi öğrencileri artık cerrahi branşları seçmiyorlar daha düşük puanlı alanları tercih ediyorlar. Bu durumda ülkemizin sağlık sisteminde önümüzde ki dönemlerde ne gibi olumsuzluklara yol açacak çok daha net olarak göreceğiz. Malpraktis belki de daha da büyüyerek çoğalacak, avukatlara çok fazla iş çıkacak gibi görünüyor.*

7AT6E: *Malpraktisin boyutu konusunda artış var. Neden olarak da tıp fakültelerinde çok büyük kadavra sıkıntısı var. Yeni mezun bir arkadaşımızın gazetelere yansıyan bir demeci var; ailemden kimseyi arkadaşlarıma emanet etmem şeklinde. Bu çok acı bir şey. Donanım, görüntüleme veya teknolojik gelişimin kısıtlı olduğu zamanlarda eski nesil hekimler daha ciddi cerrahi ameliyatlara yapabiliyordu ama yeni nesil hekimler artık daha çok plastik cerrahi, dermatoloji, dahili branşlar alanına yöneliyor. Bu durumların hepsi neticesinde malpraktis vakaları günbegün artıyor.*

13AT7K: *Kadın doğumun, genel cerrahinin, kalp damar cerrahisinin TUS puanları yerlerde sürünüyor. Kimse girmiyor herkes fizik tedavi uzmanı ya da dermatolog olmak istiyor. En iyisi göz hastalıkları uzmanı olmak istiyor. Yani ilerleyen süreçte riskli işler yapacak cerrah bulunamayacak çünkü şikâyetler o kadar kolaylaştı ki.*

3.3. Hastane Yöneticilerinin Malpraktis Olaylarına Dahil Olma Biçimleri ve Önlenmesi Konusundaki Görüşleri

Katılımcı yöneticilere sistemlerini ve tüm işleyişini organize ettikleri kurumlarında meydana gelen malpraktis olayları süreçlerinde kendilerini nasıl

konumlandıklarına dair sorular yöneltilmiştir. Yöneticiler birebirde hasta teşhis ve tedavisinde rol alan ana unsurlardan biri değildir ancak hastaların kurumlarına dahil olmasıyla başlayan tüm süreçleri şekillendiren, kişiler olarak sorumlulukları bulunmaktadır. Bu kapsamda yöneticilere malpraktis olayları vuku bulduğunda ilgili personel dışında kendilerinin süreci nasıl geçirdiklerine odaklanılmıştır. Elde edilen bilgiler doğrultusunda, hastane yöneticisinin gerekli mercilere bildirimde bulunup hukuki süreci başlatmakla sorumlu kişi olduğu anlaşılmıştır. Bununla birlikte, ilgili departman temsilcileriyle kurumsal bir süreç de ilerlemektedir. Hastane yöneticilerinin bu süreçte hasta ve hasta yakınlarıyla da birebir ilgilenen kişiler olarak süreç temsilciliği rollerinin de bulunduğu anlaşılmıştır.

Yöneticilere yöneltilen sorularda odaklanılan bir diğer nokta bu süreçlerin yaşanmaması adına hem kendilerinin ne gibi önlemler alabileceği, hem de sağlık sistemi karar vericilerinin neler yapabileceğine dair görüşleridir.

Yöneticiler kendilerinin ne gibi önlemler alabileceğine dair ifadelerinde; en başından sistemin doğru kurgulanmasının ve kontrol mekanizmalarının oluşturulmasının gerekliliğine vurgu yapmışlardır. Personel seçiminin ve konuya yönelik eğitimlerinin verilmesinin de yine yöneticilerin görevi kapsamında malpraktis olaylarının önüne geçmek için edineceği rollerden biri olduğu anlaşılmıştır. Yöneticilerin medikal alanda hastalara doğrudan dokunuşu olmasa da tüm mekanizmalardan sorumluluğunun bulunduğu ifade edilmiştir. Bu sorumluluk personeli kapsadığı kadar kullanılan malzeme ve teçhizatı da kapsamaktadır

Yöneticiler, malpraktis olaylarını önlemek adına sağlık sistemi belirleyicilerinin rollerine ilişkin görüşlerinde, günümüzde gelenek teknolojik alt yapıyla süreçlerin doğru kurgulanması ve sürekli denetim kontrol mekanizmalarının olması gerektiğini ifade etmişlerdir. Sağlık sektöründe yaşanan iletişim sorunlarının ve özellikle özel hastanelerin yaşamış olduğu kadro sorunlarının çözülmesi de katılımcılar için birçok sorunun önlenmesi adına alınabilecek önemli adımlar olduğu anlaşılmıştır. Aynı zamanda katılımcılar sağlık sisteminde olduğu kadar eğitim sisteminde de günceli takip etmenin ve iyileştirmeler yapmanın gerekliliğine

vurgu yapmaktadırlar. Malpraktis özelinde yöneticiler bir kanunun olması, hangi olayların nasıl konumlandırılacağına netleşmesi gerekliliğini belirtmişlerdir.

Tüm bu odak noktaları neticesinde katılımcı görüşleri “*Hastane Yöneticileri Bakış Açısıyla Malpraktis Süreci, Hastane Yöneticilerinin Malpraktis Olaylarının Önlenmesi Adına Neler Yapabileceklerine Dair Görüşleri, Hastane Yöneticilerinin Malpraktis Olaylarının Önlenmesi Adına Sağlık Sistemi Belirleyicilerinin Neler Yapabileceklerine Dair Görüşleri*” olmak üzere üç alt kategoride yorumlanmıştır.

3.3.1. Hastane Yöneticileri Bakış Açısıyla Malpraktis Süreci

Katılımcılara hastane yöneticisi olarak malpraktis olaylarıyla karşılaşma durumları ve sürecin hem ilgili personel hem de yöneticiler için nasıl işlediğine dair sorular yöneltilmiştir. Bu kapsamda yöneticilerin çoğunun bir malpraktis olayıyla karşılaşma durumunun olduğu anlaşılmıştır.

Katılımcı yöneticilerden elde edilen bilgiye göre, hastanelerde meydana gelen malpraktis olayları neticesinde yapılan ilk adımın hukuki sürecin başlatılması olduğu anlaşılmıştır. Süreçle ilgili yönetici görüşleri şu şekildedir;

19AT1K: *Hekimle ilgili böyle bir süreç başladığında hukuki yollardan bir uyarı yazısı geliyor. Bizim kendi kurumumuza ait hukukçumuz var. Hekimi özgür bırakıyoruz; bizim hukukçumuzla da çalışabilir kendisinin seçtiği bir hukukçuyla da.*

20AS5E: *Hukuken resmi süreç başlıyor, bilirkişiler inceliyor.*

Hukuki sürecin yanında, kurumsal sorumluluk neticesinde kendilerinin de bir medikal süreç başlattığını ve gerekli incelemeleri yaptıklarını ifade etmişlerdir. Konuya yönelik katılımcı görüşleri şu şekildedir;

19AT1K: Tabii ki bizim kurumumuzda sorumluluk sahibi olduğu için her koşulda takibini yapıyor. Hangi bölümle ilgiliyse o bölümüm tüm temsilcilerinin, başhekimin ve dönem dönem diğer ilintili branş hekimlerinin de olduğu toplantılar yapıyoruz. Hata varsa nerde yanlış yapılmış dosyasına bakılıp detaylı bir incelemeyle analiz yapıyoruz. Bizde kendi hukuki sürecimizi başlatıyoruz. Hem medikal hem hukuki süreç birlikte yürüyor.

18AT3E: Malpraktis sonrasında dosyanın içeriği inceleniyor, hekimin görüşleri tekrar gözden geçiriliyor, dosyanın içeriğinde eksikliğimiz var mı yok mu onlar bakılıyor ve hekimle tekrar oturulup beraber gözden geçiriliyor.

3AT4K: Malpraktisle karşılaştığımızda biz de bir inceleme süreci başlatıyoruz.

7AT6E: Özel bir hastanede bir hasta gastrektomi ameliyatı sonrasında refakatçi yemeğinin karışması neticesinde sıvı beslenmesi gerekirken, katı bir beslenme yapıyor ve sonunda hasta hayatını kaybediyor. Burada yine kurumun sorumluluğu bulunuyor çünkü hastayla birlikte hasta yakınında eğitimi vermek zorundasınız. Olay neticesinde ilgili şahıslar, bölüm ve yöneticiler için de bir inceleme başlatıldı.

Katılımcılardan bazıları, malpraktis olayıyla ilgili olarak hekimin süreçten kolay çıktığını düşünmektedir. Bu noktada sağlık sisteminin bir eksikliği olan kimin ne iş yapacağını belirsizliğinin ve sonucunda meydana gelen cezaların caydırıcı olmamasının etkili olduğunu düşündükleri anlaşılmıştır. Konuya ilişkin yönetici görüşleri aşağıda yer almaktadır;

13AS2K: Bence hekimler bu işten çok kolay sıyrılıyor. Yaşadığım bir vakada hekim sünnet yaparken çok fazla kesiyor. Durumu fark ediyor ve hemen gelen cerrahı arıyor kendisi pratisyen hekim. Genel cerrah ve ürologlar geri diyor. Fakat fonksiyonunu yitiriyor ve tekrar düşüyor. Bu çocuk ileride çocuk

sahibi olamayacak, cinsel fonksiyonlarını kaybetmiş durumda. Mahkeme sürecine çocuğun ailesine çok ciddi bir tazminat ödendi ve olay bununla kaldı. Burada aslında ciddi bir mahrumiyet var bakıldığında bir neslin önüne geçilmiş bir durum. Burada cezaların çok daha caydırıcı olması lazım, sınırların net olarak belirlenmiş olması lazım Artık benim ülkemde pratisyen hekimin ne yapacağının, uzman hekimin ne yapacağının çok net belirlenmiş olması lazım.

13AT7K: *Genellikle malpraktise neden olan hekim bir şekilde konuyu örtüyor. Çoğunlukla böyle oluyor. Sağlık çalışanları özellikle hekimlerle normal hastalar arasında çok ciddi bir bilgi asimetrisi var. Bu bilgi asimetrisi hekimlerin bazı zor durumlarda bir şekilde toparlamalarını sağlayabiliyor. Çok ciddi malpraktisle karşılaştığımda böyle bir duruma denk geldiğim oldu.*

Bazı katılımcılar ise hekimlerin bu süreç içerisinde çok yıprandığını ve yaşadıkları bu stres durumunu bir daha yaşamamak adına riskli işlerden kaçındıklarını belirtmiştir. Aynı zamanda artık hekimlerin kendi kontrol mekanizmalarını geliştirdiklerini de ifade etmişlerdir. Konuya ilişkin görüşler şu şekildedir;

13AT7K: *Malpraktisten çok komplikasyon diyebileceğimiz bazı durumlarda da gereksiz yere hekimlerin başının derde girmesi de söz konusu oldu. Öyle bir hal aldı ki onam alırken görüntü kaydı alan hekimler olmaya başladı.*

16AT9E: *İnsan sağlığıyla ilgili çabalayan bir meslek grubunda adliye koridorlarında dolaşmak oldukça travmatik, çok örseleyici oluyor. Böyle bir süreçte kendimi riske edecek durumlardan uzak durmaya çalışıyorum.*

15AT10K: *Malpraktis iddiasıyla başvuru oldu ama cezai bir müeyyideyle sonuçlanan bir durumla karşılaşmadım. Hakkında böyle bir iddia bulunan personel çok stresli oluyor sonuçlanıncaya kadar.*

Herhangi bir malpraktis olayı karşısında yöneticiler için de sürecin yoğun geçtiği anlaşılmıştır. Katılımcılar yönetici olmanın gerektirdiği sorumluluklar çerçevesinde ilk cezai sorumluluğu kendilerinin karşıladığını ve gerekli resmi süreçleri başlattıklarını belirtmişlerdir. Konuya dair katılımcı görüşleri şu şekildedir;

18AT3E: *Bu süreçteki rolüm gelen dava dosyalarının içeriğinin tamamlanması, hasta dosyasının kontrolü, avukatla olan sürecin takibi şeklinde. Hatalar ve eksiklikler olabiliyor personel kaynaklı maalesef, bunu bir şekilde yönetmeye özen gösteriyoruz.*

20AS5E: *Hastanedeki resmi süreçleri ben yönetiyorum*

16AT9E: *Yönetici olarak da çalıştırılan personel kapsamında sorumluluk oluyor. Aslında herhangi bir surumda ilk cezai karşılığı olacak gruptur yönetim grubu.*

Katılımcı yöneticiler malpraktis durumuyla karşılaştıklarında resmi olarak başlatılan hukuki süreçlerin yanında bir de kendilerinin de kurum içerisinde bir inceleme başlattıklarını belirtmişlerdir. Bu inceleme kapsamında, hatanın hani noktalarda nelerden kaynaklandığına dair tespitler yapıp bir daha tekrarlanmaması adına önlemlerin alınmasının yine yönetici sorumluluğunda olduğu anlaşılmıştır. Konuya ilişkin katılımcı görüşleri şu şekildedir;

19AT1K: *Dönem dönem bu inceleme, değerlendirme toplantılarına ben de katılıyorum. Hata varsa bir daha olmaması adına önlemlerimizi aldırıyorum.*

3AT4K: *Bir daha olmaması adına önlemler alıyoruz.*

Katılımcı bilgilerinden, yöneticilerin sürecin hukuki ve medikal açıdan takibi görevlerinin yanında bir de duygusal boyunun yönetimine dair de görevlerinin olduğu bilgisine ulaşılmıştır. Olumsuz bir durumun gerekli hasta ve yakınlarına aktarılması konusunda da yöneticilerin sorumluluklarının olduğu ifadelerinden anlaşılmıştır. Konuya dair yöneticilerin görüşleri aşağıda yer almaktadır;

13AS2K: *Hekimler için hastanın ex olması çok mekanik bir olaydır, bir vakadır onun için. Ama işin duygu boyutunu yönetmek her zaman için yöneticilere düşüyor. Dolayısıyla karşı tarafı anladığınızı hissettireceğiniz bir yaklaşımda bulunup, bir taraftan sağduyunuzu kaybetmeden yönetmek durumunda kalıyorsunuz.*

13AT7K: *Hekim konuyla başa çıkamıyorsa konu bize taşınıyor tabii ki. Biz bir kısmını soğurabiliyoruz yöneticiler olarak. Bir üst ağız olarak düşünüyoruz daha çok.*

3.3.2. Hastane Yöneticilerinin Malpraktis Olaylarının Önlenmesi Adına Neler Yapabileceklerine Dair Görüşleri

Hastane yöneticilerine, malpraktis olaylarının önlenmesi adına, sistemi şekillendiren kişiler olarak ne gibi rol ve sorumluluklarının olduğu sorulmuştur. Katılımcı yöneticilerden elde edilen bilgiler doğrultusunda süreçleri kurgulayan kişiler olarak kendilerine her alanda büyük sorumluluk düştüğü anlaşılmıştır.

Yöneticiler en başından sistemin doğru kurgulanması ve geliştirilen kontrol mekanizmalarıyla sürekli kontrol edilmesi gerektiği kanaatinde oldukları anlaşılmıştır. Konuya ilişkin katılımcı görüşleri şu şekildedir;

19AT1K: *Kadro ne kadar yetkin olursa olsun hata payı her zaman vardır sağlık sisteminde. Bunu minimize etmek yöneticiye düşer. Süreçleri doğru kurgulayarak, her aşamada kontrol mekanizmaları kurarak. Hastanın yatışından, ameliyathaneye inene kadar, uyanmasından, servise çıkana kadar ve taburculuğuna çıkana kadar her aşamanın tek tek kontrol ediliyor olması lazım. Bir süreci götüren bir de kontrol eden yapının kurulmuş olması lazım. Kurum olarak gurur verici bir şey söylemek isterim yaklaşık son yedi - sekiz yıldır tamamen bu konuya ağırlık verdiğimiz için; hasta güvenliği hedefleri tesis anlamında da hasta anlamında da çok yol kat ettik ve bunun direk yansımaları da malpractice olaylarının azalmasıyla, sıfır noktasına yaklaşmasıyla aldık.*

7AT6E: *Baştan sona bütün süreçte hastane yöneticisi sorumludur bence. Çünkü ekibiniz kadar güçlüsünüzdür, ekibinizdeki en zayıf halka kadar güçlüsünüzdür. Eğer ekibinizden biri malpraktis sonucunu ortaya çıkarıyorsa bu sizin de sorumluluğunuzu doğurur.*

Yöneticilerin karşılaşılan olaylar sonucunda sistemde ne gibi eksikliklerin olduğunu tespit etmesi ve gerekli birimlere geri bildirimlerinin yapılmasını yürütme görevi bulunmaktadır. Burada özellikle yöneticilerin vurgularından kalite süreçlerinin organizasyonunun çözüm ve önlem noktasında önemli olduğu anlaşılmıştır. Konuya ilişkin katılımcı görüşleri şu şekildedir;

13AS2K: *Kalite süreçlerinin iyi yürütülmesi, kontrol ve iyileştirmelerin yapılması için gerekli önlemlerin alınması.*

3AT4K: *Hastane yöneticileri olarak fark edip gerekli yerlerce fark edilmesini sağlamamız gerekiyor geri bildirimlerle. Bizim sistemimizde Olay Bildirimi Sekmesi var. Tüm çalışanlar olayları gördüğünde, tanık olduğunda bu sekmeye yazarak kalite birimine geri bildirimde bulunmuş oluyor. Onlarda inceleyip gereklilikleri yerine getiriyorlar.*

Katılımcılar personel seçiminin de bu süreçte çok önemli olduğunu belirtmektedir. Doğru işe doğru personelin konumlandırılması, personelin görev tanımlarının ve yetkilerinin ayrıntılı şekilde vurgulanması ve personelin iş yapış şeklinin takibi hataların önlenmesi adına yöneticilerin yapabileceği en önemli adımlardan biri olarak karşımıza çıkmaktadır. Konuyla ilgili yönetici görüşleri aşağıda yer almaktadır;

13AS2K: Yetki görevlerinin iyi tanımlanması

15AT10K: Doğru işe doğru kişiyi yönlendirmek de bizim sorumluluğumuz arasındadır.

17AS8K: Yönetici olarak yapılması gereken de personel seçiminde gerekli özeni göstermeli. Örneğin hekim ne kadar vaka görmüş, bilgisi, deneyimi gibi noktalara dikkat etmeli. İş sürecinde de başarı oranını takip edilmeli.

Katılımcı görüşlerine göre, personelin görev yapılanması sağlandıktan sonra malpraktis konusunun hassasiyetine yönelik olarak, hem yöneticiler tarafından farkındalık yaratılmalı hem de düzenli eğitim ve çalışmalarla sistematığe oturtulmalıdır. Tüm bunların organize edilmesi ve gerçekleştirilmesi de yine yöneticilerin sorumlulukları arasında bulunmaktadır. Konuyla ilgili bazı katılımcı görüşleri şu şekildedir;

19AT1K: Kurum içi eğitimler sürekli hale getirilmeli

18AT3E: Yönetici olarak bizim yapabileceğimiz öncelikli olarak hekimlerle düzenli olarak yapılacak toplantılarla bu konuyla ilgili hassasiyetin sağlanmasını vurgulamak. Hekim veya sağlık personeli tarafından doldurulan formların usulüne uygun ve düzgün bir şekilde doldurulmasını sağlamak.

Kurum içi eğitimler çok önemli. 15 günde bir hekim toplantısı yapılır. Hemşireler her hafta bir genel değerlendirme toplantıları yaparlar.

20AS5E: *Prosedürleri ve hukuki sonuçlarını sık sık hekimlere hatırlatmalı. Ben kendi adıma düzenli toplantı ve eğitimlerle prosedürlerin hatırlatılmasını yapıyorum.*

7AT6E: *Bir malpraktis olayıyla karşı karşıya kalındığında; ya personelin eğitim eksikliği vardır, personelin dikkatsizliği olaya karşı ciddiyetsizliği vardır bu da ilgili yöneticinin o personele gerekli eğilimi vermesi konusunda bir eksiklik yaptığını gösterir. Yönetici detayıyla ve yaptırımlarıyla bunu personeline anlatmadıysa sorumluluğu her daim bulunmaktadır. Gerekli tüm eğitimlerin düzenli olarak verilmesi yöneticinin sorumluluğundadır. Uygulama alanlarında iş yöneticilere düşmektedir. Eline gelmiş bir maden bulunmakta o madeni işleyip parlatmak yöneticinin elindedir.*

17AS8K: *Yöneticiler, bu konuda hekimi, sağlık çalışanlarını, yöneticileri ve hastayı bilinçlendirmeli. Yönetici olarak yapılması gereken de personel seçiminde gerekli özeni göstermeli. Örneğin hekim ne kadar vaka görmüş, bilgisi, deneyimi gibi noktalara dikkat etmeli. İş sürecinde de başarı oranını takip edilmeli.*

16AT9E: *Konuya dair doğru farkındalık yaratılmalı ben de bunu yapmaya çalışıyorum.*

15AT10K: *Kurum içi sürekli tekrar eden eğitimlerin de sağlanması yöneticilerin yapabilecekleri arasındadır.*

Katılımcı yöneticiler malpraktis olaylarının önüne geçmek için karlılık hedeflerinden ziyade kalitenin önceliklendirilmesinin etkin olacağını düşünmektedir. Kalitenin, öncelikle insan hayatı üzerine büyük kazanım

sağlayacağı düşünülmektedir. Her ne kadar başlangıçta maliyetli görünse de uzun vadede karlılık getireceği yönetici vurgularından anlaşılmıştır. Konuya ilişkin katılımcı görüşü aşağıda yer almaktadır;

19AT1K: *Tekrar tekrar sağlıkta kalite sistemlerine vurgu yapan bir konu bu. Sağlıktaki çıkış yolu kaliteyi arttırmaktan geçiyor. Karlılık önemli tabii ama karlılıktan ziyade kaliteyi gözettiğimiz zaman ilk önce daha yüksek maliyet gözükse de uzun vadede kalite hem maliyetleri düşürür, hem çıktıları toparlar, kara da geçirir. Uzun soluklu bir iştir ama her tarafın yüzünü güldürür. Mutlaka bunların yapılması ve bu bilincin hem sağlık çalışanlarına hem de vatandaşa sirayet etmesi lazım. Vatandaş bilecek ki sağlık meşakkatli ve maliyetli bir iş, bir takım bedelleri var.*

Katılımcılar, malpraktis olaylarının önlenmesi adına yöneticinin gerekli tüm malzeme ve teçhizat konusunda da rolünün olduğunu düşünmektedirler. Eksikliği ya da arıza konusunda meydana gelebilecek herhangi bir malpraktis olayında hastane yöneticisinin sorumluluğuna gidileceği anlaşılmaktadır. Konuyla ilgili görüşler aşağıda yer almaktadır;

18AT3E: *Hastane olarak malpraktis olmaması için sağlık personeline tıbbi cihaz, malzeme gibi her türlü altyapının hazırlanmasıyla mükellefim bir işletmeci olarak ki benden şu cihazınız yoktu o nedenle bu olay oldu gibi bir durumun olmaması gerekiyor. Aynı zamanda yönetici olarak cihazların bakımları, tamirlerini organize ediyorum ve bu konuda hekimlerime bilgilendirmeler yapıyorum.*

13AT7K: *Malpraktiste dava açılırken hem hekime hem de hastaneye birlikte açılıyor. Biz hastane olarak bu işten çok zarar görüyoruz, isim lekelenmesi yanı sıra. Çünkü bizim idari olarak yapmamız gerekenler çok belli. Mesela tıbbi cihazların kalibre edilmesi, miadı dolmuş malzeme bulundurmamak, fason malzeme almamak; artık UBB kodları var bunun için, bunlar gibi gereklilikleri biz yapıyoruz.*

3.3.3. Hastane Yöneticilerinin Malpraktis Olaylarının Önlenmesi Adına Sağlık Sistemi Belirleyicilerinin Neler Yapabileceklerine Dair Görüşleri

Katılımcılar malpraktis durumlarının önlenmesi için sağlık sistemlerini şekillendiren mekanizmaların etkilerinin önemli olduğunu belirtmişlerdir. Malpraktis adına öncelikle yasal bir çerçevenin oturtulması ve hukuki süreçlerin anlamlandırılması gerekliliği büyük adımlardan biri olarak yorumlanmaktadır. Bunun yanı sıra sağlık sistemi içerisinde ki yapısal ve kurgusal sorunların çözümü de önlenmesi için önemli olacaktır. Özellikle katılımcılar; kadro, iletişim, personel sorunlarına yönelik önlemler alınması gerektiğine vurgu yapmaktadırlar. Katılımcılar aynı zamanda otoritelerce, eğitim sisteminde de gerekli değişiklikler yapılmasının sağlık alanında da olumlu yansımalarının olacağını düşünmektedir.

Yöneticiler, sağlık sistemi karar vericilerinin sistemler üzerinde devamlı kontrol ve denetim yapması gerektiğini düşünmektedir. Katılımcılar günümüzde gelinen noktayla birlikte, teknolojinin her türlü imkânından faydalanılarak, insan hatasının minimize edilmesi hatta ortadan kaldırılması gerekliliğine vurgu yapmışlardır. Konuyla ilgili görüşler aşağıda yer almaktadır;

19AT1K: *Sağlık tarafında olan karar mekanizmaları tarafından, mutlaka sistemlerin düzenli kontrol edilmesi lazım. Çünkü dönem, süreçler, teknoloji sürekli değişiyor. Burada teknolojinin nimetlerinden faydalanarak insan hatasının minimize edilmesi gerekli. Süreçler devamlı kontrol edilmeli sürekli eğitimler yapılmalı. Personele dayalı hata sayısı da oldukça yüksek. Özellikle hemşirelik alanında eğitimlerin her an olması lazım.*

13AS2K: *Artık bu devirde özellikle bir de şehir hastanelerinin devreye girmesiyle beraber çok fazla yapay zekanın yerini aldığı; elektronik hasta kayıtlarının, alarm sistemlerinin olduğu, doğru yere doğru hastanın gitmesi için eşleştirmeler, barkod okuyucular gibi bu kadar gelişmenin ve teknolojiyi yanında, hasta karışmaları, yanlış ilaç uygulaması, orderların yanlış verilmesi*

gibi insani ihmalden kaynaklı hataların artık tamamının ortadan kalkması lazım. Bu amatörlük ruhundan çıkılması lazım. Bütün süreçler tanımlanmalı. Her şey yazılı hale gelmeli ve o süreçten kim sorumluysa mesul tutulmalı. Bunun ödülünü de cezasını da bu kişi almalı.

Katılımcılar genel anlamda eğitim sisteminin yenilenmesinin beraberinde birçok iyileştirmeyi getireceğini düşünmektedir. Sağlık personelinin, eğitim aldığı kurumlarda tıbbi teorinin yanı sıra pratik yaşamlarında hem kendi haklarının farkında olmalarına ve korumalarına yardımcı olacak hem de yerine getirdikleri hizmetin en hassas alanlardan birinde olması nedeniyle konunun özeline bilincinde olmalarını sağlayacak sağlık hukuku gibi alanlara dair donanımlarının olması gerekliliği düşünülmektedir. Konuya ilişkin görüşler aşağıda yer almaktadır;

20AS5E: *Tıp fakültelerine hukuk dersi hatta sağlık hukuku dersi konulmalı.*

16AT9E: *Eğitim sisteminin düzeltilmesi her şeyin başlangıcı, temeli olacaktır.*

Katılımcı yöneticiler malpraktise dair net bir çerçevenin çizilmesinin ve bir yasanın olmasının gerekliliğini düşündüklerini ifade etmişlerdir. Karar mekanizmalarının güçlendirilmesi vurgusu yapılmıştır. Bununla birlikte hukuki süreç kapsamında başvuru uzman görüşünün fazlaştırılmasını ve birden fazla uzmanın oluşturduğu bir heyetten sürecin değerlendirilmesinin daha doğru sonuçlar çıkaracağını ifade etmişlerdir. Konuyla ilgili katılımcı görüşleri şu şekildedir;

19AT1K: *Diğer karar vericilerde çok sayıda kişiden rapor almalı. Uzmanlaşma olaya farklı bakış açısı getiriyor. Standart sağlıkçı olmayan birinin bakışıyla çok kötü gelen bir olay, uzman bakış açısıyla o kadar da kötü gelmeyebilir. Bu nedenle doğru insanlardan bilirkişi raporunun alınması*

lazım. Belki de birden fazla uzmanın içinde yer aldığı bir heyetten geçmesi gerekli raporların.

18AT3E: *Malpraktisin önlenmesiyle ilgili öncelikli olarak, bu konuda bilinçlendirme yapılması gerekiyor. Her konunun malpraktis olarak değerlendirilmemesi için genel tanımlamaların netleştirilmesi gerekiyor. Hangi konular malpraktistir bunun netleştirilmesi gerekiyor. Türkiye’de Yüksek Sağlık Şurası malpraktislerin tartışıldığı ve kararlaştırıldığı yer. Belki bu tarz kurumun biraz daha güçlendirilmesi gerekli çünkü bilirkişilik makamının konuyla ilgili yetkinliğinin çok olmadığını düşünüyorum.*

3AT4K: *Bir malpraktis yasası çıkarılmalı ve komplikasyondan net çizgilerle ayrılmalı.*

Katılımcı yöneticilerden biri özel hastanelerdeki kadro sıkıntısının çözülmesi sonucunda sağlık personelinin iş yükünün azalacağını ve malpraktis olaylarının önüne geçileceğini ifade etmiştir. Konuyla ilgili görüşleri aşağıda yer almaktadır;

15AT10K: *Yeterli sayıda personel olmaması, yeterli kalifiye personelin olmaması aslında aslında malpraktise yol açıyor. Özel sektörde örneğin kadro problemi var, istediğimiz sayıda hekim çalıştıramıyoruz, herhangi bir alanda daha fazla iş bölümüne ihtiyaç düşüyorsa ve gerekli sayıda destek olamıyorsa o hekimin iş yükü daha da artıyor ve hataya sürükleyebiliyor. Bu nedenle kadrolar konusunda bir esneklik olabilir.*

Yöneticilerden biri sağlık sektörü içerisinde genel bir iletişimsizlik olduğunu belirtmiştir. Bu sorunun en küçük gruptan en büyük gruba kadar hatalar silsilesini beraberinde getirdiği düşünülmektedir. Doğru ve açık bir iletişimle kurgulanan hizmet süreçlerinin başarılı sonuçlanacağı katılımcı görüşlerinde vurgulanmıştır. Konuyla ilgili yönetici görüşü şu şekildedir;

7AT6E: Sağlık sektöründe bir iletişimsizlik vardır. Önlenmesi için önce mikro sonra birimler arası daha sonra tüm aktörlerin olayın içinde olduğu şeffaf ve anlaşılabilir bir iletişim kurulması gerekmektedir.



4. TARTIŞMA

Çalışmamızın bu bölümünde özel hastane yöneticileriyle yapmış olduğumuz görüşmeler sonucu elde ettiğimiz bulgular, literatürde yer alan kaynak verileriyle karşılaştırılarak yorumlanacaktır.

Modern dünya içerisinde, meydana gelen teknolojik, ekonomik, sosyal ve hukuki gelişmeler değişimi ve yeniliği de beraberinde getirmektedir. Her alanda görülen bu gelişim, sağlık sistemi içerisindeki mekanizmaları da değiştirmekte ve yenilemektedir.

Sağlık hizmetinin kendi bütünlüğünde diğer hizmetlerden farklı ve özel olması bu alandaki her süreci de farklılaştırmaktadır. Nitekim araştırmamızda katılımcı yöneticilerden elde ettiğimiz bulgular; sağlık ve hastanecilik sektörünün kendine has spesifik bir alan özelliği taşıması sonucu diğer özel sektör hizmet sunucuları gibi bir mesai kavramının olmadığını ortaya koymuştur. Hastanelerin 24 saat hizmetin devam ettiği ve ertelenemediği yerler olması nedeniyle, katılımcıların iş yönetimlerinin kişisel alanlarında da arka planda devam etmek durumunda olduğu anlaşılmıştır. Bu bulgu Çamcı'nın 2007 yılında yapmış olduğu çalışmasında, sağlık hizmetlerini diğer hizmetlerden farklılaştıran özellikler verisiyle benzerlik taşımaktadır.

Sağlık hizmetlerinin her geçen gün karmaşık bir yapıya bürünmesi, bu sistemi şekillendirecek yöneticilerin kimler olması gerektiği konusunda bir tartışmayı da beraberinde getirmiştir; hastaneleri hekimler mi yönetmeli yoksa sağlık idarecileri mi? Bizde çalışmamızda konuya ilişkin olarak iki farklı yönetici görüşü elde ettik. Birinci görüş de; özellikle hekim kökenli olanlar, hastaneleri tıbbi geçmişi olan kişilerin yönetmesi konusunda görüş bildirirken ikinci görüş de; salt hekim yönetici de değil, salt sağlık idarecisi de değil, alanların bölündüğü ikili yönetimin olduğu bir yönetimin olması gerekliliği ifade edilmiştir. Yapılan tartışmalar sağlık sistemine yeni bir görüş kazandırmıştır; “Profesyonel Hastane Yöneticiliği”. Serin 2012 yılında

yapmış olduğu çalışmasında profesyonel hastane yöneticisini “Hastane Yönetimi alanında Lisans eğitimi almış veya bu alanda ya da İktisadi ve idari bilimler alanında lisans eğitimi sonrası Hastane Yönetimi alanında yüksek lisans ya da doktora derecesi almış, yöneticilik mesleğinin gerektirdiği tecrübeyi edinmiş, yöneticiliği meslek olarak seçmiş ve bu alanda tam zamanlı çalışacak kişilerdir” şeklinde tanımlamaktadır. Şahman ve arkadaşları 2008 yılında yapmış oldukları çalışmada değışen sağık sistemiyle birlikte yönetim anlayışında da değışimlerin olduğunu ve artık profesyonel hastane yöneticiliğinin kaçınılmaz olduğunu vurgulamaktadırlar. Kaynak verileri incelendiğinde, Gürer 2017 yılında yapmış olduğu çalışmada konuya dair görüşlerini şu şekilde açıklamıştır; Türkiye’de birçok üniversitede sağık yöneticileri yetiştirilmektedir. Ancak hala yönetici olarak seçilen hekim ve hemşireler hem klinik hem de yönetim işiyle karşı karşıya kalmaktadır. Bu durum ise iş akışının aksamasına ve profesyonel yönetim anlayışına uymayan bir ideolojinin oluşmasına sebep olmaktadır. Kompleks ve sosyal bir sistemin üyesi olan, her basamağında ayrı uzmanlık gerektiren ve tüm birimlerin birbirine bağılı olarak hareket etmek zorunda olduğu hastanelerin tek tip yönetici şekli ile yönetilmesi modern yöneticilik anlayışının gerektirdiği günümüz koşullarında mümkün olmamaktadır (Karakılçık, 1994). Bu görüşlerle birlikte yöneticilerden hekim kökenli olanların da sağık yönetimi-işletme kökenli olanların da çoğunluğunun profesyonel hastanene yöneticiliği görüşünü benimsedikleri bulgusu elde edilmiştir. Yani hangi eğitim ekolünden gelirse gelsin mutlaka sağık yönetimi alanında bir donanıma sahip olunması gerekliliği her iki yönetici grubunda da vurgulanmıştır. Konuya ilişkin olarak yöneticilerin sağık yönetimi üzerine eğitim aldıkları görülmüştür.

Can ve İbicioğlu 2008 yılındaki çalışmasında sağık yönetimini “Tıbbi bakım ve sağıklı bir çevre taleplerinin bireylere ve toplumlara belli hizmetleri sağılayarak karşılanmasını olanaklı kılan kaynak ve süreçlerin planlaması, örgütlenmesi, yönlendirilmesi, kontrol ve koordinasyonudur” şeklinde tanımlamıştır. Çalışmamız yöneticilerin bu tanımlamayla benzer bir sağık yönetimi gerçekleştirdiklerini ortaya koymuştur. Yöneticilerin günlük iş akışlarına dair elde edilen bulgular neticesinde, yönetimin beş fonksiyonu olan planlama, örgütleme, yöneltme, koordinasyon ve denetleme faaliyetlerini gün içerisinde yerine getirdikleri anlaşılmıştır. Planlama

fonksiyonu kapsamında; güne planlamayla başlayıp günlük hedefler belirlediklerini ifade etmişlerdir. Örgütlenme faaliyetlerinde; sağlık hizmetinin sunumu için gerekli olan tüm aktörlerin oluşturulması ve konumlandırılmasını yaptıklarını belirtmişlerdir. Yönetme fonksiyonu olarak; yapmış oldukları toplantılarda, bölüm görüşmelerinde gerekli görev dağılımlarını ilgili birimlere bildirerek iş süreçlerini yürüttüklerini belirtmişlerdir. Koordinasyon fonksiyonu kapsamında; sağlık gibi hassas bir hizmet alanında ekip işinin çok önemli olduğunu ve birlikte hareket etmenin gerekliliğini ortaya koyarak, tüm personelin birbiriyle uyumlu çalışması için gereken ortamın oluşturulmasını sağladıklarını belirtmişlerdir. Yönetimin son fonksiyonu denetleme faaliyetlerinde ise her alana dair bir kontrol ve denetim mekanizması geliştirdiklerini ifade etmişlerdir. Aynı zamanda yöneticilerin 'Sağlık Meslek Mensupları ile Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Diğer Meslek Mensuplarının İş ve Görev Tanımlarına Dair Yönetmelik" de yer alan Sağlık İdareciliği mesleğine ilişkin görev tanımlarını yerine getirdikleri anlaşılmıştır.

Yöneticinin çok yönlü olması gerekliliğine değinen Hayran ve Sur, sağlık yöneticisinin insan sağlığı konusunda olduğu kadar, sosyoloji, psikoloji, iletişim, insan kaynakları, işletme, muhasebe, hukuk, ekonomi gibi alanlar da bilgi ve beceri sahibi olması gerektiğini belirtmektedirler (Hayran ve Sur, 1998). Ak'da yapmış olduğu çalışmasında çağdaş sağlık yöneticisinin personel yönetimi, ekonomi, işletme, hukuk, istatistik, halkla ilişkiler ve tıbbi nosyonları içeren bir yöneticilik görünümünde olması gerektiği noktasına değinmektedir (Ak, 1990). Çalışmamızda yöneticiler ekstra sorumluluk aldıkları alanlar olup olmadığına dair anlatılarında; kurumsal pazarlama, insan kaynakları, bilgi işlem, iş güvenliği- sosyal güvenlik alanlarına dair sorumluluklarının bulunduğunu ve çalışmalara destek olduklarını belirtmişlerdir. Bu doğrultuda bir hastane yöneticisinin hastane organizasyonunu yaparken birçok alana hakim olması gerekliliği bu bulguyla desteklenmiştir.

Sağlık kurumları yöneticilerinin değişik konularda birçok gruba karşı sorumlulukları bulunmaktadır. Bu sorumluluk kapsamında; müşteriler, işbirlikçiler, toplum, işveren, resmi ve hukuki merciler gibi gruplar yer almaktadır (Can ve İbicioğlu, 2008). Bu görüşle benzer olarak yöneticiler de hastalara karşı, resmi

kurumlara karşı, iş birliği yapılan tedarikçilere karşı hastane adına gerçekleştirilen bir temsiliyet rollerinin olduğunu belirtmişlerdir.

Turan, profesyonel anlamdaki bir hastane yönetiminde kurum misyonu ve kültürünün tüm çalışanlar tarafından benimsenmesi gerektiğini belirtmektedir (Turan, 2011). Profesyonel bir hastane yöneticisi, sağlık personelinin, idari, teknik personele kadar tüm ekibine kurum kültürünü yerleştirmekle sorumludur. Farklı bölümlerde yer alan her personel kurumuna dair ortak bir görüş etrafında toplandığında ekip ruhu meydana gelmektedir. Bu anlamda ekibin her bir parçasının dış çevreye karşı ortak bir dil kullanmasının önemli olduğu düşünülmektedir. Nitekim çalışmamızda da iki farklı ekole ait yöneticilerin kurumlarını ifade edişlerinde ortak tanıtım dili kullandıkları görülmüştür.

Hakeri, özel hastanelerden, vermiş olduğu hizmetin karşılığını kendi belirlediği tarifeye göre alan kurumlar olarak hizmet sunumlarında kalite ve yüksek özen beklendiğini ifade etmiştir (Hakeri, 2012). Yönetici görüşmelerinden elde edilen bulgular arasında da benzer sonuca ulaşılmıştır. Katılımcı yöneticilerimiz zorlandıkları alanlara dair görüşlerini belirtirken; yönettikleri kurumların özel hizmet veren yerler olması nedeniyle hem karlılığı yakalamada hem de bununla birlikte kaliteyi de sağlamaya çalışmada zorlandıklarını ifade etmişlerdir.

Çalışmamızda yöneticiler, personel kaynaklı olarak hekim grubunun yönetilmesi, genç personelin idaresi ve nitelikli personel ihtiyacı alanlarında zorlandıklarını ifade etmişlerdir. Aynı zamanda özel hastanelerdeki kadro problemi nedeniyle istenilen sayıda hekim çalıştırılmadığı için, hekim üzerindeki iş yükünün arttığı ve bunun da çeşitli hatalara neden olabildiği belirtilmiştir. Elde edilen bu sonuçlar Dömbekçi ve arkadaşlarının 2018 yılında özel hastane işletmeciliğinin mevcut durumu ve geleceği üzerine yapmış oldukları çalışmalarında özel hastanelerin karşılaştığı temel sorunlar içerisinde belirtilen sorunlarla benzerlik göstermektedir.

Hastanelerde yöneticilerin karşılaştıkları sorunlarla mücadele etmede, hangi özelliklerin olması gerektiği konusunda katılımcılar; özverinin, açık iletişim kurmanın, empati yapmanın ve deneyim sahibi olmanın önemli olduğunu vurgulamışlardır. Bu bulgular Serin'in 2012 yılındaki çalışmasında profesyonel hastane yöneticisine ait özellikler verisiyle benzerlik göstermektedir.

Katılımcılara malpraktisle ilgili ilk kendilerine ne çağrıştırdığı sorusu yöneltildiğinde bazı yöneticiler malpraktisi hassasiyet göstermeleri gereken risk ve tehlike alanı olarak tanımlamışlardır. Institute of Medicine'de malpraktis üzerine yapılan bir çalışmada yer verilen bir araştırmaya göre; kullanılma sıklığı ile meydana gelen kaza sayıları karşılaştırıldığında, bir sağlık kurumuna gitmenin tehlikelilik açısından dağcılık, tırmanış ve bungee-jumping yapmakla aynı kümede, yüksek riskli etkinlikler kümesinde, yer aldığını göstermektedir. Bir başka çarpıcı karşılaştırmada ise sağlık hizmeti almanın, trafikte araç kullanmaktan bile daha riskli olduğu belirtilmektedir (Bakar, 2016).

Mc Nutt ve arkadaşları yapmış oldukları çalışmada malpraktis nedenlerini; insan faktörü temelli olan, kurumsal faktörlerden kaynaklanan ve teknik faktörlerden kaynaklanan hatalar olarak üç grupta incelemektedirler (Top ve ark., 2008). Katılımcılarda benzer şekilde yöneticilik gözlemlerinden yola çıkarak; malpraktisi; dikkatsizlik, eğitimsizlik ve yeterli bilgi ve donanım sahibi olmadan tedavi sürecine girişmek gibi insan kaynaklı olarak, süreçlerin yanlış kurgulanması, kalite süreçlerinin doğru uygulanmaması gibi sistem kaynaklı ve doğru işe doğru kişilerin atanmaması gibi yönetsel hatalardan kaynaklı hatalar olarak belirtmişlerdir.

Katılımcı yöneticilerden elde edilen bulgular neticesinde, Türkiye'de meydana gelen malpraktis olaylarında ilk sırada cerrahi hataların bulunduğu düşünülmektedir. Bununla birlikte bazı katılımcılar, ilaç hatalarının da yüksek olduğunu ama zarar boyutu olarak minimum etkisinin olması hatta bazı durumlarda fark edilmemesi nedeniyle bu hataların görünmediği ve açığa çıkmadığı belirtilmiştir. Yöneticilere göre hasta tanımlamalarıyla ilgili hatalarda sıklıkla gerçekleşmektedir. Bu bulgu Ertem ve arkadaşlarının 2009 yılında yapmış oldukları çalışmayla benzerlik

göstermektedir. Çalışma verilerine göre; klinik alanlara bakıldığında en çok hatanın olduğu %43.6'lık bir oranla ameliyathane cerrahi bölümünde meydana geldiği görülmektedir. %8,7 oranında yanlış ilaç uygulaması, %17,4 oranında yanlış tedavi, %10,5 oranında yanlış tanı, %11,6 oranında dikkatsizlik hatalı tıbbi uygulamaların sebepleri olarak ortaya konulmaktadır. (Alptekin, 2019).

Ertan malpraktis konusuna dair mevcuttaki mevzuat eksikliği de aslında sağlık personeline bir tıbbi hata nedeni olarak algılandığını ifade etmiştir. Çünkü yasal süreç oldukça yavaş işlemekte, davaların sonuçlanması yıllar sürebilmekte ve bu durumda mental ve fiziki anlamda yorulmuş hata yapmaya müsait bir sağlık personeli meydana getirmektedir (Ertan, 2014). Katılımcı yöneticilerimiz de malpraktisin yasal süreci konusunda net bir düzenlemenin olmaması, bilirkişilik seçimindeki kriter belirsizlikleri, yetkinliğinin, konuya hakimliğinin ölçümünün neye göre yapıldığı gibi noktalarda boşlukların olmasının malpraktisin görülme sıklığını daha da artıracığını düşünmektedirler.

Yöneticilerin Türkiye'de yaşanan malpraktis boyutuyla ilgili görüşlerinde; üstlendikleri rollerinin bu alanla çakışması doğrultusunda, son zamanlarda artış olduğunu düşündükleri bulgusuna ulaşılmıştır. Kırışitoğlu 2018 yılındaki çalışmasında mahkeme arşivlerinden, hem de bu davaların mahkeme süreçlerinde bilirkişi hizmeti alınan ya da başlı başına araştırma yapan kurum ve kuruluşlarda yapılan istatistiksel çalışmalar sonucunda açık şekilde malpraktis oranlarında bir artış olduğunu ifade etmiştir. Bu veriyle bizim bulgumuz arasında benzerlik görülmektedir.

Yöneticilerin malpraktis olaylarında meydana gelen artışlarda; bireylerin farkındalığının ve beklentilerinin de artmış olmasının, medyanın, çıkar amacı güden bir grubun, hastanelerin hasta güvenliği konusunda gerekli önlemleri almamasının, eğitimin bozulmasının etkisi olduğunu düşündükleri bulgusuna ulaşılmıştır. Gökmen ve Güleç de 2010 yılındaki çalışmalarında benzer noktalara değinmişlerdir. Çalışmalarında Türkiye'deki malpraktisin artmasında; toplumun malpraktis ve hasta hakları konularında bilgilendirilmesi ve bilinçlendirilmesinin, hastaların artan

rekabetle aldıkları hizmeti sorgulamalarının ve seçici olmalarının, eğitimdeki eksikliklerin uygulamalara yansımalarının, teknolojik gelişmelerin suiistimal edilmesinin, sağlık sistemindeki sorunların, medyanın kamuoyunu etkilemesinin, mağdurlara ve avukatlara cazip gelen tazminat miktarlarının etkili olduğunu belirtmişlerdir.

Ertem ve arkadaşlarının 2009 yılında Türkiye’deki malpraktis üzerine yapmış oldukları çalışma verilerine göre; hatanın yapıldığı kurumların yüzdeleri; %38.4 özel hastaneler, %31 devlet hastaneleri ve %16.9 üniversite hastaneleri şeklinde tespit edilmiştir. Özel hastanelerde yapılan tıbbi hataların yüksek olması nedeni ile özel hastaneye başvuran hastaların hasta haklarını arama konusunda çekimser olmalarının etkili olduğu düşünülmektedir. Katılımcılardan elde ettiğimiz bulgularda bu konuda benzer sonuçlar vermektedir. Katılımcılar malpraktisin boyutu konusunda değerlendirmeler yaparken, özel hastanelerde aslında kamuya oranla daha az karşılaşıldığını ama kişilerin bunu dile getirme oranlarının yüksek olduğunu ifade etmiştir.

Katılımcılardan malpraktise ilişkin elde edilen değerlendirmelerde Türkiye’de henüz net bir çerçevenin sağlanamadığını, bu alanda büyük bir yasal boşluğun olduğunu düşündükleri bulgusuna ulaşılmıştır. Katılımcılar bu durumda dava süreçlerinde kimi zaman malpraktisle komplikasyonun ayırt edilemediğini ifade etmişlerdir. Benzer bir çıkarım da Yıldırım ve arkadaşları tarafından 2009 yılındaki çalışmalarında yapılmıştır. Yıldırım ve arkadaşları, gelişmiş ülkelerde malpraktis tartışmaları hatanın oluşmasını engellemek üzerine yapılırken; Türkiye’de ise daha malpraktis ve komplikasyon ayrımı üzerine olduğunu, tıbbi standartların tam belirlenemediğini ve yasal düzenlemelerin yetersiz kaldığını ifade etmişlerdir.

Katılımcılar malpraktisin sağlık sistemine yansımalarının neler olduğu noktasında, artan farkındalıkla birlikte sağlık sisteminde yeni yapılanmalar başlatıldığını düşünmektedir. Bunun en önemli yansıması olarak da Zorunlu Hekim Sorumluluk Sigortasının devreye sokulması olduğunu ifade etmektedirler. Ancak sigortanın zorunluluk durumunun kamu ve özelde farklılık göstermesi, polişe

limitlerinin belirli bir standardının olmaması, kapsamının belirsizliği konularında sıkıntılar olduğunu ifade etmektedirler. Aynı şekilde Barlıoğlu'da zorunlu mali sorumluluk sigortası risk grupları belirlenirken, değerlendirmenin herhangi bir nesnel kriter üzerinden yapılmadığına, bu risk gruplarına özgü sigorta primlerinin de somut verilere dayanmadan tespit edildiğine yönelik eleştiriler söz konusu olduğunu belirtmiştir (Barlıoğlu, 2018). Bir diğer görüş de Aydaş, hekimlerin malpraktis durumunda koruma amacıyla yapılan mesleki sorumluluk sigortasının tabip odalarınca yeterli bulunmadığını belirtmiştir (Aydaş, 2014).

Katılımcılar malpraktisin yansımaları arasında en olumsuz sonuçlardan birinin defansif tıp anlayışının gelişmesi olduğunu belirtmişlerdir. Defansif tıp anlayışı içersinde, hekimlerin tedavi edici hekimlik rolünden sıyrılıp koruyucu hekimlik rolüne girdikleri düşünülmektedir. Hekim ya da sağlık çalışanı hiç bir riskle karşı karşıya kalmak istemediği için gereksiz birçok işlemi hastaya yaptırmaktadır. Bu durumda kaynak israfına yol açmaktadır. Katılımcılar, defansif tıp yaklaşımına bürünen hekimlerin, malpraktis belirsizliği içine girmek istemedikleri için zor ve riskli işlerden kaçınma davranışında olduklarını düşünmektedirler. Özgönül'de 2010 yılında yapmış olduğu çalışmasında malpraktis sonucu gelişen defansif tıp yaklaşımında hekimlerin şu davranışları yaptıklarını belirtmiştir; tıbbi standartlarda belirtilenden daha fazla laboratuvar, görüntüleme vb. tetkik istemek, fazla ilaç yazmak, tanı ve tedavi için fazla konsültasyon istemek, riskli hastaların tedavisini üstlenmeyerek başka hekime yönlendirme, dava etme olasılığı olan hastaları tedavi etmekten kaçınma, komplikasyon riski yüksek olan tedavilerden kaçınmak. (Özgönül, 2010).

Katılımcılardan malpraktis olaylarının yansımalarına ilişkin olarak, yeni tıp fakültesi mezunlarının uzmanlık alanı seçimine de olumsuz yansımalarının olduğunu düşündükleri bulgusuna ulaşılmıştır. TUS puan sıralamalarında çok emek yoğun ve risk içeren alanların sonlarda olması hem nitelikli hekim kaybına hem de sağlık sistemimiz için olumsuz sonuçlara yol açacağı düşünülmektedir. Benzer bulgu Kaya ve arkadaşlarının 2014 yılında, 2007 Nisan-2013 Nisan arasında düzenlenen 13 adet TUS ile ilgili verileri inceledikleri araştırmalarında da görülmektedir. Çalışmada,

tıbbi biyokimya ve tıbbi mikrobiyoloji gibi branşların TUS taban puanlarında yükselme olurken, malpraktisin en sık rastlanıldığı Kadın Hastalıkları ve Doğum, Genel Cerrahi ve Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları branşlarının taban puanlarında belirgin düşüşler olduğu saptanmıştır (Kıvrak, 2014).

Katılımcılardan bir kısmı hekimlerin bu süreç içerisinde çok yıprandığını ve yaşadıkları bu stres durumunu bir daha yaşamamak adına riskli işlerden kaçındıklarını belirtmiştir. Aynı zamanda artık hekimlerin kendi kontrol mekanizmalarını geliştirdiklerini de ifade etmişlerdir. Çolakoğlu malpraktis sürecinde hekimlerin, MMSS (Medikal Malpraktis Stres Sendromu) durumuna girdiklerini belirtmiştir. MMSS, Post Travmatik Stres Sendromu'nun (PTSS), medikal uygulamalar sonrası hekimlerin başına gelebilecek bir versiyonu olarak görülmektedir. Dava açılmış, sonucu olumlu ya da olumsuz neticelenmiş olursa olsun yargı süreciyle ilgili yaşanan stresle örtüştürülen bir kavram olarak tanımlanmaktadır. Hatta bazı durumlarda kendisine dava açılmamış olsa bile yaşanan örnek olgulardan yola çıkarak hekimi defansif tıpa yönlendirdiği düşünülmektedir (Çolakoğlu, 2018). Bazı katılımcılar ise malpraktis olayıyla ilgili olarak hekimin hasta ile arasındaki bilgi asimetrisini kullanarak süreçten kolay çıktığını düşünmektedir.

Herhangi bir malpraktis olayı karşısında yöneticiler için de sürecin yoğun geçtiği anlaşılmıştır. Katılımcılar yönetici olmanın gerektirdiği sorumluluklar çerçevesinde ilk cezai sorumluluğu kendilerinin karşıladığını ve gerekli resmi süreçleri başlattıklarını belirtmişlerdir. Malpraktisle özel hastanelerde karşılaşılması durumunda hastane yöneticisinin malpraktisten doğan zararlardan müteselsil sorumluluğu meydana gelmektedir. Özel hastane hastayla kurmuş olduğu ilişkiden dolayı borcu öder ancak daha sonra zarara sebep olan ifa yardımcısına bunu rücu edebilmektedir (Gökcan, 2017).

Katılımcılar personel seçiminin de bu süreçte çok önemli olduğunu belirtmektedir. Doğru işe doğru personelin konumlandırılması, personelin görev tanımlarının ve yetkilerinin ayrıntılı şekilde vurgulanması ve personelin iş yapış

şeklinin takibi hataların önlenmesi adına yöneticilerin yapabileceği en önemli adımlardan biri olarak karşımıza çıkmaktadır. Katılımcı görüşlerine göre, malpraktis konusunun hassasiyetine yönelik olarak, personel üzerinde hem yöneticiler tarafından farkındalık yaratılmalı hem de düzenli eğitim ve çalışmalarla sistematığe oturtulmalıdır. Bu bulgu Sağlık Bakanlığı tarafından hastane yöneticisinin görev, yetki ve sorumlulukları kapsamında ki *“Sağlık hizmetini etkin ve verimli sunmak, bu konuda gerekli çalışmaları yürütmek, standartlara uygunluğu ölçmek, değerlendirmek ve gerekli eğitimleri planlayarak uygulamak”* maddesinde de ifade edilmektedir.

Civaner standart uygulama kılavuzlarının yaygınlaştırılmasının hem eğitimi ve uygulamayı standardize ederek “malpraktis”ten korunmayı sağlayacağını, hem de bilirkişilik kurumunun nesnel değerlendirmede bulunmasını kolaylaştıracağını belirtmektedir. Meydana gelen hatalardan ders çıkarma gerekliliğini üzerinde de duran Civaner, hata ve zarar oluşumunu azaltacak temel girişimlerden birinin, sistem odaklı yaklaşımı benimsemek olduğunu ve oluşan zararların geriye dönük analizinin yapılmasının, hataların zarara dönüşmesini engelleyecek önlemler alınmasını sağlayacağını belirtmektedir (Civaner, 2011). Çalışmamızda yöneticilerde benzer bulgular değinmiştir. Katılımcı yöneticiler malpraktis olaylarının önüne geçmek için karlılık hedeflerinden ziyade kalitenin önceliklendirilmesinin etkin olacağını düşünmektedir. Kalitenin, öncelikle insan hayatı üzerine büyük kazanım sağlayacağı düşünülmektedir. Her ne kadar başlangıçta maliyetli görünse de uzun vadede karlılık getireceği yönetici vurgularından anlaşılmıştır. Yöneticiler en başından sistemin doğru kurgulanması ve geliştirilen kontrol mekanizmalarıyla sürekli kontrol edilmesi gerektiği kanaatinde oldukları anlaşılmıştır. Yöneticilerin karşılaşılan olaylar sonucunda sistemde ne gibi eksikliklerin olduğunu tespit etmesi ve gerekli birimlere geri bildirimlerinin yapılmasını yürütme görevi bulunmaktadır. Burada özellikle yöneticilerin vurgularından kalite süreçlerinin organizasyonunun çözüm ve önlem noktasında önemli olduğu anlaşılmıştır.

Katılımcılar, malpraktis olaylarının önlenmesi adına yöneticinin gerekli tüm malzeme ve teçhizat konusunda da rolünün olduğunu düşünmektedirler. Nitekim

Sağlık Bakanlığı tarafından hastane yöneticisinin görev, yetki ve sorumlulukları kapsamında belirtilen; “ *Sağlık tesislerindeki cihazların etkin kullanımını sağlamak, yenileme, tamir, bakım ve kalibrasyonlarının yapılmasını sağlamak, atıl kapasite oluşmasını engellemek* “ maddesiyle uyum göstermektedir.

Doğru ve açık bir iletişimle kurgulanan hizmet süreçlerinin başarılı sonuçlanacağı katılımcı görüşlerinde vurgulanmıştır. Büken ve Büken de 2003 yılında malpraktis üzerine yaptıkları çalışmada hataların sadece kişilik kusurlarının değil aynı zamanda sistem kusurlarının da göstergeleri olarak kabul edilmesini ve sağlık hizmetinin katılımcısı ve tüketicisi olan hastalar hataların önlenmesi ve çözümü sürecine aktif olarak katılmaları gerektiğini ortaya koymaktadırlar. Bu konuda sağlık çalışanlarıyla hastalar arasında ayakları yere basan bir iletişim kurulması gerektiğini belirtmektedirler.

5. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışmada özel sağlık kuruluşlarında görev yapan hastane yöneticilerinin malpraktis olaylarındaki rollerinin incelenmesi amaçlanmaktadır. Bu genel amaç doğrultusunda aşağıdaki sorulara cevap aranmıştır;

- Hastane yöneticilerinin eğitsel ve mesleki arka planlarının sağlık yöneticiliği pratiklerine yansımaları nasıldır?
- Hastane yöneticilerinin malpraktis olaylarına dair görüşleri ve Türkiye’deki malpraktise ilişkin durum değerlendirmeleri nelerdir?
- Hastane yöneticilerinin malpraktis olaylarına dahil olma biçimleri ve önlenmesi konusundaki görüşleri nelerdir?

Bu bölümde, öncelikle bulgular bölümündeki ana başlıklara ait sonuçlar tespit edilmiş, daha sonra bu sonuçlarla ilgili önerilerde bulunulmuştur.

Hastane Yöneticilerinin Eğitsel ve Mesleki Arka Planlarının Sağlık Yöneticiliği Pratiklerine Yansımalarına İlişkin Sonuçlar

Sağlık ve hastanecilik sektörünün kendine has spesifik bir alan özelliği taşıması ve mesai kavramının olmaması nedeniyle, katılımcıların iş yönetimlerinin özel vakitlerinden ödün vererek, kişisel alanlarında da devam ettiği sonucuna ulaşılmıştır.

Katılımcıların tıbbi kimliklerinden sıyrılıp yöneticilik alanında ki hedeflerine ulaşabilmeleri ve sağlık yöneticiliğini daha profesyonel anlamda yapabilmeleri için sağlık yönetimi eğitimi aldıkları anlaşılmıştır.

Tıbbi kökenli yöneticilerin eğitsel geçmişlerinin, sağlık alanında yürütülen işin, ana dışlısının hekimler olması nedeniyle onlarla aynı dili konuşabilme noktasında avantaj sağladığı sonucuna ulaşılmıştır.

Sağlık yönetimi-işletme eğitsel geçmişe sahip yöneticilerin, yönetim bilimine dair donanımlı oldukları için, hekim yöneticilerden farklı olarak; bildikleri bir havuzda yüzdükleri sonucuna ulaşılmıştır.

Yöneticilerin görev tanımları içerisinde yerine getirmekle yükümlü oldukları sorumlulukların “*Kontrol, Planlama ve Hedef Belirleme, Temsilîyet, Koordinasyon, Kriz Çözme, Resmi Yazışmaları Yapmak*” olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Yöneticilerin görev tanımları dışında ekstra sorumluluk aldıkları alanların “*Kurumsal Pazarlama, İK, Bilgi İşlem, İş Güvenliği- Sosyal Güvenlik*” olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Yöneticilerin “*Kalite, Hasta ve Hasta Yakınları, Personel, Ekipman*” alanlarında zorlandıkları sonucuna ulaşılmıştır.

Yöneticiler, iş akışı içerisinde karşılaştıkları zorlukların üstesinden “*Diyalog ve Açık İletişim, Özveri, Empati, Deneyim*” ile geldikleri sonucu elde edilmiştir.

Aynı hastanede çalışan farklı kökenlerden gelen yönetici gruplarının, kurumlarına ait ifadelerinde ortak bir tanıtım dili edindikleri, bir kurum kültürünün oluşturulduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Hastane yöneticilerinin kimler olması gerekliliğine ilişkin değerlendirmelerde iki sonuca ulaşılmıştır. İlk sonuca göre, hastaneleri tıbbi geçmişi olan kişilerin yönetmesi konusunda görüş elde edilmiştir. Bu görüşün özellikle tıbbi kökenli yöneticiler tarafından dile getirildiği görülmüştür. İkinci sonuca göre ise, salt hekim

yönetici de değil, salt Sağlık İdarecisi de değil, alanların bölündüğü ikili yönetimin olduğu bir yönetimin olması gerekliliği ifade edilmiştir.

Hastane Yöneticilerinin Malpraktis Olaylarına Dair Görüşlerine ve Türkiye’deki Malpraktise İlişkin Durum Değerlendirmelerine İlişkin Sonuçlar

Yöneticilerde malpraktis konusunda elde edilen bilgilere göre uluslararası geçerliliği olan kriterlerin tüm iş sürecine dahil edilerek, mekanizmaların en başından usulüne uygun şekilde yürütülmesinin gerektiği sonucuna ulaşılmıştır.

Yöneticiler karşılaştıkları malpraktis olaylarını yorumladıklarında, malpraktisin ortaya çıkmasında etkili olan nedenleri; *“İnsan Hataları, Sistem Hataları, Yönetimsel Hatalar”* olarak sınıflandırdıkları görülmüştür.

Katılımcılardan Türkiye’de malpraktisin boyutu konusunda bir artış olduğunu düşündükleri sonucu elde edilmiştir.

Katılımcılar malpraktis olaylarının artmasında; *“Bireylerin Farkındalığının ve Beklentilerinin Artmış Olması, Medya, Çıkar Amacı Güden Bir Grup, Hastanelerin Hasta Güvenliği Konusunda Gerekli Önlemleri Almaması, Eğitimin Bozulması”* faktörlerinin etkisi olduğunu düşündükleri sonucuna ulaşılmıştır.

Katılımcılar Türkiye’de malpraktis olarak en çok cerrahi hataların yapıldığını düşünmektedirler. Bununla birlikte ilaç hatalarının da çok olduğunu ama büyük sonuçlar doğurmadığı için fark edilmediği sonucu elde edilmiştir.

Malpraktisin boyutu konusunda, özel hastanelerde aslında kamuya oranla daha az karşılaşıldığını ama kişilerin bunu dile getirme oranlarının yüksek olduğunu sonucuna ulaşılmıştır.

Malpraktise ilişkin Türkiye’de henüz net bir çerçevenin sağlanamadığı bu alanda büyük bir yasal boşluğun olduğu görülmüştür. Bunun sonucu olarak; *“Dava Süreçlerinde Malpraktisle Komplikasyonun Ayırt Edilemediği, Başvurulan Bilirkişilik Makamlarında Sorunların ve Eksikliklerin Olduğu, Konunun Suistimal Edildiği ve Yanlış Gündemlerle Kurumlar ile Yöneticilerin Gereksiz İş Yüküne Maruz Kaldıkları”* sonuçlarına ulaşılmıştır.

Malpraktisin sağlık sistemine yansımalarının olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bunlar; *“Farkındalığın Artması, Zorunlu Hekim Sorumluluk Sigortasının Devreye Sokulması, Defansif Tıp Anlayışının Gelişmesi, T.U.S. Tercihlerinin Değişmesi”* şeklinde sıralanmaktadır.

Hastane Yöneticilerinin Malpraktis Olaylarına Dahil Olma Biçimleri ve Önlenmesi Konusundaki Görüşlerine İlişkin Sonuçlar

Herhangi bir malpraktis olayı karşısında yöneticiler için de sürecin yoğun geçtiği anlaşılmıştır. Yönetici olmanın gerektirdiği sorumluluklar çerçevesinde ilk cezai sorumluluğu hastane yöneticilerinin karşıladığı ve gerekli resmi süreçleri başlattıkları sonucuna ulaşılmıştır. Aynı zamanda hukuki süreç yanında medikal bir tatbik sürecinin de yürütüldüğü anlaşılmıştır.

Malpraktis sürecinde durumla karşı karşıya kalan hekimin değerlendirilmesine ilişkin, yöneticilerden iki görüş elde edilmiştir. Birinci görüş de; kişilerin bu süreç içerisinde çok yıprandığı ve yaşadıkları bu stres durumunu bir daha yaşamamak adına riskli işlerden kaçındıkları yönünde iken, ikinci görüş; hekimin hasta ile arasındaki bilgi asimetrisini kullanarak süreçten kolay çıktığı yönündedir.

Malpraktis olaylarının önlenmesi amacıyla karlılık hedeflerinden ziyade kalitenin önceliklendirilmesinin önemli olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bu hedeflemeyle hem bu olayların önüne geçileceği hem de başlangıçta maliyetli gözükse de uzun vadede karlılık getireceği düşünülmektedir.

Malpraktis olaylarının önlenmesi amacıyla yöneticilerin en başından sistemin doğru kurgulanması ve geliştirilen kontrol mekanizmalarıyla sürekli kontrol edilmesi gerektiği kanaatinde oldukları sonucuna ulaşılmıştır.

Personel seçiminin malpraktis sürecinde çok önemli olduğu sonucu elde edilmiştir. Doğru işe doğru personelin konumlandırılması, görev tanımlarının ve alanların net çizilmesi hataların baştan önüne geçilmesi adına önem taşımaktadır.

Malpraktis konusunda hastane yöneticileri, durumun hassasiyetine ilişkin olarak tüm personele gerekli farkındalığı yaratmalı ve düzenli eğitimlerle durumu kontrol ve güncel tutmalıdır.

Yöneticilerin malpraktis olaylarının önlenmesi adına gerekli tüm malzeme ve teçhizat konusunda da sorumluluklarının bulunduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Yöneticilerin karşılaşılan olaylar sonucunda sistemde ne gibi eksikliklerin olduğunu zamanında tespit etmesi ve hızlı aksiyon alarak gerekli birimlere geri bildirimlerinin yapması malpraktis olaylarının önüne geçilmesi için etkin adımlardan biri olarak düşünülmektedir.

Malpraktis olaylarının önlenmesi adına iletişimin en önemli anahtarlardan biri olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Yöneticilerin tüm personele karşı, personellerin birbirine ve hastalara yönelik doğru ve açık bir iletişimle kurgulanan hizmet süreçlerinin başarılı sonuçlanacağı katılımcı görüşlerinden elde edilmiştir.

Katılımcılardan elde edilen görüşler neticesinde, hastane yöneticilerinin kendi rol ve sorumlulukları dışında sağlık sistemi karar mekanizmalarının da malpraktis olaylarının önlenmesi adına yapabilecekleri düzenlemeler olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Sistemler üzerinde devamlı kontrol ve denetim yapılması, teknolojiyen faydalanılarak insan hatalarının önüne geçilmesi yapılabilecek düzenlemelerden biri olarak ifade edilmiştir.

Sağlık personelinin, eğitim aldığı kurumlarda tıbbi teorinin yanı sıra pratik yaşamlarında hem kendi haklarının farkında olmalarına ve korumalarına yardımcı olacak hem de yerine getirdikleri hizmetin en hassas alanlardan birinde olması nedeniyle konunun özeline bilincinde olmalarını sağlayacak sağlık hukuku gibi alanlara dair donanımlarının olmasının da malpraktis olaylarının önüne geçilmesinde etkili olacağı düşünülmektedir.

Özel hastanelere yönelik olarak; kadro sıkıntısının çözülmesi sonucunda sağlık personelinin iş yükünün azalacağını ve malpraktis olaylarının önüne geçileceği sonucuna ulaşılmıştır.

Yasal düzenlemeler kapsamında; malpraktise dair net bir çerçevenin çizilmesinin ve bir yasanın olmasının gerekliliği sonucuna ulaşılmıştır. Bununla birlikte hukuki süreç kapsamında başvurulacak uzman görüşünün fazlalaştırılmasının ve birden fazla uzmanın oluşturduğu bir heyetten sürecin değerlendirilmesinin daha doğru sonuçlar çıkaracağı düşünülmektedir.

Tüm bu çalışma sonuçlarından elde ettiğimiz bir takım öneriler bulunmaktadır;

- Bütüncül disiplinlerin bir araya gelerek, insan hayatı üzerine hizmet sunumunu gerçekleştirdiği hastanelerde, yönetici olarak organizasyonu yapacak kişilerin hem tıbbi alanda hem de sağlık yönetimi alanında eğitimli ve donanımlı olması önerilmektedir.
- Hastane yöneticilerinin kalite süreçlerini en baştan doğru kurgulaması önerilmektedir.
- Malpraktisle ilgili olarak ortaya konulan ve başarılar elde edilen uluslararası kriterlerin sağlık hizmeti sistemine yerleştirilmesi önerilmektedir.

- Malpraktis konusunda eğitimlerin sıklaştırılması ve medikal, hukuki süreçlerin sonuçlarına ilişkin tüm personelde farkındalığın yaratılması önerilmektedir.

- Malpraktise ilişkin olarak tüm toplum bireylerinin de eğitimlerle doğru şekilde bilinçlendirilmesi önerilmektedir.

- Sağlık hukukunun üniversitelerde, tüm tıbbi birimlere ders olarak müfredata konulması önerilmektedir.

- Sağlık personelini defansif tıpa yönlendiren nedenlerin sağlık karar vericileri tarafından detaylı incelenmesi ve tüm tarafların görüşlerinin alınarak sağlık sistemi üzerinde yenilenmeler yapılması önerilmektedir.

- Malpraktis olaylarının değerlendirilmesine ilişkin olarak yasal düzenlemelerin net bir çerçeveye oturtulması ve malpraktise ait özel bir yasanın çıkarılması önerilmektedir.

- Hukuki süreç kapsamında başvuru uzman görüşünün fazlalaştırılması ve birden fazla uzmanın oluşturduğu bir heyetten sürecin değerlendirilmesi önerilmektedir.

- Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortası'nın yeniden düzenlenmesi ve poliçe limitlerinin belirli bir standarta oturtulması, kapsamının netleştirilmesi önerilmektedir.

- Özel hastanelere yönelik olarak; kadro sayısına ilişkin yeni düzenlemeler önerilmektedir.

Alanda ilk defa yapılan bu çalışmayla elde edilen bilgilerin, hem sağlık yöneticilerine hem de gelecek zamanda yapılacak çalışmalara katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

ÖZET

Ankara’da Özel Hastanelerde Görev Yapan Yöneticilerin Malpraktis Olaylarındaki Rollerine İlişkin Görüşleri: Niteliksel Bir Araştırma

İnsanların en temel haklarından birisi olan sağlık hakkı; sunulması karmaşık ve hata yapıldığında geri dönüşü olmayan bir hizmettir. Karmaşık bu hizmetin iyi bir şekilde yerine getirilmesi, etkinliğin ve verimliliğin üst düzeyde tutulabilmesi de ancak doğru bir şekilde işleyen örgütsel yapıya sahip olabilmesine bağlıdır. Bu yapıyı koordine edecek kişiler ise profesyonel sağlık yöneticileri olarak karşımıza çıkmaktadır. Profesyonel sağlık yöneticileri yönetimi bir bilim olarak kabul edip, bu alanda kendini donanımlı hale getiren çok yönlü kişilerdir. Günümüzde gelişmişlikle birlikte, farkındalığı artan bireyler her konuda hakkını aramaktadır. Bu konu yaşama hakkını doğrudan ilgilendiren sağlık olduğunda hassasiyet daha çok artmaktadır. Malpraktis kavramını daha çok duymamız, bu farkındalığın bir sonucu olarak da karşımıza çıkmaktadır. Birçok nedenden kaynaklanan malpraktis vakaları, kişisel zararların yanında sağlık sistemine de büyük zararlar vermektedir. Bu olayların önüne geçilmesi birden çok disiplinin ortaklığıyla gerçekleşecektir. Bu noktada hastane yöneticilerinin de malpraktis olaylarına ilişkin belirli sorumlulukları ve rolleri olduğunu düşünmekteyiz. Bu doğrultuda çalışmamızda, özel sağlık kuruluşlarında görev yapan hastane yöneticilerinin malpraktis olaylarındaki rollerinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Bu çalışma nitel bir araştırma olup, durum çalışması olarak desenlenmiştir. TÜİK tarafından paylaşılan 2017 Hastane ve Yatakların İllere Göre Dağılımı verisi içerisinden, Ankara’da ki beş özel hastaneye ulaşılmıştır. Beş özel hastane içerisinde iki farklı eğitim ekolünden (tıp ve sağlık yönetimi-işletme) gelen iki yönetici grubuyla görüşülmüştür. Toplamda on hastane yöneticisiyle Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu üzerinden elde edilen verilerin analizinde tümden gelimci yaklaşım benimsenmiştir.

Sonuç olarak özel hastane yöneticilerinin malpraktis konusu üzerinde önemli rol ve sorumlulukları ortaya konmuştur. Özel hastane yöneticilerine ilişkin alanda ilk yapılan bu çalışmanın, hem hastane yöneticilerine hem de benzer çalışma yapacak olan araştırmacılara katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Hastane, Hastane Yöneticisi, Özel Hastane, Sağlık, Sağlık Hukuku, Tıbbi Malpraktis

SUMMARY

Evaluations Relating to Managers' Roles in Malpractice Cases of Managers Working in Private Hospitals in Ankara: A Qualitative Study

To offer the right to health, one of the basic rights of people, is a service which is complex and irremediable when making a mistake. Performing of this complex service in a good way, keeping the effectiveness and efficiency on a high level only depend on well-functioning organizational structure. The people who are supposed to coordinate this structure are the professional health managers. Professional health managers are versatile people who accept management as a science and make themselves well-equipped in this field. Nowadays, individuals with increasing awareness are seeking their rights in every subject with development. Sensitivity increases more when it comes to health that directly concerns the right to life. The fact that we hear more about the concept of malpractice also emerges as a result of this awareness. Malpractice cases stemming from several reasons cause great harm to the health system as well as personal damages. Preventing these events will be realized through the partnership of multiple disciplines. At this point, we think that hospital managers also have certain responsibilities and roles related to malpractice events. In this study, we have aimed at investigating the roles of hospital managers working in private health institutions in malpractice incidents.

Five private hospitals in Ankara have been reached from the 2017 data on the Distribution of Hospitals and Beds by Provinces shared by TUIK. From the five private hospitals, two groups of managers from two different schools of education (medicine and health management-management) have been interviewed. In total, the data obtained through the Semi-Structured Interview Form with ten hospital managers have been analyzed with a wholly advanced approach.

As a result, important roles and responsibilities of private hospital managers on malpractice have been revealed. It is thought that this first study in the field of private hospital managers will contribute to both hospital managers and researchers who will carry out similar studies.

Keywords: Health, Health Law, Hospital, Hospital Manager, Medical Malpractice, Private Hospital

KAYNAKLAR

- AGOPYAN T (2016), Sağlık Hizmetlerinde İletişimin Önemi: Ampirik Bir Çalışma, Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi, İstanbul.
- AJN (American Journal of Nursing) (2007), Volume: 107 Number 7, p: 63 – 63
- AK B (1990), Sağlık Hizmetlerinde Yönetim, Yeni Asya Yayını, İstanbul.
- AKAR Ç, ÖZALP H (2000): Sağlık Hizmetlerinde ve İşletmelerinde Yönetim, Somgür Eğitim Hizmetleri Yayıncılık Ltd. Şti., Ankara.
- AKALIN EH (2005), Yoğun Bakım Ünitelerinde Hasta Güvenliği, Yoğun Bakım Dergisi, 5(3):141-146
- AKÇAY A (2018), Hatalı Tıbbi Uygulamalar ve Tazminat Sorumluluğu, Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi, İstanbul.
- AKTAN C, SARAN U (2007): Sağlık Ekonomisi ve Sağlık Yönetimi, Aura Kitapları, İstanbul.
- AKTAŞ EÖ (2012), İzmir Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Hukuku Yüksek Lisansı Ders Notları
- ALGAN B (2012), İstanbul’da Yapılan Adli Otopsilerin Tıbbi Malpraktis Açısından İrdelenmesi, Uzmanlık Tezi, İstanbul Üniversitesi, İstanbul.
- ALINGE C (1967), Çev. Üçok, C. Moğol Kanunları, Ankara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Yayını, Ankara.
- ALPTEKİN C (2019), Ürolojide Tıbbi Uygulama Hataları, Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir.
- ALTUN G, YORULMAZ AC (2010), Yasal Değişiklikler Sonrası Hekim Sorumluluğu Ve Malpraktis, Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi: 27 Suppl 1:7-12
- ALTUNKAN H (2009), Hemşirelik Hizmeti Sunan Sağlık Personelinde Malpraktis: Konya Örneği, Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi, Konya.
- ARSLAN M, Sağlık İdaresi Yüksekokulu Tarihçesi, <https://www.asid.org.tr/saglik-idaresi-yuksekokulu-tarihcesi/>, (Erişim Tarihi: 16/08/2019)
- ASLAN D, BOZTAŞ G, KILIÇ E, ÖZTÜRK İ, ERKAN K, GÜNBEY L, BALCI M, AKIN L (2004), Bir Spor Merkezine Kayıtlı Olan Kadınların Sağlık-Hastalık Kavramları İle İlgili Görüşleri ve Sağlık Arama Davranışlarını Etkileyen Faktörler, Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 13(2), 30-38

- AŞÇIOĞLU Ç (1993), Tıbbi Yardım ve El Atmalardan Doğan Sorumluluklar, Doktorların, Devletin ve Özel Hastanelerin Sorumluluğu, Ankara, s: 24
- ATASEVER M (2018), Şehir Hastaneleri Araştırması, SASAM Enstitüsü, Ankara.
- ATÇI R (2013), Sağlıkta Performans Sistemi, Neyin Performansını Ölçüyor?, Performans Sistemi, Dış Hekimi Dergisi, S.53, İstanbul.
- ATEŞ M (2016). Sağlık Sistemleri, Beta Yayınları, 3.Basım, İstanbul.
- ATEŞ H, ÇETİNKAYA Nİ, ES M (2010), Değişim Çağında Hastane Yöneticilerinin Vizyoner Liderlik Profilleri, T.C. Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü. II. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Bildiriler Kitabı, Cilt-2. s: 78, Ankara.
- AYDAŞ S (2014), Hekimlerde Malpraktis Kaynaklı Defansif Tıp Davranışları, Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi İstanbul.
- AYDIN S (2011), Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi 18. Sayı.
- AYKAÇ A (2017), Sağlık Çalışanlarının Yasal Sorumlulukları, <https://docplayer.biz.tr/23775657-Saglik-calisanlarinin-yasal-sorumluluklari-yrd-doc-dr-asli-aykac-ydu-tip-fakultesi-biyofizik-ad-shmyo-mudur-yardimcisi.html> (Erişim Tarihi: 16/08/2019)
- AYVAZ T (2009), Özel Sektör Hastane Anahtarlarını Devlete Verme Niyetinde, Referans Gazetesi
- BAKAR M (2016), Türk Toplumunda Tıbbi Malpraktis, Hekimler ve Sağlık Personeline Güven, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi, İstanbul.
- BAYRAKTAR K (1972), Hekimin Tedavi Nedeniyle Cezai Sorumluluğu, İstanbul Üniversitesi Hukuk Fakültesi Yayınları, İstanbul.
- BEKAROĞLU B (2007), Özel Hastanelerin Sektörel Birliklere Üyelikleri Sürecine Yeni Kurumsal Teori Çerçevesinde Bir Bakış: İstanbul'daki Özel Hastaneler Üzerine Boylamsal Bir Çalışma, 15. Yönetim ve Organizasyon Kongresi, Sakarya.
- BİLGE Y (2012), "Tıpta Uygulama Hatalarının Adli Tıp Yönünden Değerlendirilmesi", Medikolegal Düzlem Tıpta Uygulama Hataları, Ed: Bilge Y. Geçim İE. Ofset Digital, 1. Baskı, Ankara, s: 7-12.
- BİLGİLİ Ö (2009), Özel Sağlık İşletmelerinde Personel İstihdamı, İzmir: T.C. Sağlık Bakanlığı Sosyal Güvenlik Kurumu.
- BOYLUBAY Ö (2017), Sağlık Hizmetlerinin Yönetiminde ve Hasta Bakımında Bilgi Teknolojilerinin Kullanımı, Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi, İstanbul.
- BOZDAĞ A (2010), İdare Hukukunda İdarenin Hizmet Kusuru ve Danıştay Uygulaması. Türk İdare Dergisi • Sayı: 468

- BRENNAN TA, HEBERT LE (1991), Hospitals Characteristics Associated With Adverse Events And Substandard Care. Journal Of The American Medical Association, 265 (24):3265-3269.
- BULAKBAŞI M (2015), Hastane Yönetimi ve Organizasyonu, <https://neu.edu.tr/wp-content/uploads/2015/11/Hastane-Y%C3%B6netimi-ve-Organizasyonu3.pdf>.
- BÜKEN ÖN, BÜKEN E (2003), Tıbbi Uygulama Hatası Konusunda Tartışmalar, T Klin J Med Ethics, Law and History
- CAN A, İBİCİOĞLU H (2008), Yönetim Ve Yöneticilik Yönünden Üniversite Hastanelerinin Değerlendirilmesi, Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, C.13, S.3 s.253-275.
- CANTÜRK G (2016), Ankara Üniversitesi Adli Bilimler Enstitüsü Sağlık Hukuku Tezli YL Ders Notları
- CERRAHOĞLU A (2016), Şehir Hastaneleri ve Birinci Basamak, Editöre Mektup/ Letter To The Editor, Cilt: 7, Sayı: 3, ss. 81-84.
- CİVANER M, YÜRÜR K, PALA K (2011) Sağlık Alanında “Hizmet Kaynaklı Zarar”: Hekimler Ne Diyor?”, Ankara Türk Tabipleri Birliği Yayınları, Birinci Baskı: 37.
- CİVANER M (2011), “Malpraktis” Yerine “Hizmet Kaynaklı Zarar”, <http://www.turkpediatriarsivi.com/eng/jvi.aspx?pdire=tpa&plng=eng&un=TPA-34392&look4=>, (Erişim Tarihi: 16/08/2019)
- COŞKUN A, AKIN A (2009), Sağlık İşletmeleri Yönetim Rehberi
- CRESWELL JW (2015), Nitel Araştırma Yöntemleri: Beş Yaklaşım Göre Nitel Araştırma ve Araştırma Deseni (M. Bütün, ve SB Demir, Çev.). Ankara: Siyasal Kitabevi.
- ÇAKAL Ö (2009), Özel Ve Kamu Hastane İşletmelerinde Görev Yapan Yöneticilerin Motivasyon Düzeylerinin Belirlenmesine Yönelik Bir Araştırma, Yüksek Lisans Tezi, Trakya Üniversitesi, Edirne.
- ÇALIŞMA GRUPLARI RAPORLARI (1992), 1. Ulusal Sağlık Kongresi, Sağlık Bakanlığı Yayınları, <http://www.sayistay.gov.tr/rapor/perdenrap/2005> (Erişim Tarihi: 16/08/2019)
- ÇAMCI M (2007), Sağlık Yönetimi, Yüksek Lisans Tezi, Mersin Üniversitesi, Mersin.
- ÇAN G (2011), Hasta Hakları Bağlamında Koruyucu Hekimlik ve Hasta Rolünün Etkinleştirilmesi, <http://www.haksay.org/files>, (Erişim Tarihi: 16.08.2019)
- ÇELEBİ K, CURA S (2013), Etkinlik Göstergeleri Açısından Sağlık Sistemleri: Karşılaştırmalı Bir Analiz. Maliye Dergisi 164, 47-67.
- ÇETİN G, KAYA A (2012), Hekimlik Uygulamalarının Adli Tıbbi Güncellenmesi. İstanbul Üniversitesi. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitim Etkinlikleri Sempozyumu. İstanbul.

ÇETİN NG (2009), Türkiye Hastanelerinin Profesyonel Yönetime Geçişinde Başhekimlik ve Hastane Yönetiminin Reorganizasyonu, Yüksek Lisans Tezi, Süleyman Demirel Üniversitesi, Isparta

ÇETİNKAYA P (2016), Hemşirelikte Tıbbi Uygulama Hataları, Seçkin Yayıncılık, Ankara.

ÇİMEN M (2010), Sağlık Yönetimi ve Sağlık Yönetim Eğitimi, Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, Cilt: 1, Sayı: 3

ÇOBAN İ (2012), Ailelerin Hasta Güvenliği Konusundaki Görüşlerinin Belirlenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi, İzmir.

ÇOLAK A (2002), Noroşirujide Malpraktis. Türk Nöroşiruji Dergisi; s: 94-98.

ÇOLAKOĞLU S (2018) Medikal Malpraktis Stres Sendromu (MMSS) nedir?, <http://www.lexis.com.tr/medikal-malpraktis-stres-sendromu-mmss-nedir/>, (Erişim Tarihi: 16/08/2019)

Davey L (2009), The Application Of Case Study Evaluations.(Çev: Tuba Gökçek). Elementary Education Online, 8(2), 1-3

DEDEOĞLU KARACA A (2012), Özel Hastanelerde Çalışan Hekimlerin Tıbbi Müdahale Ve Tedavide Malpraktisten Doğan Hukuki Ve Cezai Sorumluluklarına İlişkin Farkındalık Düzeylerinin Ölçümü: Ankara İli Özel Hastaneler Uygulaması, Yüksek Lisans Tezi, Atılım Üniversitesi, Ankara.

DEMİRHAN EA, ÖNCEL Ö, AKSOY Ş (2003), Çağdaş Tıp Etiği, Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul

DİNÇER S (2019), Olağanüstü Durumlarda Hastane Yönetimi, Yüksek Lisans Tezi, Medipol Üniversitesi, İstanbul.

DOĞRAMACI GY (2016), Tıbbi Uygulamalarda Ekip İş Birliği ve Güven İlkesi, Legal Yayıncılık, İstanbul.

DÖĞÜCÜ Ş (2014), Yeni Dönemde Hastane Yöneticiliği, <http://www.sdplatform.com/Dergi/735/Yeni-donemde-hastane-yoneticiligi.aspx>, (Erişim Tarihi: 16/08/2019)

DÖMBEKÇİ HA, YILMAZ FÖ, ÖZATA M (2018), Özel Hastane İşletmeciliğinin Mevcut Durumu ve Geleceği: Konya Örneği, Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 21(4): 675-697

DURU N (2006), Mesleki Sorumluluk Sigortalarından Hekim Mesleki Sorumluluğunun Türkiye'deki ve AB'deki Uygulamalarının Karşılaştırmalı Olarak İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi, İstanbul.

EFİL İ (2009), İşletmelerde Yönetim ve Organizasyon, Alfa Akademi Basım Yayım Dağıtım, İstanbul.

EKİYOR A (2009), Algılama Haritalarının Hazırlanmasında Çok Boyutlu Ölçekleme Tekniğinin Kullanılması: Ankara İli Özel Hastaneler Örneği, Doktora Tezi, Gazi Üniversitesi, Ankara.

- EKMEN A (2008), T.C. Sağlık Bakanlığı Avrupa Birliği Koordinasyon Dairesi Başkanlığı; Avrupa Birliği Ülkeleri ve Diğer Gelişmiş Ülkelerde Tıbbi Uygulama Hatası Sonucu Uygulanan Cezalar.
- ELBÜKEN B, İNANICI MA, (2010), Analysis Of The Malpractice Of Health Care Professionals And Cases Sent To The Supreme Council Of Health. Marmara University, Institute Of Health Sciences, Department Of Surgical Disease Nursing Postgraduate Thesis, İstanbul.
- ERBAYDAR T (2003), Halk Sağlığı Açısından Sağlık İletişimi, Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi Dergisi 25 (4) Özel Eki, 45.50.
- EREN B (2010), Bir Lojistik Sistem Olarak Hastane, <http://www.merih.net>, (Erişim Tarihi: 16/08/2019)
- ERGÜDEN M.(2015), Sağlık Kurumlarında Hasta Hakları Kapsamında Hasta Memnuniyetsizliğini Etkileyen Faktörlerin Analizi, Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir.
- ERTAN M (2014), Kamu Hastaneler Birliği'nde; Yönetim Organizasyonunun ve Yöneticilerin, Tıbbi Uygulama Hatalarında Sorumluluğu, Yüksek Lisans Tezi, İzmir Üniversitesi, İzmir.
- ERTEM G, OKSEL E, AKBIYIK A (2009), Hatalı Tıbbi Uygulamalar (Malpraktis) İle İlgili Retrospektif Bir İnceleme. Dirim Tıp Gazetesi, 84(1):1-10.
- ESATOĞLU AZ, ERSOY K (1997), Hastaların Hastane Hizmetleriyle İlgili Değerlendirmeleri, Sağlık Yönetiminde Devamlı Kalite İyileştirme, Haberal Eğitim Vakfı, Ankara.
- FİŞEK N (1985), Sağlık Yönetiminde Bilimsel Araştırmanın Yeri, Toplum ve Hekim Dergisi, Sayı 36,s: 4
- FRANKEL, JR, WALLEN, NE (2006), How to design and evaluate research in education (6thed.). New York, NY: McGraw Hill.
- FRIEDENBERG RM (2003), Patient-Doctor Relationships. Radiology, 226:306-308
- GELEGEN K (2019), Özelleştirme Sürecinin Türkiye'deki Sağlık Hizmetleri Alanına Etkisi, Yüksek Lisans Tezi, Trakya Üniversitesi, Edirne.
- GÖKCAN HT (2017), Tıbbi Müdahaleden Doğan Hukuki ve Cezai Sorumluluk, Seçkin, Ankara
- GÖKMEN H, GÜLEÇ S (2010), Tıbbi Malpraktis Riskinin Yönetiminde Bir Araç Olarak Hekim Mesleki Sorumluluk Sigortaları, Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi (1), Ocak:13.
- GÖKŞEN Ö (2014), Defansif Tıp ve Tıbbi Malpraktis Uygulamalarının Hukuki Boyutu, Çözüm Önerileri ve Mesleki Sorumluluk Sigortası, Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi, İstanbul, s: 30
- GÖRKEY Ş (2003), Hasta hakları, Hakeri H, Doğan H, editörler. Medikal Etik, Tıp Organizasyonunda Etik ve Hukuk (Mediko-Legal). 1. Baskı, Yüce Yayım, İstanbul.

GRABAN M (2011), Yalın Hastane, Optimist Yayınevi, İstanbul.

GÜRBEDEN B (2016), 2010-2014 Yılları Arasında Tıbbi Uygulama Hatası İddiasıyla Adli Tıp Kurumu İzmir Grup Başkanlığında Otopsi Yapılan Olguların Değerlendirilmesi, Uzmanlık Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir, s: 1

GÜNDAY R (2009), Tıbbi Müdahale ve Tedavide Malpraktisten Doğan Hukuki Sorumluluk, Yüksek Lisans Tezi, Çankaya Üniversitesi, Ankara.

GÜNDOĞMUŞ UN, ERDOĞAN MS, ŞEHİRALTI M, KURTAŞ O (2005), A Descriptive Study Of Medical Malpractice Cases In Turkey, Ann Saudi Med Sepoct;25(5):4048.

GÜRER S (2017), Türk Sağlık Hizmetlerinde Yalın Yönetim İncelemesi: Karadeniz Bölgesi’nde Bir Uygulama, Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi, İstanbul.

GÜVEN R (2007), Dezenfeksiyon ve Sterilizasyon Uygulamalarında Hasta Güvenliği Kavramı. Bildiri Sunumu, 5. Ulusal Sterilizasyon Dezenfeksiyon Kongresi, Kumlu, Antalya.

HAKEİRİ H (2012), Tıp Hukuku, Seçkin Yayıncılık, 5.Baskı, Ankara.

HAKEİRİ H (2014), Milliyet Gazetesi

HAKEİRİ H (2016), Tıp Hukuku, Seçkin Yayıncılık, 11. Baskı, Ankara.

HANAZAKI K, TOMINAGA R, NIO M, IWANAKA T (2013), et al. Report from the Committee for Improving the Work Environment of Japanese Surgeons: survey on effects of the fee revision for medical services provided by surgeons. Surg Today, 43(11):1209-18

HANCI İH (2002), Malpraktis-Tıbbi Girişimler Nedeniyle Hekimin Ceza ve Tazminat Sorumluluğu, Seçkin Yayıncılık, Ankara.

HANCI İH (2005), Malpraktis, Seçkin Yayıncılık, s: 30

HABRAKEN MK, SCHAAF TV, JONGE JD, RUTTLE C (2010), Defining Near Misses: Towards a Sharpened Definition Based on Empirical Data About Error Handling Processes, Social Science and Medicine: 70: 9: 1301-1308.

HATIRNAZ G (2007), Özel Hastanelerin Hukuk Sorumluluğu ve Hasta Hakları, Ankara.

HIZAL A (2015), Hatalı Tıbbi Müdahalelerden Kaynaklanan Tam Yargı Davaları, Yüksek Lisans Tezi, İzmir Üniversitesi, İzmir.

IOM (Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America) (2000), To Err is Human: Building a Safer Health System, Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, editors.: Washington (DC): National Academies Press (US) [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25077248#targetText=To%20Err%20is%20Human%3A%20Building,Academies%20Press%20\(US\)%3B%202000](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25077248#targetText=To%20Err%20is%20Human%3A%20Building,Academies%20Press%20(US)%3B%202000). (Erişim Tarihi: 16/08/2019)

IOM (Institute of Medicine) (2001), RICHARDSON, WILLIAM C, BRIER, RONA, (Eds); Crossing The Quality Chasm: A New Health System for the 21 st Century, Institute of Medicine, National Academies Press., Washington, DC.

İSTİROTİ M (2017), <https://www.medimagazin.com.tr/guncel/genel/tr-hastane-yoneticisi-orkestra-sefi-gibidir-hata-yapma-sansi-yoktur-11-681-72819.html>

JCAHO (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations) (2006), Sentinel Event Statistics, USA.

KAÇAMAN M (2016), Sağlık Hizmetlerinde Müşteri Memnuniyetine Yönelik Bir Alan Araştırması, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Gelişim Üniversitesi, İstanbul.

KAHYAOĞLU F, YANIK A, TENGİLİMOĞLU D (2013), Batı Akdeniz Bölgesi Sağlık Kurumları Yöneticilerinde Mesleki Yeterliliklerinin Belirlenmesine Yönelik Bir Çalışma, Electronic Journal of Vocational Colleges, p: 15-27

KARA M (2015), Tıbbi Uygulama Hatası Nedeniyle Yapılan Soruşturmalarda, 2009-2014 Yılları Arasında, İzmir Tabip Odası Onur Kurulu Tarafından Verilen Kararların Değerlendirilmesi, Yüksek Lisans Tezi, İzmir Üniversitesi, İzmir.

KARAKILÇIK Y (1994), Yönetim, Kaynak Yaratma ve Özelleştirme Açılarında Hastane İşletmeciliğine Yeni Bir Yaklaşım, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İnönü Üniversitesi, Malatya.

KARAN GÖZPINAR G (2015), Özel Hastanelerin Hukuki Sorumluluğu, Yüksek Lisans Tezi, Yeditepe Üniversitesi, İstanbul

KARPUZ H (2015), Kardiyovasküler Hastalıklar İle İlgili Kusurlu Tıbbi Uygulamalar, Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi, İstanbul.

KASAP H, AKAR T, DEMİREL B, DURSUN AZ ve ark. (2015), Tıbbi Uygulama Hatası Riski Yüksek Olan Uzmanlık Dallarının Tıpta Uzmanlık Sınavında Tercih Edilme Önceliklerinin Yıllara Göre Değişimi. Adli Tıp Bülteni: 20(1):34-37.

KAVUNCUBAŞI Ş (2000), Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi, Siyasal Kitabevi, Ankara.

KAYA A, AKTÜRK Z, ÇAYIR Y, TAŞTAN K (2014), 2007-2013 Arası Tıpta Uzmanlık Sınavları: Bir Trend Analizi. Ankara Med J;14(2):53-58.

KAYABEYOĞLU İ (2000), Tıbbi Uygulama Hataları ve Adli Tıp Açısından İncelenmesi, Doktora Tezi, Marmara Üniversitesi, İstanbul.

KEFÇİ E (2017), Sağlık Kurumlarında Malzeme ve Stok Yönetiminin Hastane Yönetimine Sağladığı Avantajlar, Yüksek Lisans Tezi, Arel Üniversitesi, İstanbul.

KEKLİK B (2012), Sağlık Hizmetlerinde Benimsenen Liderlik Tiplerinin Belirlenmesi: Özel Bir Hastane Örneği, Afyon Kocatepe Üniversitesi İİBF Dergisi, C.XIV, SI.

- KERMAN U, DEMİRGİL H, ALTAN Y, BÜYÜKSAVAŞ A (2011), Özel Hastanelerin Yönetmel Sorunları Üzerine Bir Araştırma: Antalya ve Isparta Örneği, Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, C.16, S.1 s.93-108.
- KIDAK LB, DEMİR S, ÇEBER E, TURGAY SAN A (2011), İzmir’de Bir Hastanede Yöneticilerin Çatışma Yönetim Stilleri ve Çalışanların Algılamaları, Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, Cilt:14, Sayı:1
- KIRAÇ SM (2016), Toplam Kalite Yönetimi ve Sağlık Hizmetleri, Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi, İstanbul.
- KIRTIŞOĞLU M (2018), Yargıtay’da 2010-2017 Yılları Arasında Karara Bağlanan Hatalı Tıbbi Uygulama (Malpraktis) Dava Kararlarının Değerlendirilmesi, Uzmanlık Tezi, Çukurova Üniversitesi, Adana.
- KIVRAK S (2014), Kayseri Ölçeğinde Tıbbi Uygulama Hatası İddialarının Değerlendirilmesi, Tıpta Uzmanlık Tezi, Erciyes Üniversitesi, Kayseri
- KIYICI N (2017), Acil Servise Başvuran Hastalarda Tıbbi Hata Algısı İle Kaygı ve Umutsuzluk Düzeyini Etkileyen Faktörler, Yüksek Lisans Tezi, Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Samsun
- KIYMAZ D (2015), Acil Serviste Çalışan Hemşirelerin Tıbbi Hataya Eğilimlerini ve Tutumlarını Etkileyen Faktörler, Yüksek Lisans Tezi, Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Samsun.
- KİTAPÇI C (1993), Türkiye’de Sağlık Yönetimi: Sorunlar ve Çözüm Önerileri, Yüksek Lisans Tezi, Türkiye ve Orta Doğu Amme İdaresi Enstitüsü, Ankara.
- KOHN LT, CORRIGAN JM, DONALDSON MS (2000) To Err Is Human: Building A Safer Health System, Washington D.C., National Academy pp:210.
- KORKUT-OWEN F, OWEN DW (2012), İyilik Hali Yıldızı Modeli, Uygulanması ve Değerlendirilmesi, Uluslararası Avrasya Sosyal Bilimler Dergisi, C:3, S:9, 24-33
- KÖSE Y (2014), Tıbbi Kötü Uygulamanın Güvencesi: Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortası, Yüksek Lisans Tezi, Süleyman Demirel Üniversitesi, Isparta.
- KUĞUOĞLU S, ÇÖVENER Ç, KÜRTÜNCÜ TANIR M, AKTAŞ E (2009), İlaç Uygulamalarında Hemşirenin Mesleki ve Yasal Sorumluluğu, Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, Cilt:2,Sayı:2
- KÜÇÜKUSTA AR (2011), Tıpta da Şike Var: Neşter Yarası Hepimizin Canını Yakabilir, <http://www.haberturk.com/saglik/haber/649770-tipta-da-sike-var-nester-yarasi-hepimizin-canini-yakabilir>, (Erişim Tarihi: 16/08/2019)
- LARSON J (1991), The Measurement of Health: Concepts and Indicators. Greenwood Publishing Group, London
- MARQUİS B, HUSTON C (2012), Leadership Roles and Management Functions in Nursing, 7th.ed. Wolters Kluwer Health/ Lippincott Williams & Wilkins. p: 97-99

- MCMAINS V (2016), Johns Hopkins Study Suggests Medical Errors Are Third-Leading Cause Of Death İn U.S, <https://hub.jhu.edu/2016/05/03/medical-errors-third-leading-cause-of-death/> (Erişim Tarihi: 16/08/2019)
- MERRIAM, SB (2013), Nitel Araştırma: Desen ve Uygulama İin Bir Rehber. eviri Editr: Selahattin Turan. Ankara: Nobel Yayıncılık
- MESLEKİ SORUMLULUK SİGORTASI GENEL şARTLARI (2013), Resm Gazete, Sayı: 28658, http://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=comContent&view=article&id=958:meslekso_rumluluk-sgortasi-genel-artlari-ve-meslek-sorumluluk-sgortasi-genel-artlari-hekm-meslek-sorumluluksgortasi-klozu-2013&catid=3:tebligengelge&Itemid=35 (Erişim Tarihi: 16/08/2019)
- MOHR JC (2000), American Medical Malpractice Litigation in Historicak Perspective, JAMA, 283: 1731-1737
- MUTLU A, IşIK K (2012), Sağlık Ekonomisine Giriş, Ekin Basım Yayın Dağıtım, 3. Baskı, Bursa.
- NAEYAERT H (2004), Medical Errors And Compensation Under Belgian Law, <http://www.eurojuris.net/en/node/41628> (Erişim Tarihi: 16/08/2019)
- NPSF (National Patient Safety Foundation) (2003), <https://www.npsf.org/page/dictionaryfm> (Erişim Tarihi: 16/08/2019)
- NTV (2019), https://www.ntv.com.tr/saglik/hastayi-bilgilendirmeyen-ozel-hastaneye-3-milyon-lira-ceza,03C2kMdaC0CyM_ZbX4YgKQ, (Erişim Tarihi: 16/08/2019)
- OECD (Organisation for Economic Cooperation and Development) (2008), OECD Sağlık Sistemi İncelemeleri Türkiye
- OğUZ NY, TEPE H, BÜKEN N, KUCUR DK (2005), Biyoetik Terimleri Sözlüğü, Türkiye Felsefe Kurumu, 1. Basım, Ankara
- OKAY A (2009), Sağlık İletişimi, MediaCat Kitapları, İstanbül.
- OKUDUCU F (2014), Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Sağlık alışanlarının Motivasyonu, Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi, İstanbül.
- ÖZATA M, ALTUNKAN H (2010), Hastanelerde Tıbbi Hata Grlme Sıklıkları, Tıbbi Hata Türleri ve Tıbbi Hata Nedenlerinin Belirlenmesi: Konya rneği. Tıp Araştırmaları Dergisi, 8:100 -11.
- ÖZÇATAL  (1999), Genel Sağlık Sigortası (Türkiye’de Uygulanabilirliği), Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Uludağ Üniversitesi, Bursa.
- ÖZER , TAşTAN K, SET T, ÇAYIR Y, şENER MT (2015), Tıbbi Hatalı Uygulamalar Malpractise, Dicle Tıp Dergisi, 42 (3): 394-397
- ÖZDEMİR M (2007), Türkiye’de Hastaneler İçin Yeni Organizasyon Modeli İhtiyacı, <http://mahmutozdemir.com>, (Erişim Tarihi: 16/08/2019)

- ÖZEL Ç, LEBLEBİCİ DN (2007), Organizasyon Kusurundan Doğan Zarar Açısından Özel Hastane ve Hekimlerin Sorumluluklarına Kısa Bir Bakış, Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi: 10: 2: 177-200.
- ÖZGENER Ş, KÜÇÜK F (2008), Hastanelerde Modern Yönetim Felsefesinin Verimliliğe Etkisi: Gevher Nesibe Hastanesinde Bir Uygulama, Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 20: 543-560
- ÖZGÖNÜL ML (2010), Türkiye’de Tıp Etiği ve Hukuk Açısından Tıbbi Hata Kavramı, Doktora Tezi, Ankara Üniversitesi, Ankara.
- ÖZGÜÇ A (2013), Diş Hekimliğinde Tıbbi Uygulama Hatası İddiası Olan Olguların Adli ve Tıbbi Açidan Değerlendirilmesi, Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi, İstanbul.
- ÖZKAN M, TURGUT N, AY A, USLU K(2013), Hastanelerde Modern Yönetim Felsefesinin Verimliliğe Etkisi: Eğitim ve Araştırma Hastanesi Uygulaması, Okmeydanı Tıp Dergisi 29(1):26-32,
- ÖZKAN O (2018), Özel Hastane Yöneticilerinin Yalın Sağlık Yönetimi Hakkında Görüşlerinin İncelenmesi; Ankara İli Örneği, Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi, Ankara.
- ÖZTEKİN A (2019), Özel Hastanelerin Malpraktis ve Organizasyon Kusurundan Doğan Tazminat Sorumluluğu, <https://www.hukukihaber.net/ozel-hastanelerin-malpraktis-ve-organizasyonkusurundan-dogan-tazminat-sorumlulugu-makale,6798.html>
- ÖZTÜRK H (2016), Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyetini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi (İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Servis Örneği), Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi, İstanbul.
- PAKİŞ I (2006), Ölüm ya da Ölü Doğumla Sonuçlanan Tıbbi Uygulama Hatalarına Yaklaşımda Adli Otopsinin Rolü, Doktora Tezi, Marmara Üniversitesi, İstanbul.
- PATTON MQ (2014), Nitel Araştırma ve Değerlendirme Yöntemleri, (Çeviri Editörleri; BÜTÜN M., DEMİR SB), Pegem Yayınları, 3. Baskı, Ankara.
- POLAT O (2005), Tıbbi Uygulama Hataları: Klinik-Sosyal-Hukuksal-Etik Boyutları. I. Baskı. Ankara: Seçkin Yayıncılık
- POLAT O (2015), Tıbbi Uygulama Hataları, Seçkin Yayınevi, 2. Baskı
- SAFRAN N (2004), Hemşirelik ve Ebelikte Malpraktis, Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi, İstanbul.
- SAĞLIK BAKANLIĞI (2002), Özel Hastaneler Yönetmeliği <https://www.mevzuat.gov.tr/Metin.Aspx?MevzuatKod=7.5.4854&MevzuatIliski=0&sourceXmISearch=%C3%B6zel%20hasta>, (Erişim Tarihi: 16/08/2019).
- SAĞLIK BAKANLIĞI (2011), Yataklı Sağlık Tesisleri Planlama Rehberi, https://rapor.saglik.gov.tr/SHGM/shgm_yatirim.pdf, (Erişim Tarihi: 16/08/2019).

SAĞLIK BAKANLIĞI (2011), Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği, <http://www.saglik.gov.tr>, (Erişim Tarihi: 16/08/2019).

SAĞLIK BAKANLIĞI (2012), Sağlık Meslek Mensupları ile Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Diğer Meslek Mensuplarının İş ve Görev Tanımlarına Dair Yönetmelik, <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2014/05/20140522-14.htm>

SAĞLIK BAKANLIĞI (2012), Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu 3131 Sayılı Yönerge, <https://kms.kaysis.gov.tr/Home/Goster/24523?AspxAutoDetectCookieSupport=1>

SAĞLIK BAKANLIĞI (2017), Güvenlik Raporlama Sistemi Türkiye İstatistikleri, <https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/28439,grs2017-sonpdf.pdf?0>, (Erişim Tarihi: 16/08/2019)

SAĞLIK BAKANLIĞI (2019), Sağlık Yatırımları Genel Müdürlüğü, Şehir Hastaneleri, <https://sygm.saglik.gov.tr/TR,33960/sehir-hastaneleri.html>, (Erişim Tarihi: 16/08/2019)

SAĞLIK HİZMETLERİNİN SOSYALLEŞTİRİLMESİ HAKKINDA KANUN (1961), 224 Kanun Numarası Madde 2, <https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.4.224.pdf>, (Erişim Tarihi: 16.08.2019)

SAĞLIK HİZMETLERİ TEMEL KANUNU (1987), Sayı : 19461 Yayımlandığı Düstur : Tertip : 5 Cilt : 26 Madde:3, <http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.3359.pdf> (Erişim Tarihi: 16/08/2019)

SAĞLIK HİZMETLERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ (2018), Sektörlere Göre Hastane Sayısı, <https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/33116,haber-bulteni---2018-30092019pdf.pdf?0> (Erişim Tarihi: 16/08/2019)

SAĞLIKTA KAMU ÖZEL İŞBİRLİĞİ DERNEĞİ (2017). Sorularla Sağlıkta Kamu Özel İşbirliği/PPP, Ankara.

SAVAŞ Y (1994), Sağlık Hizmetlerinde Harcama ve Maliyet Analizi, DPT Yayınları, Yayın No: 2350, Ankara.

SAVAŞ H (2007), Özel Hastanelerin ve Doktorların Sorumlulukları, İstanbul Barosu Dergisi. C. 81. S. 3.

SAVAŞ H (2011), Tıbbi Malpraktis ve Komplikasyondan Doğan Sorumluluklar, İstanbul Barosu Sağlık Hukuku Makaleleri, s: 259-293

SAVRAN F, SEÇİM H (1995), Hastane İşletmeciliği, Gelişmiş Ülkelerde ve Türkiye’de Sağlık Hizmetleri Yöneticiliği Meslek ve Eğitimi, Anadolu Üniversitesi Yayını, Eskişehir.

SEÇİM, H (2010), Hastane Yönetim Modellerinin Uluslararası Karşılaştırılması, <http://www.merih.net>, (Erişim Tarihi: 16/08/2019)

SERİN S (2012), Kamu Hastanelerinin Özerkleştirilmesi Öncesi ve Sonrasında Profesyonel Hastane Yöneticisi İhtiyacının Değerlendirilmesi, Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir.

- SERT G (2004), Hasta Hakları: Uluslararası Bildirgeler ve Tıp Etiği Çerçevesinde. 1. Baskı, Babil Yayınları, İstanbul.
- SGK (Sosyal Güvenlik Kurumu), Özel Sağlık Kuruluşları İçin Bilgilendirme Notu, http://www.tdb.org.tr/tdb/admin/mevzuat/userfiles/bilgilendirme_notu.pdf, (Erişim Tarihi: 16/08/2019)
- SINCLAIR BP (2000), Nurses and Malpractice. AWHONN Lifelines - Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses, 4(4); 7.
- SOMUNOĞLU S (1999), Kavramsal Açıdan Sağlık, Hacettepe Üniversitesi, Sağlık İdaresi Dergisi, C.4, S.1
- SOYLU A (2018), Özel Okullarda Okul İçi Süreçlerin Ayrıcılık Kimliğinin Kurulumunda ve Yeniden Üretimindeki Rolü, Doktora Tezi, Ankara Üniversitesi, Ankara.
- SÖNMEZ Z (2019), Sağlık Kurumlarında Sağlık Hizmetleri ve Genel İdari Hizmetler Sınıfı Arasındaki İletişim Sorunları, Yüksek Lisans Tezi, Cumhuriyet Üniversitesi, Sivas.
- STUBENRAUCH JM (2007), Malpractice vs. Negligence, <https://www.nursingcenter.com/journalarticle?ArticleID=727909&JournalID=54030&IssueID=727854#targetText=1%20The%20commission's%20definition%20further,or%20omission%20that%20harms%20someone>. (Erişim Tarihi: 16/08/2019)
- STUDDERT DM, MELLO MM, SAGE WM (2005), Defensive Medicine Among High-Risk Specialist Physicians in a Volatile Malpractice Environment, 2609-2617.
- SÜMER E (2018), Kadın Hastalıkları ve Doğum Servislerinde Yaşanan Tıbbi Hataların Sağlık Hukuku Yönünden Değerlendirilmesi, Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep Üniversitesi, Gaziantep.
- SÜTLAŞ M (2005), Tıbbi Yanlış Uygulama ve Mesleki Mesuliyet Sigortası Üzerine Bazı Saptamalar, <http://www.hastahaklari.org/kotuyg-sig.htm> (Erişim Tarihi: 16/08/2019)
- ŞAHİN Ü (2010), Hastanelerde İşgören Yönetimi, <http://umitsahin.com>, (Erişim Tarihi: 16/08/2019)
- ŞAHMAN İ (2008), Özel Hastanelerde Yönetimin Profesyonelleşmesinin, Kurumsallaşma Süreci Üzerindeki Etkisini Belirlemeye Yönelik Alan Çalışması, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi, Ankara.
- ŞAHMAN İ, TENGİLİMOĞLU D, IŞIK O (2008), Özel Hastanelerde Yönetimin Profesyonelleşmesinin, Kurumsallaşma Süreci Üzerindeki Etkisini Belirlemeye Yönelik Alan Çalışması, Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi 10 / 2, 1-23
- ŞAKAR AY (1999), Türkiye'de Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Harcamaları, Ankara: Türkiye Sağlık İşçileri Sendikası Yayın.
- ŞENEL TP (2010). Türkiye'de Sağlık Sektöründe Bir Finansman Yöntemi Olarak Kamu-Özel Ortaklığı Politikasının Politika Haritalama Yöntemi İle Analiz Edilmesi, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara.

- ŞENOCAK Z (1998), Özel Hukukta Hekimin Sorumluluğu, Ankara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Yayınları, Ankara.
- ŞENTÜRK M, KAYA F (2017), Hastanelerin Performans Uygulamalarında Çalışanların Memnuniyetini Etkileyen Faktörler, Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, Cilt: 17, Sayı: 3, 2017, ss.145-174.
- TANSÜYER T (2010), Hasta Güvenliği ve Tıbbi Hatalar Konusunda Sağlık Personelinin Görüşlerini Belirlemeye Yönelik Bir Alan Araştırması, Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi, Ankara.
- TAŞDELEN P (2012), Evde Bakım Hizmetlerine Olan İhtiyacın Belirlenmesi Konusunda Bir Araştırma, Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi, İstanbul.
- TAŞKIN E (1997), Yöneticinin Sosyal Stratejisi, Kazancı Yayınları, s: 92-94, İstanbul.
- TEKİN A (2007), Sağlık-Hastalık Olgusu ve Toplumsal Kökenleri, Yüksek Lisans Tezi, Süleyman Demirel Üniversitesi, Isparta.
- TEKİN B (2015), Sağlık Hizmetlerinde Etkin Yönetim, Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi, İstanbul.
- TEKİNARSLAN M (2015), Tıbbi Malpraktisin Hasta ve Hasta Yakınları Üzerindeki Psikolojik, Sosyal ve Ekonomik Etkileri, Yüksek Lisans Tezi, Süleyman Demirel Üniversitesi, Isparta.
- TEMEL T. (2003), Özel Hastaneler Sektör Profili, İstanbul Ticaret Odası Yayınları, İstanbul.
- TEMÜR F (2019), Yalın Hastane Yönetiminin Hasta Bekleme Sürecine Etkisi, Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi, İstanbul.
- TENGELİMOĞLU D, IŞIK O, AKBOLAT M (2009), Sağlık İşletmeleri Yönetimi, Nobel Yayın Dağıtım. Ankara.
- TOP M, GİDER Ö, TAŞ Y, ÇİMEN S (2008), Hekimlerin Tıbbi Hatalara Neden Olan Faktörlere İlişkin Değerlendirmeleri: Kocaeli İlinden Bir Alan Çalışması, Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 11(2), 175.
- TURAN E (2011), Türkiye’de Profesyonel Hastane Yöneticiliği: Kamu Yönetimi Açısından Bir İnceleme, Yüksek Lisans Tezi, İnönü Üniversitesi, Malatya.
- TÜİK (Türkiye İstatistik Konumu) (2006), Sağlık Hizmetleri Memnuniyet Araştırması
- TÜİK (Türkiye İstatistik Konumu) (2007), Yataklı ve Yataksız Sağlık Kurumları 1967-2007
- TÜİK (Türkiye İstatistik Kurumu) (2016), <http://www.tuik.gov.tr/Start.do>, (Erişim Tarihi: 16.08.2019)
- TÜMER AR, DENER C (2006), Evaluation Of Surgical Malpractice In Turkey, Legal Medicine 8 11–15.

- TÜRKAN H, TUĞCU H (2004), 2000-2004 Yılları Arasında Yüksek Sağlık Şurası'nda Değerlendirilen Acil Servislerle İlgili Tıbbi Uygulama Hataları, Gülhane Tıp Dergisi 46 (3) : 226 – 231.
- TÜRK DİL KURUMU SÖZLÜKLERİ, <https://sozluk.gov.tr/?kelime=saglik%20hizmetleri>, (Erişim Tarihi: 16/08/2019)
- TÜRKELİ S (2012), Kurumsal Alanın Oluşumu ve Değişiminde Mikro-Makro Aktör ve Yapıların Etkileşimi: Türkiye'deki Tam Teşekküllü Özel Hastaneler Alanı Örneği, Doktora Tezi, İstanbul Teknik Üniversitesi, İstanbul.
- TÜRKMENDAĞ N (2012), Sağlık Kurumlarında Üretim Yönetimi, Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi, İstanbul.
- UÇAR E (2017), Şehir Hastaneleri Sunusu, Ankara.
- UYAR SÖYLER Y (2019), Sağlık Hizmetleri ve Kalite, Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi, İstanbul.
- ÜLGEN M (2013), Sağlıkta Yeni Tehlike; Defansif Tıp Uygulamaları, <http://www.izmirizmir.net/konuk-yazar-saglikta-yeni-tehlike;-defansif-tip-uygulamalari-mevlut-ulgen-y3158.html>, (Erişim Tarihi: 16/08/2019)
- ÜNVER Y (2010), Sağlık Mensuplarının Özellikle Tıbbi Malpraktisten Kaynaklanan Ceza Hukuku Sorumluluğu, Türkiye Biyoetik Derneği e-Bülteni, Malpraktis Özel Sayısı,20, s: 10-17
- VANÇELİK S, ÇALIKOĞLU O, GÜRAKSIN A, BEYHUN E (2006), Pratisyen Hekimlerin Reçete Yazımını Şekillendiren Faktörler ve Akılcı İlaç Kullanım Kriterlerini Önemseme Durumları, Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, C.38, S.7, Erzurum.
- VURAL A (2016), Türkiye'deki Sağlık Hizmetlerinin Kalite Boyutunda Meydana Gelen Değişimlerin Algısı: İstanbul İli Örneği, Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi, İstanbul.
- YAZICI YA, ŞEN H, ALİUSTAOĞLU S, SEZER Y, İNCE CH (2015), Evaluation Of The Medical Malpractice Cases Concluded In The General Assembly Of Council Of Forensic Medicine, Ulus Travma Acil Cerrahi Derg, Vol. 21, No. 3, 204-8.
- YELMER NS (1948), Hekimlerin Hukuki Mesuliyeti, Güven Basımevi, İstanbul, s: 20–21.
- YENİCE Ö (2015), Türkiye'de Sağlık Hizmetleri ve Hastane Yönetiminin Evrimi (1960) Sonrası, Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi, İstanbul.
- YEREBAKAN M. (2000), Özel Hastaneler Araştırması: Mevcut Durum, Sorunlar ve Çözüm Önerileri, İstanbul Ticaret Odası, İstanbul.
- YILDIRIM A (1999), Nitel Araştırma Yöntemlerinin Temel Özellikleri ve Eğitim Araştırmalarındaki Yeri Ve Önemi, Orta Doğu Teknik Üniversitesi.

- YILDIRIM A, AKSU M, ÇETİN İ, ŞAHAN AG (2009), Tokat İli Merkezinde Çalışan Hekimlerin Tıbbi Uygulama Hataları İle İlgili Bilgi, Tutum ve Davranışları, Cumhuriyet Tıp Dergisi, S.31, Ss.356-366.
- YILDIRIM İ (2015), Tıbbi Malpraktis ve Hekim Mesleki Sorumluluk Sigortası, Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi Cilt: 6 Sayı: 3
- YILDIZ S, YALMAN F (2015), Sağlık İşletmelerinde Yalın Uygulamalar Üzerine Genel Bir Literatür Taraması, Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi, Cilt 1, Sayı 1, 2015, s.12
- YILMAZ EN (2018), Karşılaştırmalı Hukukta Hekimin Malpraktisten Doğan Sorumluluğunun Tespitinde Kullanılan Yöntemler, Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi, Ankara
- YILMAZ EN, VARLI H, ERZURUMLU A, CANTÜRK G, ÇALIŞKAN D (2018), Tarihte Tıbbi Malpraktis, The Interdisciplinary Journal Of Law And Forensic Sciences, Volume 3-Issue 1, <http://docplayer.biz.tr/115499844-The-interdisciplinary-journal-of-law-and-forensic-sciences.html>, (Erişim Tarihi: 16/08/2019)
- YIN RK (2009), Case Study Research (design and methods). California: Sage Publication.
- YİĞİTBAŞ Ç, TERCAN OB, BULUT A, BULUT A (2016), Hemşirelerin Malpraktis ile İlgili Algı, Tutum ve Davranışları, Anadolu Kliniği, Cilt 21, Sayı 3
- YORULMAZ C (2005), İstanbul Tabip Odası'na Yansıyan Hekim Hatası İddiası Bulunan Olguların Adli Tıp Açısından İrdelenmesi, Yayımlanmamış Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi, İstanbul.
- YILMAZ C, YILMAZ N (2006), Osmanlılarda Sağlık: Arşiv Belgeleri, Cilt. 2, (Ed. Coşkun Yılmaz Ve Necdet Yılmaz)
- WALTSTON DUNHAM B (2006), Medical Malpractice Law, & Litigation, s.3, NewYork.
- WHO (1948), What Is The WHO Definition Of Health?, <https://www.who.int/about/who-we-are/frequently-asked-questions>, (Erişim Tarihi: 16/08/2019)
- WONG J, BEGLARYA B (2004), Strategies For Hospitals To Improve Patient Safety: A Review Of The Research, www.ahrq.gov. (Erişim Tarihi: 16/08/2019)

EKLER

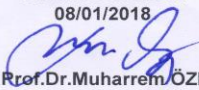
Ek-1: Etik Kurul İzin Belgesi

ANKARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ALT ETİK KURULU
KARAR ÖRNEĞİ

Karar Tarihi : 08/01/2018
Toplantı Sayısı : 01
Karar Sayısı : 20

20-Üniversitemiz Adli Bilimler Enstitüsü Disiplinlerarası Adli Bilimler Anabilim Dalı yüksek lisans öğrencilerinden **Hazal Varlı**'nin "Ankara da Özel Hastanelerde Görev Yapan Yöneticilerin Malpraktis Olaylarındaki Rollerine İlişkin Görüşleri: Niteliksel Bir Araştırma" başlıklı yüksek lisans tezi ile ilgili 28/11/2017 tarihli "İnsan Üzerinde Yapılan Klinik Dışı Araştırmalar Başvuru Formu" Etik Kurulumuzca incelenmiştir.

Hazal Varlı'nin "Ankara da Özel Hastanelerde Görev Yapan Yöneticilerin Malpraktis Olaylarındaki Rollerine İlişkin Görüşleri: Niteliksel Bir Araştırma" başlıklı tez çalışmasının, Etik Kurul onayından sonra başlatılması gerektiğinden çalışma takviminin yeniden düzenlenmesi, araştırma protokolüne uyulması ve etik onay tarihinden itibaren geçerli olması koşuluyla uygulanmasının etik açıdan uygun olduğuna oybirliği ile karar verildi.

ASLININ AYNIDIR
08/01/2018

Prof. Dr. Muharrem ÖZEN
Ankara Üniversitesi
Etik Kurulu Başkanı

Ek-2: Aydınlatılmış Onam Formu

BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

“Ankara’da Özel Hastanelerde Görev Yapan Yöneticilerin Malpraktis Olaylarındaki Rollerine İlişkin Görüşleri: Niteliksel Bir Araştırma”

Sayın gönüllü,

Yüksek lisans tez projesi kapsamında planlanmış olan yukarıda adı yazılı araştırmaya katılmak üzere davet edilmiş bulunuyorsunuz. Bu çalışmaya katılmak gönüllülük esasına dayanmaktadır. Bu araştırmada yer almayı kabul etmeden önce, araştırmanın ne amaçla yapılmak istendiğini anlamanız ve kararınızı bu bilgilendirme çerçevesinde özgürce vermeniz gerekmektedir. Çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmadan çıkma hakkına sahiptir. Çalışmayı yanıtlamanız, araştırmaya katılım için onam verdiğiniz biçimde yorumlanacaktır. Aşağıdaki bilgileri lütfen dikkatlice okuyunuz, sorularınız olursa sorunuz ve açık yanıtlar isteyiniz.”

Bu çalışmanın amacı; Ankara’da özel sağlık kuruluşlarında çalışan hastane yöneticilerinin malpraktis (tıbbi uygulama hataları) olayları üzerindeki rollerini incelemektir. Bu incelemelerin yapılmasında, hastane yöneticilerinin malpraktis olaylarının önlenmesi adına neler yapabileceğini ortaya koyarak, bu olguların azalmasını sağlamak hedefi bulunmaktadır.

Gelişen ve değişen sağlık dünyası beraberinde; sağlık personeli sayısındaki artışta, teşhis ve tedaviye yönelik ilaç ve aletlerin gittikçe karmaşık bir yapıya bürünmesinde, hastanede gerçekleşen işlemlerin eşgüdüm ve denetlenmesine yönelik isterlerin artmasında etkili olurken, tüm bu döngü içerisinde gerçekleşebilecek herhangi bir hatada organizasyonel malpraktis konusunu doğurmuştur. Bu sürecin kontrolü ve denetimi noktasında da profesyonel hastane yöneticilerinin rolü önem kazanmıştır.

Çalışma 2018-2019 aralığında yürütülecektir. TÜİK 2015 verilerine göre Ankara’da bulunan 37 özel hastane arasından, belirli kriterlere göre seçilen ve görüşmeyi kabul eden, minimum 5 maksimum 10 sayıda özel hastaneden, yöneticilerle görüşmeler yapılması amaçlanmaktadır.. Yöneticilerin seçiminde aranan niteliksel özelliklere göre, iki tip yönetici ile ayrı ayrı görüşme yapılacaktır. Birinci tip; hekim kökenli olmayan idari bir yöneticidir (genel müdür-koordinatör vb.). İkinci tip; hekim kökenli olan medikal bir yöneticidir (mesul müdür-başhekim).

Çalışmada size şahsen ulaşarak, sizin uygun olduğunuz bir takvimde, yarı yapılandırılmış gözlem formu üzerinden hastane yöneticilerinin malpraktis olaylarındaki rollerine ilişkin görüşleriniz alınacaktır. Görüşmelerin ortalama 20’ ile 35’ (dakika) sürmesi planlanmaktadır. Görüş ve değerlendirmeleriniz, ses kayıt cihazı ve not alma tekniği kullanılarak alınacaktır. Görüş ve önerilerinizin tamamını eksiksiz bir şekilde gözden geçirebilmek için ses kaydına ihtiyaç duyulmaktadır.

Katılmanız durumunda vereceğiniz yanıtlar hastane yöneticilerinin malpraktis olaylarındaki rollerinin etkisini belirleme konusunda karar vermemizi sağlayacaktır. Aynı zamanda profesyonel hastane yöneticiliğinin önemi ve gerekliliğine dair etkili bir kaynak olacaktır. Çalışmaya ait kişisel bilgileriniz, görev yapmakta olduğunuz kurumun adı çalışmanın tez dâhil herhangi bir aşamasında açıklanmayacaktır. Sadece sosyodemografik bilgileriniz ve çalışma alanıyla ilgili değerlendirmeleriniz yer alacaktır. Bu araştırmada yer almak tümüyle sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmaya katılmaktan istediğiniz her zaman vazgeçebilirsiniz. Çalışmadan vazgeçme ya da katılmama durumunuzda herhangi bir bilgi çalışmanın içerisinde yer almayacaktır.

“Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllülere verilmesi gereken bilgileri içeren metni okudum (ya da sözlü olarak dinledim). Eksik kaldığını düşündüğüm konularda sorularımı araştırmacılara sordum ve doyurucu yanıtlar aldım. Yazılı ve sözlü olarak tarafıma sunulan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anladığım kanısındayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğim konusunda karar vermem için yeterince zaman tanındı.

Bu koşullar altında, araştırma kapsamında elde edilen şahsıma ait bilgilerin bilimsel amaçlarla kullanılmasını, gizlilik kurallarına uyulmak kaydıyla sunulmasını ve yayınlanmasını, hiçbir baskı ve zorlama altında kalmaksızın, kendi özgür irademle kabul ettiğimi beyan ederim.”

İmza/Tarih	İmza/Tarih
Katılımcının/ların adı/soyadı	Araştırmacının/ların adı/soyadı



Ek-3: Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu

YARI YAPILANDIRILMIŞ GÖRÜŞME FORMU

- 1) Ankara'nın önemli bir hastanesinde hastane yöneticisi olarak büyük ve karmaşık bir sistemi şekillendiriyorsunuz. Bu sistemin dışında nasıl bir hayat var sizin için? Kendinizden bahsedebilir misiniz?
- 2) Eğitim durumunuz ve mesleki deneyim sürecinizden bahseder misiniz?
 - Almış olduğunuz eğitimi şu anda ki görev tanımınızla nasıl ilişkilendiriyorsunuz?
 - Herhangi bir avantajını ya da dezavantajını gördünüz mü?
- 3) Toplam çalışma süreniz: (yıl olarak)
- 4) Yönetici olarak çalışma süreniz: (yıl olarak)
- 5) Yönetici olarak görev yaptığınız kurumu hiç bilmeyen birine nasıl tanıtırınız?
- 6) Kurum içi süreçlerin ve sağlık hizmetlerinin yoğunluğu hastanelerin segmentasyonlarına göre farklılık göstermektedir. Sizin görev yaptığınız kurumu A-B-C olarak yoğun-orta-az yoğun şeklinde sıralarsak hangi düzeye koyardınız?
- 7) Hastanede bir gününüz nasıl geçiyor?
 - Gün içinde gerçekleştirmeniz gereken temel rol/görev ve sorumluluklarınız nelerdir?
 - Görev tanımınız nedir?
 - Bu tanımın dışına çıkıp extra sorumluluk aldığınız durumlar olabiliyor mu?
- 8) Hastane yöneticisi olarak sizi zorlayan durumlar var mı?
 - (varsa) en çok zorlandığınız alanlar/konular nelerdir?
 - Bunların üstesinden nasıl geliyorsunuz?
- 9) Profesyonel hastane yöneticiliği konusundaki düşünceleriniz nelerdir?
- 10) Malpraktis kelimesi sizin için ne ifade ediyor?
- 11) Malpraktis konusunda herhangi bir eğitim aldınız mı veya herhangi bir panel-seminer-konferans-kongreye katıldınız mı?

- Yanıtınız Evet ise kısaca bu etkinlik/etkinliklerin yılı, süresi, kapsamı konusunda bilgi verebilir misiniz?
- 12)** Malpraktis ile ilgili mevcut yasal düzenlemeler/süreç konusunda ne düşünüyorsunuz?
- Türk Ceza Kanunu çerçevesinde mahkemelerin kesin olarak ‘tıbbi malpraktis’ den ‘komplikasyon’ u ayırt edebildiğini düşünüyor musunuz?
- 13)** Zorunlu hekim sorumluluk sigortası hakkındaki görüşleriniz nelerdir? Yaptıramayan/yenilemeyen hekimler riskli ameliyatlara girmekten kaçınıyor görüşü son zamanlarda yaygınlaştı bu konudaki düşünceleriniz nelerdir?
- 14)** Türkiye’de sağlık alanında yaşanan malpraktisin boyutu konusunda ne düşünüyorsunuz?
- Son yıllarda sizce artış var mı?
- 15)** Çalışma yaşamınız boyunca herhangi bir malpraktis olayı ile karşılaşma durumunuz oldu mu?
- Yanıtınız evet ise malpraktis durumunda süreç genel olarak nasıl işliyor, süreç akışını ve sonuçlarını kısaca belirtir misiniz?
- Sizin bu süreçte ki rolünüz ya da etkilenme biçiminiz nasıldı?
- 16)** Sizce en çok yapılan malpraktis nedir?
- 17)** Sizce malpraktisin ortaya çıkmasında neden olan etmenler nelerdir açıklayabilir misiniz?
- 18)** Sizce malpraktis olaylarında hastane yöneticilerinin sorumlulukları nelerdir?
- Siz hastane yöneticisi olarak bu konuda yapabileceğiniz bir şeyler olduğunu düşünüyor musunuz?
- 19)** Karar vericilere malpraktisin önlenmesi konusunda son olarak iletmek istediğiniz mesaj/mesajlar ne/lerdir?
- 20)** Eklemek istediğiniz bir şey var mı?

ÖZGEÇMİŞ

I. Bireysel Bilgiler

Adı: Hazal

Soyadı: VARLI

Doğum Yeri ve Tarihi: Ankara, 18.10.1991

Uyruğu: Türkiye Cumhuriyeti

Medeni Durumu: Bekar

İletişim Adresi: Taşpınar Mahallesi 2889. Sokak No: 10/3 İncek/Ankara

hazallvarli@hotmail.com

hazal.varli@guven.com.tr

<https://www.linkedin.com/in/hazal-varli-18101991/>

Telefon: +90 507 346 12 74

II. Eğitimi

DERECE	KURUM	MEZUNİYET YILI
Yüksek Lisans	Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Hukuku (Tezli)	2016-...
Yüksek Lisans	Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü	2015-2017
Lisans	Hacettepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi	2009-2013
Lise	Ankara Çağrıbey Anadolu Lisesi	2005-2009

Yabancı Dil: İngilizce

III. Mesleki Deneyimi

GÖREV	KURUM	DÖNEM
Satış Temsilcisi	Güven Sağlık Grubu	2019-DEVAM
Tanıtım Sorumlusu	Eczacıbaşı Sağlık Hizmetleri	2018-2019
Klinik Destek Uzmanı	Lima Sağlık Mühendislik Medikal Pazarlama Ve Ticaret Ltd. Şti.	2017-2017
Hasta Danışmanı Stajyer	Memorial Sağlık Grubu	2016-2016
Satış ve Pazarlama Sorumlusu	Savmed Medikal İnşaat Turizm İç Ve Dış Ticaret Ltd. Şti.	2014-2016
Satış Temsilcisi	Var-Med Elektronik Pazarlama İç Ve Dış Ticaret Ltd. Şti	2013-2013
Stajyer	Ankara Atatürk Eğitim Ve Araştırma Hastanesi	2013-2013

IV. Bilimsel İlgi Alanları

Sağlık Hukuku Alanında

YILMAZ EN, VARLI H, ERZURUMLU A, CANTÜRK G, ÇALIŞKAN D (2018), Tarihte Tıbbî Malpraktis, The Interdisciplinary Journal Of Law And Forensic Sciences, Volume 3-Issue 1

V. Diğer Bilgiler

Alınan Sertifikalar

- SAĞLIK YÖNETİMİ ZİRVESİ SEKTÖR BUNU KONUŞUYOR
SIOD-HOSPITAL MANAGER DERGİSİ-GLOBAL HEALTH
CONFERANCES-12.2017

- **SAĞLIK HUKUKU SEMİNERİ KATILIM SERTİFİKASI**
TÜRKİYE BAROLAR BİRLİĞİ –12.2016
- **İNSAN KAYNAKLARI YÖNETİMİ**
UNIVERSAL CERTIFICATE -11.2015
- **KLİNİK DESTEK ELEMANI BELGESİ**
T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI TİTCK -09.2015
- **SATIŞ VE TANITIM ELEMANI BELGESİ**
T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI TİTCK -09.2015
- **SORUMLU MÜDÜR BELGESİ**
T.C.SAĞLIK BAKANLIĞI TİTCK -09.2015
- **SAĞLIK YÖNETİMİNDE İNOVASYON VE SİNERJİ**
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ -05.2013
- **GLOBAL DİL PORTFOLYOSU**
AMERİKAN KÜLTÜR DERNEĞİ -03.2013