

T.C.
Mersin Üniversitesi
Sosyal Bilimler Enstitüsü
İşletme Anabilim Dalı

**SAĞLIK KURUMLARINDA ÖRGÜT GELİŞTİRME ÇALIŞMALARI: MERSİN
İL ÖRNEĞİ**

Gonca UÇAR

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Mersin, 2007

T.C.
Mersin Üniversitesi
Sosyal Bilimler Enstitüsü
İşletme Anabilim Dalı

**SAĞLIK KURUMLARINDA ÖRGÜT GELİŞTİRME ÇALIŞMALARI: MERSİN
İL ÖRNEĞİ**

Gonca UÇAR

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Danışman: Yrd. Doç. Dr. Ayşehan ÇAKICI

Mersin, 2007

Mersin Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Müdürlüğüne,

Bu çalışma, jürimiz tarafından İşletme Anabilim Dalında Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Yrd. Doç. Dr. Ayşe Han Gökici
Unvan, Ad, Soyad
(Başkan)

Yrd. Doç. Dr. Kemal Siviler
Unvan, Ad, Soyad
(Üye)

Yrd. Doç. Dr. Tuncay Turan Turaboğlu
Unvan, Ad, Soyad
(Üye)

.....
Unvan, Ad, Soyad
(Üye)

.....
Unvan, Ad, Soyad
(Üye)

ONAY

Yukarıdaki imzaların, adı geçen öğretim üyelerine ait olduklarını onaylarım.

...../...../200..

Prof. Dr. A. Nükhet ADIYEKE
Enstitü Müdürü

ÖNSÖZ

Örgütler, bir çevre içinde faaliyet göstermektedirler. Örgütle çevresi arasındaki karşılıklı etkileşim, çevresinde yaşanan değişiklikleri örgütün de yaşamasını zorunlu kılmaktadır. Örgüt geliştirme, değişen ve belirsizleşen çevreyle örgütü uyumlaştırmaya çalışan bir kavramdır. Bu kavramın günümüzde önemi anlaşılmış ve bir disiplin haline gelmiştir.

Örgüt geliştirme, bütün kurumlarda olduğu gibi sağlık kurumlarının da yeni bir bakış açısı kazanmasını ve başarısını arttırmasını amaçlayan bir değişim sürecidir. Bu çalışmada, Mersin ilinde faaliyet gösteren sağlık kurumları dikkate alınarak sağlık kurumlarının örgüt geliştirmeye yönelik duyarlılıkları araştırılmıştır.

Tezin hazırlanması sürecinde, birçok insanın yardımından faydalandım. Tezimin şekillenmesinde görüş ve önerileri ile katkı sağlayan danışman hocalarım; Sayın Prof. Dr.Tayfur ÖZŞEN'e ve Sayın Yrd. Doç.Dr.Ayşehan ÇAKICI'ya, beni yönlendiren ve desteğini esirgemeyen hocalarım Sayın Prof.Dr. Celil ÇAKICI'ya, Sayın Doç.Dr. Mehmet İsmail YAĞCI'ya, Sayın Araş.Gör.Dr. Ahmet SEVİNCİN'e, beni bu süreçte yalnız bırakmayan, yakın dostum Emel YÜCEL'e ve aileme en derin saygılarımla teşekkürü bir borç bilirim.

ÖZET

Örgüt geliştirme çalışmaları, örgütlerin değişen dünyaya uyumunu arttırabilmek ve yaşanan sorunları çözüme kavuşturabilmek açısından önemli bir yere sahiptir. Bu çalışmada, örgüt geliştirme kavramı konusunda kurumsal bir çerçeve oluşturulmuştur. Örgüt geliştirme çalışmalarının sağlık kurumlarında uygulanıp uygulanmadığının tesbiti amacıyla Mersin il merkezi baz alınarak anket çalışması yapılmıştır.

Çalışmanın sonucunda, sağlık kurumlarında örgüt geliştirme çalışmalarının reformlar yardımıyla yapılmaya çalışıldığı ancak bu çalışmaların tam olarak uygulanamadığı bulgulanmıştır. Yapılan çalışmaların yeterince başarılı olamamasının nedenleri; personele gerekli eğitim verilmeden yapılıyor olması, üst yönetimin çalışmalara yeterince destek vermemesi, örgütlerde insani değerlere yeterince önem verilmemesi olarak ortaya çıkmıştır. Aynı zamanda, reform çalışmalarının yeterince anlaşılabilmesi, birbirinden kopuk biçimde yürütülmesi ve kamu yararını gözetmemesi de etkenler arasında yer almıştır. Bütün bu nedenlerin kaynağı, yönetim sorunudur. Sağlık kurumlarında öncelikle bu soruna çözüm bulunmalıdır. Birçoğu tıp eğitimi almış yöneticilerin, yönetim konusunda eğitilmesi ana hedef olmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Örgüt, örgüt geliştirme, sağlık kurumları, anket, Mersin

ABSTRACT

Organization development efforts are very important in increasing the adaptation of an organization to a changing world and solving organizational problems. In this study, a conceptual framework is developed around the concept of organization development. A survey conducted in order to find out whether organization development efforts exist in health care organizations that are located in the city of Mersin.

The results indicate that health care organizations attempt to develop their organizations in accordance with governmental reforms, but their efforts are insufficient and unsuccessful. The reasons behind these unsuccessful efforts are that organizations implement developmental changes without the necessary personnel training, lack of top management support and insufficient emphasis on the human side of organization development. At the same time, non-coordinated implementation, a lack of understanding of governmental reform efforts at all levels of the organizations, and unclear public benefit of governmental reform efforts are found to have contributed to unsuccessful organization development efforts.

The root cause of all these problems is management. Therefore, health care organizations should first find a solution to the management problem. In addition, managers, most of whom have medical training, must also receive training in managing organizations.

Key words: Organization, organization development, health care institutions, survey, Mersin.

İÇİNDEKİLER

	Sayfa No
ÖNSÖZ.....	i
ÖZET.....	ii
ABSTRACT.....	iii
İÇİNDEKİLER.....	iv
TABLolar LİSTESİ.....	xi
ŞEKİLLER	
LİSTESİ.....	xiii
KISALTMALAR LİSTESİ.....	xiv
GİRİŞ.....	1
I. BÖLÜM: GENEL OLARAK ÖRGÜT GELİŞTİRME.....	4
I.1. Örgüt Geliştirme Kavramı Ve Kapsamı.....	4
I.1.1. Örgüt Geliştirmenin Tanımı.....	4
I.1.2. Örgüt Geliştirme Ve Benzer Kavramlar.....	6
I.1.2.1. Yönetim Geliştirme.....	6
I.1.2.2. Örgüt Yenileme.....	7
I.1.2.3. Örgütsel Büyüme.....	8
I.1.2. 4. Örgütsel Değişim.....	8
I.1.2.5. Yönetici Geliştirme.....	10
I.1.3. Örgüt Geliştirmenin Tarihçesi.....	11

Sayfa No

I.1.3.1. T-Grubu ve Laboratuvar Eğitimi.....	13
I.1.3.2. Tutum Araştırması ve Geribesleme.....	13
I.1.3.3. Tavistock Enstitüsü ve Sosyo- Teknik Yaklaşım.....	14
I.1.4. Örgüt Geliştirmenin İşletme Açısından Önemi.....	15
I.1.5. Örgüt Geliştirmenin Amaçları.....	18
I.1.6. Örgüt Geliştirmenin Özellikleri.....	20
I.1.7. Örgüt Geliştirmenin Varsayımları.....	23
I.1.8. Örgüt Geliştirmenin Temel Unsurları.....	25
I.1.8.1. Örgütsel Öğrenme.....	25
I.1.8.2. Planlı Değişim.....	28
I.1.8.2.1. Planlı Değişim Modelleri.....	29
I.1.8.3. Örgüt Geliştirme Danışmanı- Değişim Uzmanı.....	32
I.1.8.3.1. Danışmanlık Süreci Modelleri.....	35
I.1.8.3.2. Örgüt Geliştirme Danışmanlığı Becerileri.....	36
I.1.8.4. Faaliyet Araştırması.....	37
I.1.9. Örgüt Geliştirme Süreci Ve Uygulaması.....	39
I.1.9.1. Problemi Tanımlama.....	39
I.1.9.2. Teşhis ve Çözümler Geliştirme.....	41
I.1.9.3. Faaliyet Planı ve Müdahale	42

I.1.9. 4. Sonuçları Değerlendirme.....	43
I.2. Örgüt Geliştirme Teknikleri Ve Örgüt Geliştirmenin Kurumsallaştırılması.....	43
I.2.1. Örgüt Yapısına Yönelik Müdahale Teknikleri.....	44
I.2.1.1. Örgüt Sistemine Yönelik Yapıyla İlgili Müdahale Teknikleri.....	44
I.2.1.1. 1. Lawrence Ve Lorsch'un Durumsallık Modeli.....	45
I.2.1.1. 2. Sosyo-Teknik Sistemler.....	47
I.2.1.1. 3. Matrîks Örgütler.....	48
I.2.1.1. 4. Kazanç Paylaşma Planları.....	49
I.2.1.1. 5. MAPS Tasarım Yöntemi.....	51
I.2.1.1. 6. Amaçlara Göre Yönetim.....	52
I.2.1.2. Örgütün Alt Sistemlerine Yönelik Yapıyla İlgili Müdahale Teknikleri.....	55
I.2.1.2.1. İş Dizaynı Teknikleri.....	55
I.2.1.2.2. Sorumluluk Merkezleri.....	58
I.2.1.3. Örgüt Süreçlerine Yönelik Örgüt Geliştirme Teknikleri.....	59

I.2.1.3. 1. Yönetim Tarzını Geliştirme.....	59
I.2.1.3. 2. Tutum Araştırması ve Geri Besleme.....	62
I.2.1.3. 3. Rensis Likert Ve "Sistem 4" Yaklaşım.....	63
I.2.1.3. 4. Problem Teşhis Toplantıları.....	65
I.2.1.3. 5. Duyarlılık Eğitimi.....	66
I.2.1.3. 6. Ekip Oluşturma.....	70
I.2.1.3.7. Gruplararası İlişkileri Geliştirme.....	70
I.2.1.3.8. Çalışma Hayatının Niteliğinin Geliştirilmesi.....	71
I.2.2. Örgüt Geliştirmenin Kurumsallaştırılması.....	72
I.2.2. 1. Kurumsallaşma Kavramı	72
I.2.2. 2. Sağlık Kurumlarının Kurumsallaşması.....	74
II. BÖLÜM: SAĞLIK KURUMLARINDA ÖRGÜT GELİŞTİRME.....	76
II.1 Sağlık Kurumlarının Genel Yapısı.....	76
II.1.1.Türk Sağlık Sektörü Ve Sağlık Bakanlığı.....	76
II.1.2. Sağlık Bakanlığı'nın Görev Ve Sorumlukları.....	82
II.1.3. Sağlık Bakanlığı Merkez Teşkilatı'nın Swot Analizi.....	86
II.2. Sağlık Kurumlarının Özellikleri.....	89
II.3. Sağlık Kurumlarının Yapısal Ve İşlevsel Sorunları.....	90
II.3.1. Yönetim İle İlgili Sorunlar.....	91

	Sayfa No
II.3.2. Mevzuat İle İlgili Sorunlar.....	92
II.3.3. İnsan Kaynakları ile İlgili Sorunlar.....	93
II.3. 4. Finansman İle İlgili Sorunlar.....	95
II.3.5. Hizmetlerin Sunumu İle İlgili Sorunlar.....	97
II.3.6. Enformasyon Ve Değerlendirme İle İlgili Sorunlar.....	98
II.4. Türkiye’de Sağlık Kurumlarını İyileştirmeye Yönelik Çalışmalar.....	101
II.5. Sağlıkta Dönüşüm Programı.....	103
II.5.1. Reform Çalışmalarının Tarihçesi.....	104
II.5.2. Sağlık Reformlarının Gerekçeleri.....	109
II.5.3. Sağlık Reformlarının Bölümleri.....	113
II.5.3.1. Hastanelerin Özerkleştirilmesi.....	113
II.5.3.2. Genel Sağlık Sigortası ve Bütünleştirilmiş Bir Kamu Sağlık Sigortası Programı.....	124
II.5.3.3. Koruyucu Sağlık Hizmetlerinin Yeniden Yapılandırılması.....	129
II.5.3.4. Sağlık Enformasyon Sistemleri.....	133
II.5.3.5. Sağlık Hizmetleri Yönetim ve Organizasyonu Reformu.....	135
II.6. Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi ve Akreditasyon.....	137
II.7. Sağlık Hizmetlerinde Örgüt Geliştirme.....	138

III. BÖLÜM MERSİN İLİNDE FAALİYET GÖSTEREN SAĞLIK KURUMLARININ ÖRGÜT GELİŞTİRME ÇALIŞMALARININ İNCELENMESİ.....	141
III.1 Araştırmanın Amacı.....	141
III.2. Araştırmanın Yöntemi.....	142
III.3 Araştırmanın Sınırlılıkları.....	144
III.4 Bulgular ve Değerlendirme.....	145
III.4.1 Ankete Katılan Sağlık Kurumlarının Özellikleri.....	145
III.4.2 Ankete Katılan Sağlık Kurumu Yöneticilerinin Özellikleri.....	148
III.4. 3. Sağlık Kurumlarının Örgüt Geliştirme Çalışmalarının Değerlendirilmesi.....	150
III.4.3.1. Sağlık Kurumlarını Etkileyen Çevresel Faktörler.....	151
III.4.3.2. Sağlık Kurumlarının Örgüt Geliştirme Çalışmalarında Yapı ve Süreçler.....	152
III.4.3.3. Sağlık Kurumlarında Örgüt Geliştirme Çalışmalarının Yapılma Düzeyi.....	161
III. 4.3.4. Sağlık Kurumlarında Örgüt Geliştirme Teknikleri.....	163
III.4.3.5. Sağlık Kurumlarında Örgüt Geliştirmeyi Engelleyen ve Başarısız Kılan Faktörler.....	165

SONUÇ168

KAYNAKÇA

EKLER

EK.1. Anket Formu

TABLOLAR LİSTESİ

Sayfa No

TABLO:1 Yönetici Geliştirme Faaliyetleri İle Örgüt Geliştirme Faaliyetleri Arasındaki Farklar.....	11
TABLO: 2 Karar Alma, Yetki ve Sorumluluk Devrinde Likert' in Dört Sistemi.....	65
TABLO:3 Mersin İl Merkezindeki Sağlık Kurumlarında Çalışan Sayısı ve Araştırmaya Katılımlar.....	145
TABLO:4 Sağlık Kurumunun Türü.....	146
TABLO:5 Sağlık Kurumunda Çalışan Personel Sayısı	147
TABLO:6 Yöneticilerin Özellikleri	149
TABLO:7 Sağlık Kurumlarını Etkileyen Çevresel Faktörler	151
TABLO:8 KMO ve Bartlett's Testi	153
TABLO: 9 Yapı ve Süreçlere İlişkin Faktör Analizi Sonuçları.....	155
TABLO:10 Örgüt Geliştirme Çalışmalarının Düzenli Olarak Yürütülmesine Göre Yapı ve Süreçlere İlişkin Faktörlerin Karşılaştırılması.....	159
TABLO:11 Kamu ve Özel Sağlık Kurumu Olmalarına Göre Yapı ve Süreçlere İlişkin Faktörlerin Karşılaştırılması.....	160
TABLO:12 Sağlık Kurumlarında Örgüt Geliştirme Çalışmaları Düzenli Olarak Yapılmakta mıdır?.....	161

TABLO:13 Sağlık Kurumunda Son 5 Yılda Yapılan Değişim Çalışmaları ve Miktarları.....	162
TABLO:14 Kullanılan Örgüt Geliştirme Teknikleri ve Sıklık Düzeyleri.....	164
TABLO:15 Örgütsel Yapının Geliştirilememesinin Nedenleri.....	165
TABLO:16 Örgüt Geliştirme Çalışmalarında Başarı Düzeyleri.....	166
TABLO:17 Örgüt Geliştirme Çalışmalarının Başarısızlık Nedenleri.....	166

ŒEKİLLER LİSTESİ

ŒEKİL: 1 İŒletme Yönetiminde Örgüt GeliŒtirme ve Neden Sonuç İliŒkisi.....17

KISALTMALAR LİSTESİ

BBSH:	Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri
DPT:	Devlet Planlama Teşkilatı
TBMM:	Türkiye Büyük Millet Meclisi
YÖK:	Yükseköğretim Kurumu
SSK:	Sosyal Güvenlik Kurulu
AÇS:	Ana Çocuk Sağlığı
AP:	Aile Planlaması
Ar-Ge:	Araştırma Geliştirme
AB:	Avrupa Birliği
GSMH:	Gayri Safi Milli Hasıla
ABD:	Amerika Birleşik Devletleri
SDP:	Sağlık Dönüşüm Programı
KİT:	Kamu İktisadi Teşebbüsleri
GSS:	Genel Sağlık Sigortası
SES:	Sağlık Enformasyon Sistemleri
TKY:	Toplam Kalite Yönetimi
SKİ :	Sürekli Kalite İyileştirme
ISO :	International Organization of Standards
KOBİ:	Küçük ve Orta Ölçekli İşletmeler

GİRİŞ

Geçmişten günümüze, değişim, kaçınılmazdır. Dünya’da her geçen gün artan bir hızla teknolojik, ekonomik, sosyo-kültürel v.b. önemli yapısal değişimlerin yaşandığı görölmektedir.

İşletmeler, değişen çevre koşullarının ortaya koyduğu yeni durum ve ortama uyum sağlayabilmek ve böylece rekabet avantajlarını arttırabilmek için sürekli bir arayış ve değişim içinde bulunmaktadır. Değişimi yönetmek, günümüz işletmelerinin, üzerinde önemle durdukları bir konu haline gelmiştir.

İşletmeler açısından, hem çeşitli sorunların hem de bir takım fırsat ve imkanların kaynağı niteliğindeki, örgüsel değişim süreci ile ilgili bir çok yöntem bulunmaktadır. Günümüzde örgütsel değişimi, daha sistematik bir biçimde planlama ve uygulamaya imkan sağlayan yöntem, “örgüt geliştirme” dir.

Örgüt geliştirme çabaları, işletmelerin çevresinde meydana gelen değişimlerin teknolojik boyutunu ihmal etmemekle birlikte, daha çok beşeri ve sosyal yönü ile ilgili olup, işletmelerin, sosyal ve organik örgüt anlayışına geçişini sağlayan, kaçınılmaz bir süreçtir. Örgüt geliştirmenin kapsamını, örgüt kültürü ve onu meydana getiren unsurlar oluşturmaktadır. Örgüt geliştirmeyle örgütün beşeri kapasitesinin arttırılması ve değerler sisteminin değiştirilip geliştirilmesi amaçlanmaktadır. Bu nedenle örgüt geliştirme, bütün kurumlarda olduğu gibi, sağlık kurumlarını da içerisine alan bir sistemdir.

Türkiye’de sağlık hizmeti, Sağlık Bakanlığı’nın yönetimi ve denetiminde sunulmaktadır. İyi organize edilmiş, modern sağlık hizmetleri sistemi toplumun tüm kesimlerini kapsamalı, ulaşılabilir olmalı, hakkaniyeti sağlamalı ve aynı zamanda yüksek

kaliteli ve verimli olmalıdır. Türkiye’de, şimdiye kadar, sağlık hizmetlerinin yeniden yapılandırılmasına yönelik projelerin, hayata geçirilmesi konusunda yeterince başarı sağlanamamıştır.

Özellikle sağlık hizmetlerinin taşra organizasyonu konusunda, önemli aksamalar ve olumsuzluklar yaşanmaktadır. Sağlık Bakanlığı, bir yandan sağlık hizmetini büyük ölçüde merkezden planlayıp finanse ederken, bir yandan da taşrada, bu hizmetlerin vatandaşların hizmet talebine yetişebilmesi için çalışmalar yürütmektedir. Ancak aynı anda birden çok işle uğraşmak zorunda kalan Bakanlık, hizmetlerde istenen etkinlik, verimlilik ve kaliteyi sağlamakta zorluk çekmektedir. Buradaki başlıca sorunlar; yerel birimlere sorumlulukları ile orantılı yetkilerin tanınmamış olmasından, taşranın yeterli personel ve mali kaynaklarla takviye edilememesinde ve çağdaş yönetim teknik ve stratejilerinin uygulamaya geçirilememesinden kaynaklanmaktadır.

Öte yandan, tüm bu sorunlarla uğraşan Sağlık Bakanlığı, ülkedeki sağlık sektörünü tüm boyutlarıyla planlayıp koordine ederek düzenleyici rolüne ağırlık vermesi gerekirken, enerjisinin ve kaynaklarının büyük bölümünü, personel idaresi işleriyle harcamaktadır.

Bu durumda, Sağlık Bakanlığı’na bağlı sağlık kurumlarında değişme ve gelişme ihtiyacı hissedilmektedir. Çalışmamızda, sağlık kurumlarında örgüt geliştirme çalışmaları incelenmeye çalışılacaktır. Bu incelemenin yapılmasının amacı; Mersin ilindeki sağlık kurumlarında örgüt geliştirme çalışmalarına ihtiyaç duyulup duyulmadığının, ihtiyaç durumunda örgüt geliştirme çalışmalarının uygulanıp uygulanmadığının, en son olarak da, uygulanan örgüt geliştirme çalışmalarının başarısının tespitidir.

Çalışmanın birinci bölümünde; örgüt geliştirme kavramı ve işletmeler için önemi, örgüt geliştirmenin amacı, unsur ve özellikleri, örgüt geliştirme süreci, örgüt geliştirme sürecine yönelik müdahale teknikleri, örgüt geliştirmenin kurumsallaşması, ikinci bölümde; sağlık kurumları ve sağlık kurumlarında örgüt geliştirme faaliyetleri, üçüncü bölümde ise; Mersin ilindeki sağlık kurumlarında yapılan, bir alan araştırması yer almaktadır.

I. BÖLÜM: GENEL OLARAK ÖRGÜT GELİŞTİRME

I.1. Örgüt Geliştirme Kavramı Ve Kapsamı

Bir işletmede verimliliğin artırılmasını amaçlayan örgüt geliştirme faaliyetleri son yıllarda üzerinde önemle durulan konulardan biri haline gelmiştir. Bu bölümde, öncelikle örgüt geliştirmenin tanımı ve benzer kavramlardan farkı incelenmiştir. Örgüt geliştirmenin varsayımları belirtilmiştir. Örgüt geliştirmenin zaman içerisinde izlediği süreç, t grubu ve labaratuvar eğitimi, tutum araştırması ve geri besleme ve tavistock enstitüsü araştırmaları başlıkları altında değerlendirilmiştir. Daha sonra,örgüt geliştirmenin işletme açısından önemi, özellikleri, amaçları, ve unsurları başlıklarına yer verilerek örgüt geliştirme konusunda genel bir çerçeve oluşturulmaya çalışılacaktır.

I.1.1.Örgüt Geliştirmenin Tanımı

Örgüt geliştirmenin literatürde birden fazla tanımı yapılmıştır.

Bell (1995) eserinde örgüt geliştirmeyi ; *“Formal bir iş takımı, geçici takım ve gruplararası kültüre özel vurgu getirerek, bir danışman yardımıyla ve uygulamalı davranış biliminin eylem araştırmasını içeren kavram ve teknolojisiyle bir örgütün problem çözme ve kendini yenileme süreçlerini özellikle daha bir etkin ve işbirlikçi teşhis ve örgütsel kültürün yönetimi yoluyla geliştirmek için tepe yönetim destekli uzun dönemli bir çalışmadır”*.¹ şeklinde tanımlamıştır.

Örgüt geliştirme; bir örgütte değişim uzmanı yardımıyla ve katılımcı bir yönetim anlayışıyla, bir bütün olarak o örgütün sorunlarının giderilmesi ve örgütte

¹ Bell, French; *Organization Development*, New Jersey: Prentice Hall, 1995, s.15

yeniliklerin getirilmesi süreçlerinin geliştirilmesidir.²

Örgüt geliştirme; bir örgütte inançları, davranışları, değerleri, yapıyı ve uygulamaları değiştirmek için yollar arayan ve böylece örgütün değişikliklere daha kolay uyum sağlamasına yarayan bir sistemdir.³

Huse (1975)' e göre; örgüt geliştirme, kendi problemlerini çözebilecek, üstün kaliteli iş yaşamı ve yüksek verimlilik sağlayabilecek bir örgütsel etkinliğe ulaşmaktır.⁴

Örgüt geliştirme; örgütün çevresinde ve içinde meydana gelen değişimler nedeniyle bu değişimlere uymayan kişi ve grupların düşünce ve tutumlarını etkilemek ve o insanların değişen ve gelişen örgütlerine yeniden uymalarını sağlama çalışmalarının tümüdür.⁵

Tanımlamalardan da anlaşılacağı üzere; örgüt geliştirme, örgütlerin başarısını arttırmak amacını taşıyan bir yaklaşımdır. Örgütün çevresel değişimlerle başa çıkmasını sağlayarak örgüt içi ilişkileri geliştirmeyi amaçlayan bir süreçtir. Kısaca; örgüt geliştirme, örgütün verimlilik, etkinlik ve örgüt çalışanlarının mutluluğunu artırmayı amaçlayan çalışmaların bütünüdür denilebilir. Diğer yandan, örgüt geliştirme faaliyetlerinin geliştirme, yenileme, değişim ve büyüme gibi unsurları barındırması örgüt geliştirme kavramının diğer yönetim kavramlarıyla benzerlik göstermesine neden olmaktadır.

² Luthans, Frank; *Organizational Behavior*, Sixth Edition, Mc Graw-Hill International Editions, Singapore, 1975, s.36

³ Human, Werther; *Resources and Personel Management*, Mc Graw- Hill Inc., N.Y,2000, s.51

⁴ Huse, Edgar F; *Organization Development And Change*, New York: West Pubilshing Company, 1975, s.25.

⁵ Eren, Erol; *Örgütsel Davranış ve Yönetim Psikolojisi*, Beta Basım Yayıncılık, İstanbul, 1998, s.461

I.1.2. Örgüt Geliştirme Ve Benzer Kavramlar

İşletme yönetimi ve organizasyonu ile ilgili bazı kavramlar çoğu kez birbirleriyle eş anlamlı olarak kullanılmaktadır. Örgüt geliştirme kavramı, yönetim geliştirme (Management Development), örgüt yenileme (Organizational Renewal), örgütsel büyüme (Organizational Growth), yönetici geliştirme (Executive Development) ve örgütsel değişim (Organizational Change) kavramlarıyla karıştırılmaktadır. Örgüt geliştirme kavramının belirtilen kavramlardan farklılık gösterdiği konular açıklanmıştır.

I.1.2.1. Yönetim Geliştirme

Yönetim geliştirme kavramı, örgüt geliştirme kavramıyla en çok karıştırılan kavramların başında yer almaktadır. Ancak her iki kavram arasında önemli farklar bulunmaktadır.

Yönetim geliştirme, örgütlerin yeni teknolojilere ve dış etkilere karşı uyum sağlamaları için örgütlerin yapısını, değerlerini, tutum ve inançlarını değiştirmeye yönelik bir eğitim stratejisidir.⁶ Bir başka tanımlamayla; örgütün etkili bir şekilde yönetilmesi için kişisel tutum, eğilim ve isteklerin olumlu yönde geliştirilmesi için sistematik olarak uygulanan bir eğitim sürecidir.⁷

Yönetim geliştirme, bir organizasyondaki işleri yürütebilecek yetkinlikte personeli hazırlamayı ve organizasyonun büyüme ve gelişmesine paralel olarak ihtiyaç duyulan ve ihtiyaç duyulacak nitelikteki yöneticileri ve personeli yetiştirmeyi amaçlamaktadır. Burada esas üzerinde durulan konu, yöneticilerin işlerini nasıl daha etkin

⁶ Kavruk, Hikmet; “Yönetimi Geliştirme Kavramı”, *Türk İdare Dergisi*, İçişleri Bakanlığı, Yıl:66, Eylül 1994, Sayı:404, s.25

⁷ Aykaç, Burhan.; “Yönetimin İyileştirilmesi ve Örgütsel Değişim”, *Amme İdaresi Dergisi*, Cilt.24, Sayı: 2, Ankara, 1991, s.97

yapabilecekleridir. Sözü edilen etkinliği sağlamak için, yeni teknikleri öğrenmeleri, karar verme ve problem çözme yeteneklerinin geliştirilmesi ve bunların davranışa dönüştürülmesi amacıyla eğitim çalışmaları yapılmaktadır.⁸

Yönetimi geliştirme; örgüt geliştirmeden farklılık göstermektedir. Örgüt geliştirme tüm örgütü değiştirmeye yöneliktir buna karşın yönetim geliştirme; örgüt geliştirmenin özel bir türü olup yönetime yöneliktir. Yönetimi geliştirme insan unsuruna odaklanır. Burada amaç; örgütün bütününe esas olarak yönetimde ve kaynak kullanımında etkinliği sağlamaktır.

I.1.2.2. Örgüt Yenileme

Örgüt yenileme, örgütlerin yeni şartlara uyum göstermesini, problemlerini çözmesini, sağlamak amacıyla ihtiyaç duyulan değişimi başlatma ve uygulama sürecidir.⁹ Lippitt, örgütsel yenileme döngüsünü yedi aşamada ifade etmiştir. Bu yedi aşama devamlı bir döngü içinde ve geri besleme sürecini dikkate alarak sürdürülmektedir. Bu aşamalar; toplumun geleceğe dönük eğilimlerinin belirlenmesi, gelecek eğilimlerinin örgüt üzerine etkilerinin tesbiti, yeni eğilimler için uygun araç ve programlarının geliştirilmesi, bunların alt kademelere yaygınlaştırılması, değişim programı için hedeflerin tesbiti, örgütsel yenilenme ve değişim bilgisinin değerlendirilmesi ve araştırmanın yapılması şeklinde sıralanmaktadır.¹⁰

Örgütler açısından yenilik; varolan sorunlara yönelik yeni çözümler getiren düşünceleri uygulamaya koyma sürecidir. Örgüt geliştirme; örgüt yenilemeden daha kapsamlı bir kavramdır. Örgüt geliştirme sorunları çözmekten yada yeniliklere uyum sağlamaktan daha fazlasını ifade etmektedir. Örgüt geliştirme aynı zamanda örgüt

⁸ Harrison, Frank.; *Management and Organizations*, Houghton Mifflin Co., Boston, 1974, s.162

⁹ Dinçer, Ömer; *Örgüt Geliştirme:Teori, Uygulama ve Teknikler*, Timaş Basım A.Ş., İstanbul, 1992 s.7

¹⁰ Lippitt, Gordon; *Organization Behavior*, New Jersey: Prentice Hall, 1969 s.1-2

yenilemeyi de kapsamaktadır.

I.1.2.3. Örgütsel Büyüme

Örgüt geliştirmenin bazı durumlarda örgütün büyümesi sonucunu doğurması, örgütsel büyüme kavramıyla eşanlamlı kullanılmasına veya karıştırlmasına neden olmaktadır. Örgütlerde büyüme kavramı ise, örgütlerin kurulmasından olgunluk dönemine ulaşmasına kadar geçirdiği safhalardaki gelişmeyi ifade etmektedir.

Büyüme, örgütün maddi ve beşeri kaynaklarının miktar yönünden artışıını ifade etmektedir. Örgütsel büyüme, miktar artışının yanında kalitenin artmasını da içermektedir. Bir örgütün büyümesi, ürettiği ürün ya da hizmetlere talebin fazla olması ve gereksinme duyduğu kaynakları kolayca bulabilmesine bağlıdır. Bir örgütün ne kadar büyüyebileceği ve büyüme hızının ne olacağı önemlidir.¹¹

Büyüme, bir değişme ve gelişme sürecidir. Büyüme örgütün var olan amaçlarının daha etkili biçimde elde edilmesini sağlarken, gelişme; örgütün amaçlarını değiştiren politikalara ilişkin kararları üzerinden yapılan değişiklikleri açıklamaktadır. Ancak gelişme kavramı daha geniş kapsamlıdır. Daha dar kapsamlı olan büyüme ise, belirli bir gelişme safhası içinde meydana gelir ve bu belirli gelişme aşamaları içinde en fazla çıktıyı elde etme sürecidir denilebilir.

I.1.2. 4. Örgütsel Değişim

Zaman içerisinde örgütlerin değişmesi kaçınılmazdır. Sözkonusu değişimler,

¹¹Özkara, Belkis; “Evrimci ve Devrimci Örgütsel Değişim”, *Ayon Kocatepe Üniversitesi*, Afyon, 1999, s.140

bazen örgüt tarafından fark edilirken bazıları fark edilmeden gerçekleşmektedir.¹² Önemli olan örgütlerin bu değişime ayak uydurabilmesidir. Örgüt dış çevreden bir takım girdileri alır, dönüşüm sürecinden geçirir ve sonuçta bunları çıktılar şeklinde yine çevreye verir. Elde edilen çıktı, bir sonraki dönüşümün girdisi olarak yine sisteme döner ve süreç bu şekilde devam eder.

*“Değişim, planlı yada plansız bir biçimde bir sistemin, bir süreç veya ortamın belli bir durumdan başka bir duruma dönüşmesidir”*¹³. Değişim, farklı zamanlarda ve şekillerde ortaya çıkabilir. Örgütsel Değişim ise; *“örgüt elemanlarında, alt sistemlerinde, bunlarla örgüt arasındaki ilişkilerde ve örgütle çevresi arasındaki etkileşimde meydana gelebilecek her türlü değişimdir”*¹⁴. Değişim çeşitli evrelerden meydana gelmektedir. Bu evreler genellikle uzun zaman almaktadır. Bu evrelerin herhangi bir noktasında yapılan yanlışlar tehlikeli sonuçlar doğurabilmektedir.¹⁵

Bir işletmede değişimi hızlandıran ve yönlendiren itici güçler ile bu süreci engelleyen ve sınırlandıran güçlerin dengelenmesi, örgütün gelişmesini engelleyebilir. Ancak, denge bozulup itici güç sınırlayıcı güce egemen olursa örgütsel değişimin gerçekleşmesine olanak sağlanır.¹⁶

Lewin’e göre, örgütsel değişim sürecinde üç aşama yaşanmaktadır. Bunlardan ilki, bireyin ve örgütün eski davranış kalıplarını ve alışkanlıklarından koparılmaya çalışıldığı çözülme aşamasıdır. İkinci aşama, bireye yeni davranış kalıplarının öğretildiği hareket aşamasıdır. Son aşama ise; yeniden dondurma aşamasıdır. Bu aşamada, yeni

¹² Artan, İnci ; "Örgütsel Değişim ve Gelişme", *Endüstri ve Örgüt Psikolojisi*. 2. Baskı, Türk Psikologlar Derneği ve Kalite Derneği Yayını, Ankara, 1997, s.103

¹³ Sabuncuoğlu, Zeyyat; *Örgütsel Psikolojisi*, Rota Ofset A.ş., Bursa, 1995, s.163

¹⁴ Ölçer, Ferit; "İşletmelerde Örgütsel Değişime Direnme ve Bu Sorunun Çözülmesi Üzerine Bir Araştırma", *Yüksek Lisans Tezi*, Adana,1995, s.12

¹⁵ Kotter, John; *Değişimi Yönetmek*, Harvard Business Review, s.11

¹⁶ Silah, Mehmet; "Sanayi İşletmelerinde Önemli Ve Çağdaş Bir Gereksinim: Süreç Danışmanlığı Uygulamaları", *Ç.Ü. Sosyal Bilimler Dergisi*, Cilt : 26 No: 1 Mayıs 2002 s.143-168

kazanılan davranışların bireyin kişiliği ve duygusal ilişkileriyle bütünleşmesi amaçlanmaktadır.¹⁷

Örgütsel değişim, bir bütün olarak örgütün performansını artırmayı amaçlamaktadır. Bu anlamda örgüt geliştirmeye benzemektedir. Ancak, örgüt geliştirme yaşanan bu değişime örgütün en iyi şekilde adaptasyonunu sağlayan bütüncül bir süreci ifade etmektedir.

I.1.2.5. Yönetici Geliştirme

Yönetici geliştirme , “*yöneticilerin organizasyonların yapı ve işleyişleri ile toplumda oynadıkları role karşı duyarlı hale gelmeleridir.*”¹⁸ Başka bir deyişle; yöneticilere genel bilgi ve beceriler kazandırmayı amaçlayan, görevlerini etkin bir şekilde yerine getirebilmeleri için iş başında yada haricinde öğrenme ve gelişmelerini sağlamaya yönelik uzun vadeli bir süreç olarak ifade edilebilir.

Yönetici geliştirmede amaç; örgüt içerisinde yönetime ilişkin belirli bir eğitime sahip olan yöneticilere başarısını etkileyen faktörleri belirleyebilme, ve gerekli davranışı gösterebilme yeteneğinin kazandırılmasını sağlamaktır. Yönetici geliştirme faaliyetleri ile örgüt geliştirme faaliyetleri arasında çeşitli açılardan farklılıklar vardır. Bu farklılıklar Tablo:1 'de gösterilmiştir.

¹⁷ Artan, a.g.m., s.104

¹⁸ Koçel, Tamer; *İşletme Yöneticiliği*, Beta Basım Yayım Dağıtım, 5. Baskı, İstanbul, 1995, s.30

Tablo:1 Yönetici Geliştirme Faaliyetleri İle Örgüt Geliştirme Faaliyetleri Arasındaki Farklar

	Yönetici Geliştirme	Örgüt Geliştirme
<u>Nedenler</u>	-Yöneticinin etkinliğini arttırma, -Yöneticilerin belirli yeteneklerini (yöneticilere başarısını etkileyen faktörleri belirleyebilme yeteneği) geliştirmek - Yöneticilere bilgi ve beceri kazandırmak	- Organizasyonun etkinliğini arttırmak - Örgütün dış çevreye uyumunu sağlamak
<u>Tipik Amaçlar</u>	-İşletmeye yeni bilgi, beceri kazandırmak, -İşletmenin amaç, politika ve felsefesini tüm çalışanlara benimsetmek	-Birimler ve kişiler arasındaki çatışmaların olumlu ve açık olarak yönetimi, -Organizasyonun ve personelin amaçlarını uyumlu hale getirmek -Organizasyonun amaç ve politikalarının benimsenmesini sağlamak
<u>Değişim Gerçekleştirme</u>	-Yöneticilerin eğitim programlarına katılmasını sağlamak -İş rotasyonu -Danışmanlık -Konferanslar -Özel okuma metinleri	- T- Grubu ve Labaratuvar Eğitimi - Tutum Araştırması -Duyarlılık Eğitimi - Amaçlara Göre Yönetim - İş Zenginleştirme
<u>Değer Yargıları</u>	-Rekabet -Personel organizasyon ihtiyaçlarına uygun olmalı	-Y teorisi yaklaşımı - Güç paylaşımı - Açıklık

Kaynak: Azim Öztürk, Örgüt Geliştirme, Nobel Kitapevi, Adana, 1998, s.24

Görüldüğü üzere yönetici geliştirme ile örgüt geliştirme amaçları, kullandıkları teknikler ve felsefeleri itibariyle birbirinden farklıdır. Bu farklılık, her iki kavramın nedenleri, amaçları ve değişimi gerçekleştirme yaklaşımından kaynaklanmaktadır. Yönetici geliştirmenin nedeni; yöneticilerin etkinliğini arttırmakken, örgüt geliştirmede örgütün bütünü esas alınmaktadır. Her iki faaliyetin değişimi gerçekleştirme yöntemleri ve değer yargıları açısından farklı oldukları görülmektedir.

I.1.3. Örgüt Geliştirmenin Tarihçesi

Örgüt geliştirme, hem örgüt çevresindeki değişimlerin yarattığı isteklerden, hem

de davranış bilimlerindeki gelişmelerden doğmuştur. Uzmanlaşma, eğitim düzeyindeki artış ve iş değiştirme kolaylığının örgüte olan bağlılığı azaltmasına bir tepki olarak davranış bilimlerinde önemli gelişmeler olmuştur.¹⁹ Yapılan işte verimliliğin artırılmasında sosyal ve psikolojik faktörlerin etkisi olduğu anlaşılmıştır.

Örgüt geliştirmenin tarihsel gelişimini izlemek kullanılan yöntemlerin nasıl doğup geliştiğini anlamamıza yardımcı olmaktadır. Örgüt geliştirmenin tarihsel gelişiminde 1960'lı ve 1970'li yıllar, önemli aşamaların kaydedildiği dönemlerdir.

Örgüt geliştirmenin ortaya çıkışının Hawthorne araştırmaları ve ilk beşeri ilişkiler hareketiyle olduğu söylenebilir. Hawthorne araştırmaları, 1924-1933 yılları arasında Elton Mayo ve arkadaşları (Fritz Rosethlisberg ve William Dickson) tarafından Western Elektrik firmasının Chicago'daki Hawthorne fabrikalarında gerçekleştirilen deneyleri kapsamaktadır. Bu araştırmalarla üretim miktarını etkileyen faktörler incelenmiştir. Araştırmalar sonucunda üretim miktarını ve verimliliğini, esas olarak sosyal faktörlerin etkilediği ortaya çıkmıştır. Bu araştırmalar sonucunda ortaya çıkan sonuçlardan birisi de; örgütün bir sosyal sistem olduğudur. Bu sosyal sistemde bir araya gelen insanlar biçimsel olmayan gruplar oluşturmaktadırlar. Bu gruplar, insanların sahip oldukları alışkanlıkları, amaçları ve değer yargılarını yansıtan özellikler taşımaktadırlar. Oluşmaya başlayan sosyal sistemin insanlar üzerindeki etkilerinin fiziksel faktörlerden fazla olduğu sonuçlarına ulaşılmıştır.²⁰

Bugünkü bilinen anlamıyla örgüt geliştirme, üç temel çalışmayla belirginleşmeye başlamıştır. Bunlar; T- Grubu ve Laboratuvar Eğitimi, Tutum Araştırması ve

¹⁹ Friedlander, Brown; *Organizational Development. In Organization Development: Theory, Practice and Research*, Texas: Business Pub. Inc.,1978, s.1

²⁰ Ataman, Göksel; *İşletme Yönetimi*, Türkmen Kitapevi, İstanbul, 2002, s.111

Geribesleme, Tavistock Enstitüsü ve Sosyo- Teknik Yaklaşımı'dır.²¹

I.1.3.1. T-Grubu ve Laboratuvar Eğitimi (Duyarlılık Eğitimi)

T-Grubu, yöntemi genelde insanlara, kendilerini daha iyi tanımaları ve başkaları üzerindeki etkilerini anlamaları ve özelde, yüz yüze daha sağlıklı nasıl davranılabileceğini öğrenme fırsatı veren bir insan ilişkileri eğitim yaklaşımıdır. T-Grubu, örgüt üyelerinden 8-12 kişinin örgüt dışında lidersiz bir biçimde bir araya gelmesi ile oluşmaktadır. Grup üyeleri arasındaki statü farklılıkları ortadan kaldırılır. Bu durum grubun objektif düşünebilmesi açısından önem taşımaktadır. Planlanmış bir konu bulunmamaktadır. Eğitimci grubu yönlendirmeye çalışır ve bireylerin, diyalog yoluyla birbirlerinin ihtiyaçlarını, isteklerini, tutumlarını öğrenmelerini teşvik etmektedir.²²

“T” kavramı İngilizce Training'den kelimesinden gelmektedir ve eğitim anlamında kullanılmaktadır. Ancak buradaki eğitim bir şeyleri öğrenmek değil, grup içindeki etkileşimi ve davranışı öğrenmektir.²³

I.1.3.2. Tutum Araştırması ve Geribesleme

Örgüt geliştirmenin gelişmesinde ikinci büyük adım olan “Tutum Araştırması ve Geribesleme” çalışmaları, faaliyet araştırmasının özel bir şeklidir. 1947 yılında Lewin'in “Grup Dinamikleri Araştırma Merkezi”²⁴nde başlattığı bu çalışmalar, tutum araştırmalarını

²¹ Balcı, Ali; *Örgütsel Gelişme Kuram ve Uygulama*, Pegem Yayıncılık, Ankara , 2000, s.210

²² Özen, Şükrü “Yönetimi Geliştirmede Bir Yaklaşım: Örgüt Geliştirme”, *Amme İdaresi Dergisi*, Cilt.24, No.4, (Aralık 1991), ss. 89-106.

²³ Eren, a.g.k. s.383.

²⁴ “Grup Dinamikleri Araştırma Merkezi” K.Lewin'in ölümünden sonra (1948) , R. Likert'in yönettiği “Sosyal Araştırmalar Enstitüsü'nün bünyesine dahil olmuştur. Michigan'da bulunan bu enstitünün diğer bir koluda yine Likert'in yöneticiliğini yaptığı “Tutum Araştırma Merkezi”dir.

ve elde edilen bilgilerin, ilgili kişilere geribeslemesini içermektedir.²⁵

Tutum araştırmaları, çeşitli amaçlarla yapılmaktadır. Bu amaçlar üç genel başlık altında toplandığında; bireylerin gelecekteki davranışlarının ne yönde olacağının belirlenmesinin sağlanması, bireylerin içinde buldukları koşullarla ilgili tutumlarının neler olduğunun anlaşılmasına çalışılması, son olarak da bireylerin mevcut durumlar için tercihlerinin neler olduğunun öğrenilmesi şeklinde sıralanabilmektedir.

Tüm örgüt sistemi hakkında sistematik olarak bilgi toplama ve analiz için tekrar örgüte (örgütün her kademesindeki ilgili kişi ve gruplara) yansıtma süreci olan bu teknik, daha sonraları örgüt geliştirme çalışmalarında en çok kullanılan bir araç haline gelmiştir.

I.1.3.3. Tavistock Enstitüsü ve Sosyo- Teknik Yaklaşım

Örgüt geliştirmeye Sosyo-teknik Yaklaşım, Tavistock Enstitüsünün²⁶ çalışmalarından kaynaklanmaktadır. Bu yaklaşıma göre örgütler, ne beşeri ne de teknik boyutların üstünlüğünü değil, her ikisinin birbiriyle olan ilişkisini ve etkileşimini odak noktası kabul eden “açık, sosyo-teknik sistemler” dir. Bu yönüyle Hawthorne araştırmalarıyla benzerlik göstermektedirler.

Örgüt geliştirmeye temel olan bu çalışmalardan T-Grubu Laboratuar Eğitimi ve Tutum Araştırması Geribesleme, örgütsel değişmeyle ilgilenirken, gerçekte, kişinin gelişmesi üzerinde yoğunlaşmıştır. Sosyo teknik yaklaşım ise; örgüte daha çok sosyolojik bir yaklaşım sunmaktadır.

Bu üç temel çalışma, (T-Grubu Laboratuar Eğitimi, Tutum Araştırması

²⁵ Huse a.g.k., s.32

²⁶ Tavistock Enstitüsü çalışmalarıyla, İngiltere’deki kömür ocaklarında çalışan işçilerin araç, gereç ve üretim yöntemlerinde ortaya çıkan değişmelerden ne şekilde etkilendikleri ortaya çıkmıştır.

Geribesleme, Tavistock Enstitüsü ve Sosyo- Teknik Yaklaşım) pek çok ülkede örgüt geliştirme hareketi olarak gelişmeye başlamıştır. İlk iki hareket ABD, İngiltere ve diğer ülkelerde yaygın olarak kullanılmaya başlanmış, odak noktalarını duyarlılık eğitimi, amaçlara göre yönetim ve iş zenginleştirme gibi teknikler oluşturmuştur. Tavistock Enstitüsünün ise ABD ve İngiltere'den çok İskandinavya da özellikle İsveç ve Norveç'te etkisi olmuştur.

Yapılan bu çalışmalar, bugünkü örgüt geliştirmeyi ifade etmeyip, onun ortaya çıkmasına rehberlik eden bir özelliğe sahiptir. Örgüt geliştirme kavramının ortaya çıkması, 1960'lı yılların sonlarına rastlamaktadır. Örgüt geliştirme kavramının kullanılması, konuyla ilgili tanım, varsayım, yaklaşım ve tekniklerin daha ayrıntısıyla ele alınmasını sağlamıştır. 1970 ve 1980'li yıllarda devamlı artan araştırma ve uygulamalar, örgüt geliştirmeyi bir sosyal bilim alt disiplini olarak geliştirmiş ve bugünkü noktaya getirmiştir.²⁷

I.1.4. Örgüt Geliştirmenin İşletme Açısından Önemi

Günümüzün hızlı değişim ortamı, değişimi ve değişim yönetimi ile ilgili yaklaşım ve çabaları sürekli hale getirmiştir. Değişim, herhangi bir şeyi var olan durumdan başka bir duruma geçirmek, geliştirmektir. Başka bir deyişle; planlı ve plansız olarak bir sistemin, bir sürecin veya bir ortamın bir durumdan başka bir duruma geçirilmesidir. Küreselleşmenin etkisi, teknolojik ekonomik gelişimin yükselişi organize hayatın değişimini kaçınılmaz kılmaktadır. Bununla birlikte değişim, organizasyonun gelişimini sağlamaktadır.²⁸

Dünya en basitinden en karmaşığına uzanan bir örgütler bütününden

²⁷ Dinçer, a.g.k., s.16-21

²⁸ Cummins, Thomas G; *Organization Development Change*, South Western, Collage Publishing, Ohio, 1997, s.26

oluşmaktadır. Özellikle 20. yüzyılda sanayinin gelişmesiyle işletmelerin ortaya çıkması, toplumları örgütler haline dönüştürmüştür. Örgüt geliştirmenin kurucuları olan Kurt Lewin ve Douglas Mc Gregor tarafından belirtildiği gibi örgüt geliştirmenin kritik değerleri insani değerlerdir.²⁹ Örgütler, örgüt geliştirme tekniği ile, örgütte yaşanan sorunları teşhis etmeyi, etkili ekip çalışması geliştirmeyi, örgütsel çatışmalarla başa çıkmayı, süreçleri iyileştirerek örgütün çalışma kapasitesini arttırmayı hedeflenmektedir. Örgüt geliştirmenin işletmeye faydaları etkinlik ve verimliliğin artırılması şeklindedir. Bu faydalardan yararlanarak işletme değeri artmaktadır. Bunun sonucunda da çalışanlar ve hissedarların refah düzeyleri yükselmektedir. Örgüt geliştirme işletmeler açısından büyük önem taşımaktadır.

Küreselleşme, işletmelerarası rekabet ve teknolojik yeniliklerin hızla gelişmesi örgütsel değişime neden olmaktadır. İşletme yönetimi bu değişimlere karşı duyarlıdır ve bunun sonucunda sürekli bir organizasyonel gelişim sözkonusudur. İşletme yönetimini etkileyen faktörler; sürekli ve hızlı değişen çevre, değişen performans standartları, değişen iş ortamı ve örgüt yapısıdır.

Sürekli- hızlı değişen çevre; işletmenin kendi dışındaki fakat kendisini doğrudan veya dolaylı olarak ilgilendiren faktörleri ifade etmektedir. Bir işletme, hayatını sürdürebilmek için ihtiyacı olan her türlü kaynak ve enerjiyi çevresinden sağlamakta ve buna karşılık, onun istek ve ihtiyaçlarına cevap vermeye çalışmaktadır. Günümüzde çevrenin sürekli değişiyor olması, hem kaynak ve enerji bağımlılığı hem de çevrenin isteklerine cevap verme zorunluluğu sebebiyle, işletmeleri değişmeye zorlamaktadır.³⁰ Değişen Performans Standartlarıyla, tüketicilerin ihtiyaç, zevk, kalite, ucuzluk-pahalılık

²⁹ Yaeger, Therese; "The Core Values of OD Revisited A Compass for Global and International Organization Development", *Od Practitioner* Vol. 34 No. 1, 2002 , s.2

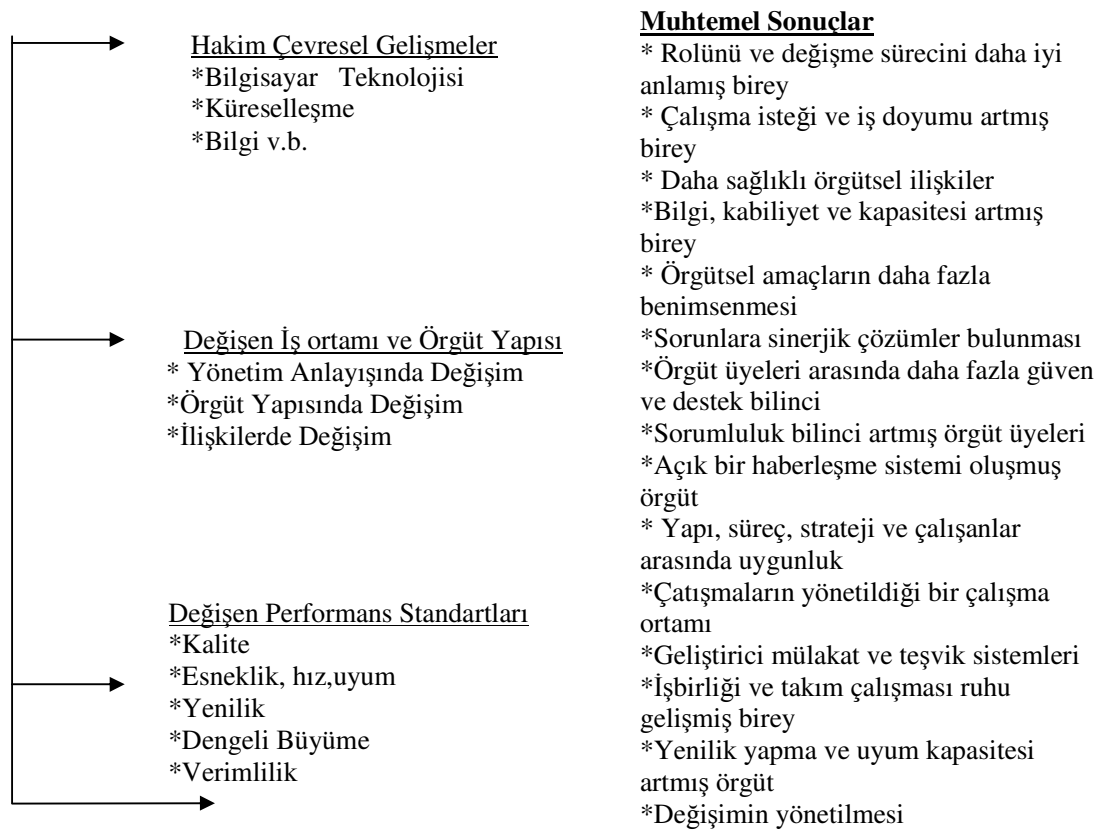
³⁰ Öztürk, Azim; *Örgüt Geliştirme*, Nobel Kitapevi, Adana, 1998, s.10

anlayışları da meydana gelen değişimler kastedilmektedir.

Teknolojik, ekonomik, sosyo-kültürel, siyasi v.b. açılardan yoğun bir değişimin yaşandığı dünyada, bu değişimlerden etkilenen kesimlerin başında işletmeler gelmektedir.³¹ Bir çok işletmenin tepe yöneticisi örgütlerindeki tüm işgören veya görevlilerin davranış ve iş görme yöntemlerine köklü bir değişim getirme çabasıdadır. Çünkü örgütler, statik bir yapıya değil, dinamik bir yapıya sahiptirler. Amaçlar ya da kişiler değiştikçe, örgütsel yapı ve işlevlerde de değişim kaçınılmaz olmaktadır.

İşletme yönetiminde örgüt geliştirme ve neden sonuç ilişkisi Şekil-1 'de olduğu gibi gösterilmektedir.

Şekil-1: İşletme Yönetiminde Örgüt Geliştirme ve Neden Sonuç İlişkisi



³¹ Huse, a.g.k., s.7

I.1.5. Örgüt Geliştirmenin Amaçları

Günümüzde yönetim anlayışı “süreç” ve “insan” odaklıdır. Örgüt geliştirme bir bütün olarak organizasyonun performansını artırmayı amaçlamaktadır. Başka bir deyişle; genel olarak örgüt geliştirme ile; insan kaynaklarının düşünce ve davranışlarını kendi çalışma örgütüne yeniden yöneltmek; böylelikle, hem etkililiği, hem de verimliliği artırarak örgütü daha başarılı hale getirmek amaçlanmaktadır.³²

Yazında, örgüt geliştirmenin amaçları; örgüt geliştirmenin alıcı sisteme göre amaçları ve örgüt geliştirmenin genel amaçları olarak gruplandırılmaktadır.

Örgüt geliştirmenin alıcı sisteme göre amaçları bireye yönelik amaçlar, gruba yönelik amaçlar ve örgütün bütününe yönelik amaçlar olarak ayrı ayrı şu şekilde incelenmektedir;³³

a) Bireylere Yönelik Amaçları; Bireyin kendi rolünü daha iyi anlamasını sağlamak ve çalışanların çalışma isteğini artırmaya yöneliktir. Bireyin, örgütte her kademedeki çalışanlarla daha sağlıklı ilişkiler kurmasını sağlamak, bilgi, beceri ve kapasitesini arttırmak³⁴temel amaçları arasındadır. Örgütlerde bireyin önemini yükseltmek suretiyle onun daha çok motive olmasına ve daha fazla iş tatmini sağlanmasına yardımcı olmak örgütün bireylere yönelik amaçları arasındadır.

b) Gruba Yönelik Amaçları; Çalışma grubunun örgüt amaçlarını benimsemesini sağlamak, örgüt üyeleri arasında güven ve desteği arttırmak, planlama ve uygulamada grupların sorumluluğunu arttırmak, açık bir haberleşme sistemi oluşturarak, yatay, dikey ve çapraz olarak haberleşmenin daha yeterli hale gelmesini sağlamak örgüt

³² Mabey, Christopher; White, Bill Mayon; *Managing Change*, the Open University Pub. London, 1993, s.5

³³ Dinçer, a.g.k., s. 25-29,

³⁴ Bumin, Birol; *Örgüt Geliştirme*, Ankara İktisadi ve Ticari İlimler Akademisi Yayın no:125, Ankara, 1979, s.10-11

geliştirmenin gruba yönelik amaçlarını oluşturmaktadır.

c) Örgütün Bütününe Yönelik Amaçları: Bu amaçların başında örgüt yapısı, süreci, ve çalışanlar arasındaki uyumu artırmak gelmektedir. Bunun yanında, örgüt sorunlarına örgüt sorunlarına yeni çözümler üretmek ve çatışmaların yönetildiği bir çalışma ortamı hazırlamaktır. Mükafat ve teşvik sistemlerine, hem kişileri geliştirecek ve motive edecek, hem de örgütün temel fonksiyonlarını yerine getirebilecek bir yapı kazandırmalıdır. Diğer amaçları ise; örgütün bütününde güven duygusu geliştirmek, işbirliği ve takım çalışmasının artırılmasına çalışmaktır. Bunun yanında örgüt içerisinde kendiliğinden oluşan otorite ilişkilerini geliştirmek bütüne yönelik amaçlar arasındadır.

Örgüt geliştirmenin amaçları daha genelleştirerek beş grupta toplanmaktadır.³⁵

a) Sağlam Bir Güven Duygusunun Geliştirilmesi: Örgüt geliştirme çabalarında karşılaşılan ilk problem güvensizliktir. Bu sebeple örgütte güven ortamının sağlanması en önemli amaçlardan birisidir.

b) Açık Bir Haberleşmenin Kurulması: Haberleşmenin açık olması, birey veya grupların birbirlerine ulaştırılması gereken bilgilerin kolaylıkla ulaşması anlamına gelmektedir.

c) Çatışmayı Karşılama: Örgüt içinde çatışmanın varlığını kabul etmek, onları çözüme kavuşturmanın ön koşuludur. Çatışmayı görmezlikten gelmek, problemlerin açığa çıkmasını engellemektedir.

d) İşbirliği ve Takım Çalışmasının Arttırılması: Örgütler karmaşık bir hale geldikçe işbölümü ve uzmanlaşma da artmaktadır. Kişiler ve gruplar birbirlerine daha bağımlı hale gelmektedirler. Bu bağımlılık ise; etkili sonuçlar alabilmek için işbirliği ve

³⁵Dinçer, a.g.k. , s.27-29

takım çalışmasını gerekli kılmaktadır.

e) Örgütün Yenilik Yapma ve Uyum Kapasitesinin Arttırılması: Önceki amaçların hepsi, bu son amaçta toplanabilir. Bu sebeple örgütlerin kendilerini yenileyebilme kabiliyetlerinin geliştirilmesi, örgüt geliştirmenin temel amacı sayılabilir.

Özetleyecek olursak; örgüt geliştirme, örgütün her bölümünde sorun çözme ortamı yaratmak, karar vermek, işbirliği çabalarını artırmak ve örgüt amaçlarını daha iyi geliştirmek için rekabetçi bir ortam yaratmak, örgüt geliştirmek ve bütün personelde örgütün amaçlarına sahip çıkma duygusunu artırmak gibi konuları amaçlamaktadır.

I.1.6. Örgüt Geliştirmenin Özellikleri

Örgüt geliştirme, örgütün amaçları, teknolojisi, yapısı, politikaları, üretim ve kaynakları şeklinde belirtilen formel yapısı ve tutumlar, duygular, değerler ve grup normları olarak belirtilen informal yapısıyla ilgilidir. Örgüt geliştirme programları örgütün formel yapısına ağırlık vermektedir. Bununla birlikte, örgütün informal yapısında yer alan , kişisel tutum, duygu ve değerlerin olumlu yönde değiştirilmesi de örgüt geliştirmenin ilgi alanına girmektedir.³⁶

Başarılı bir örgüt geliştirme programının yürütülebilmesi için personelin karar verme sürecine katılması, iş ortamının iyileştirilmesi, amaçların anlaşılabilir olması, gruplar arası işbirliğinin sağlanması gerekmektedir. Bu şartlarda uygulanan örgüt geliştirme programı sonucunda; personelin iş değiştirme isteğinde , işe gelmeme veya geç gelme eğiliminde, imalat hatalarında ve üretim kayıplarında azalma; personel verimliliğinde ve

³⁶ Aykaç, Burhan; Durgun, Şenol; Yayman, Hüseyin; *Türkiye’de Kamu Yönetimi*, Yargı Kitabevi, Ankara, 2003, s.278

karlılık oranlarında artış görülmektedir.³⁷

Kaynaklarını iyi kullanamayan bir örgütün zaman içinde etkinlik - verimlilik süreci zayıflamaktadır. Örgütün yaptığı işten sürekli memnun olması, rekabet gücünü yitirmesi, örgütsel gerileme sorunu yaratmaktadır. Bu süreçteki örgütsel büyüme sorunun çözümlenmesi için yönetim beceri ve tekniklerine ihtiyaç duyulmaktadır. Bu da sonuçta örgüt geliştirmeye olan gereksinimi beraberinde getirmektedir.

Örgüt geliştirme süreci, kişi ve grupların düşünce ve davranışlarını değerlendirmelerini sağlar. Örgüt geliştirme örgüt çapındadır, tüm örgütü kapsamaktadır. İşbirliği ve takım çalışmasını esas almaktadır. Tüm organizasyonun iyileştirilmesi hedeflenmiştir. Örgüt geliştirmenin özellikleri aşağıdaki gibi sıralanmaktadır:

1. Örgüt geliştirme, planlıdır. Örgüt geliştirmenin unsurlarından olan planlı değişimde bu özelliğe hizmet etmektedir. Planlı müdahale; örgütün mevcut çalışma yöntemlerini, normlarını, değerlerini daha iyi anlamak, daha iyi yöntemler bulabilmek için davranış bilimlerinden yararlanarak strateji geliştirmektir.³⁸

2. Örgüt geliştirme, tepeden yönetilmelidir. Üst yönetim, uygulanacak örgüt geliştirme programı hakkında bilgi sahibi olmalı, programa inanmalı ve aktif bir katılımı uygulamaları desteklemelidir. Bu durum verimliliği arttırmaktadır.³⁹ Üst yönetimin tutumu, örgüt geliştirme çalışmaları açısından büyük önem taşımaktadır.

3. Örgüt geliştirme, normatif bir nitelik taşır. Nerede olmak istiyoruz ve olmak istediğimiz yere nasıl ulaşabiliriz sorularını açıklamaya çalışır.⁴⁰

4. Örgüt geliştirme, örgüt kültürünü değiştirmeye yöneliktir. Örgüt kültürü,

³⁷ Aykaç, Durgun, Yayman, a.g.k., s.279

³⁸ Güney, Salih; *Yönetim ve Organizasyon*, Nobel Yayın Dağıtım, Ankara, Temmuz 2001, s.133

³⁹ Güney, a.g.k., s.133

⁴⁰ Dinçer, a.g.k., s.22-24

örgüt içindeki güçleri birbirine bağlayan, tanımlayan ve güçlendirmeye yardım eden bir yapıdır. Dolayısıyla kişinin, grubun ve bütün olarak örgütün verimliliğine etki etmektedir. Bu nedenle örgüt geliştirme, bu değer ve kuralları değiştirmeye ve geliştirmeye çalışır. Ancak, örgüt geliştirme, mevcut bu değer ve kuralları tamamen terk etmek anlamına gelmez. Değişen çevresel koşullara uyumlu hale gelmesine yardımcı olmaktadır.

5. Davranış bilimlerine ait bilgi ve teknikleri kullanan bir değişme uzmanından yararlanılmaktadır. Örgüt geliştirmeyi diğer değişme süreçlerinden ayıran noktalardan birisi de üçüncü bir şahsın, yani bir değişme uzmanının kullanılmasıdır. Değişim uzmanı, çoğunlukla firma dışından olup, değişimi koordine ve teşvik etme rolünü üstlenen kişidir.

6. Örgüt geliştirmede geri besleme esastır. Böylece katılımcılar somut bilgiler elde edebilmektedirler. Geri besleme sayesinde katılımcılar, herhangi bir durum karşısında birilerinin kendilerine ne yapacaklarını söylemelerini beklememekte ve o durum karşısında yapılacak hareket hakkında kendi kendilerine karar verebilmektedirler.⁴¹

7. Örgüt geliştirme, devamlı etkileşimli bir süreçtir. Örgüt geliştirme süreci dinamik hareketli ve değişen bir yapıya sahiptir.

8. Örgüt geliştirme, uygulamalı davranış biliminin bir şeklidir. Bir örgüt geliştirme programı sosyal psikoloji, antropoloji, sosyoloji, psikoloji, psikiyatri, ekonomi ve politika gibi davranış bilimlerinin bilimsel ve mantık ilkelerini uygulamaya koymaktadır.

9. Örgüt geliştirme soruna yöneliktir. Örgüt sorunlarının çözümlenmesinde davranış bilimlerin ve diğer disiplinlerin teori ve araştırma bulgularından yararlanılır.⁴²

Genel olarak örgüt geliştirme; açık birtakım değerler üzerine temellenen,

⁴¹ Dinçer, a.g.e. s.22-24

⁴² Barensel, Atilla; "Yönetici ve Örgüt Geliştirme Kavramlarının Karşılaştırılması", *İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi Dergisi*, Cilt.17, No.2 (Kasım 1988), s.13.

davranış bilimine ait müdahale tekniklerini kullanarak, genel anlamda örgüt kültürünü değiştirmeye yönelik çabalarıdır. Bu çabaların oluşturulmasında örgüte ilişkin bir takım varsayımlardan yola çıkılmıştır.

Örgüt geliştirme programlarının büyük bir çoğunluğunun özel kesim kuruluşlarının yapısına uygun olarak geliştirilmiş olması, bu programların değiştirilmeden kamu kesimine uygulanması bazı güçlükler neden olmaktadır. Kamu kesiminin bürokratik yapısı, uygulanan kurallar ve sahip olunan alışkanlıklar yeniliklerin benimsenmesini engellemektedir. Örgüt geliştirmenin kamu kuruluşlarında karşılaşılabileceği güçlüklerin nedenleri olarak; kamu kuruluşlarının yetki devri, sahip olunan alışkanlıklar, yöneticilerin genel tutumu, mevzuatı olumsuz uygulaması sıralanabilir.

I.1.7. Örgüt Geliştirmenin Varsayımları

Örgüt geliştirmeye ilişkin literatürde bulunan çalışmalar incelendiğinde, örgüt geliştirmenin varsayımları beş başlık altında toplanabilmektedir. Bunlar; birey olarak insana ilişkin varsayımlar, grup olarak insana ilişkin ve liderliğe ilişkin varsayımlar, örgütsel sistemdeki insana yönelik varsayımlar, örgütün değerlerine ilişkin varsayımlar ve örgütsel gelişme danışmanının değerlerine ilişkin varsayımlardır.⁴³

a) Birey olarak insana ilişkin varsayımların özünde; destekleyici ve rekabetçi bir ortam yaratıldığında, insanların büyük bir kısmının kendisini geliştirme güdüsüne sahip olduğu düşüncesi yatmaktadır.

b) Grup olarak insana ve liderliğe ilişkin varsayım ise, birçok kişi en azından

⁴³ Bell, a.g.k., s.30

bir veya daha fazla çalışma grubu tarafından kabul edilmek ve onlarla işbirliği içinde çalışmak istemektedirler. Grup üyelerinin, biçimsel liderin her zaman ve her koşulda işlevlerini yerine getirebilmesinin mümkün olmadığını düşünerek, grup etkinliğini artırmak üzere birbirine destek sağlayacakları ve önderlik edecekleri varsayılmaktadır.

c) Örgütsel sistemlerdeki insana ilişkin varsayımlar , çoğu örgütte, karşılıklı güven, destek ve işbirliği düzeyi gerekenden veya arzu edilenden daha düşük olmaktadır.⁴⁴ Örgütteki insan ve gruplar arası çatışmalara “kazanma ve kaybetme” anlayışı ile yaklaşmak, bazı durumlarda uygun olsa bile, uzun dönemde örgütsel sorunların çözümünü olumsuz yönde etkileyeceği varsayılmaktadır.

d) Örgütün değerlerine ilişkin varsayımlara göre, örgüt üyelerinin , örgüt amaçları, işbirliği ve sorun çözme konularında “ortak değerlere” sahip olmaları gerekmektedir. Örgüt geliştirme, örgütte çalışan tüm bireylere yarar sağlayan bir yaklaşımdır.

e) Örgüt geliştirme danışmanının değerlerine ilişkin varsayımlarda anlatılmak istenen; örgüt geliştirme danışmanlarının, uzun süreli çabalarla insanların bireysel gelişimlerini hedefleyeceği varsayılmaktadır. Diğer taraftan danışmanlar, bazen örgüt gerçekleri ile uyuşmasa bile, duygu ve düşüncelerin açıkca ifade edildiği bir ortamda, örgütsel yaşamın daha zengin, anlamlı ve etkili olacağı inancındadırlar.

Örgüt geliştirmenin temel felsefesini oluşturan bu varsayımlar, insancıl, iyimser ve gelişmeden yana ancak, örgüt gerçeklerini göz ardı etmeyen bir görünüm sergilerlemektedir.⁴⁵

⁴⁴ Bumin, a.g.k., s.29

⁴⁵ Özen, a.g.m., s. 95

I.1.8. Örgüt Geliştirmenin Temel Unsurları

Örgüt geliştirme, değişimin en iyi şekilde yönetilmesi ve böylece bir bütün olarak örgütün performansının, kültürünün geliştirilmesine ve verimliliğinin artırılmasına yönelik sistemli bir planlama ve uygulama sürecidir. Örgüt geliştirme bir takım unsurlardan oluşmaktadır. Bu temel unsurlar örgütsel öğrenme, planlı değişim, örgüt geliştirme danışmanı ve faaliyet araştırması olarak sıralanmakta olup aşağıdaki gibi açıklanmaktadır.⁴⁶

I.1.8.1. Örgütsel Öğrenme (Organizational Learning)

Öğrenme kavramı ve öğrenen örgüt konusundaki çalışmaların başlangıcı 1960'lı yıllarda Chris Argyris'in çalışmalarına dayanmakla birlikte bu konunun güncel hale gelmesi Chris Argyris'in çalışma arkadaşlarından olan Peter M.Senge'nin 1990 yılında yayınlanan ve Türkçe'ye de "Beşinci Disiplin" adıyla çevrilen "Fifth Discipline" adlı kitabıyla olmuştur.⁴⁷

Genel olarak öğrenme, elde edilen bilgilerle bireylerin inançlarını, değerlerini, tutum ve davranışlarını değiştirme sürecidir. Öğrenme sonucunda insan değer ve davranışlarında sürekli nitelikte bir değişim meydana gelmektedir.⁴⁸

Örgüt geliştirme, örgüt çalışanlarının becerilerini artırarak "sorun çözme yollarını öğrenmelerini" içermektedir. Öğrenme, eğitim, becerilerin kazanılması, öğrenim, yönetim geliştirme yada herhangi bir başka benzer değişim yada değiştirme sürecini içine alan geniş bir kavramdır.⁴⁹

Örgütsel öğrenme, örgütlerin kendine özgü uygulamalarının ve farklılıklarının

⁴⁶ Öztürk, a.g.k., s.41

⁴⁷ İraz, Rıfat; "İşletmelerde Örgüt Geliştirme Faaliyeti", *Selçuk Üniversitesi Karaman İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, Yıl: 1998, Cilt:1, Sayı:1, s .99-100

⁴⁸ Eren, a.g.k. , s.485-486

⁴⁹ Şimşek, Şerif; Akgemci Tahir; Çelik, Adnan; *Davranış Bilimlerine Giriş ve Örgütlerde Davranış*, Nobel Yayın Dağıtım, Ankara, 2001, s.327

yaratılması, kazanılması ve iletilmesidir. Başka bir ifadeyle; örgütün bilgiyi yarattığı, arttırdığı, organize ettiği ve içselleştirerek faaliyetlerinde ve kültüründe kullandığı ve aynı zamanda çalışanlarının yeteneklerini geliştirerek örgütsel etkinliği arttırmak için kurduğu yollar⁵⁰ şeklinde tanımlanmıştır.

Örgütlerde öğrenme, birey düzeyinde başlamaktadır. Ancak, sadece birey seviyesinde gerçekleşen ve örgüte yayılmayan öğrenme, örgütlerin değişim ve dönüşümleri için yeterli değildir. Öğrenmenin örgüte yayılabilmesi için, bireylerin istekli olmalarının yanı sıra, örgütte teknolojik alt yapı, örgütsel yapı, bilgi sistemi, öğrenme kültürünü içeren yeterli koşulların sağlanmış olması gerekmektedir. Bireyler gibi, örgütlerin de öğrenme yöntemleri ve tarzları birbirinden farklıdır.⁵¹

Öğrenme, tekyönlü öğrenme ve çift yönlü öğrenme şeklinde olmaktadır. Tek yönlü öğrenme, örgüt üyelerinin örgütün iç ve dış çevresindeki değişikliklere cevap vermek için hataları belirleyip, uygulanmakta olan örgütün davranış teorilerinin temel özelliklerini koruyarak bu hataları düzeltmeleridir. Çift yönlü öğrenmede ise; belirlenen hata , daha etkili ve anlaşılır yeni normların geliştirilmesine neden olmalıdır.⁵²

Bir örgütten sürekli öğrenen bir örgüt diye sözedilebilmesi için gerçekleştirilmesi gereken aşamalar bulunmaktadır. Bunlardan ilki; yönetimin değişime katılması, yeniliği ve sürekli gelişmeyi açık bir şekilde destekleyecek bir strateji tesbit etmesidir. İkincisi, örgüt yapısını yeniden tasarlamaktadır. Örgütlerin biçimsel yapısı öğrenme için ciddi bir engel teşkil edebilir. Böylesi bir yapının daha anlaşılır bir hale

⁵⁰ Sağsan , Mustafa ; “Örgütsel Seçimlerde Küme Modeli : İnsan İlişkileri, Bilgi Yönetimi ve Örgütsel Öğrenmenin Ara Kesitinde İnsan” *Başkent Üniversitesi* , s.24

<http://eprints.rclis.org/archive/00005911/01/205-230.pdf>, Erişim Tarihi: 26.02.2007

⁵¹ Özgen, Hüseyin; Kılıçar, Kemal Can; Karademir, Bahattin; “Öğrenmenin Kurumsallaşmasında Toplam Kalite Yönetimi Yaklaşımı”, s.7

⁵² Öğütveren, Özlem; “Öğrenen Örgütlerde Sürekli İyileştirme Modeli: İşletme Eğitimi Üzerine Bir Uygulama”, *Erciyes Üniversitesi 8. Ulusal Yönetim ve Organizasyon Kongresi Bildiriler*, Nevşehir, 20-27 Mayıs 2000, s.648

getirilerek engellerin ortadan kaldırılması ve departmanları bir araya getirilmesi çalışmayı desteklemekte ve insanlar arasındaki engelleri ve sınırlamaları azaltmaktadır. Sonuncusu ise; yönetim hem belirlediği strateji hem de gösterdiği davranışla örgüt kültürünün niteliğini ortaya koymalıdır.⁵³

Örgütsel öğrenmede odak nokta gelişmedir. Örgütsel öğrenmenin amacı, birey veya örgütün tutum ve davranışlarını değiştirecek, iç-dış çevresel değişmelerin en iyi şekilde analiz edilerek, uyum sağlamaktır.⁵⁴ Bu uyum müşterilerin sürekli değişen ihtiyaçlarına da cevap verebilmeyi sağlamaktadır.

Açık yada gizli; rasyonel yada daha az rasyonel bütün müşteri ihtiyaçları, anlaşılabilir olarak karşılanmak zorundadır. Çünkü işletme başarısı, müşterilerin bu ihtiyaçlarının tatmin edilmesine bağlıdır. Müşterilerin ihtiyaçlarının anlaşılması, müşteri memnuniyetinin önemli bir aşamasını oluşturmaktadır. Bu nedenle, Harvard Business School'da geleneksel pazar araştırmalarının ötesine geçilerek "müşterilerin ne istedikleri", belli ürünlere ve mesajlara nasıl tepki gösterdikleri, laboratuvar ortamında kan akışları ve beyinlerinin değişik bölgeleri görüntü-izleme teknikleriyle izlenerek anlaşılmaya çalışılmaktadır. Müşteri ihtiyaçlarının bir kere belirlenip karşılanması yeterli değildir. Çünkü, ihtiyaçlar sürekli olarak değişmektedir.⁵⁵ Buradan hareketle örgütsel öğrenmenin müşteri memnuniyetinin sağlanmasında önemli katkısının olduğu söylenebilir.

⁵³ İraz, Rifat; a.g.m. , s.102-103

⁵⁴ Öztürk, a.g.k., s.42

⁵⁵ Aydemir , Muzaffer; "Örgütsel Öğrenme Ve Toplam Kalite Yönetimi" *Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, Cilt 2, Sayı:3, 2000 , s.1-3

I.1.8.2. Planlı Değişim

Örgüt geliştirmenin unsurlarından ikincisi planlı değişmedir. Planlı değişim; bir kişinin, grubun, örgütün veya daha geniş bir sosyal sistemin varolan durumunu doğrudan etkilemek ve başka bir şekle dönüştürmek için gösterdiği planlı ve amaçlı çabalarıdır. Başka bir ifadeyle, planlı değişme; sistemi daha iyiye götürmek için danışman yardımıyla bilinçli bir şekilde gerçekleştirilmek istenen değişmedir. Planlı değişme, örgütlerde çoğunlukla yöneticilerin özel çabaları sonucu olarak ortaya çıkmaktadır.⁵⁶ Planlı değişmenin kökeni ilk sosyal bilimcilere ve uygulamacılara dayanmaktadır. Ancak bugünkü özel anlamıyla, Kurt Lewin'in çalışmaları planlı değişmeye önemli bir temel oluşturmuştur.⁵⁷ Kurt Lewin, değişim üzerinde çok yararlı kavram ve yöntem geliştiren bir sosyal bilimcidir. "Güç Alan Analizi" Lewin tarafından geliştirilen ve durumları teşhis için yararlanılan bir tekniktir.⁵⁸ Planlı değişim modelinin temelini atan Kurt Lewin'in "güç alanı" analizine göre; örgütteki yaşam, değişmeyi çekici kılan itici güçler ile, değişime engel olan kısıtlayıcı güçlerin dengesindedir.

Tosı ve Hammer, örgütsel değişimin hem örgütsel, hem de bireysel düzeyde olacağını savunmaktadırlar. Örgütsel düzeyde değişim, örgütlerin, yapılarını buldukları çevreye uyarlamasından oluşmaktadır. Örgütsel değişime, özellikle dış çevredeki değişim neden olmaktadır. Bireysel düzeydeki değişim ise; örgütün etkinliğini artırmak amacıyla kişinin tek başına veya kümeler halinde değişmesini ifade etmektedir. Burada değiştirilen öğeler; bilgi, görgü, tutum ve bir görevi yerine getirebilme yeteneğidir.⁵⁹

Planlı değişim modeli ilk sistematik değişim modellerinden birisidir. Bu

⁵⁶ Aksoy, Hasan Hüseyin; "Değişme ve Yenileşme", s.1-2 <http://education.ankara.edu.tr/~aksoy/seminer.htm>
Erişim Tarihi: 22.02.2007

⁵⁷ Dinçer, a.g.k., s.32

⁵⁸ Bumin, a.g.k., s.39

⁵⁹ Tosı, Henry; Hammer, Clay; *Organizational Behavior and Management*, St. Clair Pres, Chicago, 1974, s. 6-7

modelde yer alan iki temel ilke şunlardır:⁶⁰ Tüm bilgiler alıcı ile danışman arasında serbestçe ve açıkça paylaşılmalıdır ve bilgi direkt olarak davranışa dönüştürülebildiği oranda yararlı olmaktadır.

I.1.8.2.1. Planlı Değişme Modelleri

Örgütlerin değişmesini sağlamada üç temel model geliştirilmiştir. Bu modeller, denge modeli, organik model ve geliştirici değişme modelidir.

a) Denge Modeli (Equilibrium Model) Her örgüt önceden belirlenmiş bir amacı gerçekleştirmek için kurulmaktadır. Amaca ulaşma isteği, örgütü sürekli olarak bir yönde çaba ve enerji harcamaya zorlamaktadır. Denge modeli, örgütün amaca ulaşmak için gösterdiği çaba ve harcadığı enerjiyi ters yönde etkileyen bir takım zıt güçlerin varlığını kabul etmektedir. Zıt güçler, örgüt içinde değişmeyi teşvik edip kolaylaştıran itici güçler (para, rekabet v.s.) ile değişmeye karşı olan sınırlayıcı güçlerdir. Bu iki güç arasında bir denge mevcuttur. Bu dengenin herhangi bir nedenle bozulması halinde gerginlikler ortaya çıkacaktır. Denge modelinde yer alan değişme mekanizmasının amacı, örgütün sosyal yapısında ortaya çıkıp gelişme eğilimi gösteren ve işletmede hem üretim seviyesinin düşmesine hem de mevcut dengenin alt üst olmasına yol açan endişe ve güvensizliklerin, statü ve rol çatışmalarının ve haberleşme usullerindeki aksaklıkların giderilmesidir.⁶¹

b) Organik Model (Organic Model) Planlı değişim modellerinden ikincisi organik modeldir. Organik değişme modelinde, örgütleri birer mekanizma olarak kabul eden mekanik örgüt anlayışının hızla değişen iç ve dış çevre koşullarıyla uğraşmada yetersiz kaldığı görüşü hakimdir. Yani mekanik örgütler, çevresel değişimlere uyumu

⁶⁰Güney, a.g.k., s.149

⁶¹ Dinçer, a.g.k., s.34-35

zorlaştırmaktadır. Mekanik örgütler; değişmeye karşı koyma eğiliminde olan kişilerden meydana gelmektedirler. Çevresine kapalı statik örgütlerdir. Örgütte çalışan kişiler tatmin olamama ve devamlı çatışma halindedirler. Yetki ve sorumlulukların katı bir biçimde belirlendiği hiyerarşik kontrole dayalı bir işbölümü vardır. Sürekli olarak değişen çevre şartlarına başarıyla uyum sağlayabilecek ve mekanik örgüt anlayışının yerini alabilecek bir örgüt sistemine ihtiyaç duyulmaktadır. Bu sistem organik örgüttür. Bu modelde amaç; organik sistemin özelliklerine göre bir değişme stratejisi belirlemektir.

c) Geliştirici Değişme Modeli (Developmental Model) Günümüzde birçok işletmede, yöneticilerin uyguladıkları stratejiler; üst yönetim kademesinin personelin değer yargıları, davranış ve tavırlarını ihmal etmesine sebep olan bir takım bürokratik mekanizmalara dayanması işletmede kişiler ve gruplar arası etkinliğin gittikçe düşmesine neden olmaktadır. Bu durumun varolduğu örgütlerde değişim kaçınılmazdır. Geliştirici değişme modelinin hedefi, örgütte kişiler arası yetki durumuna genişlik ve esneklik kazandırmaktır. Bu ise, yöneticilik kademesinde bulunanların değer yargılarını değiştirmek suretiyle olmaktadır.⁶² Geliştirici değişme modelinin dayanağı, Chris Argyris'in bir anonim şirket merkezinde uyguladığı değişme programlarından elde ettiği araştırma sonuçlarıdır.

Denge modeli, organik model ve geliştirici model birbirlerine çok benzemektedirler. Geliştirici değişim modeli, organik modelle pek çok noktada birleşmektedir. En önemli fark insan unsuruna bakışında ve değişim dinamiğinde görülür. Farklı yönleri yok denecek kadar azdır. Ancak dikkat edilirse; her model, değişikliğin bir yönünü açıklamaya çalışmaktadır.

Planlı değişim süreci; çözülme, hareket-değişme ve yeniden dondurma aşamalarından oluşmaktadır. Değişimin sürdürülebilmesi için gerekli olan bu 3 aşama şu

⁶²Dinçer, a.g.k., s.34-35

şekilde açıklanmaktadır;

1. Çözülme (Unfreezing) Bu aşamada; içinde bulunulan durumun durağanlığını yitirdiği, yeni bilgilerden, yeni tutumlardan, yeni alışkanlıklardan haberdar olduğu aşamadır.⁶³ Değiştirilmek istenen değişkenle ilgili olarak, değişimin gerekli olduğu konusuna ilgililerin inandırılmasına, değişim zorunluluğuna ikna edilmesine, mevcut durumdan daha iyi olacağına gösterilmesine yönelik çalışmalar yapılmaktadır.⁶⁴ Bu aşama “buzları çözme” aşamasıdır. Birey, alışageldiği günlük işlerinden kaynaklardan ve sosyal ilişkilerden uzaklaştırılır, tüm sosyal desteklerin zayıflatılması ve yok edilmesi sağlanır, değiştirilmek istenilen kişiye daha önceki önemsiz ve değersiz durumu hatırlatılır ve kötülenir, değişim isteğine ilişkin ödüllendirme ve değişime direnmeye karşı cezalandırma uygulanır. Özetle, çözülme aşamasında birey, töre adet ve geleneklerinden, eski iş alışkanlıklarından koparılır. Böylece birey yeni seçenekleri benimsemeye hazırlanır.⁶⁵

2. Hareket- Değişme (Moving) Birey, değişim için ikna edilip, teşvik edildikten sonra yeni davranış biçimleri kazanmak için hazırdır. Örgüt geliştirmenin bu aşaması, etkili biçimde değişimi amaçlamaktadır. Bu aşamada değişim fiilen gerçekleştirilmektedir.⁶⁶ Değişimi ortaya çıkaracak şekilde değişiklikler yapılmaya başlanır. Böylece mevcut durumdan farklı bir duruma ulaşılır. Örgüt yapısı, teknoloji, stratejiler, kültür ya da işgören davranışları işletmenin değiştirme konusu olabilmektedir. Bu süreç benzeme ve benimseme mekanizmaları ile oluşmaktadır. Benzemede bireye yeni davranış kalıplarını öğreneceği

⁶³ Kozak , Meryem Akoğlan; “Turizm İşletmelerinde Değişim Yönetimi Üzerine Kavramsal Bir İnceleme”, *İş Güç Endüstri İlişkileri ve İnsan Kaynakları Dergisi*, Cilt: 5 Sayı:1, 2003, s.1-2 http://www.isgucdergi.org/index.php?arc=arc_view.php&ex=29&inc=arc&cilt=5&sayi=1&year=2003.

Erişim tarihi: 26,02,2007

⁶⁴ Kozak, a.g.m., s.5

⁶⁵ Bumin, a.g.k., s.28

⁶⁶ Özkara, a.g.m., s.10

modeller sunulmaktadır. Benimseme de ise; bireye sağlanan bir takım olanaklarla bireyin yeni davranışlarda bulunmasını sağlamaya çalışılır.

3.Yeniden Dondurma (refreezing) Kişi ya da örgüt gerçekleştirdiği değişimi bu aşamada özümsemektedir. Böylece değişimin kalıcılığı sağlanmış olmaktadır. Örgütün tüm ilişkileri, prosedürleri ve sistemleri artık yeni durumu esas alarak işlemeye başlamaktadır. Böylece yeni durum, bir önceki duruma dönüşü engelleyecek tarzda örgütün temel konusu haline gelmektedir. Yeniden dondurma aşaması değişimde zorunlu bir süreçtir. Çünkü, bu süreç olmadığı zaman eskiden kullanılan çalışma biçimleri tekrar ortaya çıkarak kullanılmaya başlanacaktır.⁶⁷ Eğer, yeni davranış öğrenilirken benimsenirse bu durum yeniden dondurmaya kolaylaştırmaktadır. Çünkü, yeni davranış bireyin kişiliği ile doğal bir uyum içindedir. Burada önemli olan değişimin istikrarlı hale gelmesi ve uzun dönemli olabilmesi için gerekli koşulların yaratılmasıdır.

Genel olarak değerlendirildiğinde, planlı değişimin, kuram ve uygulama, bilgi ve eylem arasında bir köprü kurduğu söylenebilir.

I.1.8.3. Örgüt Geliştirme Danışmanı- Değişim Uzmanı

Dünyada teknoloji hızla gelişmekte, bilgi kaynakları artmakta ve toplumların sosyal ve ekonomik yapıları değişmektedir. Bu durumda örgütlerin bu ortama uyum sağlayacak şekilde yönetilmesi gerekmektedir. Bu aşamada gerekli teknik bilginin alınması için bir danışmandan yararlanılmaktadır.

Danışmanlık; örgütün politikası, süreç ve metotları ile ilgili problemleri tanımlayan, bunların çözümü için uygun faaliyetler tavsiye eden ve bu faaliyetlerin

⁶⁷ Kozak, a.g.m., s.5

yürütülmesine yardım eden bağımsız kişi yada kişilerin verdiği hizmettir.⁶⁸ Danışmanlık faaliyetinin oluşabilmesi için örgüt yöneticilerinin bir danışmanın hizmetine ihtiyaç duymaları ve onunla ilişki kurmaları gerekmektedir. Danışmana hem örgüt yöneticileri hem de örgüt üyelerinin güveni tam olmalıdır.⁶⁹ Danışmanlık uygulamaları ilk olarak psikiyatrist Elliot Jacques tarafından başlatılmıştır. Ancak konuya örgüt geliştirme açısından bir müdahale yöntemi olarak yaklaşan ve geliştiren sosyal psikolog Edgar Schein olmuştur.

Danışmanlık süreci genel olarak bir görevin yada görev dizisinin yapısına, sürecine yada içeriğine yönelen “bir yardım sağlama” şekli olarak tanımlanabilir. Buna karşılık, örgüt geliştirme çabalarının gerektirdiği ve dayandığı danışmanlık biçimi, bu genel anlamdaki danışmanlıktan farklılık göstermekte olup, “değişim uzmanlığı” olarak tanımlanmıştır. Aralarındaki farkı şöyle açıklayabiliriz: genel anlamdaki danışmanlıkta, danışman, kendisine danışan sisteme (birey, grup yada örgüte) giderek bir sorunu analiz eder ve önlemleri içeren bir rapor yazarak, görevini tamamlamış olur. Değişim uzmanı ise, rapor yazmaktan çok, genellikle örgütte sorunlar üzerinde çalışan, örgütün varlığını sürdürmesi, büyümesi ve gelişmesine yardımcı olan bir görevi üstlenmektedir. Klasik örgüt kuramının temel varsayımlarına göre , gelişme ve danışma arasında ortak bir ilişki (korelasyon) olduğu varsayılmaktadır.

Danışmanlar, “iç danışmanlar” ve “dış danışmanlar” olarak ikiye ayrılmaktadır. Danışmanlar, aynı örgütte iseler bunlara iç danışmanlar, kurum dışı yardım veren kimselere ise dış danışmanlar denilmektedir. Danışmanlardan bazıları profesyonel okul eğitiminin bir parçası olarak danışmanlıkta yetiştirirler. Kimileri ise iş başında bunu öğrenirler. Danışmanlık iki yönlü bir etkileşimdir: Yardım arama, verme ve alma sürecidir.

⁶⁸ Dinçer , a.g.k., s.49

⁶⁹ Eren, a.g.k., s. 483

Danışmanlık bir bireye, gruba yada örgüt veya toplam sisteme, içsel ve dışsal kaynakları, problemle yüz yüze gelme ve değişme çabalarıyla uğraşmak üzere harekete geçirmede yardım etmeyi amaçlamaktadır.⁷⁰

Danışmanlık sürecinin özellikleri aşağıdaki gibi sıralanmaktadır:⁷¹

1) Danışmanlık, gönüllü bir ilişkiye dayanmaktadır; alıcı sistem, danışman yahut değişme uzmanıyla gönüllü bir ilişki içerisinde olmalıdır.

2) Danışmanlık, bağımsız bir hizmettir; bu özellik, danışmanlığın en belirleyici özelliğidir. Herhangi bir problemle ilgili olarak uzmanlığına başvuru olan kişi yada kişiler, faaliyetlerinde ne yönetime ne de alıcı sisteme bağımlı değildirler.

3) Danışmanlık, bir yardım etme sürecidir; danışman veya değişme uzmanı ilk anda problemi çözmekten çok tesbit etmeye yönelmektedir.

4) Danışmanlık, tavsiye niteliği taşır; danışman, örgüt problemlerini teşhis ettikten sonra alıcı sisteme bir rapor sunularak çeşitli çözüm yollarını tavsiye eder.

5) Danışmanlık probleme yönelik bir süreçtir; danışman, örgüte belirli bir problemle uğraşmak için getirilir. Temel amaç sosyal bilim uzmanının bilgilerinden faydalanmaktır.

6) Danışmanlık sürekli olmayan bir ilişkidir; problemin çözümünden sonra ilişki sona erer. İlişkinin tekrar kurulabilmesi, alıcı sistemle danışmanın yeniden anlaşmalarına bağlıdır.

7) Danışmanlık faaliyeti, örgüt geliştirmeye ilgili teori, teknik ve metotları kullanarak, onları uygulama haline dönüştürmeyi sağlamaktadır. Örgüt geliştirme süreci

⁷⁰ Balcı , a.g.k., s.237-238

⁷¹Şimşek, Akgemci, Çelik, a.g.k., s.325-326

içerisinde ya düzeltici ya geliştirici yada yenilikçi bir fonksiyona sahip olmaktadır. Bu fonksiyonlarına bağlı olarak, danışmanlık sürecinde birçok model bulunmaktadır.

I.1.8.3.1. Danışmanlık Süreci Modelleri

Danışmanlık süreci modelleri; tedavi modeli, mühendislik modeli, doktor-hasta modeli, klinik model ve süreç modelinden oluşmaktadır. Sırasıyla bu modeller incelenecektir.

1. Tedavi Model (Medical Model): En çok bilinen ve en basit olan modeldir. Problemlere çözüm bulmaktan ve onları uygulamaktan sorumlu olan bir alıcı, iki veya daha fazla uzmandan örgüt içindeki problemlerin tesbit edilmesinde yardım istemektedirler. Alıcı ve danışmanlar, ortaklaşa problemleri açıklamaya, olayları teşhis etmeye ve yine ortaklaşa yapılması gereken faaliyetlere ulaşmaya çalışmaktadırlar.⁷²

2. Mühendislik Modeli (Engineering Model): Satın alma modeli olarak da bilinir. Bu modelde esas olan teknik bilgi ve uzmanlığın satın alınmasıdır. Alıcı (yönetici, grup veya örgüt olabilir) problemleri veya ihtiyacı tanımlamaktadır. Alıcı, problemleri çözmekte veya ihtiyacı karşılamakda yetersiz kalırsa danışmana müracaat etmektedir.⁷³ Modelde ilişki, genellikle kısa sürelidir. Problemlerle ilgili çözüm danışman tarafından sunulur, alıcı ise uygulamakla yükümlüdür. İlgi, alıcının tanımladığı belirli problemlere yöneliktir. Bu nedenle danışmanlık hizmetinin başarılı olması, alıcının teşhisine ve bunu danışmana doğru olarak aktarabilmesine bağlıdır.

3. Doktor- Hasta Modeli (Doctor-Patient Model): Örgüt yöneticisi, örgüt içindeki problemleri teşhis için danışmana başvurmaktadır. Alıcı danışmana, karşılaştığı

⁷²Dinçer, a.g.k., s.43

⁷³ Birol, a.g.k., s.30

problemlerle ilgili birimleri gösterir ve çözümünü ister. Danışmanların örgütün hangi kesimlerinde hangi sorunların olduğunu bulması beklenir.⁷⁴ Bu modelde beklenen sonucun gerçekleşmesi, alıcının gönüllü olmasına, gereken bilgiyi verebilmesine, danışmana güvenip verdiği önerileri yerine getirebilmesine bağlıdır.

4. Klinik Model (Klinik Model): İşbirlikçi model de denilmektedir. Danışman ve alıcı, bilgilerini, görüş ve değerlerini probleme uygulamak için karşılıklı ilişki kurmaktadır. Modelin ayırt edici en önemli özelliği karşılıklı işbirliğinin olmasıdır.

5. Süreç Modeli: Örgüt danışmanlığı hizmetlerinden en kapsamlı olanıdır. Bu modelde işbirliği temeline dayanmaktadır. Danışman, örgüt süreçleri konusunda uzmandır. Sorunları bilmeyen alıcıya kendi çevresinde meydana gelen olayları anlama ve onlar üzerinde işlem yapma konusunda yardım etmektedir.

1.1.8.3.2. Örgüt Geliştirme Danışmanlığı Becerileri

Örgüt geliştirme danışmanlığı becerilerinin en önemlisi, uzmanlık bilgisinin uygulamaya geçirilmesidir. Bu aşamada danışmanın birtakım becerilere sahip olması gerekmektedir. Bunlar teknik beceriler, iletişim becerileri, kişiler arası ve yönetsel beceriler olarak sıralanmaktadır.

1. Teknik Beceriler: Bütün beceriler danışmanın uzmanlığını müşterinin problemine uygulayabilmesi yeteneğini, problemleri bulma ve çözmeyi içermektedir. Problem bulma yeteneği genelde parçadan bütüne (tümevarım) düşünme yeteneğini gerektirmektedir, problem çözme ise, tümdengelimci bir düşünme tarzını gerekli

⁷⁴ Birol, a.g.k. , s.30

kılmaktadır. Danışmanın bu iki beceriye de sahip olması gerekmektedir.⁷⁵

2. İletişim Becerileri: İletişim becerileri önemli bilgilerin alınması ve aktarılması becerilerini kapsamaktadır. Danışman sadece kendi iletişim becerilerini değil, alıcının da iletişim tarzını geliştirmelidir.

3. Kişiler arası Beceriler: Bu beceriler, çalışılan ortamda danışman ve müşterinin davranışının etkili şekilde kullanılması yeteneğini göstermektedir. Danışman ve müşteri arasındaki ilişkiler projelerin başarısının göstergesidir.

4. Yönetsel Beceriler: Danışmanlar, işte başarı sağlayabilmek için yönetsel becerilere sahip olmalıdırlar. Bu beceriler proje, insanlar ve yazışmaların yönetimini gerektirmektedir. Danışmanlar, iş kurma, pazarlama, fiyatlandırma, işin geliştirilmesi için gerekli becerilere sahip olmalıdırlar.

I.1. 8.4. Faaliyet Araştırması

Faaliyet araştırması, uygulamada çıkan problemleri açıklamak ve çözmek için veri toplamak, toplanan verileri alıcı sisteme geribeslemek ve bu verilere dayalı olarak faaliyeti planlamak aşamalarından oluşan değişme sürecidir. Faaliyet araştırmalarını ilk kez araştıran Kurt Lewin; “Araştırma olmadan aksiyon olmaz, aksiyon olmadan araştırma olmaz.” demiştir. Kurt Lewin sosyal bilimlerde ilk bilimsel uygulamacılardan birisidir.

Faaliyet Araştırmasını bir model olarak Herbert Shepart ele almıştır. Faaliyet araştırması planlı değişme sürecine çok benzemektedir. Çünkü her ikisi de problem yönelimlidir ve davranış bilimlerine ait bilgi ve teknikleri uygulayan danışman ile alıcı sistem arasında işbirliğini gerektirmektedir. Her ikisinde de uzun süreli değişmeyi

⁷⁵ Balcı, a.g.k. , s.237--250

gerçekleştirmek için amaçlı ve bilinçli olmak söz konusudur.⁷⁶ Örgüt geliştirme faaliyetleri planlı değişim ve faaliyet araştırması gibi iki bilimsel araç yardımıyla yapılırsa daha etkin sonuçlara ulaşılabilmektedir. Çünkü her iki çalışmada örgüt geliştirmenin etkinliğinin artmasına neden olmaktadır.

Faaliyet Araştırması sürecinde birbirini izleyen yedi aşama bulunmaktadır. Bunlar aşağıdaki gibi sıralanmaktadır;⁷⁷

1. Sorunlar belirlenir, yöneticiler bu sorunların çözümü için bir danışmana başvurma kararı alırlar.

2. Yönetim ve davranış bilimleri konusunda uzman olan bir kişiye başvurulur. Bu kişi ile örgüt yöneticileri arasında karşılıklı güven sağlanmalıdır ve sorunlar aktarılırken de açıklık ve işbirliği içinde olunmalıdır.

3. Danışman, anket, gözlem, mülakat ve benzeri yöntemlerle veri toplamaya başlar.

4. Elde edilen ilk veriler ve danışmanın teşhisi örgüt yöneticilerine verilir. Böylece yöneticiler örgütün güçlü ve zayıf yönlerini bir uzman yardımıyla öğrenirler.

5. Örgüt yöneticileri ve danışman hep birlikte sorunlar üzerinde tartışır ve ortak bazı sonuçlara ve tanıya varırlar.

6. Elde edilen tanıdan hareket ederek yapılacak faaliyetler planlanmış olur. Böylece örgütte bir değişim ve daha iyi bir örgütsel ortama geçiş için bir gelişme süreci başlatılmış olur.

7. Başlatılan değişim faaliyetinin doğurduğu sonuçlara ve ortaya çıkan yeni

⁷⁶Şimşek, Akgemci, Çelik, a.g.k., s.327

⁷⁷Eren, a.g.k., s.479-480

sorunlara ilişkin olarak yeniden veri toplamaya girişilir.

Genel anlamda faaliyet araştırması, sosyal değişmeyi gerçekleştirmek düşüncesiyle problemlere doğrudan uygulanabilen veri geliştirme metodudur. Problem çözme süreci olarak tanımlanabilir.

I.1.9. Örgüt Geliştirme Süreci Ve Uygulaması

Örgüt geliştirme, örgütlerde uzun zamanda ve kendi kendine oluşan bir değişmeyi ifade etmemektedir. Örgüt geliştirme, planlanan ve bir takım amaçlar doğrultusunda yönetilen bir değişme sürecidir. Bu çerçevede örgüt geliştirme, faaliyet araştırmasından yararlanan bir anlayışla, danışmanlık sürecini uygulayan ve örgütsel öğrenmeyi amaçlayan, devamlı ve planlı bir çaba olarak kendine özgü bir sürece sahiptir.⁷⁸ Örgüt geliştirme süreci, dört aşamada incelenmektedir. Bu aşamalar; problemi tanımlama, teşhis ve çözümler geliştirme, faaliyet planı ve müdahale ve sonuçları değerlendirme aşamalarıdır.⁷⁹

I.1.9.1. Problemi Tanımlama

Örgüt geliştirme faaliyetleri problemin tanımlanmasıyla başlamaktadır. Bu nedenle, gerçek problemin tesbiti ve tanımlanması, beklenen amaçların gerçekleştirilebilmesi için oldukça önemlidir. Sezgiye dayalı problem teşhisinden kesinlikle kaçınarak, sistematik ve analitik bir yaklaşımla problemin tanımlanması yapılmalıdır. Çünkü yanlış teşhis, yanlış çözümleri; yanlış çözümler ise, beklenmeyen sonuçları doğurmaktadır. Bu açıdan problemi

⁷⁸ Kılınç, a.g.m. , s.42

⁷⁹ Öztürk, a.g.k. , s.51

tanımlama safhasının, örgüt geliştirme uygulamasının en önemli adımını oluşturduğu söylenebilir.⁸⁰

Örgüt geliştirme sürecinin ilk aşaması olan problemin tanımlanmasında bir takım faaliyetlerden yararlanılmaktadır. Problemin tanımlanmasında öncelikle değişim ihtiyacının farkına varılması gerekmektedir.

Herhangi bir başarısızlık, örgüt içinde arzu edilmeyen durumlar ve geleceğe yönelik bir beklenti, örgüt geliştirme uygulamasının başlangıç noktasını oluşturmaktadır. Bir örgütteki değişim ihtiyacı, örgütün faaliyetlerinde tatminsizlik duymasıyla, mevcut durumun olumsuz olarak değerlendirilmesiyle kendisini göstermektedir. Örgüt çevresindeki rekabetçi baskılar örgütü değişim ihtiyacına zorlamaktadır. Diğer yandan örgüt problemini ya da ihtiyacını örgütün kendisi hissedebildiği gibi örgüt dışından bir danışmanda fark edebilmektedir. Bu aşama, örgüt geliştirme sürecinin en önemli aşamasıdır.

Örgüt geliştirme sürecinin ikinci aşaması, bir örgüt geliştirme danışmanı veya değişim uzmanının devreye girmesini ve duruma müdahale etmesini içermektedir.⁸¹ Bu danışman örgüt içinden veya dışından olabilir ancak ana temel prensip olarak davranış bilimleri uzmanı olması gerekmektedir.

Danışman belirlendikten sonra, danışman ve alıcı sistem, gönüllü işbirliği içinde problem ve örgütün imkanları konusunda bilgi ve veri toplamaya başlamaktadır. Bu aşama faaliyet araştırmasına benzemektedir. Veriler toplanmaktadır ve alıcı sisteme geribeslenmektedir. Bu çalışmalar yapılırken, bilgi ve verilerin hangi kaynaklardan, hangi usul ve metotlarla, kimler tarafından toplanacağı ve veri toplama süresinin belirlenmesi önemli konular arasındadır. Toplanan ve geribeslenen bilgiler analiz edilir, sınıflandırılır, ve

⁸⁰ Kılınç, a.g.m., s.42

⁸¹ Öztürk, a.g.e., s.52

problemlerin tanımları yapılır.⁸²

I.1.9. 2. Teşhis ve Çözümler Geliştirme

Örgüt geliştirme çalışmalarının sağlıklı bir biçimde yürütülebilmesi için, örgütün biçimsel (yapı, yöntem) ve biçimsel olmayan yönlerinin (insan) belirlenmesi gerekmektedir. Bu da ancak örgütteki mevcut durumun teşhisiyle mümkündür. Örgütün işleyişi, çalışanların nitelikleri, duyguları, inançları, ortak değerleri konusunda bilgilerin elde edilmesi örgüt geliştirme uygulamaları için önem taşımaktadır. Bu veriler, örgüt üyeleriyle doğrudan görüşme, anket, gözlem ve örgüt içi ve örgüt dışı iletişimde kullanılan çeşitli belgelerin incelenmesi yoluyla elde edilmektedir.⁸³

Örgüt geliştirme programının başarısını belirleyecek olan teşhis aşamasında, önceki evrede toplanan ve sınıflanan bilgiler değerlendirilmektedir. Örgüt içindeki gerçek sorunların neler olduğu, sorunun çözümüyle ne gibi değişikliklerin olacağı ve beklenen sonuçlar ve nasıl değerlendirileceği sorularına cevap aranmaktadır.

Sorunun teşhisinden sonra, değişime rehberlik etmek ve değişimin oluşturduğu sonuçları değerlendirebilmek için, amaçlar belirlenmelidir. Amaçların ve ideal durumun belirlenmesinde değişimin hangi yönde olacağı ve nasıl bir sonuç beklendiği de ayrıntılı olarak tanımlanmalıdır. Bu tanımlanmanın yapılması; yapılacak faaliyetlerin şekillendirilmesinde, gerçekleştirilecek programın başarısının ölçülmesinde, beklenen durum ile gerçekleşen durum arasındaki farkın ortaya konmasında ve mevcut sorunun anlaşılmasına olanak sağlamaktadır. Daha sonraki aşama alternatif çözümler geliştirme aşamasıdır.

Alternatif çözümler geliştirme aşamasında, seçenekler belirlenirken her tür fikir

⁸²Dinçer, a.g.k., s.66

⁸³ Özen, a.g.m., s.96

hiçbir eleştiriyeye uğramadan ele alınıp değerlendirilir. Tüm fikirler ayrıntılı bir biçimde değerlendirilmeden çözüm seçeneği geliştirilmemelidir. Son aşama harekete geçme aşamasıdır.

Harekete geçme aşamasında ise, bütün alternatifler ve fikirler gözden geçirilir. Farklı düşünceler, ikna edilerek ortak bir çözüm fikrine varılmaya çalışılır. Özellikle alıcı sistemle değişme uzmanının ortak bir çözüm modeli bulmaları önemlidir. Çözüm alternatifleri belirlendikten sonra, önceki safhada belirlenen amaçlara ek olarak ideal örgüt yapısı tesbit edilir. Bu yapı, mevcut durumun eksikliklerini giderecek şekilde olmalıdır.⁸⁴

I.1.9.3. Faaliyet Planı ve Müdahale

Faaliyet planı ve müdahale aşamasında, teşhis aşamasında belirlenen sorunlar ile belirlenen değişikliklerin uygulanması için gerekli tedbirler alınmaktadır. Faaliyet planı yaparken; çözümler belirlendikten sonra çok fazla ayrıntıya girilmeden faaliyetler belirlenerek, planlar hazırlanmaktadır. Daha sonra, problemin çözümüne uygun müdahale tekniği seçilmektedir. Bir sonraki aşamada, yapılan faaliyet plan ve seçilen müdahale tekniğine göre programın yürütülmesinden sorumlu olacak elemanlar belirlenmektedir.⁸⁵

Programın kapsamı belirlendikten sonra, değişiklik çalışmaları son kez gözden geçirilir, değişikliğe karşı olan fikirler değerlendirilir, olası direnişler için gerekli tedbirler alınır. Direnişler mümkün olduğu kadar açığa çıkarılarak, çözümlenmeye çalışılmalıdır. Çünkü örgüt içerisindeki direnişler örgüt geliştirmenin başarısını olumsuz yönde etkilemektedir. Bu aşamalardan sonra uygulamaya geçilmektedir.⁸⁶

⁸⁴ Dinçer , a.g.k. s.68

⁸⁵ Özen, a.g.m. , s.96

⁸⁶Dinçer, a.g.k. s.68-69

I.1.9. 4. Sonuçları Değerlendirme

Faaliyet programları hem uygulama sırasında hem de uygulamadan sonra, takip edilerek istenilen değişikliklerin oluşturulmasına çalışılır. Bunun için; planlama safhasında tesbit edilen her faaliyet için bir değerlendirme ölçeği hazırlanmalıdır. Amaçlarla elde edilen sonuçlar karşılaştırılır. Ortaya çıkan değişiklik gözlenerek, arzu edilen davranışların güçlendirilmesine ve yeni durumların örgütün elemanları tarafından benimsenmesine çalışılır. Eğer sonuçlar, arzu edilen duruma uygunsuzsa, istikrar ve denge durumu sağlanmaya çalışılmalıdır. Aksi halde başarısızlığın sebepleri araştırılır. Kısaca oluşturulan yeni durum ile örgüt geliştirme çalışmalarında yapılmak istenen değişimlerin arasındaki farklar araştırılır. Bu farklar ne kadar az ise; başarı o kadar yüksektir.

Müdahale yöntemleri uygulanırken, istenen değişimlerin yaratılıp yaratılmadığı sürekli gözlenir. Değerlendirme aşaması, müdahale aşaması boyunca sürer ve örgüt üyelerine gerekli düzeltmelerle ilgili sürekli bilgi verilir. Müdahale aşaması sonucunda istenen değişimlerin yaratılmaması durumunda örgüt geliştirme süreci yenilenmelidir.⁸⁷

Burada şu hususu belirtmekte fayda vardır. Her aşama kendi başına önemli olmakla birlikte, diğerleriyle de ilişki ve bağımlılık içindedir. Bu açıdan her aşamada yapılacak çalışmaların etkili ve verimli olması, daha sonraki safhaların başarısı için gereklidir.

I.2.Örgüt Geliştirme Teknikleri Ve Örgüt Geliştirmenin Kurumsallaştırılması

Bu başlık altında örgüt yapısına yönelik müdahale teknikleri, örgüt süreçlerine yönelik örgüt geliştirme teknikleri ve örgüt geliştirmenin kurumsallaştırılması konuları ele

⁸⁷ Özen, a.g.m. , s.96

alınmaktadır.

I.2.1. Örgüt Yapısına Yönelik Müdahale Teknikleri

Örgüt, ortak bir amacın gerçekleştirilmesi için, maddi ve beşeri kaynakların belirli bir düzen içinde bir araya getirilmesiyle oluşan yapı, süreç ve kurallar bütünüdür.⁸⁸ Örgüt tanımında vurgulanan yapı; bir örgüt içindeki görev, yetki ve sorumlulukların tanımı ve görevler arasındaki ilişkilerin düzenlenmesi ile oluşan bir sistemi ifade etmektedir. Süreç ise; bir örgütte amaçların gerçekleştirilebilmesi için gerekli beşeri- teknik faaliyetler veya işlemler dizisidir şeklinde tanımlanabilir.

Örgüt yapısına ilişkin müdahale teknikleri iki temel ayırım yapılarak incelenmektedir. Bunlar; örgüt sistemine yönelik yapıyla ilgili müdahale teknikleri ile örgütün alt sistemine yönelik yapıyla ilgili müdahale teknikleridir.

I.2.1.1. Örgüt Sistemine Yönelik Yapıyla İlgili Müdahale Teknikleri

Örgütün yapısına yönelik müdahale teknikleri, alıcı sistemin (kişi, grup, örgüt) fiziki ve teknik çevresini, görev ve sorumluluklarını, haberleşme ve bilgi sistemlerini konu alan tekniklerdir. Tekniklerin asıl amacı; kişi, grup ve örgütün yapıyla ilgili özelliklerini değiştirmeye ve geliştirmeye yönelik çalışmaların yapılmasıdır.⁸⁹

Örgüt sistemine yönelik müdahale teknikleri; Lawrance ve Lorsch'un durumsallık modeli, sosyo-teknik sistemler, matriks örgütler, kazanç paylaşma planları, maps tasarım yöntemi ve amaçlara göre yönetimdir. Aşağıda bu teknikler sırasıyla ele

⁸⁸Öztürk, a.g.k. , s.56

⁸⁹Dinçer, a.g.k. s.68-69

alınmaya çalışılacaktır.

Tekniklerden ilk ikisi, yani Lawrence ve Lorsch'un durumsallık modeli ile sosyo-teknik sistemler, bir teknik olmaktan çok, örgütlere yeni bir bakış açısı kazandırmak için örgütü anlamak ve problemlerini teşhis etmeyi amaçlayan yaklaşımlardır. Matriks örgütler, kazanç paylaşma planları, MAPS tasarım yöntemi ve amaçlara göre yönetim teknikleri ise; örgütün bütününe yönelik olarak doğrudan uygulanabilecek tekniklerdir.

I.2.1.1. 1. Lawrence Ve Lorsch'un Durumsallık Modeli

Yönetim ve organizasyon kapsamında ele alınan “durumsallık” yaklaşımına göre, değişik durumlar ve koşullar yönetimde başarılı olmak için değişik kavram, teknik ve davranışları gerektirmektedir. Bundan dolayı her yer ve koşulda geçerli tek bir en iyi organizasyon yapısı yoktur. “En iyi” durumdan duruma değişmektedir. Çünkü, bir işletmenin organizasyon yapısı bir çok faktörden etkilenmektedir. Bunlar; müşteriler, devlet müdahalesi, rekabet, pazar koşulları gibi çeşitli dışsal ve yapılacak işin niteliği, amaçlardan oluşan içsel faktörlerdir. İçsel ve dışsal faktörlerin her belirli bir durumu için belirli bir organizasyon yapısı uygun olacaktır.⁹⁰

Literatürde durumsallık yaklaşımı ile ilgili çok çeşitli araştırmalar yapılmıştır. Bu çalışmalardan içerisinde en önemlilerinden birisi Lawrence-Lorsch çalışmalarıdır. Lawrence ve Lorsch çalışmalarında , değişik çevre koşulları altında hangi tür örgüt yapısının daha etkili olacağını araştırılmaktadır. Bu amaçla Amerika'da plastik, ambalaj ve gıda sanayiinden toplam on işletmede incelemeler yapılmıştır.

Lawrence ve Lorsch, bir organizasyonun gelişme planının hazırlanmasında göz

⁹⁰Koçel, a.g.k. s.26

önünde bulundurulması gereken koşulları şu şekilde belirtmişlerdir:⁹¹ Bir organizasyonun geliştirilmesindeki her aşamanın hedefi, çevrenin ve organizasyonun şundaki durumunun, işletmenin ihtiyaçlarını karşılayacak şekilde düşünülmüş olmasıdır.

Lawrence ve Lorsch araştırmalarında başlıca iki önemli kavram üzerinde durmuşlardır: bunlar farklılaşma ve bütünleşmedir. Farklılaşma, örgüt içindeki farklı fonksiyonel bölümlerin yöneticilerinin fikir, düşünce ve çabaları arasındaki farklılıklar ile bu bölümler arasındaki resmi yapı farklılıklarının ifadesi için kullanılmaktadır. Lawrence ve Lorsch örgütün çevresini belirlilik ve belirsizlik durumlarına göre belirlemişlerdir. Buna göre belirsiz ve değişken çevrelerde farklılaşma daha fazla olacaktır. Çünkü belirsiz ve değişken çevrelerde örgütler sürekli olarak beklenmedik tehdit veya fırsatlarla karşı karşıya kalmaktadırlar. Bütünleşme ise; örgütlerin faaliyetlerini sürdürürken çevreye uyum sağlamak amacı ile bölümler arasında gerçekleştirdikleri işbirliği ve koordinasyonun seviyesi olarak tanımlanabilmektedir.

Lawrence ve Lorsch araştırmaları sonucunda bir takım genellemelere ulaşmışlardır. Bunlar;

1. Bir örgütü düzenlemede bir tek "en iyi yol" yoktur.
2. Bir örgütün ve örgütün alt birimin düzenlenmesi çevre şartlarına bağlıdır. Dinamik ve değişen bir çevrede farklılaşmış ve bütünleşmiş bir örgüt yapısı, durgun ve belirli bir çevrede fazla bir farklılaşma gerektirmeyecektir. Bu durumda göstermektedir ki örgütlerin içinde yaşadıkları çevre durgun ve belirli ise; değişim daha az yaşanmaktadır.
3. En verimli örgüt, çevre şartlarına uyum içinde olan örgüttür. Çünkü örgütler açık sistemlerdir.

⁹¹ Morrin, Pierre; *Organizasyonların Gelişmesi*, Çev: Süheyl Gürbaşkan, İstanbul Reklam Yayınları:16, İstanbul, 1972, s.57

Durumsallık yaklaşımını oluşturan çalışmalar, örgüt geliştirme faaliyetlerinde, örgüt yapısının düzenlenmesi, liderlik, davranış değişikliği ve yürütme faaliyetleri gibi yönetimin çeşitli alt sistemlerine ait konulardaki problemlere önemli ölçüde açıklık getirmeleri sebebiyle, yöneticilere yardımcı olmaktadır.

I.2.1.1. 2. Sosyo-Teknik Sistemler

Tavistock Enstitüsü'nün çalışmalarından kaynaklanan sosyo-tekniik yaklaşım, kullanılan teknoloji ile örgütün çeşitli yönleri arasındaki ilişkileri ele almaktadır. Bu yaklaşıma göre örgütler; beşeri, yapısal ve teknik boyutların birbirleriyle olan ilişkisini ve etkileşimini temel alan "Sosyo-tekniik sistemler"dir.⁹² İlk Tavistock projelerinden birisi 1948'de antifriksiyon metalleri ve sanayi ürünleri yapan İngiliz şirketi "Glacier Metal"de başlatılmıştır.⁹³

Sosyo-tekniik sistemlerin, organizasyonların birbirleri ve değişken çevresel şartlarla etkileşimi sonucu beliren dinamik bir örgütsel yapısı bulunmaktadır. Sosyo-tekniik sistemlerde, merkezi otorite, katı kuralcı ve hiyerarşi odaklı yönetim anlayışı yerine yatay koordinasyon ve takım çalışması önemli sayılmaktadır.⁹⁴ Sosyo-tekniik yaklaşım, örgüt geliştirme çabaları için üç önemli değişken sunmaktadır: Teknoloji, örgüt yapısı ve sosyal sistem. Bu değişkenlerden teknoloji, bağımsız ve çevreyle daha yakından ilgilidir. Örgüt yapısı ve sosyal sistem ise teknoloji ve yönetimle ilgili değişkenlerdir. Bu değişkenler üzerinde yapılacak ayrıntılı ve dikkatli incelemeler örgüt içindeki olumsuz fonksiyonları

⁹²Dinçer , a.g.k., s.126

⁹³Huse, a.g.k., s.33

⁹⁴ Çorbacıoğlu, Sıtkı; "Çevrelerindeki Değişime Adapte Olabilen Sosyo-Tekniik Sistemler Ve Kriz Yönetimi", s.542 <http://iibf.ogu.edu.tr/kongre/bildiriler/13-01.pdf> Erişim Tarihi:01.03.2007

teşhis etme imkanı vermektedir. Örgüt geliştirmenin amacı ise, çalışma birimlerinde teknoloji, yapı ve sosyal etkileşim arasındaki uyumu daha iyi hale getirmek olmalıdır.

I.2.1.1. 3.Matriks Örgütler

Matriks örgütler, geçici veya daimi nitelikte kurulabilen, bölümler arasında yatay ve çapraz ilişkileri esas alan bir örgütlenme yapısıdır. Bu tip örgütler, daha çok uzmanlık isteyen çalışma alanlarında ve kısa sürede tamamlanması gereken proje ve programlarda oluşmaktadır.⁹⁵

Matriks örgütlerin en tanımlayıcı özelliği, genel uygulamaların tersine bazı yöneticilerin iki üste bağlı olmasıdır.⁹⁶ Bu bir anlamda Taylor'un "fonksiyonel yetki" kavramının uygulama alanına konulması demektir. Kendi çalışma alanında yeterli derecede uzmanlaşmış yöneticiye iki üstlü yönetici adı verilir. İkili bir rapor verme ilişkisi nedeniyle bu yönetici bütünleşmiş bir role sahiptir. Mesela örgütün bazı kademelerinde ikili role sahip yöneticiler hem Araştırma-Geliştirme gibi fonksiyonel bir bölümün hem de üretim veya program dairesinin bir üyesi olabilir. Bu ikili ilişkiye matriks yapı adı verilir.⁹⁷

Matriks yapı eğitim düzeyi yüksek ve deneyimi fazla olan uzmanları takım halinde biraraya getiren, proje bazında işbirliğini kolaylaştıran, karar vermeyi fonksiyonlar ve süreçler üzerinde dağıtan merkezkaç bir örgütlenme şeklidir. Karar verme yetkisi ve güç uzmanlığa ve gereksinmelere göre yapı üzerinde dağıldığından tepe yönetimin stratejik önemi azalmaktadır. Bazı matriks örgütler projelerini kendileri için değil müşterileri için

⁹⁵ Koçel., a.g.e. s.323

⁹⁶ Stanley, Davis; Lawrence, Paul; *Matrix*, Addison Wesley Pub. Comp. Mass.1977, s.9

⁹⁷ Dinçer., a.g.e. s.126

üretirler. Danışmanlık veya AR-GE firmaları bü tür örgütlerdir.⁹⁸

I.2.1.1. 4. Kazanç Paylaşma Planları

Kazanç paylaşma, başarılı çalışma neticesinde elde edilen maddi kazançların bölüştüğü, teşvik edici grup veya örgüt programları olarak tanımlanmaktadır.⁹⁹ Kazanç paylaşma, geleneksel kardan pay alma uygulamalarından oldukça farklı bir yaklaşımdır. Bu nedenle, kazanç paylaşma çalışmaları, sadece örgütte meydana gelen verimlilik artışının sağlandığı kazancın çalışanlara dağıtılması olarak görülmemelidir. Bu aynı zamanda, yöneticiler ve işçiler için yeni roller yaratmak, işbirliğini arttırmak, çalışanlar üzerindeki olumlu etkisiyle güçlü bir şirket kimliği duygusu oluşturmak ve böylelikle örgütün yönetim felsefesini değiştirmeyi amaçlamaktadır. Bütün bu amaçları içine alan bir örgüt geliştirme tekniğidir.¹⁰⁰

Kazanç paylaşmayla ilgili olarak Scanlon Planı, Scirantin Planı, Rucker Planı ve Duncan Planı gibi pek çok teknik geliştirilmiştir. Bunlar arasında Scanlon Planı ile Duncan Planı en çok bilinenleridir. Kullanılacak planların örgütün özelliklerine ve ihtiyaçlarına uygun olması gerektirmektedir. Bu nedenle kazanç paylaşmada bir tek yöntem kullanılmaz. Örgütün ihtiyaçları ve özellikleri göz önüne alınarak uygun bir yöntem seçilmektedir. Bu çalışmada Scanlon Planı ile Duncan Planı üzerinde kısaca durulacaktır.

Scanlon Planı, örgütlerde çalışanların fiziki çabaları yanında düşünceleriyle de katılmalarını sağlayarak, bu suretle elde edilecek verimlilikten doğan kazancın paylaşılmasını esas alan, kendi kendini kontrol yoluyla yönetme stratejisidir. Kısaca,

⁹⁸ Kutlu, Merih; “Örgütlerde Yapı ve Strateji Etkileşimi”, s.5 <http://www.merih.net/m2/str/strayap.htm>
Erişim Tarihi: 24.02.2007

⁹⁹ Hatcher, Lary L; Ross, Timothy L; *Organization Development Through Productivity Gainsharing*, Personnel, October 1985, s.42

¹⁰⁰ Öztürk, a.g.k., s.62

çalışanların otokontrolünü arttırmayı amaçlamaktadır.

Scanlon planının iki temel özelliği bulunmaktadır; Bunlar; artan karın paylaşılması ve çalışanların etkili bir şekilde kararlara katılmasıdır. Scanlon'a göre bu iki değişkenden hiçbiri tek başına örgütlerde değişme ve gelişmeyi gerçekleştiremez, fakat beraber oldukları zaman güçlü bir örgüt kontrol sistemi meydana getirirler.¹⁰¹ Duncan Planı ise, bir bütün olarak örgüt başarısını arttırmayı ve elde edilecek kazancın paylaşılmasını esas almaktadır.¹⁰² Duncan Planının amaçlarından ilki; çalışanların ilgisini arttırarak örgütün başarısı üzerinde yoğunlaştırmaktır. İkincisi, bölümler arası ve ast-üst arasında haberleşme ve işbirliğini kolaylaştırmaktır. Üçüncüsü ise; kişi, bölüm ve örgüt seviyesinde etkili ve verimli çalışmanın tanımını yapmaktır.

Duncan Planı, iki kademeli bir takım kurma esasına dayanmaktadır. Birinci kademedede, her bölüm bir gözetmen, bir veya daha fazla sorumlu üyeden oluşan bir takım kurar. Her bir takım bir ayda en az bir kere toplanır, bölüm içinde verimliliği etkileyen yeni fikirleri gözden geçirir. 200 dolardan daha az maliyeti gerektiren fikirler bölüm içinde hemen uygulanabilir. Daha pahalı teklifler üst kademedeki ikinci takım tarafından değerlendirilir. Bu takım, tepe yönetimi ile bilim ve sendika temsilcilerinden oluşmaktadır. Bu takım da ayda en az bir kere toplanmaktadır ve bölüm takımlarının faaliyetlerini, başarılı çalışmalarını, planın mali yapısını görüşmektedir. Duncan planının uygulama süreci genel olarak aşağıdaki gibidir;¹⁰³

Planın uygulanmasında ilk safha şirketin sendika ile bir antlaşma yapmasıdır. Şirket anlaşmadan sonra kazanç paylaşma planını tanımlar, planın mali portresini, tahmini prim hesaplamalarını yapar. Daha sonra plan, çalışanlara tanıtılır. Bundan sonraki safhada ilk

¹⁰¹ Mc Gregor, Douglas; *Örgütün İnsan İlişkileri Yönü*, çev. Doğan Energin, ODTÜ İdari Bilimler Fakültesi Yayın No: 16, Ankara, 1970, s.81-90

¹⁰² Dinçer, a.g.k. s.131

¹⁰³ Dinçer, a.g.m., s.132

geçici işbirliği toplantısı yapılır. Bu toplantılar birkaç yarım gün devam edebilir. Bu toplantılarda alt gruplar şekillendirilir. Gruplar şekillendirildikten sonra her bir grubun gözetmeni eğitime tabi tutulur. Bu arada çalışanların tutumları araştırılmalıdır. Gözetmenler ve tepe yönetimi, planı daha somut ve anlaşılabilir kısa programlar haline getirir. Tüm örgüt toplanarak bu programı ayrıntısıyla tartışır ve tartışma sonunda bu uygulama planı çalışanların oyuna sunulur. Kabul edildikten sonra her bir bölümün sorumlusu seçilir ve eğitime alınır. Daha sonra plan uygulamaya konur. Yönetici, gözetmen ve sorumluların eğitimi uygulama esnasında ortaya çıkan duruma göre birkaç ay devam eder ve faaliyetler gözlenir ve değerlendirilir.

Yapılan araştırmalarda, kazanç paylaşma tekniklerinin maliyetlerde azalma sağladığı, şikayetleri azalttığı, işçi-işveren ilişkilerini geliştirdiği görülmüştür.

I.2.1.1. 5. MAPS Tasarım Yöntemi

MAPS tasarım yöntemi, humanistik motivasyon teorilerini kullanarak sağlıklı bir örgütsel yapı kurmayı amaçlayan yeni bir müdahale yöntemidir.¹⁰⁴ MAPS yönteminde öncelikle, bireylerin birbirleriyle ve görevleriyle ilişkilerinden kaynaklanan sorunlar belirlenmeye çalışılmaktadır. Sorun alanlarına göre, yöntemin tüm örgüt yapısına mı yoksa belirli çalışma gruplarının yapısına mı uygulanacağına karar verilmektedir. Sonraki aşamada, çalışanların katılımı ile örgütün veya grubun yürütmesi gereken görevlerin bir listesi çıkartılmaktadır. Örgüt veya grup üyelerinin hangi işi kiminle yapmak istedikleri belirlenmesi bu çalışma için önemlidir. Çok değişkenli istatistiksel yöntemler kullanılarak, tercih edilen iş ve kişi grupları eşleştirilmektedir. Bu aşamadan sonra, iş ve kişi gruplarından bir küme seçilerek uygulamaya geçilmektedir. Uygulama süreci izlenerek, değişimin

¹⁰⁴ Özen, a.g.m., s.99-100

gerçekleşen sonuçları ile başta belirlenen amaçlar karşılaştırılmaktadır.¹⁰⁵

MAPS tasarım yöntemi, bireylerin istedikleri işleri istedikleri kişilerle birlikte yürüttüklerinde, örgüt veya grup etkinliğinin artacağı varsayımına dayanmaktadır. Böylesi bir uygulama örgüt üyelerinin psikolojik doyum düzeylerini arttırmaktadır. Verimin artırılmasında bu durum önem kazanmaktadır.

I.2.1.1. 6. Amaçlara Göre Yönetim

Amaçlara Göre Yönetim kavramı, ilk olarak 1954'de Peter Drucker tarafından kullanılmış, sonra değişik yazarlar, özellikle G. Odiorne ve J. Humble tarafından daha da geliştirilmiştir.¹⁰⁶ Drucker, Amaçlara göre yönetimi şu şekilde tanımlamaktadır; *“İşletmenin ihtiyaç duyduğu şey, birey yetki ve sorumluluğuna fırsat veren, aynı zamanda görüş ve çabalarını ortak biçimde yönlendiren, takım çalışmalarını oluşturan ve birey amaçları ile ortak refah-işletme amaçlarını bütünleştiren bir yönetim sistemidir. Bunu gerçekleştirecek tek ilke amaçlara göre yönetim ve kendi kendini denetimdir”* Bu teknik, kişi ve örgüt amaçlarını sistematik olarak ortaya koyan ve belirgin duruma getiren yaklaşımdır. Douglas Mc Gregor'a amaçlara göre yönetim felsefesine iki varsayımla katkıda bulunmuştur. Buna göre; her yönetsel karar ya da eylemin arkasında insan niteliği ve insan davranışlarına ilişkin varsayımlar vardır şeklinde belirtilmiştir.¹⁰⁷

Değişmeye tabi tutulmamış geleneksel örgüt yapılarında üstler astları değerlendirme yetkisini ve ödüllendirme sistemini tek taraflı olarak kendi tekellerinde tutarlar. Bu durum üstün keyfi ve tek yanlı davranmasına sebep olur. Ast ise bu durum

¹⁰⁵ Özen, a.g.e. s.99-100

¹⁰⁶ Koçel, a.g.k. s.78

¹⁰⁷ Douglas, Mc Gregor; *The Human Side of Enterprise*, Mc Graw- Hill Book Company, New York, 1960.

karşısında motive olamamakta ve örgütteki etkenliği de giderek azalabilmektedir.¹⁰⁸ Amaçlara Göre Yönetim, iki yönlü olup hem astların kendi kendilerini değerlendirme imkanı veren bir başarı değerlendirme hem de onların amaçları belirlemelerine ve kararlara katılmalarına yer veren bir yönetim şeklidir. Bu teknik, özellikle örgütün amaçları ile örgüt üyelerinin amaçları arasında bir uyum sağlayarak bir yandan örgütün etkinliğini artırırken, bir yandan da örgüt üyelerine üst seviyede tatmin sağlayabilecek bir ortam oluşturmaya çalışmaktadır.

Amaçlara göre yönetim; örgüt amaçlarını başarıyla gerçekleştirmek için yapılacak işleri planlamak, elde edilecek başarıyı dönem dönem gözden geçirmek ve işlerin yürütülmesi sırasında ortaya çıkacak problemleri çözmek gibi amaçların yerine getirilmesine odaklanmıştır. Amaçlara göre yönetim tüm örgüt sisteminin bir parçası olarak görülmekte ve uzun dönemli stratejik planlama sisteminin içinde değerlendirilmektedir.

Amaçlara Göre Yönetim programları başlıca dört aşamada yürütülmektedir. Bu aşamalar; amaçların belirlenmesi, faaliyet planlarının yapılması, otokontrol ve periyodik başarı değerlendirme bölümlerinden oluşmaktadır. Amaçların belirlenmesi aşamasında; örgütün, bölümlerinin ve örgüt üyelerinin amaçlarının açık ve kesin olarak belirlenmesi esastır. Burada önemli olan amaçların gerçekleştirilebilir ve ölçülebilir olmasıdır.¹⁰⁹ Faaliyet planlarının hazırlanması aşamasında; belirlenen amaçlara nasıl ulaşılabileceğiyle ilgili faaliyet planları yapılır, nelerin, kimler tarafından, ne zaman, nerede ve nasıl gerçekleştirileceği kararlaştırılmaktadır. Otokontrol aşaması ise; genel olarak planlanan faaliyetlerin uygulanması ve meydana gelecek sapmaların önlenmesi ile ilgilidir. Geleneksel yönetimde kontrol, astlara dönüktür. Amaçlara göre yönetimde ise, kişiler değil, işlemler denetlenir ve bunu da işi yürütenler yapar. Örgütlerde çalışan yönetici ve kişilere hangi hallerde başarılı

¹⁰⁸ Yeniçeri, Özcan; *Örgütsel Değişimin Yönetimi*, Nobel Yayınları, Ankara, 2002, s.252-253

¹⁰⁹ Eren, a.g.k. , s.473

olacaklarına ilişkin ipuçları vermek onları motive etmektedir. Son aşama olan başarı değerlendirme aşamasında ise; belirli hedeflere ulaşmakla görevli bulunan bölüm, kısım ve kişilerin, bu hedeflere ne ölçüde ulaştıkları belirlenmeye çalışılır. Amaçlara göre yönetim, yönetici değerlemede başarıların ödüllendirilmesinde kullanılan bir yaklaşımdır.

Amaçlara göre yönetim, başlangıçta özellikle bir personel değerlendirme yöntemi olarak ele alınırken daha sonraları geliştirilerek modern yönetim tekniği haline dönüşmüştür. Bazı kaynaklarda“Scanlon Planı” amaçlara göre yönetimin bir şekli olarak gösterilmektedir. Ancak, Scanlon Planı, işleyiş bakımından amaçlara göre yönetime benzemesine rağmen, ast-üst ilişkileri, küçük gruplardan ziyade tüm örgüte uygulanması bakımından, amaçlara göre yönetimden farklıdır. Scanlon Planı kardan pay alma esasına dayalı olarak örgüt ile personel arasında işbirliği sağlama amacına yönelik bir yönetim felsefesi olarak tanımlanmaktadır. Plan, örgüt verimliliğini çok yükseltmekte, özellikle özel kesimde, sendikalarla işletmeler arasında uyumlu bir işbirliği sağlamaktadır.¹¹⁰ Scanlon Planı personeli teşvik amacıyla kullanılırken, amaçlara göre yönetim, bir yönetim tekniği olarak kullanılmaktadır. Bu bakımdan Scanlon Planı, personel değerlendirme yöntemi değil, personelin motivasyonunu sağlayan bir yöntem olarak değerlendirilmektedir. Oysa amaçlara göre yönetim, modern bir yönetim tekniği olduğu kadar, modern bir personel değerlendirme yöntemidir.

¹¹⁰Altıntaş, Hakan; “Sanal Bürokrasiden E-Devlete Teorik Yaklaşımlar”, 2002, s.5
www.bilgiyonetimi.org/cm/pages/mkl_gos.php?nt=237

I.2.1.2. Örgütün Alt Sistemlerine Yönelik Yapıyla İlgili Müdahale Teknikleri

Bu kısımda, örgütün yapısı ile fiziki ve teknik çevresini değiştirmeye yönelik müdahale teknikleri ele alınacaktır. İncelenecek olan müdahale teknikleri, kişi ve grup gibi örgütün beşeri yönü veya örgütün diğer alt sistemlerini odak noktası olarak kabul etmektedir. Bu tekniklerin amacı, işlerin yapısını değiştirerek çalışma hayatının niteliğini geliştirmek ve dolayısıyla, hem çalışanları daha tatminli, daha başarılı hale getirmek, hem de örgütün verimliliğini artırarak daha etkili olmasını sağlamaktır.

Bu grupta sayılabilecek pek çok teknikten söz etmek mümkündür. Ancak bu tekniklerin başlıcaları; iş zenginleştirme ve iş genişletme gibi iş düzayını teknikleri ile sorumluluk merkezleri, alternatif çalışma saatleri programları ve karar merkezleridir.

I.2.1.2.1.İş Dizaynı Teknikleri

İş Dizaynı, işlerin kapsam ve ilişkilerini belirlemeyi ifade eder. İş dizaynı kısaca, işi yapanlar üzerindeki etkisini gözönüne alarak işin sosyal ve hukuk görünümünü yeniden yapılandırma amacına ve düşüncesine yönelik bir dizi faaliyet süreci olarak tanımlanabilir.¹¹¹

İş dizaynı, bu tanımdan da anlaşılacağı gibi, ilk planda işin mahiyeti ve iş alanının değiştirilmesi şeklinde bir örgütlenme faaliyetlerini kapsamaktadır. Bu faaliyetler sonucunda yeni bir iş yapısı, ve yeni bir iş alanı doğmaktadır.¹¹²

İş dizaynı faaliyetleri Frederick W.Taylor'un geliştirdiği "Bilimsel Yönetim"

¹¹¹Dinçer, a.g.k., s.140-144

¹¹² Adal, Zeki; " Çağdaş örgütlerde İş Yapılandırma Teknikleri", *Organizasyon*, Yıl 3, Sayı 10, İstanbul, 1982, s.28

yaklaşımıyla başlamaktadır. Geleneksel iş görme usulleri yerine bilimsel iş görme yöntemi olarak ortaya çıkan iş mühendisliği, yapıya yönelik müdahale tekniklerinin ilk safhasında yer almaktadır. Daha sonra iş basitleştirme olarak kavramlaştırılan iş mühendisliğini, iş rotasyonu uygulamaları takip etmiştir. Beşeri ilişkiler akımının da etkisiyle, iş zenginleştirme ve iş genişletme teknikleri daha sonraki safhada yer alan tekniklerdir. Bu iki teknik işin beşeri yönüyle ilgilenmektedir. Son zamanlarda ise, stratejik birim olarak grubu esas alan çalışma takımları ve zenginleştirilmiş sosyo-teknik sistemler geliştirilmiştir.

İş dizaynı teknikleri şöyle sıralanabilmektedir:

1) İş Basitleştirme: İşletmede faaliyet sürecinde gereksiz işlerin elenmesi, işlerin kolayca yerine getirilebilmesi için birleştirilmesi, işlem sıralarının değiştirilmesi gibi yollarla amaçların daha az emek, masraf ve zamanda gerçekleşmesidir.¹¹³ İş basitleştirmenin etkili olabilmesi için uzmanlaşma, hareket ve zaman etüdü zamandan tasarruf sağlayıcı araçların kullanılması gereklidir.¹¹⁴ İş basitleştirmenin dayandığı temel düşünce, her şeyi her zaman , şimdi yapıldığından daha iyi yapma olanağının var olduğudur. İş basitleştirmenin uygulanmasında karşılaşılan temel sorun, çalışanların göstermiş olduğu direnmedir. Bunun nedeni, alışılmış şeylerin kolayca terk edilememesidir.

2) İş Genişletme Belirli bir işin, işçinin daha çok ve daha çeşitli işi yapabilecek şekilde yeniden organize edilmesidir. İşletmede herhangi bir işe, benzerlik gösteren iş elemanları yan yana getirilmektedir. Böylelikle, işçinin yapmakta olduğu işin kapsamı genişletilmiş olmaktadır. Programın amacı, yorgunluk ve monotonluğu ortadan kaldırmak ve motivasyon sağlamaktır. Bunlar olduğunda iş verimliliğinin artışı kaçınılmaz olmaktadır.

3) İş Rotasyonu Tek yönlü iş yükünü ve monotonluğunu azaltmak amacıyla, bir

¹¹³ Öztürk, a.g.k., s.60

¹¹⁴ Özalp, Şan; *Hareket ve Zaman Etüdü*, E.İ.T.İ.A. Yay. Eskişehir, 1979, s.2

işyeri için çok sayıda tecrübeli işçi bulundurmak ve bu işyerlerinde çalışan görevlilerin planlı bir biçimde değiştirilmesini ifade etmektedir. Böyle bir uygulama, iş monotonluğunu ve iş tatminsizliğini ortadan kaldırmaktadır.¹¹⁵

4) İş Zenginleştirme Yapı olarak değişik nitelikte olan fonksiyonel iş grupları (planlama, yürütme, kontrol gibi) bir bütün haline getirilmektedir. Böylece faaliyet alanı dikey yönde genişletilmiş ve değişik hiyerarşik kademedeki faaliyetler bir kişide toplanmış olmaktadır.¹¹⁶ Başka bir ifadeyle iş zenginleştirme tekniğinde işçinin rolü, faaliyeti, sorumluluğu ve haberleşme tarzı baştan aşağı yeniden düzenlenmektedir. Bu düzenlemeler yapılırken iş planlan yapma, problemi çözme ve amaç belirleme en çok kullanılan yöntemler arasındadır. İş zenginleştirme programları F. Herzberg'in motive edici ve koruyucu faktörler üzerinde yaptığı araştırmalar sonucunda ortaya çıkmıştır.¹¹⁷

İş zenginleştirmenin amacı, bireylerin kendilerini işe adanmalarını, işi severek yapmalarını sağlamaktır.¹¹⁸ İş zenginleştirme, işin kapsamını artırmanın yanı sıra çalışanlara kendi işini belirleme ve sonuca ulaşacak kararları alma sorumluluğu ve serbestisi sağlamaktadır.

5) Bağımsız Çalışma Grupları: İşlerinin özellikleri nedeniyle bir arada çalışmaları gerekli olan işçilerin bir ekip oluşturmaları esas alınmıştır. Bir arada çalışanlar, birbirlerinin ihtiyaçlarını daha iyi anlayacakları için işlerin ve görev ilişkilerinin ekipler tarafından belirlenmesi mümkün olmaktadır. Ekipler, bağımsız olabilecekleri gibi yarı bağımsız da olabilmektedirler.¹¹⁹

İş rotasyonu, iş genişletme ve iş zenginleştirme gibi iş dizaynı teknikleri

¹¹⁵ Adal, a.g.m.,s.28

¹¹⁶ Balcı, a.g.k., s.163

¹¹⁷ Morrin, a.g.k., s.63

¹¹⁸ Eren, a.g.k., s.472

¹¹⁹ Dinçer, a.g.k. s.147

bağımsız çalışma grupları içerisinde uygulanma imkanı bulabilmektedirler. Bağımsız çalışma gruplarıyla amaçlanan grup içi ve gruplar arası ilişkileri sağlıklı bir ortama kavuşturmak¹²⁰.

6) Zenginleştirilmiş Sosyo-Teknik İş Sistemleri: Bu teknik, bir örgütü yada onun büyük bir bölümünü dengeli bir davranışsal teknik sistem haline getirmeyi amaçlanmaktadır. Özellikle uzmanlaşmış üretim hatları şeklinde tasarlanmış imalat süreçlerinde bu tür düzenleme önemli boyutlarda değişiklikler gerektirmektedir. Burada amaç, üretim gereklerine olduğu kadar insanların ihtiyaçlarına da hizmet eden bir yerleşme düzeni ve üretim süreci oluşturmaktır.¹²¹

I.2.1.2.2.Sorumluluk Merkezleri

Sorumluluk merkezi kavramı, belirli bir örgüt biriminin belirli bir sorumlu yönetici tarafından yönetilmesini ifade etmektedir. Belirli bir bölüm, birim veya işletmenin sorumlusu olan yönetici, kendi yetkisi altında sorumluluk alanına giren kısımlarda gelir ve giderlerini kontrol edebilmektedir.¹²² Sorumluluk merkezleri yoluyla etkili bir stratejik kontrol sağlayabilmek için yapılan çalışmaların muhasebeleştirilebilir olması gerekmektedir. Bu anlayış, sorumluluk merkezlerinin çoğaltılması sonucunda, görevli yöneticilerin yarı bağımsız karar almalarına imkan tanımaktadır. Böylece hem sorumlu yöneticilerin değişen şartlara daha çabuk uyum sağlamaları kolaylaşmakta, hem de üst kademe yöneticilerinin kontrol etkisi artmaktadır. Başka bir ifadeyle sorumluluk merkezleri ile yönetimde kontrol süreci, çabuk ve etkili bir şekilde gerçekleştirilebilmektedir.

¹²⁰Yeniçeri, a.g.k. s.252-263

¹²¹Davis, Keith; *İşletmede İnsan Davranışı*, Çev. Kemal Tosun ve arkadaşları, İ.Ü.İ.F. Yay. O:136, İstanbul, 1982, s.325

¹²²Dinçer, a.g.k. , s.147

I.2.1.3. Örgüt Süreçlerine Yönelik Örgüt Geliştirme Teknikleri

Süreç bir örgütte amaçların gerçekleştirilebilmesi için gerekli beşeri- teknik faaliyetler veya işlemler dizisidir. Örgüt süreçleri ise; işletmenin stratejik planlarının oluşturulması, işletme kültürü ve işletmenin organizasyon yapısının incelenmesi, işletmenin teknolojik alt yapısının geliştirilmesini içine alan bir kavramdır. Örgüt süreçlerinin iyileştirilmesindeki amaç, işletmenin mali yapısını güçlendirmek, müşteri tatminini sağlamak, üretim ve hizmet kalitesini artırmak, çevredeki değişikliklere karşı işletmenin daha esnek bir üretim ve hizmet politikası edinmesini sağlamaktır.

Örgüt süreçlerine yönelik örgüt geliştirme teknikleri; yönetim tarzını geliştirme, tutum araştırması ve geri besleme, Likert ve "sistem 4" yaklaşımı, problem teşhis toplantıları, duyarlılık eğitimi, örnek olay, ekip oluşturma, gruplararası ilişkileri geliştirme, çalışma hayatının niteliğinin geliştirilmesi, kalite çemberleri şeklinde sıralanmaktadır. Bu teknikler aşağıda tek tek incelenecektir.

I.2.1.3. 1. Yönetim Tarzını Geliştirme

Yönetim Tarzı ölçeği, Blake ve Mauton tarafından geliştirilmiştir. Örgütün her kademesindeki grupları temel öğrenme mekanizması olarak kullanan bir müdahaledir.¹²³ Yönetim ölçeği yaklaşımı, örgütteki yönetim süreçleri ve insanı iyileştirmek yoluyla yönetimi yenileştirmeye yönelik çabalardır.

Blake ve Mauton, yönetim tutumları açısından yönetici davranışlarını ifade eden varsayımlarını bir skala üzerinde göstermişlerdir. Müdahale sırasında kullanılan bu skala ile

¹²³ Eren, a.g.k., s.41

yöneticilerin kendi yönetim tarzlarının farkına varmaları sağlanmaktadır. Skalada iki boyut bulunmaktadır. Bunlar; üretime yönelik ilgi ve insana yönelik ilgidir. Burada ilgi, yöneticinin üretime karşı gösterdiği eğilim ile, üretimi yapacak olan insanlara gösterdiği eğilimi ve bunların nasıl birleştiğini ifade etmektedir. Üretime yönelik ilgi, örgütün insanları kullanarak yapmak istediği şeylerin tümünü kapsamaktadır. İnsana yönelik ilgi ise; itaat yerine inanç ve güvenle iş yaptırılmayı ifade etmektedir. Skala bu iki ilgili arasındaki alternatif ilişkileri göstermekte ve yönetici davranışlarının etkilerini bu açıdan değerlendirmektedir. Yönetici davranışlarının hangi yönde ağır bastığının tesbitinin sağlanması esastır. (9.1) tipi yönetici üretime son derece önem veren fakat insana önem vermeyen, (1.9) tipi yönetici ise, insanı önemseyen davranışları göstermektedir. (9.9) tipi ise, hem üretime ve işe hem de insana en fazla önem veren bir yönetici davranışını ifade etmektedir. Burada amaç, ideal bir durumu gösteren (9,9) yönetim biçimi olarak belirlenen, insana ve üretime yönelik olmanın yüksek olduğu, insan ve üretim ilişkilerine kavuşabilmektir.¹²⁴

İnsana ve üretime yönelik yönetici davranışlarıyla amaçlanan, verimin maksimum düzeye çıkartılmasıdır. İnsana ve üretime yönelik yönetici davranışının gerçekleştirilebilmesi için, Blake ve Mautuon tarafından geliştirilen 6 aşamalı bir süreç önerilmiştir.¹²⁵ Bunlar; laboratuvar ve seminer eğitimi, ekip oluşturma, gruplararası ilişkileri geliştirme, örgütsel amaçları belirleme ve dengeleme aşamalarıdır.

Laboratuvar ve Seminer Eğitimi: Bu aşamanın amacı; katılımcıların Yönetim tarzı ölçeğinde kullanılan materyal ve kavramların tümünü anlamalarını sağlamaktır.

Ekip Oluşturma: Bu aşama, birinci aşamanın devamı niteliğindedir. Aynı bölümün üyeleri bir araya gelerek, yönetim tarzı ölçeğindeki (9.9) pozisyonunu nasıl

¹²⁴ Koçel, a.g.k. , s.350

¹²⁵ Luthans, a.g.k., s.615-616

kazanacaklarını araştırmaktadırlar.

Gruplararası İlişkileri Geliştirme: Bu aşamada, gruplararası işbirliği önemlidir. Gruplar arasındaki çatışma durumları belirlenmektedir. Bölümler arası bütünleşmenin sağlanması önemlidir. Çünkü bu durum tüm organizasyonun geliştirilmesini sağlamaktadır.¹²⁶

Örgütsel Amaçları Belirleme: Bu safhada, amaç, örgüt hedeflerinin belirlenmesidir. Bu çalışmalara örgütü her kademedede temsil edebilecek gruplar katılır. Katılımcılar, örgüt için önemli olan amaçlar üzerinde anlaşmaya varırlar.

Dengeleme: Bu aşamada, denge ve devamlılık sağlanır. Tüm programın değerlendirmesi yapılır. Önceki safhaların sonucunda meydana gelecek değişiklikleri destekleyici ve eski usullere veya önceki davranışlara dönüşü engelleyici tedbirler alınır. Bu amaçla toplantılar yapılır ve örgüt geliştirme çabalarıyla elde edilen sonuçlar değerlendirilir.

Yönetim tarzını geliştirme çalışmaları, yöneticilere görevlerini tanımlama imkanı vermektedir. Böylece kendi yönetim tarzının ne olduğunu kavrayan bir yönetici, çeşitli eğitim ve geliştirme programları ile bu tarzda değişiklikler yapabilir.¹²⁷

Yapılan araştırmalarda, yönetim tarzı ölçeği ile yürütölen örgüt geliştirme programlarının sonuçlarının olumlu olduğu görölmüştür. Yönetimin alt kademelerinde karın artışı, maliyetlerin düşüşü ve firelerin azalması gibi ölçülebilir gelişmeler yaşanmıştır. Aynı zamanda , üst kademe yöneticilerinin etkililiklerinin ve aralarında işbirliğinin arttığı da ortaya konmuştur.

Örgüt geliştirme programları tüm örgütü değiştirmeye yönelik programlardır. Yönetim geliştirme programları ise bunun özel bir türü olup yalnızca yönetime yöneliktir.

¹²⁶ Luthans, a.g.k., s.615-616

¹²⁷ Koçel, a.g.k. , s.350

Bu programlarla, örgütün yönetilmesinde verimliliği azaltan sorun alanları tesbit edilmeye çalışılır.¹²⁸

I.2.1.3. 2. Tutum Araştırması ve Geri Besleme

Tutum araştırması ve geribesleme, örgüt geliştirme çalışmalarında en çok kullanılan tekniklerden birisidir. Bu teknik, tüm örgüt sistemi hakkında sistematik olarak bilgi toplanmasına imkan vermektedir. Toplanan bu bilgiler analiz için tekrar örgüte geri gönderilme sürecidir.¹²⁹

Bu teknik ilk olarak, 1947 yılında Michigan Üniversitesi Sosyal Araştırma merkezinde hem örgütlenme ve insanların yönetiminde kullanılan prensipleri bulmak ve uygulamak, hem de yöneticileri eğitme metotlarını keşfetmek için başlatılan bir araştırma programıyla ortaya çıkmıştır.

Tutum araştırmaları ve geribesleme, verilerin toplanması, geribesleme oturumları ve süreç analizi olmak üzere üç temel safhadan oluşmaktadır.¹³⁰

1) Örgütün tepe yönetiminde, yer alan yöneticiler, hazırlık planını yaparlar. Bu plan yapılırken dışarıdan bir danışman getirilebilir. Bu danışman bağımsızdır. Bu safhada önemli olan, herşeyden önce tepe yöneticisinin bu programın uygulanmasında gönüllü olmasıdır. Tepe yönetiminin gönüllü katılımının sağlanamaması, verilerin sağlıklı bir şekilde toplanmasını engellemektedir. Diğer bir önemli nokta ise, verilerin toplanmasında kullanılacak araç ve yöntemin belirlenmesidir. Verilerin toplanmasında kullanılan araç ve yöntem önem arz etmektedir. Çalışma için uygun olan yöntem seçilir. Anket, mülakat ve

¹²⁸ Can, Halil; *Organizasyon ve Yönetim*, Siyasal Kitapevi, 5. Baskı, Ankara, 1999, s.222

¹²⁹ Dinçer, a.g.k., s.170-172

¹³⁰ Öztürk, a.g.k., s.66

gözlem yöntemlerinin biri veya birkaçı kullanılabilir.¹³¹

2) İkinci aşamada , belirlenen veri toplama araç ve metotlar alıcı sisteme uygulanmaktadır. Alıcı sistem genel olarak örgüt üyelerinin hepsidir, ancak bu grubun çok geniş olması halinde, (anakütle sayıca fazla olduğunda) seçilen örnek kütlede uygulanabilir.

3) Araştırma verileri toplandıktan sonra danışman tarafından sıralanır ve özetlenir.

4) Araştırma verilerinin sonuçları, tüm sisteme geribeslenir.

5) Her üst kendi astlarıyla verilerin tartışıldığı toplantılar yapar. Bu toplantılarda veriler yorumlanır. Ayrıca, yapılacak olan değişiklikler planlanır.

Yapılan araştırmalarda tutum araştırmaları ve geribeslemenin örgüt geliştirme faaliyetlerinde etkili bir değişme tekniği olduğu görülmüştür ve bu tekniğin kişiler arası süreç danışmanlığı, görev süreç danışmanlığı ve laboratuvar eğitimi ile karşılaştırıldığında en etkili değişme stratejisi olduğu söylenebilir. Bu teknik diğer tekniklerden daha geniş kapsamlıdır.

I.2.1.3. 3. Rensis Likert Ve "Sistem 4" Yaklaşım

R. Likert, yaptığı araştırmalar sonucunda "Sistem 4" adını verdiği, etkili bir örgütün nasıl çalıştığını gösteren bir model oluşturmuştur. R. Likert'in geliştirdiği bu modelde yöneticilerin davranışları dört grupta toplanmıştır. Bunlar; görev yönelimli otokratik yönetimden, insani yönelimli katımlı yönetime doğru uzanmaktadır. Otokratik yönetim "Sistem 1" Katımlı yönetim ise "Sistem 4" olarak adlandırılır. Yardımsever otokratik

¹³¹ Dinçer, a.g.k. , s.170-172

yönetim (Sistem 2) ile danışman yönetim (Sistem 3) ise, bu iki sistem arasında yer almaktadır.¹³²

Sistem 4 yaklaşımı, önce sistemin mevcut durumunun ve katılanların ideal durumla ilgili tutumlarının ölçülmesiyle başlayan ve daha sonra ideal örgüt modeline ulaşabilmek amacıyla düzenlenen bir dizi eğitim oturumundan meydana gelmektedir.

R. Likert'in yaptığı araştırmalarda, verim oranı yüksek ve başarılı örgütlerin yönetim sistemleri "Sistem 4" yaklaşımına daha yakındır. Ancak, verim oranı düşük ve başarı şansı daha az örgütlerin ise, "Sistem 1" yaklaşımına daha yakın olduğu düşünülmektedir¹³³

Sistem 1, göreve dönük , otoriter bir yönetim tarzını benimsemektedir. Sistem 4 ise ilişkilere dönük katılımcı bir yönetim stilidir. Sistem 2 ve sistem 3 yaklaşımları ise; bu iki aşırı ucun arasındaki orta aşamalardır. R. Likert'in teorisi genel olarak kabul edilebilir. Yönetim teorisine ve planlı değişme konusuna önemli katkılarda bulunmuştur.

Aşağıdaki tablo bize sistemler ve sistemlerin işleyişleri hakkında bilgi vermektedir.

¹³² Dinçer, a.g.k. s.173-175

¹³³ Likert, Rensis; "Sevk ve İdarecilik Davranışları ile Sosyal Bünye Arasındaki Münasebetler II ve III". Çev. Faiz Poyraz, *Sevk ve İdare Dergisi*, Sayı:27 ve 28 İstanbul, 1970, s.45

Tablo 2: Karar Alma, Yetki ve Sorumluluk Devrinde Likert' in Dört Sistemi

Sistemler	Sistemin Adı	Sistemin İşleyişi
SİSTEM 1	OTORİTER LİDER	Lider kararları kendisi alır ve uygulattırır. Emir ve talimatlara dayalı yönetim geçerlidir.
SİSTEM 2	YİLİKSEVER OTORİTER LİDER	SİSTEM 1 biraz yumuşatılmıştır. Lider kararları almada ve uygulattırmada tek söz sahibi olmakla birlikte SİSTEM 1' de olduğu gibi despot değildir.
SİSTEM 3	ÇALIŞANLARA DANIŞAN LİDER	Lider, çeşitli konularda çalışanlara danışır. Önemli kararlar lider tarafından alınır. Alt kademelere kısmi sözverme sözkonusudur.
SİSTEM 4	DEMOKRAT LİDER	Ekip çalışması ve konsensüse dayalı yönetim anlayışı geçerlidir. Lider, yöneticiler ve tüm çalışanların birlikte karar alması sözkonusudur.

Kaynak: Ömer Dinçer, Örgüt Geliştirme:Teori, Uygulama ve Teknikler, Timaş Basım A.Ş., İstanbul, 1992, s.174

Tablo 2’de sistem 1 yaklaşımına yakın örgütlerdeki otoriter lider kararları tek başına almaktadır. Sistem 2 yaklaşımına yakın örgütlerde, lider kararları yine tek başına almakta ama otoriter tavrı biraz esnek hale gelmektedir. Sistem 3 yaklaşımına yakın örgütlerde, yöneticiler astlara danışmaktadır. Ama yinede önemli kararlar yöneticiler tarafından verilmektedir. Sistem 4 yaklaşımına göre ise; bütün kararlar ekip halinde yöneticiler ve astlarca verilmektedir.

I.2.1.3. 4.Problem Teşhis Toplantıları

Bu müdahale tekniği, örgüt iklimini iyileştirmeyi amaçlayan bir yapıdadır. Bütün yöneticiler bir araya gelerek günlük oturumlar yapmaktadırlar. Bu teknik ilk olarak R. Beckhard tarafından geliştirilmiştir. Problem teşhis toplantısı, yöneticilere önemli

problemler hakkında bilgi toplayan, sebeplerini analiz eden ve onları çözmek için faaliyet planları geliştirerek uygulama olanağı tanıyan basit ve güvenilir bir örgüt geliştirme müdahale tekniğidir denilebilmektedir.¹³⁴

Problem teşhis toplantıları, her zaman kullanılabilir niteliğe sahiptir. Ancak örgütte bir gerilim ve özellikle tepe yöneticileri ile alt kademeler arasında bir uçurum olduğu zaman daha etkin olmaktadır.¹³⁵ Aşağıda sıralanan özellikler tekniğin kullanılabilmesi için uygun ortamı hazırlamaktadır:

- ✓ Tüm yöneticilerin çalışmalarını test etme ihtiyacı duyuluyorsa,
- ✓ Problemlerin belirlenmesi ve uygun çözümlerin geliştirilmesi için sınırlı bir zaman söz konusu ise,
- ✓ Tepe yönetimi örgüt problemlerini çözmeye kesin kararlı ise,
- ✓ Örgüt içinde bazı değişiklikler yapılmış veya yapılmakta ise.

Problem teşhis toplantısı, sonuca çabuk götüren bir müdahale tekniğidir. Gerçekten başarıyla uygulandığı zaman katılanlarda bir kararlılık, arzu ve moral yüksekliği oluşturabilecek bir yapıya sahiptir.

I.2.1.3. 5. Duyarlılık Eğitimi

Duyarlılık, kendisi ve başkaları hakkında gerçeği olduğu gibi görebilmek, başkalarının duygularını anlayabilmek demektir. Duyarlılık Eğitimi ise; örgüt çalışanlarının kendi tecrübe, his, tepki, algı ve davranışlarını inceleyerek fark etmelerini ve bunların

¹³⁴ Beckhard, Richard; *Organizational Development : Strategies and Models*, Addison- WesleyPub. Com. California, 1969, s.149-155

¹³⁵ Bell, a.g.k., s.150

başkalarını ne yönde etkilediğini öğrenmeye çalışmalarıdır.¹³⁶ Bu eğitim programlarında, birey ve grubun sorunlarına çözmek ana hedefdir.

Duyarlılık eğitimi çalışmaları, 1947 yılında Kurt Lewin ve arkadaşları tarafından başlatılmıştır. Duyarlılık eğitiminin amacı; kişilerin çeşitli çalışma ortamında başkaları ile verimli çalışma ve işbirliği içinde olmalarını sağlamak ve bu konudaki yeteneklerini geliştirmektir. İkinci olarak, grup süreçlerini ve insanların etkili bir grup üyesi olmalarını sağlamaktır.¹³⁷ Son olarak da; başarılı ve etkili bir yapıya sahip örgüte ulaşmaktır. Duyarlılık eğitimi, aşağıdaki 5 konu üzerinde grup üyelerinin öğrenmelerini ve gelişmelerini sağlamaya çalışır:¹³⁸

- ✓ Grup üyesinin kendisini,
- ✓ Grubun diğer üyelerini,
- ✓ Grubu ve grubun nasıl çalıştığı (grup süreçlerini),
- ✓ Örgütü veya daha geniş bir sistemi ve,
- ✓ Öğrenmeyi sağlamaktadır.

Duyarlılık eğitiminin temel varsayımı; örgütte yaşanan problemlerin ve sorunların bireylerin yaşamakta olduğu duygusal problemlerden kaynaklandığıdır. Bu nedenle etkili ve verimi artırabilecek bir eğitim programının duygusal tekniklere dayandırılması savunulmuştur. Duyarlılık eğitimi, kişinin örgütsel ortamdaki değişikliklere ayak uydurabilmesi bakımından duyarlı ve çabuk hareket etmesine olanak

¹³⁶ Adal, Erhan; “ Duyarlılık Eğitimi”, *Akademi*, Sayı 1, Nihat Sayar Yayın ve Yardım Vakfı, İstanbul, 1982, s.65

¹³⁷ Dinçer, a.g.k., s.206

¹³⁸ Schein, Edgar H; *Örgüt Psikolojisi*, Çev.Mustafa Tosun, TODAİE Yayını, Ankara, 1978, s.48-50

sağlayan eğitim yöntemidir.¹³⁹

Duyarlılık eğitiminin temelini T grubu çalışmaları oluşturmaktadır. Bu eğitime katılanların sayısı 8-12 kişi arasında değişmektedir. Gruba katılanların amacı bir şeyler öğrenmek değil, grup içinde davranış ve etkileşimleri öğrenmektir. T grubu ile grup içinde meydana gelen görüşme, tartışma ve fikir alışverişleri sayesinde kişi hem kendi davranış ve tutumlarına karşı hem de başkalarının davranışlarına karşı duyarlılık kazanmaktadır.¹⁴⁰ Grupta öğreticinin rolü sadece değer yargılarının ve varsayımlarının tartışıldığı bir ortam hazırlamak olup, eğitmenleri kendi iç dinamiklerini daha rahat ortaya koyabilecek bir ortam yaratmaktadır.¹⁴¹ Bu ortamda kişiler kendi düşüncelerini rahatlıkla ortaya koyabilmektedirler.

Duyarlılık eğitimi programları, 1947' den beri ABD'de Milli Eğitim laboratuvarlarında uygulanmış, daha sonra diğer ülkelere yayılmıştır. Eğitime katılan yöneticiler eski örgütsel rollerinden bir süre için uzaklaştırılmaktadırlar. Bu ortamda rol oynamak yoktur. Yani herkes olduğu gibi davranmaktadır. Bu eğitim sayesinde kendi örgütlerinde rollerini kaybetmekten çekinen yöneticiler duyarlılık eğitimi sırasında yeni grup çalışmalarından edindikleri yeni beceri ve yöntemlerle, kendi gruplarını etkilemede daha başarılı olmayı ummaktadırlar. Öğrenme için uygulanan yöntem T grubu (eğitim grubu) adı verilmektedir. Gruplarda 1 yada 2 eğitici bulunmaktadır. Eğitim; 8 veya 12 kişinin bir yuvarlak masa etrafında bir araya gelmesi ile oluşmaktadır.

Duyarlılık eğitim programlarında, uzman kişi bir konuşma ile toplantıyı açmaktadır. Sorunların, fikirlerin ve bilinçaltında saklı tutulan konuların anlatılması

¹³⁹ Gül , Hüseyin; "Türkiye'de Kamu Yönetiminde Hizmet İçi Eğitim", *Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi* , Cilt 2, Sayı:3, 2000, s.1-5

¹⁴⁰ Özen, a.g.m., s.102

¹⁴¹ Görün , Mustafa; "Türk Belediyeciliğinde Hizmet İçi eğitim ve Bir Uygulama", *SBE. Yüksek Lisans Tezi*, Çanakkale, 1998, s.22

beklenmektedir. Konuda sapmalar meydana geldiğinde baştaki uzman kişi tarafından müdahale edilmektedir. Bu toplantılarda yapılan görüşmelere **psikolojik soyunma** denir. Kişiler bir süre sonra ne düşünüyorlarsa anlatmaya başlanmaktadır. Verilen bu eğitime duyarlılık eğitimi denmektedir. 1960'da gelişerek **T-Grubu (Training Group)** adını almıştır. Bu eğitim ülkemizde de kullanılmaktadır.

Duyarlılık eğitiminin özellikleri şunlardır:¹⁴²

✓ Bu yöntemde statüler ortadan kalkmıştır ve grup önderinin rolü sınırlanmıştır.

✓ Tartışılacak konuyu grup kendisi seçmektedir. Bu eğitim programında önceden belirlenmiş bir konu bulunmamaktadır. Konular o anda spontan olarak gelişmektedir.

✓ Duyarlılık eğitiminde temel amaç, bireylerin tutum ve davranışlarını, diğer grup üyeleri ile karşılıklı paylaşımlarını sağlamaktır. Bu eğitim yöntemi genellikle iş dışında yapıldığı için ve de birkaç haftayı kapsadığından kamu personelin eğitiminde genellikle tercih edilmemektedir.

Duyarlılık eğitimi sonucunda çalışanların şu üç yeteneği kazanmış olmaları gerekmektedir. Bunlardan ilki; diğer çalışanların kendisine nasıl tepki göstereceğini doğru algılama, ikincisi, bireyler arasındaki davranışsal ilişkileri doğru belirleme ve son olarak da bireyin davranışlarını bulunduğu durumun koşullarını dikkate alarak değerlendirebilmesidir.

143

¹⁴² Gül, a.g.m, s.1-5

¹⁴³ Özen, a.g.m., s.102

I.2.1.3. 6. Ekip Oluşturma

Ekip oluşturma, iş yapma usullerini, kişiler arası ilişkileri ve özellikle diğer grup üyeleriyle olan ilişkilerdeki liderin rolünü odak noktası kabul ederek grubun etkinliğini ve verimliliğini geliştirme sürecidir. Bu teknik, grubun iş yapma usulleriyle ve insani süreçlerle ilgilenmektedir. Ekipler birçok Şekilde oluşturulabilmektedirler. Ortak tüketiciler, müşteriler, bölgeler, fonksiyonlar, süreçler, ürünler bu ekiplere örnek gösterilebilir. Bu tür ekipler problemleri tartışmak üzere günlük veya haftalık olarak toplanmaktadırlar.¹⁴⁴

Ekip oluşturmanın amacı, ekip üyelerinin çabalarının ve birbirleriyle işbirliği yaparak, oluşturulan ekibin uyum içerisinde olmalarını sağlamaktır. Grup yelerinin sorun çözme ve kararlara katılması da önem arz etmektedir. Böylelikle grup performansında artış meydana gelmektedir.

Ekip oluşturmanın en belirgin özelliği grup katılımının her aşamada yer almasıdır. Bu yapı, bir defalık bir deneyim olarak görülmemelidir. Amaç, koordineli çalışarak grubun başarisını maksimize etmektir.¹⁴⁵

I.2.1.3.7. Gruplararası İlişkileri Geliştirme

Gruplar arası ilişkileri geliştirmek, grupların kendi ilerinde sahip oldukları davranışları, kalıplaşmış tutumları ve sözleri, hisleri değiştirmeyi ifade etmektedir. Gruplar arası ilişkileri geliştirmek bir çok yolla yapılabilir. Ancak, bunlardan en çok kullanılan yöntem, problem zmedir. Bu teknikte her bir grup, kendi kendisiyle ve

¹⁴⁴ Diņer , a.g.k., s.224

¹⁴⁵ zkalp, Enver; Korel, iğdem; *rgtsel Davranış*, Anadolu Üniversitesi Açıköğretim Fakültesi Yayınları, Eskişehir, 2002, s.304

diğer gruplarla arasındaki ilişkilerin listesini oluşturmaktadırlar. Grup üyeleri kendilerinin inandığı değerlerle ilgili karşı grubun hislerini öğrenmektedirler. Daha sonra gruplar listelerini birbirlerine göstermektedirler ve farklılıklar ile benzerlikler tartışılmaktadır. Farklılıklar açıkça beyan edilmektedir ve gruplar bu farklılıkların nedenlerini araştırmaktadırlar.¹⁴⁶

I.2.1.3.8. Çalışma Hayatının Niteliğinin Geliştirilmesi

Çalışma hayatının kalitesi kavramı, işin; çalışanların güvenli bir ortamda yaşamlarını sürdürebilmeleri amacıyla, ihtiyaçlarının tatmin edilmesinin sağlanmasına, kişilerin faydalı oldukları duygusunu kazanmalarına başarılarını fark edebilmelerine ve kabiliyetlerini geliştirmelerine fırsat veren bir yapının oluşturulmasını ifade etmektedir.

Çalışma hayatının niteliğinin geliştirilmesi tekniği, bir örgüt geliştirme tekniği olarak ele alındığında, çalışma hayatının kalitesine yönelik müdahalenin ilk aşamasında, kavramın tanımı ve amacının açıklanması ile başlamaktadır. Daha sonra işyerinin mevcut durumu belirlenmeye çalışılmaktadır. Bu aşamada çalışanların işle ilgili tecrübeleri ve çalışma şartları ile ilgili düşünceleri ve hem işin hem de çalışma şartlarının kalitesi ile ilgili algıları belirlenmektedir. Kısaca çalışanların çalışma ortamlarıyla ilgili görüşleri alınmaktadır. Bu aşamadan sonra, yapılmak istenen değişkenlerden biri, birkaçı veya hepsi için çalışanların ihtiyaçları doğrultusunda amaçlar tespit edilmektedir.¹⁴⁷ Daha etkin ve verimli çalışma ortamının oluşturulmasına imkan verecek şekilde çalışmalar devam etmektedir.

Örgütün yaşadığı problemler açısından doğru bir teşhis, örgüt geliştirme

¹⁴⁶ Öztürk, a.g.k., s.68

¹⁴⁷ Dinçer, a.g.k., s.179-181

faaliyetlerinde başarılı olmak için ön koşuldur. Ancak, başarılı bir uygulama için doğru bir teşhis kadar, onun çözümünde kullanılacak uygun bir tekniğin seçilmesi önemlidir. Çünkü teşhis ve uygulanacak teknik, yapılan çalışmanın başarısı için temel oluşturmaktadır. Yönetici ve danışmanlar, hiçbir zaman hazır çözüme yönelmemelidirler. Bir başka örgütte veya problemin çözümünde etkili olan bir teknik yeni durumlar için aynı sonuçları vermeyebilir. Her örgütün yapısı farklıdır. Teknikler uygulanırken örgütün yapısı, günün koşulları göz önüne alınmalıdır. Örgüt geliştirme açısından bu durumun göz ardı edilmemesi gerekmektedir.

Seçilen tekniğin uygun olması, örgüt geliştirme faaliyetlerinde başarılı olmak için gereklidir, ancak yeterli değildir. Örgüt geliştirme çabalarında ve uygulamasında başarılı olunabilmesi için örgütün her yönüyle incelenmesi gerekmektedir.

I.2.2.Örgüt Geliştirmenin Kurumsallaştırılması

I.2.2. 1. Kurumsallaşma Kavramı

Kurum, düşüncelerin davranış ve kalıpların bireyler arasındaki ilişkilerin ve karşılıklı görevlerin oluşturduğu, kökü bir takım törelere dayalı toplumsal örgünleşmedir.¹⁴⁸ Kurumsallaşma ise; herhangi bir inanış, düşünüş yada davranış biçiminin toplumca değer verilen kalıplara dönüşmesi, toplumca tam benimsenmesi sürecidir. İşletmeler açısından; kurumsallaşma, kaliteli ve güvenilir mal ve hizmet üretebilen, bürokratik yapıya sahip ve uzun süre ayakta kalmayı başarabilen örgütlere has bir yapıyı

¹⁴⁸ Hançerlioğlu, Orhan; *Felsefe Ansiklopedisi*, Remzi Kitapevi, Cilt. 3, İstanbul, 2000, s.351

ifade etmektedir.¹⁴⁹

Küçük örgütlerin etkinliklerini artırabilmeleri önemli sayılmaktadır. Etkinlik ve verimliliğin artırılmasında kurumsallaşma önemli bir yer tutmaktadır. Kamuoyunda gelecek için güven veren bir konuma gelebilmeleri bakımından, güçlü bir yapı ile genişlemeye açık sistemlerden oluşan bir yapı oluşturulmaya çalışılır.¹⁵⁰ Kurumsallık Teorisi, hukuk ve sosyoloji Profesörü Selznick'in 1948'de geliştirdiği "doğal sistem modeli"ne dayanmaktadır. Modele göre; örgütler için önemli olan şey örgütün hayatta kalmasıdır.¹⁵¹

Kurumsallaşmanın amacı, verimliliğinin artırılması ve bu durumun sürekli olmasıdır. Kurumsallaşma, iş yapma yöntem ve süreçlerinde standart uygulamalar getirir ve böylece verimliliği artırır.¹⁵² Kurumsallaşma dinamik bir süreçtir. Dış çevresel koşullara örgütlerin uyumunun sağlanması büyük önem arz etmektedir. Kurumsallaşma ile; değişen çevresel koşullar sürekli incelenerek örgüt hedeflerinin, örgüt yapısının, işgören niteliklerinin, teknolojisinin ve iş görme yöntem ve biçimlerinin bu değişime ayak uydurmasını sağlamaktır.

Kurumsallaşma sürecini tamamlamış örgütlere bakıldığında; bu örgütlerin gerek çalışmalarına, gerek müşterilerine ve kamuoyuna yönelik olumlu girişim ve sistemleriyle değer yargıları mevcuttur. Kurumsallaşmış örgütler örgütün çalışanları, müşterileri ve kamuoyu tarafından saygıyla kabul edilmektedirler.¹⁵³

Kurumsallaşmanın en önemli göstergesi, insana yönelik yönetim sisteminin

¹⁴⁹Akat, İter; Atılğan, Turan; "Sanayi İşletmelerinde Kurumsallaşma ve Şirket Kültürü", *Ekonomik ve Sosyal Sorunlar- Çözüm Dizisi*, TOBB Yayın No. 226, 1992, s.19

¹⁵⁰ Doğan, Selen; "İşletmelerde Sürekliliğe Götüren Yol: Kurumsallaşma ve Önemi", *Türk İdare Dergisi*, Yıl. 69, Sayı:415, Haziran, 1997, s.204

¹⁵¹ Ataman, a.g.k., s.193

¹⁵² Eren, a.g.k., s.115

¹⁵³ Doğan, a.g.m., s.225

oluşturulmasıdır. İnsanları anlamlı bir iş yaptıklarına inandırmak, yaptıkları işin önemini fark ettirmek, takdir etmek, işlerini sevmelerini sağlamak ve onlara verilen işi yapan üretim faktörü olarak değil, üretime katılan, inceleyen, araştıran, düşünen beyinler olarak görmektir.¹⁵⁴ Bu yöntemle çalışanlar kendilerini işin sahibi gibi hissetmektedirler.

Örgütlerin kurumsallaşma düzeylerinin tespitinde kullanılan unsurlar şöyle sıralanmaktadır;¹⁵⁵

- ✓ Sade ve yalın bir örgüt yapısı
- ✓ Yüksek düzeyde farklılaşmak
- ✓ Çevreye uyum gösterebilmede esnek davranış içinde olmak
- ✓ Kendine özgü özelliklere, ayırt edici yeterliliklere sahip olmak

Buraya kadarki kısımda kurumsallaşma kavramı ve işletmeler açısından önemi incelenmiştir. Sağlık kurumlarında yaşanan kurumsallaşma çalışmalarına ve bunların önemine değinilecektir.

I.2.2. 2. Sağlık Kurumlarının Kurumsallaşması

Sağlık sorunlarının çözümünde kurumsallaşma çok büyük role sahiptir. Bu amaçla; hastanelerin kurumsallaşma süreçlerini en kısa zamanda tamamlayarak kalıcı olmaları gerekmektedir. Bütün tepe yöneticiler, örnek davranışlar sergileyerek, birer rol modeli olabilmelidirler. Ancak hastanelerimizin büyük bir kısmındaki tepe yöneticiler kurumu değiştirin; ama, bana dokunmayın mantığıyla hareket etmektedirler.¹⁵⁶

¹⁵⁴ Akat, Atılğan, a.g.m., s.41-44

¹⁵⁵ Karpuzoğlu, Ebru; *Aile Şirketlerinde Kurumsallaşma*, Hayat Yayınevi, Yönetim Dizisi 16, İstanbul, 2001, s.74

¹⁵⁶ Üstünel, İsmail; “ Kalite Yönetimi Manzaraları”, *Hastane-Hospital News* 9. Sayı, Kasım- Aralık

Sağlık hizmetinde değişimi zorunlu kılan unsurlar üçe ayrılmaktadır.¹⁵⁷ Birincisi, nüfus artışının yanı sıra, her 10 yılda bir yaşam süresinin 3 yıl uzaması ve sağlık bilinci düzeyinin yükselmesi ve buna paralel olarak hizmetlerden yararlanma sıklığının artmasıdır. İkincisi, tıp teknolojilerindeki birikimin artmasıdır. Buna bağlı olarak da ileri teknoloji ürünü pahalı uygulamalarının günlük işlemlerde hızla yaygınlaşmasıdır. Üçüncüsü ise; akut hastalıkların öneminin azalması ve tedavisi daha pahalı olan kronik hastalıkların önem kazanmasıdır.¹⁵⁸ Bu üç gelişme, hastane işletme maliyetlerini artırıcı unsurlardır. Bu durumda, hastane yöneticileri mevcut finansal olanaklarıyla bu konuda karşılaşacakları sorunları aşmak zorundadırlar.

Hastanelerde temel inanç; iyi bir hekimlik hizmetinin verilmesidir. Buna karşın iyi bir hekimlik hizmeti için bu hizmetin desteklenmesi gerekmektedir. İyi bir hekimlik hizmetinin verilebilmesi ancak hemşirelik, laboratuvar, radyoloji, biomedikal gibi hizmetlerin de hekimlere en iyi şekilde verilmesiyle oluşabilmektedir. Bütün bu birimler, bir arada koordineli çalışmaktadırlar. Hastane hizmeti birbirine zincirleme bağlı bir hizmet şeklindedir. İç içe olan hizmetlerin aksamadan yürütülmesi ve kimin ne zaman ne yapacağını belirlenmesi hastane yönetiminin görevidir.¹⁵⁹ Bu görevin eksiksiz yerine getirilmesi önemlidir.

Hastane organizasyonlarında yönetimin profesyonelleşmesi kurumsallaşma sürecinde en önemli aşamalardan birisidir. Kurumsallaşarak daha doğru kararlar almak

2000,s.14

¹⁵⁷Sayar, Kemalettin; “ Özel Hastanelerde Kurumsallaşma Süreci”, *Hastane-Hospital News* 12. Sayı, 2001,s.1

¹⁵⁸ Sahin, Ümit; “Sağlık Bakım Hizmetleri Sistemimiz İçin Öneriler”, *Modern Hastane Yöneti Dergisi*, C:3 S:4 , Eskişehir, Nisan-Mayıs 1999, s.1

¹⁵⁹ Sayar, a.g.m., s.1-2

mümkündür. Sağlık alanında rekabetin artması, sigorta kurumları, meslek odaları, standart belirleme kurulları ve diğer toplumsal kurumlarla ilişkilerin karmaşıklaşması ile yönetsel sorunlar artmıştır. Bu gelişmeler profesyonel yönetime duyulan gereksinimi artırmıştır. Bütün bu sorunların çözümünde kurumsallaşmanın gereği anlaşılmıştır.

II. BÖLÜM

SAĞLIK KURUMLARINDA ÖRGÜT GELİŞTİRME

Bu bölümde sağlık kurumlarının genel yapısı, sağlık kurumlarının özellikleri, sağlık kurumlarının yapısal ve işlevsel sorunları ve sağlık reformları incelenecektir.

II.1 Sağlık Kurumlarının Genel Yapısı

Sağlık kurumlarının genel yapısını incelerken sağlık bakanlığından başlayarak bütün kurumları tek tek inceleyeceğiz.

II.1.1. Türk Sağlık Sektörü Ve Sağlık Bakanlığı

Türk sağlık sektörünü incelemeye sağlığın tanımını yapılarak başlanacaktır;

Dünya Sağlık Teşkilatı sağlığı, “*yalnızca hastalık ya da sakatlığın bulunmayışı olarak değil, bedensel ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik halinde bulunmak*” olarak

tanımlamaktadır.¹⁶⁰

Sağlık hizmetleri ise şu şekilde tanımlanmaktadır; “*insan sağlığına zarar veren çeşitli faktörlerin yok edilmesi ve toplumun bu faktörlerin tesirinden korunması, hastaların tedavi edilmesi, bedeni ve ruhi kabiliyetleri azalmış olanların işe alıştırılması (Rehabilitasyon) için yapılan tıbbi faaliyetlerdir*”.¹⁶¹

Dünya Sağlık Teşkilatı'nın "2000 Yılında Herkese Sağlık" programı çerçevesinde, sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi, hastalıklar ve hastalıkların olumsuz sonuçlarının azaltılması için öngördüğü iyileştirme önerileri dört başlık altında toplanmaktadır. Bunlar;¹⁶²

- 1) Sağlıkta eşitlik sağlayabilmek, herkesin sağlık kurumlarından hiçbir fark gözetilmeksizin eşit şekilde yararlanabilmesine yardımcı olabilmek,
- 2) Sağlıklı bir hayat için insanların fiziksel ve zihinsel kapasitelerini tam olarak kullanmalarını sağlayarak, böylelikle insanların yaşamlarına anlam kazandırabilmek,
- 3) İnsanların önemli hastalık ve sakatlıklar olmadan yaşadıkları yılların sayısını arttırarak yaşamlarına sağlık kazandırılabilmek,
- 4) Beklenen yaşam süresinin yükseltilerek yaşam süresini uzatabilmek sayılabilir.

Koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici sağlık hizmetleri olarak üç ana başlığa ayrılabilen sağlık hizmetleri, genel olarak sağlığın korunması ve hastalıkların

¹⁶⁰ Özalp, Sinan; Şahin, Ümit; Ünlüoğlu, İlhami, “Sağlık Hizmetlerinde Kalite ve Eğitim ile İlişkisi”, *I. Ulusal Sağlık İdaresi Kongresi- Bildiriler*, Hacettepe Kültür Merkezi, Ankara: 20-21 Mayıs 2000, s.244

¹⁶¹ T.C. Sağlık Bakanlığı, *Sağlık Mevzuatı*, Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun, Madde 2

¹⁶² WHO, *Health For All 2000*, Geneva, WHO, 1988, s.5-11

tedavisi için yapılan çalışmaları kapsamaktadır.¹⁶³

Koruyucu sağlık hizmetleri (Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri) tanımı ve stratejileri 1978'de Alma Ata Konferansında belirlenmiş ve bu bildirme ile dünyaya duyurulmuştur. Bu bildirgenin altında imzası olan ülkelerden birisi de Türkiye'dir. Bu tarihten sonra, bir çok Avrupa ülkesi BBSH'i geliştirecek kararlar almışlardır. Alma Ata'da yapılan Temel Sağlık Hizmetleri konulu uluslararası bu konferansla, dünyadaki tüm insanların sağlıklarını korumak ve daha iyi bir duruma getirmek temel amaç haline gelmiştir. Bu amaçla tüm hükümetlerin, tüm sağlık ve kalkınmada görevli olanların ve dünya toplumlarının en kısa zamanda gerekli işlemlerini yapabilmesini sağlayan bir bildirme yayınlamıştır.¹⁶⁴

1960'tan sonra, gerek toplumu tehdit eden önemli ve sosyal hastalıkların kontrol altına alınması ve gerekse iktidar değişikliklerine bağlı olarak sağlık politikalarında yapılan değişiklikler yeni yapılanmanın gereğini ortaya koymuştur. Zaman içerisinde hekimlik ve sağlık anlayışında büyük değişiklikler olmuştur. Önceleri hastaları tedavi eden, sağlığı sadece hastayla hekim sorunu olarak gören düşünce zamanla hastanın değil hastalığın tedavisi, yok edilmesi şeklinde değişmiştir.¹⁶⁵

Çağdaş düşünceye göre; sağlık hizmetleri koruyucu, tedavi edici olarak ikiye ayrılmaz. Sağlık hizmetleri bir bütündür ve devletin görevidir şeklinde ifade edilmektedir. Bireylerin sağlıklı ve uzun yaşaması için zamanında tedavi edilmeleri gerekmektedir. Bu görüşe göre; İnsan Hakları Bildirgesi'nde yer alan herkesin ulaşabileceği en yüksek sağlık

¹⁶³ Özşarı, Haluk; "Sağlık ve Sigorta", *Sigorta Dünyası Dergisi*, 472, .Sayı, İstanbul Nisan 2000, s:20-26

¹⁶⁴ TC Sağlık Bakanlığı, *Temel Sağlık Hizmetleri Uluslar arası Konferansı Alma Ata Bildirgesi*, s.1-6 http://www.sabem.saglik.gov.tr/forum/ezadmin/htmlarea/files/documents/1235_1alma_ata.pdf

¹⁶⁵ Sözen , Cemil; *Sağlık Hizmetlerinde Yönetim*, Atlas Kitapevi, Konya, 1997, s.79

düzeyine ulaşması ilkesi ancak bu yolla gerçekleşebilir.¹⁶⁶

Alma Ata konferansından 20 yıl kadar önce Türkiye’de 224 sayılı yasa ile bir sağlık sistemi oluşturulmuştur. 224 sayılı yasa bütün sağlık kuruluşlarını içine alan bir modeldir. Bu model, günümüzde uygulanmakta olan birçok uygulamayı bünyesinde barındırmaktadır. Tam adı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun’dur. Kanun 1963 yılında Muş ilinde uygulanmaya başlanmıştır.¹⁶⁷

Bu kanuna göre sosyalleştirilmiş sağlık hizmeti teşkilatı; sağlık evleri, sağlık ocakları, sağlık merkezleri ile hastaneleri, çeşitli koruyucu hekimlik kuruluşları, sağlık hizmeti özelliği arz eden yerler için kurulmuş sağlık kuruluşları, sağlık müdürlükleri, bölge hastaneleri, bölge laboratuvarları, sağlık personeli yetiştiren eğitim kurumları, Sağlık Bakanlığı merkez teşkilatı ve diğer Bakanlık ve kurumlarda Sağlık Bakanlığı ile işbirliği yapmak üzere kurulmuş olan dairelerden oluşmaktadır.¹⁶⁸

Bu kanuna göre sağlık hizmetlerinin halka sunulduğu en uç nokta sağlık ocaklarıdır. Bu kanunun 2.maddesinin 6.paragrafında sağlık ocağının tanımı “*Takriben 5000 - 10000 kişinin köyler grubu veya bir kasaba veya şehir ve büyük kasabalardaki mahalle grupları bir sağlık ocağını teşkil eder. Bunların il içinde idari taksimata uyması icab etmez*” şeklinde yapılmıştır. Bir sağlık ocağının hizmeti en az bir hekim ve yeter sayıda yardımcı sağlık personelinden oluşan bir ekip tarafından yürütülür. Köylerde bu ekibe yardımcı olarak kurulan sağlık evlerinde yardımcı sağlık personeli görevlendirilir.

224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun ile geniş alanda hekime dayalı tek yönlü hizmet yerine, nüfusu belli dar alanda, ekip hizmetine

¹⁶⁶ Sözen, a.g.k., s.79

¹⁶⁷ “On Soruda 224 Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun”, *Toplum ve Hekim Dergisi*, Ocak-Şubat 2001, sayı 1, s, 28

¹⁶⁸ T.C. Sağlık Bakanlığı, *Sağlık Mevzuatı*, Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun, Madde 9

dayalı, çok yönlü hizmet öngörölmüş ve hem kişiye hem çevreye yönelik koruyucu hizmetlerin tedavi edici hizmetlerle birlikte ve birbirini destekler mahiyette yürütölməsi en önemli ilkelerden biri olmuştur. Hizmeti eşit ve kolay ulaşılabilir kılmak için yaygın bir hizmet ağı olan sağlık ocakları ve sağlık evleri hizmet birimleri kurulmuştur.

1961 yılında çıkarılan 224 sayılı yasadan sonra, 1987 yılında yürürlüğe giren 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu ile yukarıda sayılan özellikler doğrultusunda birçok düzenleme yapılmıştır. Bu düzenlemelerden bazıları; sağlık kurumlarının ve personelin yurt çapında dengeli dağıtılması (madde 3a ve g), koruyucu sağlık hizmetlerine öncelik verilmesi (madde3b ve l), sevk sistemi (madde 3d), ve sektörler arası işbirliğidir (madde 3g ve j).¹⁶⁹

Türkiye’de sağlık alanındaki belirlenen fonksiyonlar; ulusal düzeyde politikaların belirlenmesi, ulusal düzeyde politikaların yönetimi, genel koordinasyon ve düzenleme, sağlık hizmetlerinin sunumu, sağlık hizmetlerinin finansmanı şeklinde gruplandırılabilir.¹⁷⁰

Ülkemizde, sağlık alanında ulusal düzeyde kararlar alınması ve genel politikaların belirleme yetkisi kurumlar arasında dağıtılmıştır. Bu kurumlar; Türkiye Büyük Meclisi, Sağlık Bakanlığı, Devlet Planlama Teşkilatı, Yüksek Öğretim Kurumu ve Anayasa Mahkemesi’dir. Sağlık alanında ulusal düzeyde politika belirlenmesi konusunda asıl görev ve fonksiyon TBMM ve Sağlık Bakanlığı’na aittir.

Ülkemizde sağlık hizmetlerinin planlanmasından iki ana kurum sorumludur. Bunlar; Devlet Planlama Teşkilatı (DPT) ve Sağlık Bakanlığıdır. Sağlık sisteminin

¹⁶⁹ 3359 Sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu, 15/5/1987 Sayı: 19461 Yayımlandığı Düstur : Tertip: 5 Cilt: 26

¹⁷⁰ Aktan, Coşkun Can; *Sağlık Bakanlığı Merkez Teşkilatı Yönetim Kapasitesinin Değerlendirilmesi ve Yeniden Yapılandırılması*, T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, Ankara, Nisan 2004, s.5

amaçları, görevleri, ilkeleri, yöntemleri ve politikaları düzenli olarak Beş Yıllık Kalkınma Planları'nda belirlenmekte ve TBMM onayından geçmektedir. Bu kurumlardan DPT'nin iki görevi bulunmaktadır. Görevlerinden ilki; stratejik planlamadır. Bu görevi nedeniyle beş yıllık kalkınma planları hazırlamaktadır. İkinci görevi yatırım; onaylama ve planlamadır. Tüm yeni sağlık yatırımlarının DPT onayından geçmesi gerekmektedir. Sağlık Bakanlığı ise ; sağlık hizmetlerinin sunumuna ilişkin operasyonel planlamalar yapmakta ve tanımlanan politikaların uygulanmasından sorumlu olmaktadır. Diğer kurumların görevleri incelendiğinde; Yükseköğretim Kurulu; üniversite hastanelerinden sorumludur ve sağlık politikalarında yapıcı bir rolü bulunmamaktadır. YÖK, DPT ve Sağlık Bakanlığı'na planlamalar esnasında danışmanlık yapmaktadır.¹⁷¹ Anayasa Mahkemesi ise; TBMM'nin yasama rolü çerçevesinde hazırladığı kanun maddelerinin Anayasaya uygunluğunu denetlemektedir.

Ülkemizde sağlık hizmetlerinin finansmanı alanında devlet ve özel kesim bir arada bulunmaktadır. Maliye Bakanlığı, Emekli Sandığı, SSK, Bağ-Kur, Özel Sandıklar, Vakıflar, Özel Sigorta şirketleri gibi kurumlar başlıca finansman kuruluşlarıdır.¹⁷² Sağlık alanında hizmet sunucularını ise; üç grupta toplamak mümkündür. Bunlar sırasıyla devlet hastaneleri (Sağlık Bakanlığı, Üniversiteler, SSK vs.) ; özel kesim sağlık kuruluşları (özel hastaneler, azınlık hastaneleri, özel poliklinikler, laboratuvar ve tanı merkezleri vs.); dernek ve vakıflardır.¹⁷³

Sağlık hizmetlerinin genel yönetiminden birinci derecede Sağlık Bakanlığı görevli ve sorumlu tutulmaktadır. Türkiye'de ikinci büyük tedavi hizmeti üreticisi ise; Sosyal Sigortalar Kurumudur (SSK). SSK hizmetlerinden, bir hizmet akdiyle çalışan, prim

¹⁷¹ Aktan, a.g.k., s.5-6

¹⁷² Aktan, a.g.k., s.6

¹⁷³ Aktan, a.g.k., s.6

ödeyen işçiler ve kurumdan aylık alan pasif sigortalılar ile onların bağımlıları istifade etmektedir. Kurum, 1992 yılı sonu itibariyle yaklaşık 20.4 milyon kişiye hizmet vermektedir.

Kurumun ilk kurulduğu yıllarda ülke genelinde henüz yeterli bir sağlık altyapısının bulunmaması, kaçınılmaz olarak SSK'nın kendi mensuplarına hizmet üretmek amacıyla yatırımlara yönelmesine yol açmıştır. Sağlık hizmet birimleri ülkedeki diğer sağlık hizmet birimleriyle bütünleşmemiş olup, kendi mensuplarına dahi hizmet sunmakta darboğaza düşmektedir.¹⁷⁴

Aşağıda Sağlık Bakanlığı'nın görev ve sorumluluklarını incelenmektedir.

II.1.2.Sağlık Bakanlığı'nın Görev Ve Sorumlulukları

Türkiye Cumhuriyeti Anayasası'na göre, ülke sınırları içinde yaşayan herkesin, sağlıklı bir çevrede yaşayabilmesi ve sürekli olarak sağlık hizmetlerinden yararlanabilmesinin temini, devletin görevidir. Anayasa ile devlete verilen bu görevi yerine getirmekle sorumlu ve yetkili organ Sağlık Bakanlığı'dır. Sağlık Bakanlığı, Cumhuriyet döneminde 02.05.1920 tarihinde üç sayılı Kanun ile "Sıhhat ve İctima-i Muavenet Vekaleti" adı altında Bakan, Müsteşar, Sağlık ve Sosyal Yardım İşleri Müdürlüğü ile birkaç müfettişten oluşan kadro ile kurulmuştur. "Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Teşkilat ve Memurin Kanunu" ile "Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı" olarak değiştirilmiştir.¹⁷⁵

Sağlık Bakanlığı, insanların beden ve ruh sağlığı içinde hayatlarını devam

¹⁷⁴ Yıldırım, Savaş; "Sağlık Hizmetlerinde Harcama Ve Maliyet Analizi", Yayın No: DPT: 2350, Temmuz 1994, s.27 <http://ekutup.dpt.gov.tr/saglik/yildirir/hizmet.pdf>

¹⁷⁵ T.C. Sağlık Bakanlığı, *Türkiye Sağlık Hizmetlerinde Üç Yıl*, Mayıs 1999- Mayıs 2002, Ankara, s.15

ettirebilmeleri için, ülkenin sağlık koşullarını düzeltmekle görevlidir.¹⁷⁶ Sağlık Bakanlığı bu görevi yerine getirmek için, gerekli durumlarda, ilgili kamu kurum ve kuruluşları ile temasa geçerek sağlık hizmetlerini planlamak, uygulamak, denetlemek ve değerlendirmekle görevli en üst kurumdur.

24.1.1989 tarih ve 356 sayılı “*Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'nın Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname*” çerçevesinde Sağlık Bakanlığı'nın görevleri şu şekilde belirlenmiştir:¹⁷⁷

- Herkesin hayatını bedenlen, ruhen ve sosyal bakımdan tam iyilik hali içinde sürdürmesini sağlamak için fert ve toplum sağlığını korumak ve bu amaçla ülkeyi kapsayan plan ve programlar yapmak, uygulamak ve uygulatmak, her türlü tedbiri almak, gerekli teşkilatı kurmak ve kurdurmak,

- Bulaşıcı, salgın ve sosyal hastalıklarla savaşarak koruyucu, tedavi edici hekimlik ve rehabilitasyon hizmetlerini yapmak,

- Ana ve çocuk sağlığının korunması ve aile planlaması hizmetlerini yapmak,

- İlaç, uyuşturucu ve psikotrop maddelerin üretim ve tüketimini her safhada kontrol ve denetlemek; farmasötik ve tıbbi madde ve müstahzar üreten yerlerin, dağıtım yerlerinin açılış ve çalışmalarını esaslara bağlamak, denetlemek,

- Gerekli aşı, serum, kan ürünleri ve ilaçların üretimini yapmak, yaptırmak ve gerekirse ithalini sağlamak,

- Temel sorumluluk Sağlık Bakanlığına ait olmak üzere Tarım Orman ve Köy İşleri Bakanlığı ve mahalli idarelerle işbirliği suretiyle gıda maddelerinin ve bunları üreten

¹⁷⁶Gürlel, Can Fuat; Faruk Demir ve diğerleri, *Devlet Teşkilatının Yeniden Yapılandırılması*, İstanbul Ticaret Odası, Yayın No: 2002-8, İstanbul, 2002, s.35

¹⁷⁷ *Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'nın Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname*, V. Tertip Düsturun Cildi : 23 , s.:364, madde 2

yerlerin sağlık açısından kontrol hizmetlerini yürütmek,

- Mahalli idareler ilgili diğer kuruluşlarla işbirliği suretiyle evre sağlığını ilgilendiren gerekli tedbirleri almak ve aldrmak,
- Bulaşıcı, salgın insan hastalıklarına karşı kara hudut kapıları, deniz ve hava limanlarında koruyucu sağlık tedbirlerini almak,
- Kanser, verem ve sıtma ile savaş hizmetlerini yürütmek ve bu alanda hizmet veren kurum ve kuruluşların çalışmalarının koordinasyonunu ve denetimini sağlamak,
- Bu görevlerin yerine getirilmesi için gerekli tesisleri kurmak ve işletmek, meslek personelini yetiştirmek,
- Sağlık hizmetleriyle ilgili olarak milletlerarası ve yurt içindeki kurum ve kuruluşlarla işbirliğinde bulunmak.

Sağlık Bakanlığı, merkezi düzeyde, sağlık hizmetleri ile ilgili genel kararları ve politikaları belirlemek ve uygulamaktan sorumludur. Taşra düzeyinde ise her ilde idari olarak valiye bağlı çalışan ancak teknik olarak Sağlık Bakanlığı'na karşı sorumlu İl Sağlık Müdürü bulunmaktadır.¹⁷⁸ Sağlık alanında hizmet vermekten sorumlu bu kurum, birinci ve ikinci basamak sağlık hizmetleri vermekten sorumlu ana organizasyon ve koruyucu sağlık hizmetleri veren kuruluştur. Koruyucu sağlık hizmetleri, sağlık ocağı, sağlık evleri ve ana ocuk sağlığı ve aile planlaması merkezleri yanında verem savaş dispanserleri, sıtma merkezleri ve kanser savaş merkezleri aracılığıyla sunulur. İkinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri sunumu ise, diğer kamu kuruluşları, dernek, vakıf, özel kişiler ve Sağlık Bakanlığı'nca verilmektedir.

Bakanlık merkez teşkilatı, ana hizmet birimleri, danışma, denetim birimleri ve

¹⁷⁸Aktan, a.g.k., s.12

yardımcı birimlerden meydana gelmektedir. Sağlık Bakanlığı merkez teşkilatının amacı, Sağlık Bakanlığı'nın bütün program ve hizmetlerini planlamak, idare etmek ve denetlemektir. Merkezde bakan, bir müsteşar, beş müsteşar yardımcısı, yüksek sağlık şurası, teftiş kurulu ve danışmanlarla birlikte çalışmaktadır. Müsteşar ve yardımcılarının sorumluluğunda idari alanları yönetmekten sorumlu olan çeşitli daire başkanlıkları ve kurullar bulunmaktadır.¹⁷⁹ Bakanlık, ana hizmet birimleri; Temel Sağlık Hizmetleri, Tedavi Hizmetleri, İlaç ve Eczacılık, Sağlık Eğitimi, Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlükleri ve Sıtma Savaş, Verem Savaş ve Kanserele Savaş, Dış İlişkiler, Avrupa Topluluğu Koordinasyon Dairesi Başkanlıklarından oluşmaktadır.¹⁸⁰ Bakanlığa bağlı kuruluşlar şu şekilde sıralanmaktadır; Refik Saydam Hıfzısıhha Merkezi Başkanlığı, Hudut Sahiller ve Sağlık Genel Müdürlüğü'dür. Danışma ve denetim birimleri ise; APK Başkanlığı, Hukuk Müşavirliği, Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, Basın ve Halkla İlişkiler Müşavirliği ve Bakanlık Müşavirliği bölümlerinden oluşmaktadır.

Sağlık Bakanlığı bünyesinde, sağlık projeleri faaliyetleri yürütülmektedir. Bu faaliyetler, Dünya Bankası kredi katkılı ve ülkede sağlık sisteminin genel anlamda iyileştirilmesini hedeflemektedir. Projelerin iki tanesi uygulanmaya başlanmış ve birincisi 1996 yılında tamamlanmıştır. Üçüncü sağlık projesi hazırlık görüşmeleri ise; 1998 yılı itibariyle devam etmektedir. Bakanlıkta bu çalışmalarını koordine etmek amacıyla doğrudan Müsteşara bağlı bir birim kurulmuş ve Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü adıyla çalışmaya başlamıştır.¹⁸¹

¹⁷⁹ Hayran, Osman; Sur, Haydar; *Sağlık Hizmetleri El Kitabı*, Yüce Yayım, İstanbul, 1998, s.231

¹⁸⁰ Gürlesel, Demir, a.g.k., s.36

¹⁸¹ Hayran, Sur , a.g.k., , s.232

II.1.3. Sağlık Bakanlığı, Merkez Teşkilatı'nın Swot Analizi

Sağlık Bakanlığı'nın genel bir durum analizi yapılmıştır. Organizasyonlarda mevcut durum analizi yapılmasında yaygın olarak kullanılan analiz tekniği SWOT analizidir. SWOT analizi, bir organizasyonun güçlü ve zayıf yönlerini ve dış çevredeki fırsat ve tehlikeleri belirlemeye yardımcı olan bir yönetim tekniğidir.¹⁸²

Aşağıda Sağlık Bakanlığı merkez teşkilatı'nın genel bir SWOT analizi yapılmıştır.¹⁸³ Sağlık Bakanlığı merkez teşkilatı güçlü yönleri şöyledir;

- Sağlık hizmetleri ülke genelinde, büyük ölçüde, ulaşılabilir niteliktedir.
- Sağlık göstergelerinde (kaba doğum hızı, bebek ölüm hızı gibi) gittikçe bir iyileşme söz konusudur.
- Sosyal güvenlik sistemi tam ve etkin işlemese de nüfusun önemli bir kesimi sosyal güvenlik sisteminden yararlanmaktadır.
- Türkiye'de oturmuş bir tıp eğitimi bulunmaktadır. Dağılımın ve istihdamın bozuk olmasına rağmen çok sayıda hekim bulunmaktadır.
- Tıp Fakültesi Hastaneleri sayı olarak artmaktadır. Bunun bazı sakıncaları bulunmaktadır. Şöyleki; bu artış, tıpta eğitim seviyesinin düşmesine ve gereksiz yere yüksek sayıda hekim yetiştirilmesine neden olmaktadır. Bu sakıncaları bünyesinde bulundurmakla birlikte, daha doğru işletmecilik kuralları uygulandığı takdirde bu hastaneler kamu hastanelerinin görevlerini daha fazla destekleyebilmektedirler.
- Türk insanının geleneklerine bağlılığı, HIV Enfeksiyonu ve AIDS

¹⁸² Balcı, Asım; "Sağlık Bakanlığı'nın Desantralizasyonu ve Taşra Teşkilatının Reorganizasyonu", *Nihai Rapor*, Ankara, 2004, s.59

¹⁸³ TÜBİTAK, Vizyon 2023, "Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Durumu", SWOT Analizi, <http://vizyon2023.tubitak.gov.tr/teknolojiongorusu/paneller/saglikveilac/raporlar/son/EK-21.pdf>,

hastalığının yayılımı üzerinde yavaşlatıcı etki göstermiştir.

- Türkiye’de, uyuşturucu madde bağımlılığı, alkol tüketimi ve alkolizm oranı, gelişmiş batı ülkelerine göre daha düşüktür.

- Koruyucu sağlık hizmetlerinde (Sağlık Ocağı...vb) pek çok yetersizlik ve aksaklığa rağmen fiziksel alt yapı ve hizmet ağı bulunmaktadır.

-Kara ve deniz kapılarındaki kontrol noktalarında bulaşıcı hastalık taşıma riski olan turistleri tespit etmeye yönelik sağlık kontrolleri yurt dışındaki salgınların ülkemize girmesini büyük ölçüde engellemektedir.

- İlk yardım ve acil yardım gerektiren durumlarda ülke genelinde yaygın acil yardım hizmet birimleri kurulmuştur.

- Hastane döner sermayeleri, DPT ve hükümet politikalarıyla desteklenmiş ve bunun sonucunda başta gelişmiş hastaneler olmak üzere döner sermaye sistemleri yerleşmiştir.

- Türkiye’de birçok aksaklık ve yetersizliklere rağmen, bebek ölüm hızında, aşıyla korunabilen hastalıklarda, verem ve sıtma gibi hastalıklarda yavaş ancak düzenli bir azalma mevcuttur. Bu azalma tümüyle olmasa bile kısmen sağlık kurumlarının bu konuyla ilişkili çalışmalarının etkinliğini göstermektedir.

Bu güçlü yanlarının yanında Sağlık Bakanlığı’nın zayıf yönleri de bulunmaktadır. Sağlık Bakanlığı merkez teşkilatı zayıf yönleri ise şöyledir;¹⁸⁴

- Hizmetlerin önemli bir kısmı merkezde toplanmıştır ve desantralizasyon (merkezi yönetimin elindeki planlama, karar verme ve kamu gelirlerinin toplanması gibi

¹⁸⁴ TÜBİTAK, a.g.r., s.2

yönetsel yetkilerin bir kısmını taşra kuruluşlarına; yerel yönetimlere, yarı özerk kamu kurumlarına, meslek kuruluşlarına ve yönetimin dışındaki gönüllü örgütlere aktarılmasını, bunlarla işbirliği içinde paylaşılmasıdır.) oldukça eksiktir.

- Uzun vadeli stratejik planlama oluşturulmamıştır.
- Sağlık sisteminde profesyonel sağlık yöneticisi nitelik açısından eksiktir.
- Sağlık harcamalarına bütçeden yeterli pay ayrılamamaktadır.
- Sağlık harcamalarına ayrılan kaynakların çoğu cari giderlere ve verimsiz alanlara harcanmaktadır.
- Sağlık Bakanlığı'nda merkez ve taşra örgütünde fazla miktarda kadrolaşma mevcuttur.
- Sağlık hizmeti sunumunda çok başlılık ve ilgili kurumlar arası koordinasyon eksikliği kaynakların verimsiz kullanılmasına yol açmaktadır.
- Sağlık personeli için etkin bir performans değerlendirme ve ödüllendirme mekanizması bulunmamaktadır.
- Atamalarda ve görevlendirmelerde liyakat ilkesine (işe en uygun kişinin seçilmesi) dikkat edilmemektedir.
- Çok sayıda açılan tıp fakültesi eğitimin kalitesinin düşmesine neden olmuştur.
- Sağlık sektöründe, ilaç, sağlık malzemesi ve teknik donanımda büyük ölçüde dışa bağımlılık devam etmektedir.
- Hasta taşıma ve ambulans hizmetlerinde işletme ve finans açısından sorunlar yaşanmaktadır.
- Adli Tıp Hizmetleri yaygın olarak kurumsallaşmamıştır, otopsi uygulamaları

için gerçekçi bir düzenleme bulunmamaktadır.

- Sağlık sektöründe, kalite kontrolü, standardizasyon, iş verimliliği analizleri, denetimler ve geri bildirim kanalları etkin biçimde çalışmamaktadır.

- Sağlık alanında, enformasyon ve istatistik çalışmaları son derece yetersiz kalmaktadır.

- Sağlık sektöründeki teknolojik yatırımlar planlama açısından bozuk ve denetimsiz bir şekilde yapılmaktadır.

- Yetersiz beslenme ve yetersiz hijyenin yaygın olması nedenleriyle toplum tedavi edici sağlık hizmetlerine daha çok ihtiyaç duymaktadır.

- Hastanelerde, döner sermayeyi artırmak için yapılan gereksiz tahlil ve tetkikler sağlık harcamalarını artırmaktadır.

Kısaca şöyle denilebilir; Sağlık Bakanlığı merkez teşkilatı'nın zayıf yönleri güçlü yönlerine göre çok daha baskın durumdadır. Bir başka ifadeyle, bakanlık organizasyon ve yönetiminde ciddi eksiklikler söz konusudur.

II.2.Sağlık Kurumlarının Özellikleri

Sağlık kurumlarını, diğer endüstriyel ve hizmet kurumlarından ayıran özellikleri bulunmaktadır. Sağlık kurumlarının ayırt edici özellikleri şu şekilde sıralanmaktadır;¹⁸⁵

1. Yapılan hizmetler sonucu ortaya çıkan çıktının tanımlanması ve ölçümü zordur,

¹⁸⁵ Kavuncubaşı, Şahin; Kısa, Adnan; *Sağlık Kurumları Yönetimi*, Anadolu Üniversitesi Açık Öğretim Fakültesi, Yayın No:767, Eskişehir, 2002, s.80-81

2. Sağlık kurumlarında yapılan işler büyük ölçüde karmaşık ve değişkendir,
3. Sağlık kurumlarında gerçekleştirilen etkinliklerin büyük bir kısmı acil ve ertelenemez niteliktedir.
4. Yapılan işler, hata ve belirsizliklere karşı oldukça duyarlıdır,
5. Sağlık kurumlarında uzmanlaşma seviyesi çok yüksektir,
6. Sağlık kurumlarında işlevsel bağımlılık çok yüksektir: bu nedenle farklı meslek gruplarının faaliyetleri arasında yüksek düzeyde eşgüdüm gereklidir,
7. Sağlık kurumlarında insan kaynaklarının büyük kısmı profesyonel kişilerden oluşur ve bu kişiler kurumsal hedeflerden çok mesleki hedeflere önem vermektedirler.

II.3. Sağlık Kurumlarının Yapısal Ve İşlevsel Sorunları

Türkiye’de sağlık hizmeti sunan birimler arasında, birinci basamakta sağlık ocakları, AÇS/AP merkezleri, dispanserler, semt poliklinikleri, işyeri hekimlikleri, kurum tabiplikleri, özel muayenehaneler, özel poliklinikler, özel sağlık merkezleri ve vakıflara ait poliklinikler yer almakta ve bunlar koruyucu sağlık hizmeti ağırlıklı sağlık hizmeti vermektedirler. Yataklı tedavi hizmetleri ise, devlet hastaneleri, özel hastaneler ve askeri hastanelerden oluşan ikinci basamak sağlık kuruluşları ile üniversite hastaneleri, eğitim hastaneleri, araştırma hastaneleri ve referans hastanelerinden oluşan üçüncü basamak sağlık kuruluşları tarafından verilmektedir.¹⁸⁶ Her üç basamak sağlık hizmetleri de çok değişik kuruluşlar tarafından, eşgüdümünden, işbirliğinden ve bütünsellikten uzak biçimde verilmektedir. Kuruluşlar ve basamaklar arası bağlantılar yok denecek ölçüde kopuktur.

¹⁸⁶ T.C. Sağlık Bakanlığı; *Türkiye Sağlık Bilgi Sistemi Eylem Planı*, Ocak 2004, Ankara, s. 10.

Her üç basamakta da personel, altyapı ve kalite sorunu yaşanmaktadır.

Sağlık kurumlarında mevcut sorunlar , yönetimle ilgili sorunlar, mevzuat ile ilgili sorunlar, insan kaynakları ile ilgili sorunlar, finansman ile ilgili sorunlar, hizmetlerin sunumu ile ilgili sorunlar ve enformasyon değerlendirme ile ilgili sorunlar başlıkları altında ele alınmaktadır.

II.3.1. Yönetim İle İlgili Sorunlar

Türk sağlık sisteminin karşı karşıya olduğu temel sorunlarından en önemlisi "YÖNETİM PROBLEMİ"dir.¹⁸⁷ Ülkemizde sağlık kurumlarının yönetimi Cumhuriyetin kuruluşundan bu yana çoğunlukla tıp eğitimi almış ve hekimlik hizmetine devam eden kişilerce yürütülmüştür. Sağlık kurumları yönetimi konularında akademik kurumsallaşmaya gidilememiştir. Bu çalışmalar yapılmaya çalışıldıysa da yeterli etkililik sağlanamamıştır. Sağlık İdaresi ve Yönetimi tıp bilimi ile sınırlandırılmış, bu sektörün bilimsel bir çerçevede ekonomisi, planlaması, finansmanı, politikası ve yönetimi sıradanlaştırılmış ve bu konularda uzmanlaşmaya imkan verilmemiştir.¹⁸⁸

Sağlık kurumlarındaki yönetim sorunu, sağlık kurumlarında verilen hizmetlerin etkililiğini, verimliliğini ve kalitesini etkilemektedir. Ülkemizde bazı istisnalar dışında uygulanmakta olan sağlık kurumlarında yönetim modelleri verimliliği artırmamaktadır. Bu modeller, doktorların mesleki yönden olumsuz etkilenmesine, etkinliklerinin azalmasına ve hastane yönetiminin görevini tam olarak yerine getirmesini engellemektedir. Bu durum da, hizmetin kalitesinin düşmesine, kaynak ve insan gücü

¹⁸⁷ Yıldırım, Hasan Hüseyin; "Sağlık İşletmecisi ve Yöneticisi Adayları İçin Staj Eğitim Programlarının Önemi", *Modern Hastane Yönetimi*, Cilt: 2, Sayı: 5, Haziran-Temmuz 1998 , s.2

¹⁸⁸ Engiz, Oğuz; "Sağlık İşletmeleri İçin Yeni İnsan gücü Tipi: Toplam Kalite Yöneticisi", *Modern Hastane Yönetimi*, Cilt: 2, Sayı: 5, Haziran-Temmuz 1998, s.15

israfına neden olmaktadır.¹⁸⁹

Sağlık Bakanlığı merkez teşkilatı birimleri hizmet, yaş grubu ve belirli hastalıklar kapsamında karmaşık ve dikey bir organizasyon yapısına sahiptir. Bu yapı, birimler arası koordinasyon sorunlarına yol açmaktadır.¹⁹⁰ Az sayıda nitelikli sağlık yöneticisinin olması bu yöneticilerin uygun şekilde istihdam edilememesi, sağlık yönetimi ve karar verme mekanizmasının bilgiye dayanmaması yönetimle ilgili diğer sorunları oluşturmaktadır.

Yapılan bir çalışmada; (113' ü başhekim ve yardımcısı, 159 tanesi de hastane müdür ve müdür yardımcısı konumundaki 282 yöneticiye uygulanan anket çalışması) ülkemizde hastane üst yönetimini oluşturan yöneticilerin Rensis Likert tarafından sistem II yönetim davranışı altında toplanan davranışları sergiledikleri gözlenmiştir. Bu tür davranışı benimseyen yönetici; astlarına fazlaca güven duymamakta, aşağıdan yukarıya iletişime fazlaca olanak tanımamakta, astlarının kararlara katılımını sınırlamakta, astların fikirlerini dinlemekte ancak kararları tek başına almaktadır.¹⁹¹ Böyle olunca astların yaptıkları işi benimsemeleri ve kendilerini işin sahibi olarak hissetmeleri zorlaşmaktadır.

II.3.2.Mevzuat İle İlgili Sorunlar

Sağlık mevzuatı 1920'lerin sonları ve 1930'ların başlarını yansıtmakta olup oldukça eskidir. Günün koşullarına uymamaktadır. Sağlık mevzuatının güncellenmesi hizmetin kalitesi açısından önem taşımaktadır. Bu eksiklik hizmetin etkili ve verimli bir

¹⁸⁹ Soysal, Muzaffer ; *Hastanelerde Bilgisayar Kullanımı.*, MPM Yayınları: 486, Ankara 1993s.145

¹⁹⁰ "T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü" , *Türkiye Sağlık Reformları 1998*, Ankara, 1998, s.21

¹⁹¹ Kavuncubaşı, Şahin; Çoruh, Mithat; *Ekip Çalışması ve TKY Açısından Önemi Sağlık Yönetiminde Devamlı Kalite İyileştirme*, Ankara: Haberal Eğitim Vakfı Yayını, 1998, s.263

şekilde yürütülmesini engellemektedir.¹⁹²

Sağlık Bakanlığı'nın hala bir kuruluş kanunu bulunmamaktadır. Bakanlık örgütlenmesini Kanun Hükmünde Kararnameye göre yerine getirmektedir. Yürürlükte olan mevzuatın 1930'lu yıllara dayanan oldukça eski, dağınık, yetersiz ve karmaşık olması da önemli bir sorun teşkil etmektedir. Örgüt geliştirmede esas alınan nokta , günün koşullarına uyumun sağlanabilmesidir. Mevzuatın 1930'ları yansıtması bu uyumu güçleştirmektedir. Bu noktadan bakıldığında örgüt geliştirme ihtiyacı kendini göstermektedir.

Mevzuatın sık sık değişmesi de uygulama aşamasında sorunlara neden olmaktadır. Mevcut kanunlar arasında çelişkiler ve tekrarlar mevcuttur. Bazı kanunlar, değişen ihtiyaçlara cevap veremeyecek kadar fazla ayrıntıya sahiptir.¹⁹³

Personelin özlük haklarını düzenleyen, görev tanımlarının yer aldığı ve yeni meslek gruplarının tanındığı yasal düzenlemeler bulunmamaktadır. Öte yandan, eğitim hastaneleri mevzuatı ile hizmet hastanelerinin mevzuatının ayrılmaması, hastanelerin mali özerkliğe geçişiyle ilgili yasal düzenlemelerin yapılmamış olması, Ar-Ge projeleriyle ilgili mevzuatın uygun olmaması, atama ve nakil yönetmeliğinin çok sık değişime uğraması, mevzuat ve hukuk sisteminin Avrupa Birliği normlarına göre yapılandırılmamış olması belli başlı sorunlar arasında sayılabilir.

II.3.3. İnsan Kaynakları ile İlgili Sorunlar

Her alanda olduğu gibi, sağlık sektöründe de etkili hizmet sunmanın en önemli koşullarından biri, gerekli özelliklere sahip yeterli insan gücünün sektörde istihdam

¹⁹² "Sağlık Hizmetlerinde Etkinlik Özel İhtisas Komisyonu Raporu", *DPT, Sekizinci Beş yıllık Kalkınma Planı*, Ankara, 2001, s.34

¹⁹³ Türkiye Sağlık Reformları 1998, a.g.k., s.21

edilmesidir. Sağlık sektörü emek ve teknoloji yoğun bir sektör olduğundan, bu alanda yaşanan temel sorun, sağlık personelinin bölgesel istihdamında görülen dengesizliklerdir. Personel, genellikle Ege ve Akdeniz bölgeleri başta olmak üzere, büyük illerde yoğunlaşmıştır. Hekimlerin %48.5'i, uzman hekimlerin %56.1'i Ankara, İstanbul ve İzmir olmak üzere, üç büyük ilde toplanmıştır.¹⁹⁴ Ayrıca, Türkiye'deki sağlık personel durumu, Avrupa ülkelerinin göstergeleriyle karşılaştırıldığı zaman, yetmiş sağlık insan gücünün yetersiz olduğu görülmektedir.¹⁹⁵ Sağlık kaynakları, donanım ve personel ülke genelinde iyi dağıtılamamaktadır.¹⁹⁶ Hizmet veren insan gücünün eğitimi ve istihdam politikalarının sürekli değişimi hizmet sunumundaki istikrarı olumsuz yönde etkilemektedir.

Sağlık personelinin birbirlerine oranındaki dengesizlik; hekim sayısına oranla ebe, hemşire, sağlık memuru ve sağlık teknisyeni sayısının yetersizliği, sağlık personelinin temel eğitiminin yetersizliği, özellikle mezuniyette birinci basamaktaki uygulamalara hazırlıksız olunması, sağlık personelinin eğitim kalitesinin fiziksel kapasite, öğretim elemanı açığı ve eğitim materyali yetersizlikleri nedeniyle düşüklüğü, ebelik/hemşirelik personelinin profesyonel statüsünün, eğitim düzeyinin ve mesleki örgütlenmenin yetersiz olması nedeniyle, istenilen düzeyde olmaması, tüm sağlık personelinin ücretlerinin yetersizliği; sağlık personelinin motivasyonunun düşüklüğü, ücret ve terfinin performansla ilişkilendirilmemiş olması; gelişme düzeyi düşük bölgelerde çalışmayı özendirici önlemlerin olmaması, personel istihdamı ve yönetiminin çok merkeziyetçi ve esneklikten yoksun olması; kadro standartlarının eskiliği, sağlık personelinin görev, yetki ve sorumluluklarını düzenleyen mevzuatın eskiliği; görev analizlerinin olamaması, sağlık personelinin sürekli eğitimi konusunda koordinasyon eksikliklerinin olması; bu eğitimlerin

¹⁹⁴ Yıldırım, a.g.k., s.33

¹⁹⁵ Tokat, Mehmet; "1995 Yılı Türkiye Sağlık Harcamaları ve Finansmanı, Sağlık Bakanlığı", *Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü*, s.72

¹⁹⁶ Balcı, a.g.k., s.6

izlenmesi, personel istihdamına ve özlük haklarına yansıtılmasıyla ilgili bir düzenlemenin olmaması¹⁹⁷ sorunlar arasındadır.

II.3. 4. Finansman İle İlgili Sorunlar

Diğer ülkelerle karşılaştırıldığında sağlık hizmetlerine ayrılmış kaynaklar çok düşük düzeydedir. Gayri safi hasıladan koruyucu ve sağlığı geliştirici hizmetler için yeterince kaynak ayrılmamaktadır. 2000 yılında Türkiye’de sağlık harcamalarının GSMH içindeki payı %4.3 olarak gerçekleşmiştir. 2006’da Sağlık Bakanlığı’na ayrılan bütçe GSMH (Gayri Safi Milli Hasıla)’nın %1,33’dür. Sağlığa 2007 yılı için GSMH’nin %1,04’ü yani %3,2 oranında pay ayrılmıştır. 2008 ve 2009 yılları için planlanan bütçe sırasıyla GSMH’nin % 0,98’i ve 0,90’idir. Genel bütçeden Sağlık Bakanlığı’na ayrılan pay son yıllarda % 3-4 arasındadır. Dünya Sağlık Örgütü Türkiye gibi ülkelerde sağlık hizmetleri için en az %10 ‘luk bir oran önermektedir. Genel bütçeden Sağlık Bakanlığına ayrılan pay açısından Türkiye Avrupa ülkeleri arasında en sonda yer alırken kendi gelir grubundaki ülkeler içinde de sağlığa en az kaynak ayıran ülkeler arasındadır. OECD ülkeleri ortalaması 1997’de %7.9’dur. Bu ülkeler arasında GSMH içinde sağlığa en fazla pay ayıran ülkeler sırasıyla, ABD, Almanya, Fransa, Kanada, İtalya, Japonya ve İngiltere’dir.¹⁹⁸ Sağlık harcamalarında hızlı artış gösteren İsviçre’nin, 1997 yılı, GSMH’ dan sağlığa ayırdığı pay %10 olmuştur.¹⁹⁹ Bu ülkeler içinde 1992-1999 yılları arasında GSMH’ dan sağlığa en az pay ayıran ülke, tüm yıllar için, %2-4 ile Türkiye olmuştur.²⁰⁰

¹⁹⁷ “Türkiye Sağlık Reformları , a.g.k., s.21

¹⁹⁸ Can, Necla; “Avrupa Birliği ile Entegrasyon Sürecinde Türk Sağlık Sektörünün Durumu”, Ankara, 2001, s.1-2 <http://www.un.org.tr/who.htm>

¹⁹⁹ Sağlık ve Sosyal Hizmet Emekçileri Sendikası, *2007 Sağlık Hakkı İçin Mücadele Yılı Olacak*, Mattek Matbaacılık, Ankara, Ocak 2007, s.7

²⁰⁰ Tekingündüz, Sabahattin ; Önder Ömer .; “Gelişmiş Ülkelerle Türkiye’nin Kimi Sağlık Göstergeleri

Kamu sektöründe hizmet sunumu ve finansmanı görevleri genellikle aynı kuruluş tarafından verilmekte olup, kaynakların verimli ve etkili kullanımı için bir yaptırım bulunmamaktadır.²⁰¹ Toplam yatırımlar içinde sağlık sektörü yatırımları düşük bir paya sahiptir. Sağlık sektörünün, sabit sermaye yatırımları içindeki payına bakıldığında; 1990-1998 döneminde, sabit sermaye yatırımları toplam yatırımlar içinde ortalama %2.7'lik artış göstermiş, 1990 yılında toplam yatırımlar içinde %2.8'lik paya sahip olan sektör, 1998 yılında %4.6'lık paya ulaşmıştır.

Sağlık finansmanında yaşanan olumsuzluklar ve sorunların aşılması için yapılması gerekenler konusunda şunlar önerilmektedir;²⁰²

- Sağlık sektörünün eşitlik ve adalet ilkesi önemli yer tutmaktadır. Finansal yapılanmasında bu doğrultuda gerçekleştirilmesi gerekmektedir. Tüm bireylerin sosyal güvenliğe kavuşturulması ve temel sağlık hizmetlerine ulaşabilmenin koşullarının tüm bireyler için eşit olması sağlanmalıdır.

- Sağlık sektöründeki finansal göstergeler, gelişmiş ülkeler düzeyine yükseltilmelidir. Genel bütçeden sağlık hizmetlerine ayrılan paylar ve kişi başına sağlık harcamaları artırılmalıdır

- Sağlık hizmetleri sunumunda aşırı merkeziyetçiliğin önlenmesi gerekmektedir. Böylelikle kaynakların ihtiyaçlar doğrultusunda ve verimli bir şekilde kullanılması sağlanmalıdır.

- Sağlık politikaları oluşturulurken, kamu kuruluşlarının yanısıra, sivil toplum örgütlerinin de katılımı sağlanmalıdır. Bu şekilde oluşturulacak olan bir sağlık politikası,

Yönünden Karşılaştırılması”, *Ankara Üniversitesi Sağlık Eğitim Fakültesi*, s.2

http://www.sabem.saglik.gov.tr/kaynaklar/1170_8saglik_gostergelerinin_karsilastirmasi.pdf Erişim tarihi: 20.02.2007

²⁰¹ Türkiye Sağlık Reformları 1998, a.g.e. s.20

²⁰²“Sağlık Hizmetlerinde Etkinlik Özel İhtisas Komisyonu Raporu, a.g.k., s.132-143

yaşanan sorunları en aza indirgeyecek ve kaynak israfı önlenecektir.

- Sağlık hizmetleri yönetiminde, ilgili eğitimi almış meslekten bireylerin veya profesyonel yöneticilerin etkinliği artırılmalıdır. Böylelikle, yönetimde finansal konulara ve ilgili mevzuat düzenlemelerine hakim olan ve kendini günün gerekleri doğrultusunda yenileyebilen yöneticiler yer alacaktır.

- Sağlık harcamaları tüm boyutları ile denetlenmeli ve denetim sonuçları kamuoyunun bilgisine sunulmalıdır.

II.3.5. Hizmetlerin Sunumu İle İlgili Sorunlar

Birinci basamak sağlık hizmetine yeterince önem verilmemiştir ve bu durum sağlık hizmetlerinin hastane ağırlıklı olmasına yol açmıştır. Hastaneler, toplumdaki en kompleks örgütlerin başında gelmektedir. Sağlıklı birey ve toplum hedefine ulaşmada gerekli olan kurumların merkezi konumundadır. Hastanelerin kendilerinden beklenen "artı değeri" yaratmaları, başka bir ifade ile; toplumun kaynaklarını kullanarak, sağlık problemlerini çözebilecek yöneticilere ihtiyacı vardır.

Türkiye’de ise hastaneler verimsiz bir şekilde kullanılmakta ve yönetilmektedirler. Özellikle, yatak kullanımı çok düşük seviyededir. Hastane yönetimi aşırı merkezileşmiştir. Bu durum önemli bir sorun teşkil etmektedir. Hastaneler uzman doktorlar tarafından yönetilmekte olup profesyonel yönetici eksikliği mevcuttur.

Dünya Sağlık Örgütüncü belirlenmiş değerlere göre, bir uzman hekimin günde en çok 30 hastayı muayene edebilmesine karşılık, bu sayı Türkiye’de ilgili mevzuattan da kaynaklanan nedenlerle 100’ü aşmakta ve yapılan muayene işlemleri de yeterince etkin

olmamaktadır.²⁰³

Sağlık kurumlarında etkin bir sevk sistemi olmaması nedeniyle hizmet sunumu verimsizdir.²⁰⁴ Kamu başta olmak üzere sağlık güvence sistemleri içinde sevk zinciri uygulaması neredeyse hiç bulunmamaktadır.

Birinci basamağı kullanmak için yeterli teşvik olmadığından, hastalar birinci basamakta sorunlarının yüzde 90'ı çözülebilecek olmasına rağmen ülke genelinde %48.7, şehirlerde %57.6 oranında ilk başvuru yeri olarak hastaneler tercih edilmektedir. Hastane polikliniklerinde yığılan ve hizmet kalitesini ve etkinliğini düşüren sorunların çok önemli bir bölümünün, birinci basamakta çözümlenebileceği bilinmektedir. Ancak sevk zinciri uygulamasının olmayışı, hem kaynakların adil kullanımına engel olmakta, hem de genel olarak sağlık hizmetlerinin kalitesinin düşmesine neden olmaktadır.

II.3.6. Enformasyon Ve Değerlendirme İle İlgili Sorunlar

Sağlık ocaklarında tutulan nüfus kayıtları yetersiz sayılmaktadır.. Periferden merkeze bilgi akışı düzgün ve yeterli olarak sağlanamamaktadır. Hasta kayıtları yetersizdir. Hastalık kodlamaları yapılamamaktadır, mortalite istatistikleri tam ve doğru olarak tutulmamaktadır. Bildirimi zorunlu hastalıkların bildirimleri yetersizdir. Elektronik ortamda kayıt tutabilen sağlık kuruluşlarının sayısı çok azdır. İllerde ve sağlık kuruluşlarında periyodik çalışma raporları düzenli olarak hazırlanmamaktadır.²⁰⁵

Anayasal bir yükümlülük olarak devlet tüm vatandaşların sağlığından

²⁰³ Kamu Yönetimi Araştırması Genel Rapor, *Kamu Yönetimi Araştırma Projesi*, Türkiye ve Orta Doğu Amme İdaresi Enstitüsü Yayınları No:238, DİE Matbaası, Ankara, 1991, s.105-106

²⁰⁴ Türkiye Sağlık Reformları , a.g.k., s.20

²⁰⁵ Sağlık Hizmetlerinde Etkinlik Özel İhtisas Komisyonu Raporu, a.g.k., s.4-5

sorumludur. Ancak, halen ülke nüfusunun bir bölümü hiçbir sağlık güvencesinden yararlanmadığı gibi, bu imkanlardan yararlananlar da aldığı sağlık hizmetlerinden memnun kalmamaktadır. Sağlık sistemimizde en önemli pay tedavi edici hizmetler tarafından alınmakta ve doktor ağırlıklı bir hizmet sunulmaya çalışılmaktadır. Temel sağlık hizmetleri teorik olarak önemslenmekte ise de pratikte istenilen yaygınlık ve etkinlikte bir koruyucu sağlık hizmeti sunulmamaktadır. Özellikle kırsal ve kentsel yörelere, doğu ve batı bölgesine ilişkin veriler kıyaslandığında standart bir sağlık kalitesine ulaşılamamıştır.²⁰⁶

8. Beş Yıllık Kalkınma Planı çerçevesinde; nüfusun tümünü kapsayan, her düzeydeki sağlık hizmetlerine mali koruma ve sağlık hizmetlerine erişim garantisi sağlanması; hizmet sunumu ile finansmanın birbirinden ayrılması yoluyla kaynak dağılımı ve kullanımının iyileştirilmesi; özerklik, yöneticilerin eğitimi yoluyla sağlık kuruluşlarının yönetiminin iyileştirilmesi; teşvike dayalı tazminat sistemi başlatmak yoluyla sağlık personelinin motivasyonunun artırılması gerekmektedir.²⁰⁷

Türkiye’de sağlık sisteminin mevcut durumunun değerlendirildiği rapor ve analizlere bakıldığında; Dünya Bankası (2003) verilerine göre;

-Vatandaşlarının sağlık statüsü bakımından orta gelir düzeyindeki ülkelerin bir çoğundan geri durumunda bulunmaktadır.

-Yaşam süresi beklentisi açısından OECD ortalamalarının yaklaşık on yıl gerisindedir.

-Bebek ve anne ölümleri açısından orta gelir düzeyindeki ülkelerin en üst sıraları arasında yer almaktadır.

²⁰⁶ Sağlık Hizmetlerinde Etkinlik Özel İhtisas Komisyonu Raporu, a.g.k, s.4-5

²⁰⁷ *Türkiye’de Saydamlığın Artırılması Ve Kamuda Etkin Yönetimin Geliştirilmesi*, Yönlendirme Komisyonu , Ankara, Ocak-2002, s.2

- Kadınların üçte ikisinden daha azı doğum öncesi yardım almaktadır.
- Doğumların yalnızca beşte ikisinde bir hekim hazır bulunmaktadır.
- Çocukların üçte ikisi tam olarak aşılanamamaktadır.

Bu rakamlara bakıldığında Türkiye'nin sağlık göstergeleri bakımından iyi bir performans ortaya koyamadığı gözlenmiştir.²⁰⁸ Sağlık sisteminde köklü ve kalıcı iyileştirmelerin yapılması gerekmektedir. Aksi takdirde, diğer ülkelerle kıyaslandığında bu tablonun kötüleşeceği görülmektedir.

Sağlıktaki sorunların giderilmesi, değişen dünya ve ülkemiz koşullarına ve Avrupa Birliği'ne üyelik durumunda birlik sağlık politikalarına uyum sağlayarak halkın sağlık düzeyini yükseltmek amaçlarına yönelik olarak Sağlık Bakanlığınca "Türkiye Sağlık Reformu Modeli" hazırlanmış ve bu reformun kısa sürede gerçekleştirilmesi için çalışmalar başlatılmıştır. Bu durum sağlık kurumlarında örgüt geliştirme çalışmalarının ele alındığını göstermektedir.

Bu modelde yer alan başlıca amaçlar ise:²⁰⁹

1. Halkın tümünün sosyal sağlık güvencesi kapsamına alınması ve halkın sağlık düzeyinin iyileştirilmesi,
2. Sağlık hizmeti sunumunda adaletin sağlanması,
3. Sağlık koruyucu ve geliştirici hizmetlere ve birinci basamak tedavi hizmetlerine önem verilmesi,
4. Hizmet sunumunda verimliliğin sağlanması,

²⁰⁸ Balcı, a.g.k., s.5

²⁰⁹ *Türkiye ve Avrupa Birliği'ndeki Sağlık Politikaları ve Göstergelerinin Karşılaştırılması*, Devlet Planlama Teşkilatı, Avrupa Birliği Genel Müdürlüğü, 1997, s.3

5. Kaynak kullanan ile hizmet sunan birimlerin ayrılması,
6. Hizmet sunanlar arasında rekabet ortamının oluşturulması,
7. Teknolojinin doğru kullanımı,
8. Sağlık hizmetlerinde sektörler arası işbirliğinin güçlendirilmesi, etkin, zamanında ve doğru bilgi toplanması ve bilgiye dayalı karar alımlarının sağlanması,
9. İnsan kaynaklarının uygun yetenekte, doğru zamanda, doğru yerde, yeterli sayıda ve doğru bileşimi,
10. Karar alma yetkisinin bireysel hizmet birimlerine verilmesi şeklindedir.

II.4. Türkiye’de Sağlık Kurumlarını İyileştirmeye Yönelik Çalışmalar

Cumhuriyet öncesi dönemden bugüne kadar uygulanabilecek ve sorunlara çözüm olabilecek bir ulusal sağlık politikası oluşturulmadığı görülmektedir. Cumhuriyet öncesi dönemde sağlık hizmetleri daha çok bir hayır işi olarak uygulanmaktadır. Ancak, TBMM’nin açılmasından sonra bir devlet görevi olarak kabul edilmiştir. Cumhuriyetin ilk yıllarında günün koşulları gereği koruyucu sağlık hizmetlerine önem veren bir sağlık politikası oluşturulmuştur. Bu politika tutarlı bir şekilde uygulanarak başarı sağlanmıştır.

Cumhuriyetin ilanından, planlı kalkınma dönemine kadar sağlık politikaları fazla değişiklik göstermeden uygulanmıştır. Bu da sağlık hizmetlerinde önemli gelişmeler yaşanmasına neden olmuştur.²¹⁰

²¹⁰Sağlık Bakanlığı, “Sağlıkta Strateji”, *Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü Yayın Organı*, Sayı 20, Aralık 1998, Ankara, s. 7.

1960 yılından sonra planlı kalkınma döneminin başladığı ülkemizde, sağlık politikaları, beş yıllık kalkınma planları doğrultusunda oluşturulmak istenmiştir. Bu dönemin en önemli kararı, 12.06.1961 tarihinde yürürlüğe giren, 224 sayılı Sosyalleştirme Yasası'dır. Sosyalleştirme Yasası ile sağıkta sosyalizasyon ilkeleri belirlenmiş ve uygulamaların bu ilkelere göre yapılması önerilmiştir. Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı, İkinci Beş Yıllık Kalkınma Planı ve Üçüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı bu ilkeler paralelinde sağıkta ulaşılması gereken hedefleri belirlemiştir. Bu nedenle bu kanun önemli bir yapıya sahiptir.

1960-1980 arasında uygulanan sağık politikaları, değişen siyasal iktidarlar ve ilgili yılların çalkantılı ekonomik-sosyal koşullarında, 224 sayılı Sosyalleştirme Yasası ve Beş Yıllık Kalkınma Planlarında belirlenen ilkelere sapma göstermiş ve tam anlamıyla uygulanamamıştır. Bunun sonucu olarak, sağık hizmetlerinde yaşanan sıkıntılar birikmiş, ortaya çıkan sorunlara köklü çözümler getirilememiştir. Kalkınma planlarında belirlenen sağıkla ilgili hedefler tam olarak gerçekleştirilemediği için bir sonraki kalkınma planında hemen hemen aynen yer almıştır. Özellikle, koruyucu sağık hizmetlerine önem verilmesi, genel sağık sigortası oluşturulması, aile planlaması ve ana çocuk sağığı hizmetlerinin geliştirilmesi, çevre sağığının geliştirilmesi, sağık personelinin eğitiminde ve dengeli dağılımlarında yaşanan sıkıntıların aşılması hedefleri her planda aynen yer almıştır.²¹¹

1980 yılından sonra politikalar, sağık alanına önemli etkiler yapmıştır. Bu etkilerin sonucunda, kamunun sağık alanındaki yükümlülükleri azalmış; 1980 sonrası siyasal iktidarların programlarında, sosyalleştirmeden hemen hemen hiç söz edilmemiştir. Aksine, özel sağık girişimlerinin özendirilmesi sıklıkla dile getirilmiştir. 1980 yılından

²¹¹Öztek, Zafer; "Türkiye'de Sağık Hizmetleri", *Yeni Türkiye Dergisi*, Sayı: 39, Mayıs Haziran 2001, s. 61-62.

sonra uygulanan dördüncü, beşinci, altıncı, yedinci ve sekizinci planlar, öngördüğü sağlık hizmet ve politikaları bakımından diğer planlardan daha ayrıntılıdır. Planlarda yer alan ilkeler birçok açıdan uygulama şansı bulmuştur.

1960'lı yıllardan günümüze kadar olan süreçte, sağlık alanı ile ilgili olarak politikaların sürekli olarak tekrarlanması sağlık alanında istikrarın olmamasına bağlanabilir.

Bu sorunlara çözüm bulabilmek ve yaşanan değişimlere uyumu sağlayabilmek amacıyla bir dizi reform çalışması yapılmaya çalışılmaktadır. Türkiye'nin AB'ye adaylık ve uyum süreci, 1990 yılından bu yana başlayan ve birçok nedenden dolayı gerçekleştirilemeyen sağlık reformlarının gerçekleştirilmesi için fırsat oluşturmaktadır.

Reform çalışmaları hastanelerin özzerleştirilmesi, genel sağlık sigortası ve bütünleştirilmiş bir kamu sağlık sigortası programı, koruyucu sağlık hizmetlerinin yeniden yapılandırılması (aile hekimliği), sağlık enformasyon sistemleri, sağlık hizmetleri yönetim ve organizasyonu reformu başlıklarından oluşmaktadır.

II.5. Sağlıkta Dönüşüm Programı

Sağlık sistemindeki yer alan sorunlar çerçevesinde reform çalışmalarının gereği ortaya çıkmıştır. Sağlıkta dönüşüm programı da bu amaca hizmet etmektedir. Sağlıkta dönüşüm programını incelemeye reform çalışmalarının tarihçeleri incelenerek başlanacaktır.

II.5.1. Reform Çalışmalarının Tarihçesi

Türkiye Cumhuriyeti, kuruluşundan 1980'lere kadar geçen dönemde, hizmetin iyileştirilmesine yönelik sağlık alt yapısı ve örgütlenmeyle ilgili pek çok değişikliği bünyesinde barındırmıştır. Örgüt geliştirme, örgütün çevresel değişimlerle başa çıkmasını sağlayarak böylece örgüt içi ilişkileri ve daha da önemlisi problem çözme kapasitesini geliştirmeyi amaçlayan bir süreçtir. Sağlık kurumlarında örgüt geliştirme çalışmaları incelenirken de görülmektedir ki; değişen çevresel değişimlere ve örgüt içi değişimlere sağlık kurumlarının uyumlaştırılmalarının sağlanması amacıyla birçok sağlık reform ve çalışması yapılmıştır ve halen yapılmaktadır.

Türkiye'de 1920-1940 döneminde sağlık sektörüne yönelik önemli kanunların çıkarıldığı görülmektedir. Bunlar arasında; 38 Sayılı Tababet-i Adliye Kanunu (1920), 992 Sayılı Bakteriyoloji ve Kimya Laboratuvarları Kanunu (1927), 1593 Sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu (1930), 3017 Sayılı Sıhhat ve İçtimai Muavenet Vekaleti Te.kilat ve Memurin Kanunu (1936), 3153 Sayılı Radyoloji, Radyum ve Elektrikle Tedavi ve Diğer Fizyoterapi Müesseseleri Hakkında Kanunu (1937) sayılabilir.²¹²

1960'larda sağlık hizmetlerinin sunumunda önemli gelişmeler olmuştur. "224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun" (1961) ve "554 Sayılı Nüfus Planlaması Hakkındaki Kanun" bu dönemde çıkarılmıştır. Genel sağlık sigortası, ilk defa bu dönemde gündeme gelmiştir. 1967 yılında genel sağlık sigortası için bir kanun taslağı hazırlanmış ancak Bakanlar Kurulu'na sevk edilememiştir. 1969 yılında 2. Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda genel sağlık sigortasının kurulması tekrar öngörülmüştür. 1971'de Genel Sağlık Sigortası Kanun Taslağı Türkiye Büyük Millet Meclisi'ne

²¹² Şahin, Feyzullah; Şahin, Dilek; "Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Sağlık Eğitimi", *I. Ulusal Sağlık Geliştirme ve Sağlık Eğitimi Sempozyumu*, Ankara, 2004, s.6

gönderilmiş ancak kabul edilmemiştir. 1974 yılında Meclis'e tekrar sunulmuş ancak taslak üzerinde görüşme yapılmamıştır.

1982 Anayasası; vatandaşların sosyal güvenlik hakkına sahip olmalarının bu hakkın gerçekleşmesinin devletin sorumluluğunda olduğuna yönelik düzenlemeleri içermektedir (Madde 60). Türkiye Büyük Millet Meclisi 1987 yılında "Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu"nu çıkarmıştır. Ancak bu Kanun'un uygulanmasına yönelik düzenlemeler halen yapılmamıştır. 1982 Anayasası 60. Maddesi'nde, sosyal güvenliğin evrensel bir hak olduğunu belirten 1961 Anayasası'na paralel düzenlemeler yer almaktadır. 1982 Anayasası'nda "genel sağlık sigortası kurulabileceğine" dair bir hüküm yer almaktadır (Madde 58).

Sağlık sisteminin tüm bileşenlerinde sorun görülmektedir. Bu nedenle sağlık sistemini değiştirmeye yönelik reform düşüncesi oluşmaya başlamıştır.²¹³ Bu yöndeki ilk çalışma, 1987 yılında, "Temel Sağlık Hizmetleri" yasasının çıkarılması ile başlamıştır. Ancak bu yasanın bazı önemli maddeleri Anayasa Mahkemesi tarafından iptal edilmiştir. Yasa, halen yürürlükte olmasına rağmen uygulamaya geçilmesi mümkün olmamıştır.²¹⁴ Bu konuda bir başka çalışma 1989 yılında ulusal sağlık politikalarının geliştirilmesi olmuştur. Bu amaçla bir taslak hazırlanmış fakat hükümet politikaları üzerinde etkili olamamıştır.

07 Ekim 1990 yılında uluslar arası bir kurum (White Paper) ve Devlet Planlama Teşkilatı (DPT) ortak bir çalışma ile sağlık sektörünün bir master planını hazırlamış ve detaylı bir çalışmayla sağlık reformları ana stratejileri ortaya konulmuştur. Böylelikle (birinci sağlık projesi) 1990 tarihinde imzalanarak 20658 sayılı Resmi Gazetede

²¹³ Şahin, Şahin a.g.m., s.6

²¹⁴ Şahin, Şahin, a.g.m., s.6

yayımlanmıştır. Sağlık sistemimizde bu sürecin getirdiği anlayış günümüze kadar etkisini sürdürmüştür.²¹⁵

Türkiye’de uygulanmak istenen bu reformların çerçevesi ilk olarak master plan etüdü ile belirlenmiştir. Master plan etüdünü takip eden yıllarda değişik dönemlerde farklı hükümetlerin sağlık reformu girişimleri olmuştur. Reform düşüncesi ile belirlenen hedeflere ulaşabilmek üzere birinci, ikinci, üçüncü sağlık projesi hazırlanmıştır.

1990 yılı sonunda Dünya Bankası desteğinde yürütülen projeler temel olarak sağlıkta reform çalışmalarını konu edinmiş ve bu dönemde reform çalışmalarının adı “sağlık projesi” olarak ifade edilmeye başlanmıştır.

Yasalar açısından bakıldığında, 1990’lardaki sağlık reformu programı; sağlık finansman reformu; hastaneler ve sağlık işletmeleri reformu; aile hekimliği ve koruyucu sağlık hizmetleri reformu; teşkilat ve yönetim reformu; insan kaynakları reformu ve sağlık enformasyon sistemleri ana başlıklarından oluşmaktadır.

Üç ana kanun tasarısı (Sağlık Finansman Kurumu Kurulu ve İşleyiş Kanunu Tasarısı, Hastane ve Sağlık işletmeleri Temel Kanunu Tasarısı, Koruyucu sağlık hizmetleri ve Aile Hekimliği Kanunu Tasarısı) Türkiye Büyük Millet Meclisi’ne sunulmuştur. Bu kanun tasarıları, aralarında Maliye Bakanlığı, Devlet Planlama Teşkilatı, Hazine Müsteşarlığı ve Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı’nın da bulunduğu ilgili tarafların katkılarıyla, Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanmıştır.

Genel olarak 1990’lardaki sağlık hizmetleri reformunun hedefleri şunlardan oluşmuştur:

²¹⁵ Şahin, Şahin, a.g.m. s.6

- Tüm toplumu sosyal sağlık sigortası kapsamına alarak tüm nüfusun sağlık durumunun iyileştirilmesi,
- Sağlık hizmetlerinde eşitliğin sağlanması,
- Koruyucu hizmetlere, sağlığı geliştirmeye ve birinci basamak tedavi hizmetlerine gereken önemin verilmesi,
- Hizmet sunumunda verimliliğin artırılması,
- Sağlık hizmetini finanse eden ve bu hizmeti sunanların birbirinden ayrılması,
- Hizmet sunucuları arasında rekabet ortamının yaratılması,
- Teknolojinin uygun kullanımının sağlanması,
- Sağlık hizmetlerinde sektörlerarası işbirliğinin geliştirilmesi,
- Bilgiye dayalı karar verme süreçlerini geliştirmek için etkin, zamanında ve doğru bilginin toplanması,
- İnsan kaynakları için uygun yönetim biçimlerinin güçlendirilmesi,
- Karar verme yetkisinin hizmetin sunulduğu birimlere aktarılması.

Görüldüğü üzere sayılan bu hedefler sağlık sektöründeki sorunların çözümü için hazırlanmıştır. Türkiye’de 2002 yılında yapılan genel seçimlerden sonra, Hükümet bir "Acil Eylem Planı" hazırlamıştır. Bu plan; tüm nüfusu kapsayan bir sosyal güvenlik sisteminin kurulacağını ve devletin tüm vatandaşlarına temel sağlık hizmetlerini sunmakla sorumlu olduğunu açık bir şekilde ifade etmektedir. Acil Eylem Planı’nın uygulanmasının bir parçası olarak Sağlık Bakanlığı tarafından Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) başlatılmıştır. Acil Eylem Planı’nın ve SDP’nin temel prensipleri aşağıda belirtildiği gibidir:

- Türkiye'deki Hasta Hakları Kanunu'nun uluslararası standartlara uygun olarak yeniden düzenlenmesi,
- Sağlık bilgi sistemlerinde bilgisayara dayalı ulusal bir izleme sistemine imkan verecek dönüşümün sağlanması,
- Tüm vatandaşları kapsayacak bir genel sağlık sigortası sistemi kurulması,
- Özel sağlık ve hayat sigortası şirketleri için teşviklerin sağlanması,
- Sağlık Bakanlığı'nın sağlık sistemi için, merkezi planlayıcı ve düzenleyici rolünü üstlenmesi, sağlık hizmetlerinin kamu ve özel kurumlar tarafından sunulması,
- Sağlık sigortasının kapsamını ve sağlık hizmetlerinin kullanımını izlemekte yararlanılacak, tüm vatandaşlara tek bir kimlik numarasının verildiği bir bilgi sisteminin oluşturulması,
- En iyi uygulamaları sağlamak üzere, sağlık göstergelerinin ölçümüne yönelik sistemlerin oluşturulması için ulusal bir kalite ve akreditasyon kurumunun kurulması,
- "Ulusal Tıbbi Gereç Kurumu"nun kurulması sayılabilir.

Türkiye'de sağlık reformları; sağlık hizmetlerinin ve finansmanının iyileştirilmesine yönelik hazırlanmıştır. Bu reformlar, 1995 yılında, teknik ve hukuki açıdan, amaç-strateji ve uygulama takvimi itibariyle, Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planı Temel Yapısal Değişim Projeleri içinde yer almıştır.²¹⁶

Sağlık Reformları ile ilgili yasa tasarı taslaklarının teknik açıdan olgunlaşmaları amacıyla, Mayıs 1996'dan itibaren, Adalet, Maliye, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlıkları ile Devlet Planlama Teşkilatı ve Hazine Müsteşarlıkları ve Sosyal

²¹⁶ Sağlık Reformları Ve Kişisel Sağlık Sigortası Sistemi, "Sağlıkta Strateji", TC. Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü Yayın Organı, Haziran 1998, s.1

Sigortalar Kurumu Genel Müdürlüğü yetkilileriyle bir dizi ortak çalışma yürütülmüştür.

Bu çalışmalar sonucunda, Sağlık Reformları'nın yasal dayanakları olan "Hastane ve Sağlık İşletmeleri Temel Kanun Tasarısı", "Sağlık Finansmanı Kurumu Kuruluş ve İşleyiş Kanunu Tasarısı " ve "Koruyucu sağlık hizmetleri ve Aile Hekimliği Kanun Tasarısı" taslakları olarak gerekli mevzuat düzenlemeleri hazırlanmıştır.

II.5.2. Sağlık Reformları Gerekçeleri

Son yıllarda, özellikle bilgi ve iletişim teknolojilerinde görülen gelişmeler etkisini her sektörde olduğu gibi sağlık sektöründe de hissettirmiştir. Teknolojik gelişmelere bağlı olarak halkın bilgi düzeyi yükselmiş, pek çok hastalığın tanı ve tedavisi olanaklı hale gelmiş, yaşam süresi uzamıştır.

Sağlık hizmetlerine olan talep beraberinde sağlık harcamalarını da artırmıştır. Bu durum, sosyal güvenlik kurumlarına ve kişilere aşırı mali yük binmesine neden olmuş; hizmet sağlayıcıları, yeni arayışlara itmiştir.

Sağlık hizmetlerine dünyanın her yerinde GSMH'nin % 3'ü ile % 10'u arasında değişen oranlarda kaynak aktarılmaktadır. Buna karşılık, Sağlık Bakanlığının sağlık harcamalarındaki payı yaklaşık GSMH'nin % 1.04'dür.²¹⁷

Türkiye'de özellikle; kaynakların yetersizliği, hizmet kalitesinde istikrarsızlık, tıbbi standartlarda düşüş ve sağlık sisteminde düşük verimlilik Sağlık Reformları'nın gerekçelerini oluşturmaktadır.²¹⁸

Sağlık sektöründe bulunan bu problemler Devlet Planlama Teşkilatını

²¹⁷ Türkiye Sağlık Reformları , a.g.k., s.19

²¹⁸ Türkiye Sağlık Reformları, a.g.k., s.19

araştırma ve planlama yapmaya yönelmiştir. Nihai halini 1990 Aralık ayında alan “**Sağlık Sektörü Masterplan Etüdü**” bu tarihe kadar sektörde yapılan en kapsamlı çalışma olarak Sağlık Reformları sürecinin başlangıcı ve temel taşı oluşturmuştur.

Sağlık Sektörü Masterplan Etüdünün Ocak 1990’da tamamlanan “Mevcut Durum Raporu”nda sektördeki mevcut sorunların nereden kaynaklandığı belirlenmiştir. Rapora göre sağlık hizmetlerinin çeşitli kademelerindeki yetersizlikler ve yetersizlik sebepleri özetle şöyledir;²¹⁹

- **Politikalar;** Uygun olmayan veya yetersiz strateji ve politikaların bulunması,
- **Planlama;** Etkili bir biçimde planlanmamış veya iyi koordine edilmeyen politikaların bulunması,
- **Organizasyon;** Sağlık hizmetleri temininde hedeflere ve kaynaklara uygun olmayan yapı ve organizasyon özelliklerinin varlığı,
- **Yönetim;** Etkin olmayan sağlık kurumları yönetiminin varlığı,
- **Kaynaklar;** Etkili bir şekilde kullanılmayan veya yetersiz miktarda bulunan kaynakların olması,
- **Personel;** Sağlık sisteminde, gerekli beceri ve eğitime sahip olmayan veya doğru bir şekilde bir araya getirilmemiş personelin bulunması,
- **Altyapı;** Etkili bir sağlık hizmeti sağlamak için gerekli, yeterli ve uygun bir şekilde gelişmeyen ilaç üretimi veya tıbbi cihaz üretimi gibi altyapı unsurları sayılabilmektedir.

Türkiye’nin nüfus yapısındaki değişimler hizmet sunumunda değişimi

²¹⁹ Türkiye Sağlık Reformları, a.g.k., s.19

gerektirmektedir. 1961 yılında nüfusun yüzde 70'i kırsal alanda yaşadığı için, sağlık hizmetlerinin sosyalizasyonunda kırsal alana yönelik hizmetlere ağırlık verilmiştir. Ancak günümüzde ülke nüfusu giderek artan oranda yaşlanmakta ve kentleşme eğilimi göstermektedir. Planlamalar yapılırken, içinde bulunulan koşullar dikkate alınmalıdır. Sağlık hizmetlerinin planlaması da bu yönde olmalıdır.

Sağlık hizmeti üreten kuruluşların başında Sağlık Bakanlığı yer almaktadır. Ancak, yukarıda da değinildiği gibi, bu bakanlık yanında; Milli Savunma Bakanlığı, Milli Eğitim Bakanlığı, Sosyal Sigortalar Kurumu, üniversiteler, KİT'ler ve yerel yönetim kuruluşları ile öteki kuruluşlar da değişik amaçlarla, çeşitli tür ve nitelikte sağlık hizmeti vermektedirler. Yalnızca hasta yatak sayılarının dağılımı açısından ele alındığında bile, Sağlık Bakanlığı dışında sağlık hizmeti sunan kuruluşların elinde bulunan yatak sayısının, Sağlık Bakanlığı hastanelerindeki sayıya eşitlenmiş bulunduğu görülmektedir.²²⁰

Birinci basamak sağlık hizmetlerini oluşturan koruyucu hekimlik ve ayakta teşhis ve tedavi hizmetlerinde sağlık ocağı, sağlık merkezi ve dispanser gibi sağlık birimlerini merkez alan bir sistemin kurulamamış olması, hastanelerin hizmet yükünü artırmaktadır. Bu durumda gereksiz hasta yığılmalarına yol açmakta ve hizmetlerin etkin olmasına engel olmaktadır.²²¹

Sağlık Bakanlığı, ülkenin sağlık politikasının çizilmesi ve uygulanmasından resmen sorumludur. Buna rağmen, sağlık kuruluşları üzerindeki yetki ve etkisi oldukça sınırlıdır.²²²

²²⁰ Kamu Yönetimi Araştırması Genel Rapor, a.g.k. ,s.104-105

²²¹ Kamu Yönetimi Araştırması Genel Rapor, a.g.k. s.104-105

²²² Özdemir, Oya; Ocaktan, Esin; Akdur, Recep; "Sağlık Reformu Sürecinde Türkiye Ve Avrupada Koruyucu Sağlık Hizmetlerinin Değerlendirilmesi", *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası* Cilt 56, Sayı 4, 2003, s.209

Politik müdahalelerden dolayı, sağlık birim ve kurumlarındaki yönetici seçimi, kaynakların ve yatırımların dağıtımı adil değildir. Uzman personelin kısa, orta ve uzun vadeli planlarının olmaması, çalışanların özlük haklarının yetersiz olması, moral ve motivasyon unsurlarının dikkate alınmaması gibi nedenlerle, özellikle kamu kurumlarındaki çalışma ortamında verimli çalışılmamaktadır.²²³

Üniversitelerce yürütülen tıp eğitimi, yeterince etkin değildir. Bu durum bir yandan yeni yetişen hekimleri mesleklerinde güvensiz kılarken, bir yandan da onları uzmanlaşmaya yöneltmektedir. Türkiye'deki uzman hekim sayısı pratisyen hekim sayısına neredeyse eşittir. Pratisyen hekime duyulan büyük gereksinime karşılık, uzman hekim gereksiniminin planlı biçimde ele alınmamış olmasının da etkisiyle, kimi uzmanlık dallarında hekim fazlalığı kendisini göstermektedir.²²⁴

Bir yandan halkın sağlık bilgisi, kendi sağlık hakkına olan inancı ve dolayısıyla da sağlık hizmetlerinden beklentileri artarken, diğer yandan sağlık hizmetleri bakım ve tedavi kapasitesi ve aynı zamanda bunların maliyetleri de hızla yükselmektedir. Yükselen maliyetler ve artan beklentiler; hem ülkeler arasındaki sağlık hizmet farklılıklarının daha geç kapanmasına, hem sağlık personelinin geleneksel rolünün değişmesine neden olmaktadır.

Dünyadaki tüm ülkeler, değişen bu şartlara uyum gösterebilmek ve vatandaşlarına imkanları oranında en iyiyi sağlayabilmek için, sağlık sistemlerini gözden geçirmektedirler. Bu veriler doğrultusunda, sağlık sektöründe gelişim ve değişim ihtiyacı, ülkeleri alternatif modeller aramaya yöneltmiştir. Bu nedenle örgüt geliştirme çalışmaları yapılmaktadır. Sağlık reformu çalışmaları bu amaca hizmet etmektedirler.

²²³ Özdemir, Ocaktan, Akdur, a.g.m. s.209

²²⁴ Kamu Yönetimi Araştırması Genel Rapor, a.g.k., s.104-105

II.5.3. Sağlık Reformlarının Bölümleri

Sağlık reformu projesi kapsamında dört temel unsur ele alınmaktadır. Bunlar; sağlık hizmetlerine erişimi artırmak, sağlık sektöründe kurumsal gelişim ve kapasiteleri oluşturmak, temel sağlık hizmetlerinin sunumunu ve halk sağlığı programlarının uygulanmasına çalışmak, sağlık hizmetlerinin sunumunda etkililiğin artırılması çalışmalarıdır. Bu amaçla hazırlanan sağlık reform çalışmaları tek tek ele alınacaktır.

II.5.3.1. Hastanelerin Özerkleştirilmesi

Kamu sağlık sektöründe verimsizlik, kullanıcı memnuniyetsizliği, kalifiye personel yetersizliği, yoksul insanların sağlık hizmetlerine erişim problemleri ve görev ihmalleri, gibi ciddi sorunlar yaşanmaktadır.²²⁵ Bu nedenle Dünya genelinde hükümetlerin sağlık hizmetleri sunumunda özellikle de hastane hizmetleri sunumundaki rolleri yeniden değerlendirilmektedir.

Hekimler tarafından idare edilen hastane sisteminin aksine, sağlık işletmelerinin, profesyonel yöneticiler veya yönetim yeteneklerine sahip ve zamanlarının tümünü yöneticiliğe ayıracak sağlık çalışanları tarafından yönetilmesi gerekmektedir. Bu durumda verimliliğin daha da artacağı düşünülmektedir. Sağlık işletmelerinde mali ve idari sorumluluk yönetim kuruluna aittir. İşletme Genel Müdürünün başkanlık yaptığı yönetim kurulu, başkan dışında, altı üyeden oluşacaktır. Bu üyelerden üçü işletme yönetiminden, diğer üçü ise yerel toplum ve kamu kuruluşlarından seçilecektir. Yerel toplum

²²⁵ Harding, April; Preker, Alexander S. "A Conceptual Framework for the Organizational Reforms of Hospitals", *The Corporatization of Public Hospitals*, 2002, s: 23-78.

temsilcilerinin hastane idaresine katılımı, toplumun ihtiyaçlarının hastanelere yansımaları sağlayacaktır.²²⁶

Sağlık hizmetlerinden yararlanan hastaların sağlık sektörüne ilişkin bilgi eksikliğini azaltabilmek amacıyla, kamuya ve sağlık hizmetini finanse eden kuruluşlara bir hastanenin iyi çalışıp çalışmadığı konusunda karşılaştırmalı bilgi sunacak ve hastaların hastane seçimine yardımcı olacak veya sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi için yerel kamuoyu baskısı oluşturacak bir kamu hastaneciliğinde yaşanan bu sorunlar hastanelerde iyi performansın ödüllendirilmemesi ve hastane davranış modellerinin yeterince özendirilmemesi başta olmak üzere yönetsel yetersizliklerden kaynaklanmaktadır. Kamu hastanelerinin içinde bulunduğu kurumsal çevre onları performanslarını yükseltme yönünde yeterince motive edememektedir.

Kamu hastane sektöründe yaşanan sorunları çözmek için nihai aşamada kamu hastanelerinin özelleştirilmesi savunulmasına rağmen, bazı ülkelerde kamu hastanelerinin özelleştirilmesine şiddetle karşı çıkılmaktadır.

Toplum bireyleri ayrıca, kamu hastanelerinin özel sektöre satılmadan veya devredilmeden de gerekli kalite ve verimlilik artışının sağlanacağına inanmaktadırlar. Kamu hastaneleri bugün ülkelerin en büyük istihdam alanlarından birisidir. Bu hastanelerin özelleştirilmesi çalışan sayılarında önemli azalmalara neden olacaktır. Bu da beraberinde işsizliği artıracaktır. Bundan dolayı bir çok ülkede hükümetler kalite ve verimlilik için binlerce insanın işinden olmasını istememektedir. Kamu hastanelerinin özelleştirilmesinde az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde genellikle başarısızlıklar yaşanmıştır. Çünkü bu ülkelerde kamu hastanelerinin gelirleri, finansmanı, hizmet sözleşmeleri konusunda yüksek düzeyde belirsizlikler ve riskler vardır. Bundan dolayı, özel sektör yatırımcıları belirsizlik

²²⁶ Türkiye Sağlık Reformları 1998, a.g.k., s.24

içindeki kamu hastane sektörüne yatırım yapma konusunda kararsızlık içinde kalmaktadırlar.

Özelleştirme, kamu hastanesi üzerindeki bütün kamu sektörü kurallarını ve hükümet çalışanlarının doğrudan kontrolünü ortadan kaldırmaktadır. Özelleştirme reformları, kamu hastanelerinin devlet hiyerarşisinden arınmış, bağımsız, yeni özel sahipleri tarafından işletilmesini ve yönetilmesini öngörmektedir. Böylelikle özelleştirilen kamu hastanelerinde mülkiyet sahipleri veya hisse sahiplerinin karlarını maksimize etmek birincil amaç olmuştur.

Avrupa ülkelerinde hastane reformlarında kamu-özel hastane sektörü arasında ortaklığın sağlanması ve geliştirilmesi temel stratejiler arasında yer almaktadır. Hükümetler, kamu-özel ortaklığı ile kamu hastaneciliğinde verimlilik artışını amaçlamaktadır.²²⁷

Kamu-özel ortaklığı çerçevesinde özel bir firmanın bir kamu hastanesi inşaa etmesi, sahip olması ve işletmesi söz konusu olabileceği gibi, bir kamu hastanesinin özel yönetimi, bir özel firmanın yeni bir kamu hastanesi kurması ve sonra tekrar hükümete kiralaması gibi uygulamalara yer verilmektedir. İsveç'te bir özel hizmet sunucusuna 240 yataklı bir kamu hastanesi kiraya verilmiş ve işletme maliyetlerinde %30 tasarruf sağlanmıştır. İngiltere'de son 20 yılda bir çok kamu hastanesinin finansmanı, inşaa ve yönetiminde kamu-özel ortaklığı kullanılmıştır. Bu program altında çamaşırhane, güvenlik, temizlik, park ve yemek gibi tıbbi olmayan hizmetlerin sağlanması için özel firmalarla sözleşmeler yapılmıştır. Kısaca bu birimlerde outsourcing çalışmaları yapılmıştır.

²²⁷ The World Bank Group Public Hospitals:” Options for Reform through Public-Private Partnership”, *Public Policy for Private Sector*, Note Number 241, January 2002, s.123

Outsourcing yapan işletmelerin temel işlevlerinin dışındaki faaliyetlerini başka firmalara yaptırmaları maliyetleri azaltmaktadır.

Reformun bu unsuru, hastane hizmetlerinin etkililiğini, verimliliğini, erişilebilirliğini ve kalitesini arttırmayı amaçlamaktadır. Hastanelerin özerkleştirilmesi, kamu hastanelerine özerk bir statü verilip **Sağlık İşletmesi'ne** dönüştürülmesiyle gerçekleşecektir. Bu yeni yapılanmada, sağlık işletmeleri, kar amaçlı olarak çalışacak, sağlık hizmetini de Genel Sağlık Sigortası, özel sağlık sigortaları ve “katkı payı” adı altında ödenen paralarla finanse edilecektir. Böylelikle; kar amaçlı çalışan, ürettiği hizmeti fiyatlandırarak “satan” kuruluşlar ortaya çıkmaktadır. Hizmeti üreten personel “kamu görevlisi” statüsünden çıkartılıp “işçi” statüsüne geçilerek, “esnek istihdam” politikaları uygulanacaktır.

Özelleştirme çalışmaları hastane temizliği gibi iç işlerin özel sektöre ihalesinden başlayarak, devlet hastanelerinde ücretli özel oda, ücretli özel muayene, tahlillerin özel laboratuvarlarda yaptırılması ve giderek devlet hastanelerinin satışına kadar uzanan teknikler ile gerçekleştirilmektedir.²²⁸

Dünyadaki yaşanan değişimler ve değişim dinamiklerine paralel olarak devletin rolü ve fonksiyonlarında önemli değişiklikler yaşanmaktadır. Sağlık hizmetleri açısından da devletin rolü ve fonksiyonlarında önemli değişimler yaşanmakta ve devletin bu alandaki rolü ve fonksiyonları yeniden tanımlanmaktadır.

Devletin sağlık alanındaki yeni rolü ve fonksiyonlarını başlıca altı ana başlık altında ele alınmaktadır.²²⁹

Yönlendirme fonksiyonu; Devletin sağlık hizmetlerini doğrudan yönetmesi

²²⁸ Güler, Birgül Ayman; *Yeni Sağ ve Devletin Değişimi*, TODAİE Yayın No: 266, Ankara, 1996, s.111

²²⁹ Aktan, a.g.k., s.23

değil, yönlendirmesini ifade etmektedir. Sağlık Bakanlığı'nın en önemli fonksiyonlarından birisi yönetmek değil, önder olmaktır. Sağlık Bakanlığı, sağlık hizmetleri alanında genel politikalar geliştiren ve standartlar koyan bir yapıya kavuşturulmalıdır. Sağlık Bakanlığı, ülkemizde kamu ve özel kurum ve kuruluşların sağlığa ayırdığı kaynakların etkili, verimli şekilde kullanılmasını sağlamak üzere yönlendirmeler yapmalıdır.

Sağlık hizmetlerinin örgütlenmesi, genel anlamda yönetim hizmetlerinin örgütlenmesini yansıtmaktadır. Bu nedenle, sağlık hizmetlerinin tarihine bağlı olarak ve hizmet sunumunun dağılımına göre (devlet yönetimi, sigorta, özel unsurlar ve gönüllü unsurlar arasındaki denge) güçlü etkileşimler sözkonusudur. Sağlık alanında özel sektörün hiç payı olmayan ülkelerde bile yine devlet dışında sağlık hizmeti sunan kurumlar (dini amaçlı vb.) bulunmaktadır. % 100 devletin sağlık hizmeti sunduğu bir ülke bulunmamaktadır.

Özelleştirme konusunda bir başka konu desantralizasyontur. Desantralizasyon; devlette planlama, yönetim ve karar verme sürecinde otoritenin transferi veya gücün ulusal düzeyden daha küçük bölgelere veya daha genel söylenirse, devletin üst düzeylerinden alt düzeylere aktarılmasıdır. Furniss'e göre *"Desantralizasyon, devlet kurumlarındaki otoritenin politik bürolardan nispeten otonom olan başka bir yere taşınmasıdır. Milli planlamalara bölgesel ekonomik girdilerin katılması ve hiyerarşide, yönetim işlevlerinin daha alt kademelere doğru kaydırılmasıdır. Ekonomik olarak üretken bir kurumda, daha çok insanın kontrolünün gerekli olduğu görüşünden yola çıkarak daha küçük boyutta milli düzeyden daha alt düzeyde yeni resmi yapı oluşturulmasıdır."*²³⁰ Desantralizasyon,

²³⁰ Furniss, Norman; "The Practical Significance of Decentralization", *Journal of Politics*, 36, 1974; s.958-982.

1960 ve 1970'lerde endüstrilemiş ülkelerde, 1980'lerde ise gelişmekte olan ülkelerde kamu sektörü yapısal reformlarında yoğun bir şekilde yer almıştır.

Batı Avrupa ülkeleri hükümetin güdümündeki hizmetlerde performansı arttırmak için hizmet sunum modellerinde kurumsal reformlara gitmiştir. Bütün bu reformlar kurumlardaki yöneticilerin özendiricilerini, örgütlerin çevrelerini, hizmet yapılarını, finansman şekillerini ve rekabet baskılarını önemli ölçüde etkilemiştir.

Uygulamada sağlık sistemi desantralizasyonu çok değişik şekillerde görülebilmektedir. Ülkenin hangi yöntemi kullanacağı genel olarak politik ve idari yapısına ve amaçlarına ve ülkede mevcut bulunan sağlık sistemi örgütlenmesine bağlıdır. Desantralizasyonun dört tipi olan dekonsantrasyon, devölüsyon, delegasyon ve özelleştirme içinden, sağlık reformları çalışmalarında da diğer hizmetlerde olduğu gibi özelleştirme, bugüne kadar üzerinde en çok tartışılanıdır.²³¹

Sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesi seksenli yıllarda strateji olarak benimsenmeye başlanmıştır. 1990'ların başında da bir proje durumunu almıştır. Bu projede bazı kavramlara daha fazla ağırlık verilmiştir. Sağlık Bakanlığı'nın bütçesinin kısıtlanması, kamu fonları içinde sadece SSK fonlarının artırılması ve bu fonların büyük ölçüde işçi primlerinden sağlanması, üniversite hastanelerinin döner sermaye arcılığı ile işletmeler (gizli özelleştirme) haline getirilmesi ağırlıklı olarak incelenen kavramlardır. Kamu sağlık yatırımlarının gerilemesi, kamu sağlık personelinin çalışma ve yaşam koşullarının kötüleştirilmesi ağırlık verilen kavramlardır.²³²

Sağlık Bakanlığı, sağlık hizmetlerinin yetersiz olduğu görüşüne karşın bu yetersizliğin nedenleri; Türkiye'de toplam ve kişi başına sağlık harcamalarının gelişmiş

²³¹ Hayran , Sur, a.g.m., s.1

²³² Ankara Tabip Odası Halk Sağlığı Komisyonu, a.g.k., s.1

ülkelerin gerisinde kalması ve sağlık hizmetlerinin verimliliğinin son derece düşük duruma gelmesi şeklinde açıklanmaktadır.²³³ Aslında; sağlık hizmetlerinin tüm nüfusa “ücretsiz” veriliyor olmasına rağmen, bu hizmetlere ayrılan kaynağın ülkenin toplam GSMH’sına göre son derece az olması, halkı ancak kendi mali kaynakları ile faydalanabilecekleri sağlık kuruluşlarına mecbur bırakmaktadır. İnsanlar her istedikleri sağlık kuruluşuna başvuramamaktadır.

Sağlık hizmetlerinin dört boyutu bulunmaktadır bunlar sırayla; sağlığın korunması, var olan sağlık durumunun geliştirilmesi, iyileştirme ve esenlendirmedir. Sağlık hizmetlerinin bu dört boyutu da verimliliğin artırılmasında önem taşımaktadır. Bu nedenle; dört boyut birbirinden ayrılmaksızın eşit ağırlıklı olarak incelenmelidir. Ancak sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesiyle bu hizmetlerin sadece en karlı boyutu olan “tedavi edici hizmetler” ön planda tutulmaktadır. Sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesi koruyucu sağlık hizmetlerinin daha çok ihmal edilmesi ve daralmasına neden olmaktadır. Kar amacıyla çalışan özel sektör, sağlık hizmetlerini insanların gereksinimlerine göre değil, satın alma güçlerine göre belirlenecektir.

3359 sayılı kanuna göre, sağlık işletmesine personel ve finansman konusunda tam bir özeklik verilmesi mümkün olmayacağı için Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü olarak reform çalışmaları kapsamında tam ve gerçek bir özerk hastane yapısını amaçlayan kanun çalışmaları uzun süredir devam etmektedir. Bu çalışmalar sonucunda "Hastane ve Sağlık İşletmeleri Temel Kanunu Tasarısı" hazırlanarak Bakanlar Kurulu'ndan geçmiş ve şu anda TBMM komisyonlarında görüşülmektedir.

²³³ Ankara Tabip Odası Halk Sağlığı Komisyonu, a.g.m., s.1

Bu kanun tasarısı ile amaçlanan ve önerilen hastane modeli şöyledir:²³⁴

Amaç : İkinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinin yüksek kaliteli, etkili ve verimli bir şekilde sunumunu sağlamak için, hastane ve sağlık işletmelerinin kuruluş, işleyiş, hizmet sunumu ve kullanımı ile ilgili temel esasları düzenlemektir.

Kuruluş : Kamu kurum ve kuruluşlarına ait hastaneler, bu kuruluşlarca işletilebilecekleri gibi ayrı ayrı veya gruplandırılarak bağlı oldukları Bakanlığın önerisi ve Bakanlar Kurulu kararı ile sağlık işletmesine dönüştürülebileceklerdir. Sağlık işletmesine dönüştürülecek hastanelere, işletme büyüklüğü, verilecek hizmetler, ve kullanılacak teknoloji dikkate alınarak belirlenecek işletme sermayesi tahsis edilecektir.

Nitelikleri : Sağlık işletmeleri, kendi gelirleri ile giderlerini karşılayabilen, rekabet edebilen, kendi personelini istihdam edip ücretini belirleyebilen ve personel giderlerini kendi gelirlerinden karşılayan, hizmetlerini sözleşmeler yoluyla sunan, tüzel kişiliğe sahip hastaneler olacaktır. Bu amaçla döner sermayede toplanan paralarla giderler karşılanmaya çalışılacaktır.

Organları : Sağlık işletmesi organları Yönetim Kurulu ve İşletme Genel Müdürlüğü'nden oluşmaktadır. Yönetim Kurulu işletmenin içinde bulunduğu topluma olan sorumluluğu taşıması, toplumun ihtiyaçlarına daha hızlı cevap verebilmesi ve sektörlerarası koordinasyonu kolaylaştırabilmesi için kamunun çeşitli kesimlerini temsil edenlerin katılımını sağlayacak şekilde 4'ü hastane üst yöneticileri, 3'de yerel yönetim örgütlerinden gelen temsilciler olmak üzere toplam 7 kişiden oluşmaktadır. İşletme Genel

²³⁴ “Sağlık Reformları: Hastane Özerkleşmesi”, *T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlıkta Strateji Dergisi*, Mart 1995, s.1-3

Müdürlüğü ise işletmenin en üst yöneticisi olan İşletme Genel Müdürü, Tıbbi Hizmetler Müdürü, İşletme Müdürü ve Hemşirelik Hizmetleri Müdürü'nden oluşmaktadır.

Personel : Sağlık işletmesi ihtiyaç duyduğu nitelik ve nicelikte personeli belirleyerek, bunları istihdam etme, ücret düzeylerini belirleme yetkisine sahip olacaktır. Personel giderleri doğrudan genel bütçeden karşılanmak yerine, işletmenin kendi gelirlerinden karşılanacaktır. İşletmeye personel konusunda tam yetki vermek için, ülkenin yasal yapısı da dikkate alınarak İşletme Genel Müdürü, Tıbbi Hizmetler Müdürü, İşletme Müdürü ve Hemşirelik Hizmetleri Müdürü 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu'na göre, tüm diğer personelin ise 1475 sayılı İş Kanunu'na göre istihdam edilmesi öngörülmüştür. Bu sistem, çok dikkatli olunması gereken faktörleri içermektedir. İşletme yönetimi objektif olabilmelidir.

Gelirler : Sağlık işletmelerinin temel gelir kaynağı sağlık hizmeti sunumu karşılığı elde edile gelirlere olacaktır. Sağlık işletmelerine kamu hizmeti ve özel görev niteliğindeki hizmetler için, tıpta uzmalık eğitimi veren sağlık işletmelerine ise eğitim ve araştırma için ilgili bakanlık tarafından kaynak aktarımında bulunulacaktır. Sağlık işletmeleri her alandaki mal ve hizmet alımında tam yetkiye sahip olacaktır. Sağlık işletmelerinin yıl sonu hesaplarında görülen gelir fazlasının en fazla yüzde ellisi personele prim olarak dağıtılabilecektir.

Hizmet sunumu : Sağlık işletmeleri, ürettikleri sağlık hizmetini kurulacak Sağlık Finansman Kurumu kapsamındaki kişilere İl Sağlık Müdürlükleri ile, diğer sosyal güvenlik kuruluşları kapsamındaki kişilere ise ilgili kuruluşlarla yapılacak sözleşmeler kapsamında sunulacaklardır. Hedef, tüm sosyal güvenlik kuruluşlarının tek çatı altında birleştirilmesidir. Daha sonra, İl Sağlık Müdürlüklerinin tüm nüfus adına tek hizmet satın alıcı olmasının sağlanmasıdır. İl Sağlık Müdürlükleri ile hastaneler arasında yapılacak

sözleşmelerde temel ilke ödemelerin geleceğe yönelik blok şeklinde olması ve sözleşmelerde sunulacak hizmetin fiyat ve kalitesinin de belirtilmesidir. İl Sağlık Müdürlükleri en kaliteli ve en uygun maliyetteki hizmeti satın almak için özel hastanelerle de sözleşme yaparak hastaneler arasında rekabeti teşvik edecektir. Hastaneler blok sözleşmeler ile daha ekonomik hizmet sunumu için verimli çalışmaya da teşvik edileceklerdir.

Sağlık kurumlarında yürütülen örgüt geliştirme çalışmalarıyla mevcut sorunların giderilmesi, değişen çevre ve şartlara kurumların uygun hale getirilmesi amaçlanmaktadır. Bu amaçla yukarıda da belirtildiği gibi; kamu kurumlarına ait sağlık kurumlarında var olan sorunların giderilmesi amacıyla özelleştirme uygulamalarına yer vermeye başlanmıştır. Tabiki bu uygulamaların başarıya ulaşması için halkın sosyo ekonomik durumu, ekonomik konjktüründe dikkate alınması gerekmektedir. Özelleştirme Türk sağlık yapısına uygun değildir.

Az gelişmiş ülkelerin büyük kısmı bağımsızlıklarını kazandıktan hemen sonra kamu tarafından finanse edilen ve büyük ölçüde ücretsiz hizmet veren sağlık sistemleri geliştirmişlerdir. 1970'lerin başında patlak veren petrol krizi ile birlikte Keynesyen politikalara son verilmiş ve sağlık, eğitim gibi pek çok önemli alan piyasa mekanizmasına terk edilmiştir. 1970'lerde bu ülkelerin çoğu ağır borçlu duruma gelmişler ve uluslar arası finans kurumlarından çok ağır koşullar altında borç almak zorunda bırakılmışlardır. Sağlık reformları, reformların içeriği ve koşulları bu bağımlılık ilişkisi çerçevesinde değerlendirilmelidir.

Özellikle 1980'li yıllarda dünyanın pek çok bölgesinde neoliberal politikalar devreye sokulmuş ve temel sektörler reform adı altında özelleştirilmeye çalışılmıştır. Sağlık alanında da pek çok ülkede Dünya Bankası ve IMF'nin reçeteleri doğrultusunda

özelleştirmeyi mutlaka içeren reformlar gerçekleştirilmiştir. Bu kurumların hazırladığı ya da hazırlanılmasına destek olduğu reform paketleri genellikle kamu hastanelerinin özleştirilmesini de içermekte ve sağlıkta yetkinin yerel yönetimlere devredilmesi gerektiği söylenmektedir. Ancak uluslar arası finans kurumları tarafından önerilen reform biçimleri sağlık hizmetlerinden yoksul kesimi dışlayarak sağlık alanındaki eşitsizlikleri daha da derinleştirmiş, sağlığı bir meta haline getirmiş ve bu çerçevede tüm sağlık sistemini alıcılar ve satıcılar şeklinde organize etmiştir. Sağlık sisteminin bu şekilde organize edilmesinin doğurduğu sonuçlardan bazıları aşağıdadır:

- Dünya Sağlık Örgütü'nün 2000 yılı raporuna göre dünya nüfusunun %84'ü sağlık harcamalarının sadece %11'inden faydalanabilmektedir.

- Dünya Ticaret Örgütü'nün 1998 yılı raporuna göre ise sağlık harcamalarının %90'ını OECD'nin 29 ülkesi yapmaktadır.

- Dünya nüfusunun %5'inin yaşadığı ABD, toplam sağlık harcamalarının %40'ını yapmaktadır.

- Nijerya ile hemen hemen aynı nüfusa sahip olan Japonya'nın sağlık harcamaları Nijerya'nın 270 katı civarındadır.

- Avrupa'da ölüm yaşı 75 iken bu rakam Afrika için 5'tir. Yani Afrikalı çocukların yarısı beş yaşına varmadan ölmektedir.

- Dünyanın yoksul ülkelerinde her yıl 530.000 kadın doğum sırasında hayatını kaybetmektedir.

1980'li yıllarda dünya çapında tüm kamu hastanelerindeki bürokrasiden ve hantal işleyişten kaynaklı sorunlara çözüm olarak sunulan özleştirme uygulamaları, ülkemizde de "Sağlıkta Dönüşüm" programının bir alt bileşeni olarak hazırlanan "Kamu

Sağlık İşletmeleri Pilot Uygulaması Hakkında Kanun Tasarısı” ile daha kapsamlı biçimde gündeme getirilmiştir. “Sağlıkta Dönüşüm Programı, zorunlu sigorta uygulaması, aile hekimliği yanında hastanelerin özerkleştirilmesini de hedeflemektedir.

Hastanelerin özerkleştirilmesi ile hedeflenenin “demokratik katılımın sağlanması, merkeziyetçiliğin ve rekabetsizliğin yarattığı verimsizliğin azaltılması ve sağlık hizmetlerine erişimde eşitliğin sağlanması” olduğu şeklindedir. Ancak sonuçta;

- Sağlık çalışanlarının iş güvencelerinin ortadan kaldırılması,
- Çalışma koşullarının kötüleştirilmesi,
- Genel bütçeden hastanelere ödenek verilmemesi,
- Herkesi parası kadar sağlık anlayışının yaygınlaştırılması,
- Hastanelerin ‘verimlilik ve karlılık’ ilkesi uyarınca özel sektöre devredilmesi

hedeflenmiştir.

II.5.3.2. Genel Sağlık Sigortası ve Bütünleştirilmiş Bir Kamu Sağlık Sigortası Programı

Genel Sağlık Sigortası Kanununun amacı; bu kanun kapsamındaki kişilere, temel teminat paketi ile belirlenen sağlık yardım ve hizmetlerinin sunulmasını sağlamak üzere, Genel Sağlık Sigortası Sistemini (GSS) oluşturmak ve bu amaçla Sağlık Sigortası Kurumunu kurmaktır.²³⁵

Türkiye’de üç ana sosyal güvenlik kurumu mevcuttur: SSK (nüfusun yaklaşık%52’si), Bağ-Kur (nüfusun yaklaşık %23’ü) ve Emekli Sandığı (nüfusun

²³⁵Genel Sağlık Sigortası Sistemi ve Sağlık Sigortası Kurumu Kanunu Tasarısı Taslağı, Madde. 1

yaklaşık%15'i). Bu kurumlara ve Yeşil Kart uygulamasının varlığına rağmen yaklaşık 10 milyon Türk vatandaşı sağlık hizmetlerine ulaşamamaktadır.²³⁶ Tarım sektöründe istihdam edilen nüfus, yasal olarak sisteme dahil olmasına rağmen tümüyle kapsam altında olamaması nedeniyle özellikle sıkıntılı durumdadır. Bu durum hizmetlerin eşit ve adil dağılımına engel olmaktadır. Ayrıca mevcut sosyal güvenlik sistemlerinin ve Yeşil Kart uygulamasının kapsamaları ve sağladıkları imkanlar oldukça farklıdır ve standart değildir. Bu sistemlerde kişi başına düşen sağlık harcamaları eşit değildir.

Sağlık durumu ve hizmetlere ulaşılabilirlik açısından da coğrafi dengesizlikler mevcuttur; sağlık göstergeleri genel olarak kırsal bölgelerde ve sağlık ocaklarının %20'sinde hekim bulunmayan doğu bölgelerinde daha kötüdür.²³⁷ Sağlık hizmetlerinin etkinliğinin sağlanması için yurdun her bölgesine en iyi hizmetin sunulabilmesi gerekir. Bu bağlamda çözüm önerileri şöyle sıralanabilir;²³⁸

Ülkede yaşayan herkes bu hizmetlerden hem kamu hem de özel sunucular kanalıyla yararlanabilmelidir. Malüllük, emeklilik ve hayat sigortaları da dahil olmak üzere uzun dönemli sigortalar idari yönden GSS fonlarından ayrı tutulmalıdır.

Türkiye'nin mevcut çok parçalı sağlık finansman yapısı; ücret veya gelir seviyesine dayalı primlerle finanse edilen ve genel vergiler kanalıyla desteklenen bütünleştirilmiş bir kamu sağlık finansman sistemi ile değiştirilmelidir. Şu anda mevcut olan sağlık sistemi yeterli değildir. Sosyal güvenlik açısından sağlık sigortası programlarının (ES, SSK, ve Bağ-Kur) mevcut rolleri, Yeşil Kart uygulamasında Maliye Bakanlığı'nın (Sağlık Bakanlığı kanalıyla) sağlık finansmanı işlevleri tek bir kamu ödeme kurumu GSS

²³⁶ Yıldırım, Hasan Hüseyin; " Genel Sağlık Sigortası Kanunu Tasarı Taslağı: Eleştirel Bir Sorgulama", *ABSAĞLIK*, Ankara, 2004, s. 1

²³⁷ "Sağlıklı Bir Gelecek: Sağlık Reformu Yolunda Uygulanabilir Çözüm Önerileri", *Türk Sanayicileri ve İşadamları Derneği*, İstanbul, Eylül 2004(Yayın No. TÜSİAD-T/2004-09/380) , s.19

²³⁸ TÜSİAD, a.g.r., s. 19

altında toplanmalıdır. Sadece askeri sağlık hizmetleri sistemi bu oluşumun dışında kalmalıdır. GSS tım nıfus için zorunlu olmalı ve finansmanında cretlerden veya gelirlerden alınan primler ile genel vergiler birlikte kullanılmalıdır. Primler aşamalı olmalı; belirlenecek bir cret veya gelir seviyesinin altında kalan hak sahipleri prim odememelidir. Kamu ve zel sağlık sigortaları için d zenleyici bir kurul oluşturulmalıdır. Bu kurulda GSS, SB, Hazine, zel sağlık hizmet sunucuları, zel sigortacılar ve t kteticiler temsil edilmelidir. Bu kurul zel sigortacılar tarafından teklif edilen teminat paketlerini ve prim miktarlarını kontrol etmeli, sigortacılar ve hizmet sunucular arasındaki s zleşmeleri kolaylaştırmalı ve t ktetici Őikayetlerini incelemelidir.

Yukarıda belirtilen hususların yanında genel sağlık sigortasına karşı olan g rişlerde bulunmaktadır.Bu g rişlere yer verecek olursak;

lkemizde, halk d zeyinde sağlık sorunu, bir finansman sorunu olmaktan çok, hekim g ücü açığı sorunudur. Sağlık hizmetlerini geliştirmede, nce hekim g ücü sorununu  zmlemek gerekmektedir. Bu  zmlemeyecekse, finansman kaynağı yaratmak anlamsız olmaktadır. Bu nedenle T riye’de bug nk Şartlarda genel sağlık sigortası kurulması için gereken zemin hen oluşmamıştır.

Bu kanuna g re, kanun hizmetlerin yapılması olanağı olan yerlerde uygulanmağa başlayacak ve kademeli olarak yurt içinde yayılacaktır. Bunun anlamı sigortanın b ķehirlerden başlamasıdır.²³⁹ Taşraya ulaşması yine zaman alacaktır.

Kanunun bir diğer h km sigortalı kişiye, zel muayenehane hekimleri dahil, istediği hekim ve hastaneye gitme hakkını tanımaktadır. İlk bakışta çok yerinde gibi

²³⁹ Fişek, Nusret; “Genel Sağlık Sigortasına Niçin “Hayır” Sağlık Y netimi - Kitaplaşmamış Yazıları 1”, *Ankara Tabip Odası B lteni*, Sayı: 4, Ocak 1976, s.2-5

görünen bu hükmün altında yatan, hükümetin ve Sosyal Sigortalar Kurumunun hekimlik hizmetinden elini çekmesini sağlamaktır.²⁴⁰

Sosyal Sigortalar Kurumuna bakıldığında; sigortanın sağlık hizmetinden şikayetçi olan işçiler de, diğer sigortalılar gibi, hekim seçme hakkı isteyeceklerdir ve bu hakkı alacaklardır. O zaman muayenehanelerde iş ve kazanç o kadar artacaktır ki, Sosyal Sigortalar Kurumu dahil, tüm kamu kuruluşlarındaki hekimler görevlerinden ayrılarak muayenehane açacaklardır.

Hekimlerin kamu hizmetinden ayrılmaları ve çok daha fazla para kazanmalarının yarattığı sorunlar neler olabilir diye bakıldığında; aslında köyde ve kasabada herkes hekim hizmetinden yararlanabilse bu durum önemli sayılmayabilir. Ama durum böyle değildir.. Sağlık sigortasının başarıyla uygulandığı ülkelerde 500 kişiye bir hekim düşmektedir. İhtiyaç bu düzeydedir. Buna göre ülkemizde mevcut 15000 hekim ancak 7,5 milyon kişiye hizmet götürebilir. Geri kalan 33 milyon kişi bugünkü durumdan da kötü duruma düşeceği rakamlarla anlaşılmaktadır. Genel Sağlık Sigortası Kanununa “Hayır” demenin bir nedeni budur. Yapılmak istenen şey, muayenehane hekimliğinde kazanç olasılığını arttırarak hekimlerin büyük çoğunluğunu muayenehane hekimliğine bağlamak ve tüm halka eşit hizmet götürmek isteyen hükümetlerin sağlık hizmetlerini sosyalleştirme çabalarını zorlaştırmaktadır. Genel Sağlık Sigortası Kanununa “hayır” demenin ikinci nedeni de budur.²⁴¹

²⁴⁰ Fişek, a.g.m, . s.2-5

²⁴¹ Fişek, a.g.m, . s.2-5

Hizmet bedelinin %0 ile %50 sine kadar katılım payı kullanıcıdan alınacaktır. Tasarının bu maddesi ile talebin finansmanı özelleştirilmektedir. Sağlık hizmetlerinde talebin finansmanı özelleştirilmesi çok büyük sorunlara yol açmaktadır.²⁴²

Reformun bu kısmında; sigorta kurumlarını tek çatı altında toplamak amaçlanmıştır. Sorunlu olan bir başka noktaya çözüm bulunmaya çalışılmaktadır. Sağlık kurumlarının geliştirilmesi sağlanmaya çalışılmaktadır. Ancak bu yapılmaya çalışılırken durum analizinin yapılması, oluşturulmaya çalışılan sistemin artı ve eksilerinin tam olarak belirlenmesi gerekmektedir.

Sağlık hizmetlerini birleştiren ve tüm nüfusu kapsayan bir Genel Sağlık Sigortası (GSS) sisteminin kurulması için çalışmalar yapılmaktadır. Boğaziçi Üniversitesi Sosyal Politika Forumu (SPF) tarafından yürütülen "Türkiye'deki sağlık hizmetlerinin dönüşümü" konulu araştırma projesinde, reform taslağındaki önerileri kullanıcılar açısından ve diğer ülkelerde (özellikle de AB'de) gerçekleşen reformlar çerçevesinde değerlendirmek amaçlamışlardır. Bu konuda SPF'nin belirlediği en temel amaç, sağlığın tüm vatandaşların eşit koşullarda yararlanabileceği bir vatandaşlık hakkı olarak kabul edilmesi ve devletin mümkün olan en etkin şekilde bu hizmetin verilmesinden sorumlu olmasıdır. Söz konusu araştırmada prime dayalı bir sistem çeşitli eşitsizliklere yol açacak, geliri düşük ve belirsiz olan ancak devlet tarafından belirlenmiş yoksulluk kriterlerinin de üzerinde kalan nüfusun büyük bir kısmını sağlık hizmetlerinden yoksun bırakacaktır. Oysa olması gereken durum, sağlık hizmetlerinin tüm vatandaşlara verilen bir hak haline gelmesi ve gerçek anlamda herkesi kapsayan bir sistemin hayata geçirilmesidir.

Ülkemizde, halk düzeyinde sağlık sorunu, bir finansman sorunu olmaktan çok, hekim gücü açığı sorunudur. Sağlık hizmetlerini geliştirmede, önce hekim gücü sorununu

²⁴² Yıldırım, a.g.m., s. 4

çözümlemek gerekir. Bu çözülemeyecekse, finansman kaynağı yaratmanın anlamı olamamaktadır. Bu kanuna göre, kanun hizmetlerin yapılması olanağı olan yerlerde uygulanmağa başlayacak ve kademeli olarak yurt içinde yayılacaktır. Bunun anlamı sigortanın büyük şehirlerden başlamasıdır. Vatandaşlar arasında sağlık hizmetinden yararlanmadaki farklılığı daha da belirgin bir hale getirmemek için sağlık konusuna gereken önemi vererek genel bütçeden sağlık hizmetlerine ayrılan payı en az yüzde 6'ya çıkarılmalıdır. Verilen ödeneklerin en verimli bir şekilde kullanılabilceği sosyalleştirilmiş sağlık hizmetlerini uygulamaya daha fazla önem verilmelidir.

Bu tasarının Türkiye gibi bir ülkede uygulanma olanağı yoktur. Bu tasarının başarılı olabilmesi için, gelir düzeyi arasındaki farkların göreceli olarak daha az, kayıt dışı istihdamın alt düzeyde ve işsizlik oranının görece düşük olduğu bir yapının olması gerekmektedir. Türkiye ise bu özelliklerin hiçbirine sahip değildir. Bu durumda uygulanmaya kalkılacak böylesi bir sağlık sigortası ve sosyal güvenlik yasası, Türkiye açısından düşünüldüğünde insanların ceplerinden prim ödemelerine rağmen daha az sağlık hizmeti almalarına, bir kısmının hiç alamamasına, sağlık kurumlarının bütünüyle özelleşmesine neden olmaktadır.

II.5.3.3. Koruyucu Sağlık Hizmetlerinin Yeniden Yapılandırılması

Sağlık Reformunun unsurlarından bir diğeri de, “Temel Sağlık Hizmetleri Yaklaşımı” koruyucu sağlık hizmetlerinin yeniden yapılandırılmasıdır. Koruyucu sağlık

hizmetlerine, Aile Hekimliği sistemi getirilerek sağlık hizmetlerinde kalite ve verimliliğin artırılması hedeflenmektedir.²⁴³

Aile hekimi; kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini yaş, cinsiyet ve hastalık ayrımı yapmaksızın her kişiye kapsamlı ve devamlı olarak belli bir mekanda vermekle yükümlü, gerektiği ölçüde gezici sağlık hizmeti veren ve tam gün esasına göre çalışan aile hekimliği uzmanı veya Sağlık Bakanlığının öngördüğü eğitimleri alan uzman tabip veya tabiptir. Aile sağlığı elemanı ise; aile hekimi ile birlikte hizmet veren hemşire, ebe, sağlık memuru gibi sağlık elemanıdır.²⁴⁴

Aile hekimleri; tıp doktorları arasında yapılan tıpta uzmanlık sınavına girerek tıbbi ingilizce sınav ile bu bölümü kazanan tıp doktorlarının 9 ay süreli çocuk sağlığı hastalıkları, 9 ay süreli iç hastalıkları, 8 ay süreli kadın hastalıkları ve doğum, 6 ay süreli genel cerrahi, 4 ay süreli psikiyatri eğitimi alarak ve tez çalışmalarını tamamlayarak girdikleri uzmanlık sınavı sonucunda **Aile Hekimliği Uzmanı** ünvanını alırlar. Tıp fakültesi de dahil olmak üzere yaklaşık aile hekimliği eğitim süresi 10 yıldır. Birinci basamak ve kısmen ikinci basamak hizmetleri böylece daha etkin bir şekilde verilebilecek ve ikinci ve üçüncü basamak olarak tanımlanabilecek olan hastaneler ve üniversite hastanelerinin de daha iyi ve kaliteli sağlık, sağlık eğitimi vermeleri sağlanabilecektir.

Yurt dışında pek çok gelişmiş ülkede aile hekimliği sistemi mevcuttur. Bu ülkelere örnek, İngiltere, İsveç verilebilir. Bu sistemin asıl amacı, birinci basamakta tedavi

²⁴³ Türkiye Sağlık Reformları 1998, a.g.k., s.23-24

²⁴⁴ *Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun*, Resmi Gazete Sayı: 25665 Yayın Tarihi: 09.12.2004, madde. 2

edilebilecek olan büyük bir hasta grubunun ikinci basamak ve üçüncü basamak kurumlarına gitmeden tanı ve tedavilerinin daha hızlı yapılmasının sağlanmasıdır. Böylelikle, zaman ve işgücü kaybının önlenmesi ve eğitim hastanelerinin birinci basamak tedavi yükünün azaltılması amaçlanmaktadır. Eğitim hastanelerinin asıl amacı, öğrenci ve asistan eğitimidir. Bunun yanında bilimsel faaliyetler ve araştırma yapmak için zamana ihtiyaç duyulmaktadır. Ancak birinci basamaktaki tedavi edilmeyen hastalar bu kurumlara geldiği için bu çalışmalar için yeterince zaman olmayacaktır.²⁴⁵

Aile hekimliği 2006 - 2007'de ülke geneline yaygınlaştırılacaktır. Aile hekimliği uygulamasına geçilen yerlerde, herkes koruyucu sağlık hizmetlerinden faydalanabilmek için aile hekimlerine kaydolacaktır.

Aile hekimliği uygulaması şu şekilde olacaktır;²⁴⁶

Herkes aile hekimi kontrolü altında olacaktır. 2500 - 3000 kişiye bir aile hekimi düşecektir. Bir aile hekimi, sadece Sağlık Bakanlığı'nın belirlediği çalışma bölgesinde hizmet verebilecektir.

Aile hekimi, hastalarına gerekli hallerde evde hizmet verecek olan aile hekimi, rehberlik edici ve koruyucu hizmetler sunacaktır. Yaşlı sağlığı, ana - çocuk sağlığı ve aile planlaması hizmetlerini yürütecektir. Aile hekimi, hastalarını periyodik olarak muayene edecektir. Laboratuvarı varsa temel tetkikleri de yapacaktır.

Aile hekimliği uzmanı, uzman veya pratisyen hekimler, sözleşmeli olarak aile hekimi olabileceklerdir. Sağlık Bakanlığı, başvuru sırası uyarınca söz konusu hekimlerle 1 yıllık sözleşme imzalayacaktır. Sözleşmeli olarak çalışan aile hekimi ve aile sağlığı

²⁴⁵ Aile Hekimliği Hakkında Genel Bilgiler, <http://www.geocities.com/radyodiagnostik/ailehek.htm> s.1

²⁴⁶ <http://www.thehealthnews.org/tr/news/1545/aile.hekimi.htm> Erişim tarihi: 21.04.2006

elemanları kurumlarında aylıksız veya ücretsiz izinli sayılmaktadırlar. Bu personeller istedikleri takdirde, eski görevlerine atanırlar ve sözleşmeli statüde geçen süreleri kazanılmış hak derece ve kademelerinde veya kıdemlerinde değerlendirilir.²⁴⁷

Sözleşme yapılan aile hekimi ve aile sağlığı elemanlarına, 657 sayılı Kanunun 4 üncü maddesinin (B) bendine göre belirlenen en yüksek brüt sözleşme ücretinin aile hekimi için (6) katını, aile sağlığı elemanı için (1,5) katını aşmamak üzere tespit edilecek tutar, çalışılan ay sonuçlarının ilgili sağlık idaresine bildiriminden itibaren onbeş gün içerisinde ödenmektedir. Aile hekimi ve aile sağlığı elemanlarının durumları ve aile hekimliği uzmanlık eğitimi almış olup olmadıkları da dikkate alınarak yapılacak ödeme tutarlarının tespitinde; çalıştığı bölgenin sosyo-ekonomik gelişmişlik düzeyi, aile sağlığı merkezi giderleri, tetkik ve sarf malzemesi giderleri, kayıtlı kişi sayısı ve bunların risk grupları, gezici sağlık hizmetleri ile aile hekimi tarafından karşılanmayan gider unsurları gibi kriterler esas alınır. Koruyucu, tanı, tedavi ve rehabilitasyon hizmetleri için artık hastanelere doğrudan başvurulamayacaktır. Aile hekiminin tedavi edemediği ya da tanı koyamadığı hasta, hastanelere sevk edilecektir.

Türkiye'de sadece 1200 aile hekimliği uzmanı var. Bu nedenle uzman veya pratisyen hekimlere de aile hekimi olma hakkı tanınmaktadır.²⁴⁸ Bu reformunda eleştirilen tarafları bulunmaktadır. Bizim sağlık sistemimize uygulanabilmesi için gerekli altyapı henüz hazır değildir. Aile Hekimliği sitemide, yani hekimlerin tek başlarına çok az sayıdaki sağlık personeliyle birlikte çalıştıkları hizmetin en büyük problemlerinden bir tanesi, bu hizmetin 24 saat sürdürülebilmesiyle ilgili yaşanan sıkıntılardır. Çünkü tek bir insanın 24 saat hizmet sunması oldukça zordur.

²⁴⁷ Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun, Resmi Gazete, 9.12.2004, <http://www.memurlar.net/haber/13466/> Erişim tarihi: 21.04.2006

²⁴⁸ <http://www.milliyet.com.tr/content/saglik/sag013/sag82.html> Erişim tarihi: 21.04.2006

Bir diğ er reform ç alışması Aile Hekimliğidir. 2005 Eylül ayından bugüne kadar Aile Hekimliği Pilot uygulaması başlatılan il sayısı 7'dir. Bu iller ; Düzce, Eskişehir, Bolu, Edirne, Denizli, Gümüşhane ve Adıyaman'dır.

II.5.3.4. Sağlık Enformasyon Sistemleri

Sağlık hizmetlerine olan talebin artması ve sağlık hizmetlerinde kullanılan teknolojilerin karmaşıklaşması sağlık hizmetlerinin maliyetlerini gün geçtikçe arttırmaktadır.

Kamu hizmetleri için ayrılabilir kaynakların istenilen ölçüde artırılmasının güç olması, eğitim, sosyal güvenlik gibi diğ er beşeri sermaye alanlarının da kaynak ihtiyacı içinde olması kaynakların dağıtılmasında ve kullanılmasında verimlilik, etkinlik ve etkililik kavramlarının önem kazanmasına neden olmaktadır.²⁴⁹

Sağlık enformasyon sistemlerinin (SES) amacı; temel sağlık hizmetleri sunumunun güçlendirilmesi ve Sağlık Bakanlığı birimlerinin daha etkin hizmet vermelerini sağlamaktır. Bu amaçla; günümüz bilgi teknolojilerinden yararlanmaktır. Sağlık Bakanlığı merkez teşkilatı ve il sağlık müdürlükleri arasındaki bilgi iletişimini kuvvetlendirmek ve her seviyedeki planlama, sunum ve gerekli bilgi desteğini sağlayacak bilgi sistemlerini oluşturmak istenen sonuçlar arasındadır.. Bu stratejilere ve hedeflere dayanarak SES uygulaması ve tasarımı için işlevsel planlar hazırlanmıştır.

Bu planların kapsamı içerisinde, bilgi sistemleri alanında, birç ok parç alardan oluşan ve topluca Ç ekirdek Sağlık Enformasyon Sistemi olarak anılan bir sistem

²⁴⁹Kunaç , Bülent; Enünlü, Tayfun; "SağlıkEnformasyonTeknolojileri", s.1
<http://www.saglik.gov.tr/tsbs/documents/Saglikenforyonteknolojileri.pdf>

tanımlanmıştır. Geliştirilmesini kolaylaştırmak amacıyla Çekirdek Sağlık Enformasyon Sistemleri, dört ana parçadan oluşmak üzere tanımlanmıştır:²⁵⁰

- Temel Sağlık İstatistikleri Modülü (TSİM)
- Çekirdek Kaynak Yönetimi Sistemi (ÇKYS)
- Hastane Bilgi Sistemleri (HBS)
- Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Bilgi Sistemi

Temel sağlık istatistikleri modülü, sağlık evleri, koruyucu sağlık hizmetleri birimleri ve hastanelerden il sağlık müdürlüğü aracılığıyla sağlık hizmeti sağlayan diğer kurumlardan merkez teşkilatı birimlerine gönderilen sağlık istatistikleri ve veri toplama formlarını içeren bir raporlama sistemidir.²⁵¹

Çekirdek kaynak yönetimi sistemi, insangücü, malzeme ve mali kaynakların yönetimi konularında birbirleriyle bağlantılı modüllerden oluşan bir kaynak yönetimi sistemidir.

Hastane Bilgi Sistemi, 2. Sağlık Projesi illeri ve pilot illerde bulunan 42 hastanede, personel, bordro, muhasebe, faturalama, eczane, kritik malzeme yönetimi ile hasta kabul, sevk ve taburcu işlemleri gibi temel hastane yönetimi fonksiyonlarının verimliliğini ve etkinliğini arttırmak amacıyla geliştirilecektir. Bazı büyük hastanelerde, hastane bilgi sistemleri klinik veritabanlarını da içerecektir. Sağlık Bakanlığı pilot illerde bilgisayar destekli bilgi sistemleriyle, aile hekimlerine ve temel sağlık hizmetleri birimlerine de destek vermeyi amaçlamaktadır.

²⁵⁰ Türkiye Sağlık Reformları 1998, a.g.k., s.27-28

²⁵¹ Türkiye Sağlık Reformları 1998, a.g.k., s.27-28

Bu reform; merkezle taşra arasındaki iletişimin kolaylaşması yönünde önemlidir. Bunu örgüt geliştirme boyutunda inceleyecek olursak; sağlık kurumlarının Rensis Likert'in Sistem 4 yaklaşımına doğru ilerlediğini görmekteyiz.

II.5.3.5. Sağlık Hizmetleri Yönetim ve Organizasyonu Reformu

Bu reform çalışmasına göre; Sağlık Bakanlığı Merkez Teşkilatı, politikaları oluşturacak, standartları belirleyecek, illerin sağlık hizmetlerine yönelik görüşlerini alacak, onları denetleyecek ve merkezi düzeyde koordinasyon sağlamaya yetkili olacaktır.. Bakanlık; stratejik ulusal sağlık planlamaları ve uygulamaları konularında ağırlıklı çalışacaktır.

Sağlık Bakanlığı merkez ve taşra teşkilatı çalışanlarına *yönetim eğitimi* programı uygulaması yolu ile Sağlık Bakanlığı'nın kurumsal kapasitesini güçlendirmek ve örgütsel gelişime destek vermek amaçlanmaktadır. Bilindiği gibi örgüt geliştirmenin temel taşlarından birisi de eğitimidir.

Bu program yoluyla; çağdaş yönetim ilkelerine sahip nitelikli bir yönetici kadrosu oluşturmak yolu ile toplumun sağlık düzeyinde ve yaşam kalitesinde artışı sağlamak hedeflenmektedir. Böylelikle etkinliğin sağlanması da mümkündür.

Sağlık Bakanlığı, etkin bir insan kaynakları yönetimi ile ilgili genel ilkeleri ve politikaları belirlemekten sorumlu olmalıdır. Sağlık Bakanlığı merkez teşkilatının bu alanda üstleneceği başlıca görev ve fonksiyonları şu şekilde özetleyebiliriz :²⁵²

²⁵² Ministry of Health, Republic of Turkey, *Health Sector Reforms in Turkey*, Ankara : Health Project General Coordination, 1997s.58

- Epidemiyolojik, demografik, hizmet kullanım ölçütlerini ve mali kısıtlılıkları dikkate alarak, iş yükü ilkelerine dayanan rasyonel bir insan kaynakları yönetimi geliştirmek,
- Sağlık Bakanlığı bünyesinde sağlık hizmetleri yönetimi ve sunumunda reformları uygulayabilecek kapasitede yeterli bir insan kaynakları planlama birimi oluşturmak,
- İl sağlık yönetimlerinin insan kaynakları planlamasına aktif katılımının sağlanması,
- Sağlık Bakanlığı merkez teşkilatında görev yapan sağlık personelinin iş tanımlarının yapılması,
- Sağlık Bakanlığı merkez teşkilatında görev yapan sağlık personelinin sürekli eğitiminin sağlanması sayılabilir.

Bu reform, örgüt geliştirme çalışmaları açısından önemlidir. Çünkü bu reformla eğitim ve planlama sağlanmaya çalışılmaktadır. Sağlık kurumlarında eğitim ve Planlama bir çok sorunun çözümüne olanak sağlayacaktır.

Avrupa'nın ve Orta Asya'nın eski sosyalist ülkelerinde, genel sigorta, özelleştirme ve birinci basamağın güçlendirilmesini hedefleyen sağlık reformu çalışmalarının başarıya ulaşamadığını, sağlık hizmeti finansmanının büyük ölçüde genel bütçeden karşılandığını, birinci basamak sağlık hizmetinin yeterli bir etkinlik kazanamadığını, özelleştirme çabalarının sonuçsuz kaldığını, ancak kimi yeni uygulamaların (katkı payı ödemek, özellikle hekimlere yapılan cepten ek ödemeler,

yerinden yönetim girişimleri, sigorta uygulamaları) eşitsizlikleri daha da derinleştirdiği görülmüştür.²⁵³

II.6.Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi ve Akreditasyon

Sağlık kuruluşları, hasta ile sağlık ekibini ve doktoru bir araya getiren ve tedavi için uygun ortamı sağlayan bir aracı rolü konumundadır. Güven unsurunun son derece önemli olduğu sağlık kurumlarında hasta memnuniyeti doğrudan doktora yönelik olup, kurum ikinci planda kalmaktadır. Hizmet kalitesinin olguya, ortama ve sunana bağlı olan değişkenliğini azaltmaya yönelik çabada, sağlık kuruluşlarının hizmet kalitesinin ortama ve kişiye bağlı olarak değişkenliğini azaltma çalışmalarının başında kalite güvence sistemleri devreye gelmektedir. ²⁵⁴

Sağlık hizmetlerinde TKY'ye veya diğer adıyla Sürekli Kalite İyileştirme (SKİ) ye olan ilginin artması, ABD öncülüğünde, daha çok ekonomik koşulların özellikle de maliyetleri azaltma gereksinimi sonucu olmuştur.

Avrupa'da 193 hastane üzerinde yapılmış bir çalışmada, başarılı kurumsal performans ile TKY arasında anlamlı bir ilişki bulunmakla birlikte, tek başına TKY uygulayıp uygulamamanın başarı için yeterli olmadığı sonucuna varılmıştır.²⁵⁵

²⁵³ Aşut , Özen; “ Avrupa’da Sağlık Reformları, *Tıp Dünyası*, 15 Nisan 2003 Sayı: 103, (2001-2002)”, s.1

²⁵⁴ Bekaroğlu, Burak; “ Toplam Kalite Yönetimi Uygulamalarının Ve Iso9000 Kalite Güvencesine Sahip Olmanın Hastane Performansına Etkileri: İstanbul’ daki Özel Hastaneler Üzerine Bir Araştırma”, *Akdeniz İ.İ.B.F. Dergisi* (9) 2005, s.18-32

²⁵⁵ Kunst, Paul; “Quality Management and Business Performance in Hospitals: A Search for Success Parameters”, *Total Quality Management*, 2000 , s.1123-1133.

Tüketimde kalite bilincinin yerleşerek kalite çalışmalarının belgelendirilmesine yönelik gerek kurumsal, gerekse bireysel talepler, 1980'lerin ikinci yarısında Uluslararası Standartlar Enstitüsü (ISO International Organization of Standards)nün kurulmasıyla başlamaktadır. ISO 9000 kalite güvencesi, üretilen mal veya hizmetlere yönelik olmayıp, örgütsel süreçleri değerlendiren bir sistemdir. Yapılan araştırmalarda, ISO 9000 kalite güvencesine sahip olmanın, ülkemiz sağlık sektörü için oldukça yeni bir eğilim olduğunu göstermektedir. Hastanelerin TKY ve özellikle de ISO 9000 kalite güvencesine sahip olmaları faaliyet hacmini artırmakta ve hastaneye önemli bir rekabet avantajı sağlamaktadır.²⁵⁶

II.7. Sağlık Hizmetlerinde Örgüt Geliştirme

Sağlık hizmetlerinde örgüt geliştirme çalışmaları uzun bir süredir ele alınmaktadır. 1980 sonrasında sağlık reformu adı altında sağlık hizmetlerine yönelik yeniden yapılandırma çalışmaları yürütülmüştür. Sağlık hizmetlerinin yeniden yapılandırılması kapsamında Sağlık Bakanlığı tarafından yapılanlar “Sağlıkta Dönüşüm Programı” olarak adlandırılmaktadır.

Etkili, verimli ve hakkaniyete dayanan bir sağlık hizmeti hedefleyen sağlıkta dönüşüm programının ilkeleri, bileşenleri şunlardır.²⁵⁷

İlkeleri;

- İnsan merkezilik ve katılımcılık,

²⁵⁶ Özen, Şükrü,; “Aktör Bağlam, Söylem ve Kurumsal Değişim: Türkiye’de Toplam Kalite Yönetiminin Yayılım Süreci”, *Yönetim Araştırmaları Dergisi*, 2002, s. 47-90.

²⁵⁷ T.C. Sağlık Bakanlığı, a.g.k., s. 24-36.

- Sürdürülebilirlik sürekli kalite gelişimi,
- Uzlaşmacılık ve gönüllülük,
- Güçler ayrılığı ve desantralizasyon,
- Hizmette rekabet.

Bileşenleri;

- Planlayıcı ve denetleyici bir Sağlık Bakanlığı,
- Herkesi tek çatı altında toplayan bir genel sağlık sigortası,
- Yaygın, erişimi kolay ve güler yüzlü bir sağlık hizmeti sistemi,
- Güçlendirilmiş temel sağlık hizmetleri ve aile hekimliği,
- Etkili, kademeli sevk zinciri,
- İdari ve mali özerkliğe sahip sağlık işletmeleri,
- Bilgi ve beceri ile donanmış, yüksek motivasyonla çalışan sağlık insangücü,
- Sistemi destekleyecek eğitim ve bilim kurumları,
- Nitelikli ve etkili sağlık hizmetleri için kalite ve akreditasyon,
- Akılcı ilaç ve malzeme yönetiminde kurumsal yapılanma,
- Ulusal ilaç kurumu ve tıbbi cihaz kurumu,
- Karar sürecinde etkili bilgiye erişimi sağlayan sağlık bilgi sistemi.

2005 yılına gelindiğinde yasalaşma, kontrollü uygulamalar ve ülke geneline yaygınlaştırma aşamalarının değişik alanlarda birlikte yürütüldüğü görülmektedir. Bu dönem içerisinde, ilaç ve kan ürünlerinde KDV indirimleri yapılmış, ilaçta eşdeğer ilaç uygulaması başlatılarak aşırı ve pahalı ilaç kullanımı azaltılmış, yeşil kart sahipleri sağlık

güvencesinden tam olarak yararlanır hale gelmiş, sağlık iletişim sistemi kurulmuş, hasta hakları ülke geneline yaygınlaştırılmış ve sağlık personeli atamalarında norm kadro esası benimsenmiştir. Özellikle kavramsallaşma sürecinde, yoğun tartışmalar yaşanmıştır. Bu tartışmaların bir tarafında yapılan ve yapılmak istenenleri sağlıkta taşeronlaştırma, özelleştirmenin uygulamaları, Dünya Bankası ve IMF dayatmaları, piyasa ekonomisinin ve yoksullaşmanın başlangıcı olarak görenler vardır. Diğer tarafta ise kamu yönetiminde acilen karşılanması gereken yeniden yapılanma gereksiniminin sağlık alanındaki olumlu ve olması gereken yansımaları olarak görenler vardır. Bunların ötesinde, yapılanların tümünü, sağlık kuruluşlarını yerel yönetimlere devretmeyi öngören Kamu Yönetimin Temel İlkeleri ve Yeniden Yapılandırılması Hakkında Kanun'un uygulanmasının hazırlık aşamaları olduğunu düşünenlerde vardır.²⁵⁸

²⁵⁸ Dedeoğlu, Necati; "Sağlık Bakanlığı'nın Sağlık Reformu Ve Alternatifi", *Toplum ve Hekim*, Cilt 18, Sayı6, s. 434.; Ata, Soyer, "AKP Hükümeti ve Sağlık", *Toplum ve Hekim*, Cilt 18, Sayı 2, s. 124-130.

III. BÖLÜM

MERSİN İLİNDE FAALİYET GÖSTEREN SAĞLIK KURUMLARININ ÖRGÜT

GELİŞTİRME ÇALIŞMALARI ÜZERİNE BİR ARAŞTIRMA

Örgüt geliştirme kavramı, bu kavramın örgütler için önemi, sağlık kurumlarının yapısı ve sağlık kurumlarında yürütülen örgüt geliştirme çalışmaları önceki bölümlerde incelenmiştir. Çalışmanın bu bölümünde ise, sağlık kurumlarında örgüt geliştirme çalışmalarına yönelik yapılan bir araştırma sunulmaktadır. Bu başlık altında; araştırmanın amacı, yöntemi, sınırlılıkları ve bulguları yer almaktadır.

III.1 Araştırmanın Amacı

“Sağlık”, bir ülke için son derece önemli bir yere sahiptir. Sağlık hizmetlerinin sunumunu sağlayan sağlık kurumları, toplumun sağlığını korumada, iyileştirmede ve sağlıklı nesiller yetiştirmede vazgeçilmez bir sektörü oluşturmaktadır. Dünya ve ülke düzeyinde yaşanan değişimler, sağlık kurumları açısından birtakım sorunları beraberinde getirmektedir. Değişimlere uyum sağlayabilmek ve yaşanan sorunları çözüme kavuşturabilmenin bir yolu da örgüt geliştirme çalışmalarıdır.

Araştırmanın amacı, değişim, gelişmeler ve rekabet ortamında faaliyet gösteren sağlık kurumlarının örgüt geliştirme konusuna bakış açıları, örgüt geliştirmeyi ne ölçüde uyguladıkları ve bu konuda karşılaştıkları sorunları ortaya koymaktır. Başka bir deyişle; sağlık kurumlarında örgüt geliştirme çalışmalarının yapıp yapılmadığının, eğer yapılmıyorsa bunun nedenlerinin ve örgüt geliştirmeyi başarısız kılan faktörlerin neler olduğu tesbit edilmeye çalışılmıştır.

Araştırmada, örgütsel gelişimin kilit faktörleri diyebileceğimiz katılımcı yönetim anlayışının ve etkin iletişimin sağlık kurumlarında uygulanabilirliğinin artırılması için öneriler geliştirmeyi hedeflenmektedir. Bu bağlamda, aşağıda belirtilen sorular yanıtlanmaya çalışılmıştır.

1. Sağlık kurumlarının faaliyetlerini etkileyen çevresel faktörler nelerdir?
2. Sağlık kurumlarında örgüt geliştirme çalışmalarının düzeyi nedir?
3. Sağlık kurumlarında örgüt geliştirme çalışmalarında hangi yapı ve süreçler ön plana çıkmaktadır?
4. Sağlık kurumlarında örgüt geliştirme çalışmaları uygulanırken hangi teknikler kullanılmaktadır?
5. Sağlık kurumlarında örgüt geliştirmeyi kısıtlayan ve başarısız kılan faktörler nelerdir?

III.2. Araştırmanın Yöntemi

Araştırmada veriler geliştirilen bir anket ile toplanmıştır. Anketin geliştirilmesi sürecinde ilgili literatür incelenmiştir.²⁵⁹ Ayrıca, yönetim organizasyon alanındaki bazı akademisyenlerin görüş ve önerileri alınmıştır. Geliştirilen anket, sağlık kurumlarında yönetici olarak çalışan 25 kişi üzerinde ön teste tabi tutulmuştur. Ön test sonucunda anket formunda bazı düzeltmeler yapılmıştır. Ön test, 2006 yılı Haziran ayında yapılmıştır.

Araştırmanın ana kütlelerini Mersin il merkezinde bulunan sağlık kurumlarında çalışan yöneticiler oluşturmaktadır. Sağlık Müdürlüğü verilerine göre, bu kurumlarda

²⁵⁹ Rena Murphy, “2002 Staff Organizational Development Survey”, University of Michigan, 2003, Ömer Dinçer, *Örgüt Geliştirme*, İstanbul, 1992, Therese Yaeger, “The Core Values of OD Revisited A Compass for Global and International” *Organization Development*, Vol 34, No 1, 2002

toplam 144 yönetici bulunmaktadır. Sağlık kurumları yöneticilerinin seçilmesinin temel nedeni, örgüt geliştirme çalışmalarının tepe yönetiminin izlediği tutumla doğrudan ilgili olmasıdır. Tepe yönetiminin örgüt geliştirme çalışmalarını desteklemesi, çalışmanın başarısı için önem taşımaktadır. Bu nedenle ana kütleyi başhekimler, başhekim yardımcıları, hastane müdürleri, müdür yardımcıları, başhemsireler ve insan kaynakları yöneticileri oluşturmuştur.

Anket araştırmacının kendisi tarafından, Ağustos 2006- Ocak 2007 tarihleri arasındaki dönemde uygulanmıştır. Tamsayım yapılması hedeflenmesine rağmen, uygulama sonunda 101 kullanılabilir ankete ulaşılmıştır. Böylece %70 geri dönüş sağlanmıştır. (Bakınız Tablo:3) Anketler yolu ile elde edilen veriler, bilgisayar ortamında tasnif ve analiz edilmiştir. Analizlerde betimsel istatistiklerin yanı sıra, faktör analizinden yararlanılmıştır.

Ankette kullanılan ölçeklerin Alpha güvenilirlik katsayıları aşağıdaki gibi hesaplanmıştır.

- | | | |
|--------------------------------------|------------|--------|
| 1. Yapı ve süreçlere ilişkin ölçek, | 27 önerme, | 0.9254 |
| 2. Süreç ve yapıdaki değişim ölçeği, | 11 önerme, | 0.8740 |
| 3. Örgüt geliştirme teknikleri, | 6 önerme, | 0.7950 |

Araştırmanın amacına uygun olarak hazırlanan ankette, sağlık kurumlarında yürütülen örgüt geliştirme çalışmalarını inceleyen sorular ve kurumların genel özelliklerinin belirlenmesinde yardımcı olacak sorular olmak üzere iki grup soru bulunmaktadır. Yapı ve süreçlere ilişkin önermeler 5’li Likert ölçeğine göre derecelendirilmiştir. Buna göre, “Kesinlikle Katılmıyorum”, “Katılmıyorum”, “Kararsızım”, “Katılıyorum”, “Kesinlikle Katılıyorum”yanıt seçeneklerini oluşturmuştur.

Örgüt geliştirme teknikleri ile süreç ve yapılarıdaki değişimlere ilişkin soruların yanıt seçenekleri ise “Hiç”, “Çok Az”, “Kısmen”, “Oldukça Çok”, “Büyük Ölçüde” şeklinde oluşturulmuştur.

III.3 Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın kapsamını örgüt geliştirme konusu teşkil etmektedir. Bu bağlamda alan araştırması sağlık kurumları ile sınırlı tutulmuş ve Mersin il merkezindeki sağlık kurumlarında çalışan yöneticilerle sınırlandırılmıştır. Bu sınırlamanın temel nedeni, il merkezinde, daha çok yöneticiye ulaşılabilme şansının olması ve ayrıca, ilçelere gitmenin zaman ve parasal açıdan maliyetli oluşudur. Başka bir sebep ise; il merkezindeki sağlık kurumları arasında rekabetin daha yoğun olması nedeniyle örgüt geliştirme çalışmalarına daha fazla önem verilebileceğinin düşünülmesidir. Keşifsel türde tasarlanan bu araştırmanın sonuçlarının tüm ülkeye genellenmesi de mümkün değildir.

Anket kamuya ait hastaneler (Devlet Hastanesi, Tıp Fakültesi) ve özel sektöre ait hastanelere, tıp merkezlerine, dal merkezlerine, sağlık ocaklarına, polikliniklere, 112 Acil Servis başhekimliğine, Ana Çocuk Sağlığı Merkezine, Verem Savaş Dispanserliğinde çalışan ve araştırmaya katılmak isteyen yöneticilere uygulanmıştır. Mersin şehir merkezindeki sağlık kurumlarında çalışan yönetici sayılarını ve araştırmaya katılan yönetici sayıları Tablo 3'te gösterilmektedir.

Tablo:3 Mersin İl Merkezindeki Sağlık Kurumlarında Çalışan Yönetici Sayısı ve Araştırmaya Katılımlar

<i>Sağlık Kurumu Türü</i>	<i>Kamu</i>		<i>Özel</i>	
	Toplam Yönetici Sayısı	Araştırmaya Katılan Yönetici Sayısı	Toplam Yönetici Sayısı	Araştırmaya Katılan Yönetici Sayısı
Hastaneler	47	29	8	8
Tıp Merkezleri/Dal Merkezi	-	-	15	11
Sağlık Ocakları	25	21	-	-
Özel Poliklinikler	-	-	33	18
112 Acil Servis	14	14	-	-
Toplam	88	64	56	37

Not: Resmi yönetici sayıları Mersin İl Sağlık Müdürlüğünden alınmıştır.

III.4 Bulgular ve Değerlendirme

Çalışmanın bu kısmında sağlık kurumlarından elde edilen verilerin analizine ve yorumlarına yer verilmektedir Sağlık kurumlarının sınıflandırılmasında, tanımlayıcı istatistiklerden yararlanılmıştır. Örgüt geliştirme konusuna ilişkin soruların analizinde faktör analizi, t testinden faydalanılmıştır.

III.4.1 Araştırmaya Katılan Sağlık Kurumlarına İlişkin Bilgiler

Sağlık kurumlarının türleri, hizmete başlama yılları ve personel sayılarına ilişkin veriler Tablo 4’de sunulmaktadır.

Tablo:4 Sağlık Kurumunun Türü

Sağlık Kurumunun Türü	Kamu		Özel	
	Sayı	%	Sayı	%
Devlet Hastaneleri	4	7,0		
Tıp Fakültesi Hastanesi	1	2,0		
112 Acil Servis	9	14,0		
Sağlık Ocakları	20	32,0		
Özel Hastaneler			4	6,0
Özel Tıp Merkezleri			7	11,0
Özel Poliklinikler			11	17,0
Özel Dal Hastaneleri			2	3,0
Mediko-Sosyal	1	2,0		
Verem Savaş Dispanseri	1	2,0		
Halk Sağlığı Merkezi	1	2,0		
Sıtma Savaş Merkezi	1	2,0		
Toplam	38	63	24	37

Tablo 4’de görüldüğü gibi, ankete katılan sağlık kurumlarının %64’ü kamuya ait sağlık kurumu, %37’si özel sağlık kurumlarından oluşmaktadır. Sağlık kurumlarından yanıt alınan anket yüzdelilerinin dağılımı ise, devlet hastaneleri (%7), özel hastaneler (%6), tıp fakültesi (%2), tıp merkezleri (%11), poliklinikler (%17), 112 Acil Servis (%14), sağlık ocakları (%32), özel dal hastaneleri (%3), Mediko-Sosyal (%2), Verem Savaş Dispanseri (%2), Halk Sağlığı Merkezi (%2), Sıtma Savaş Merkezi (%2)’dir. Anket geri dönüşüne göre, tesadüfi dağılım göstermiştir. Elde edilen verilere göre sağlık ocaklarının genel olarak ankete katılım düzeyi diğer kurumlara göre daha fazladır.

Özel sağlık kurumlarından farklı olarak kamu sağlık kurumları, yasal ve yönetsel açıdan kendisinden bir üst kuruma bağlı olması nedeniyle örgüt geliştirmeye yönelik programları, kendi kendine planlayıp uygulama olanağına sahip değildir. Kamu kurumlarında bürokratik ve politik bölünmeler örgüt geliştirme programlarındaki karar

verme sürecinde etkili olmaktadır.

Tablo 5, sağlık kurumlarında çalışan personel sayısını göstermektedir. Personel sayısına göre sınıflama yaparken, KOSGEB'in (Küçük ve Orta Boy İşletmeleri Geliştirme Başkanlığı) Küçük ve Orta Ölçekli İşletmeler (KOBİ) tanımından faydalanılmıştır. KOBİ, sayıları 200'e kadar varan işgören istihdam eden işletmeler olarak tanımlanmaktadır (Kosgeb). KOBİ'lerin tanımlanmasında genelde sermaye ve işgören sayısı dikkate alınmaktadır. Buna göre, KOSGEB (1-50 çalışan sayısına sahip işletmeleri küçük işletme, 51-150 çalışan sayısına sahip işletmeleri ise, orta büyüklükteki işletmeler olarak tanımlamaktadır.²⁶⁰

Tablo:5 Sağlık Kurumlarında Çalışan Personel Sayısı

Personel Sayısı	Sayı	Yüzde (%)
1-49		77
50-99	8	13
100-149	1	1
150-199	-	
200> ve üzeri	5	9
Toplam	62	100,0

Çalışan sayısı 150'nin altında olan kurumlara KOBİ olarak değerlendirilirken, 150 ve daha fazla çalışana sahip kurumlar büyük ölçekli işletmeler olarak sınıflandırılmıştır. Bu doğrultuda, 57 sağlık kurumu KOBİ sınıflamasına girmektedir. Geri kalan 5 sağlık kurumu da büyük ölçekli işletme sayılmaktadır. Tablo 5 'de görüldüğü gibi; araştırmaya katılan kurumların %91'i Küçük ve Orta Ölçekli İşletme, %9'u büyük ölçekli işletmeden oluşmaktadır.

²⁶⁰ Çolakoğlu, Mustafa; *KOBİ Rehberi*, TOBB Genel Yayın No: 359, Ankara, 2002, s.414.

III.4.2 Araştırmaya Katılan Sağlık Kurumlarının Yöneticilerinin Özellikleri

İşletmelerde yönetim fonksiyonunu yerine getiren kişilerin cinsiyetleri, eğitim durumları, mezun oldukları yüksek öğretim biriminin türü, yöneticilik pozisyonları, yaşları, yönetim kademesinde kaç yıldır görev yaptıkları; örgüte bakış açılarını ve örgüt geliştirme açısından yenilik yapma düşüncelerinde farklılık yaratmaktadır. Bu nedenle araştırmaya katılan yöneticilerin genel özellikleri Tablo 6'da incelenmiştir.

Ankete katılan yöneticilerin 85'i (%84,2) erkeklerden, 16'sı (%15,8) kadınlardan oluşmaktadır. Mersin ilinde sağlık kurumlarındaki yöneticilerin büyük bir kısmını erkekler oluşturmaktadır.

101 sağlık kurumu yöneticisinin eğitim durumlarını incelediğimiz zaman; yöneticilerin 1'i (%1,0) önlisans mezunu, 38'i (%37,6) lisans mezunu, 62'si (%61,4) lisansüstü (bu gruptaki yöneticilerin büyük kısmı doktorlardan oluşmaktadır.) Bu sonuçlara göre; yöneticilerin %99'u lisans yada yüksek lisans mezunudur. Lisans, yüksek lisans ve doktora eğitilmiş yönetici sayısının azınlıkta olmaması, sağlık kurumları açısından önemli bir gelişmedir.

Yöneticilere mezun oldukları okullar sorulduğunda; 9'u (%8,9) işletme, 3'ü (%3,0) kamu yönetimi, 79'u (%78,2) tıp fakültesi, 10'u (%9,9) bu bölümlerin dışındaki bir bölümden mezun olduğunu söylemiştir. Bu sorunun diğer kısmını işaretleyen yöneticilerin mezun oldukları bölümler ise; turizm otelcilik meslek yüksekokulu ve sağlık yüksekokuludur. Bu sonuçlar tezimizde de değindiğimiz gibi önemli bir sorunu karşımıza çıkarmaktadır. Sağlık kurumlarındaki yöneticilerin çok büyük bir kısmı doktorlardan oluşmaktadır. Ülkemizde sağlık kurumlarının yönetimi Cumhuriyetin kuruluşundan bu

yana çoğunlukla tıp eğitimi almış ve hekimlik hizmetine devam eden kişilerce yürütülmüştür. Hekimler tarafından idare edilen hastane sisteminin aksine, sağlık işletmelerinin, profesyonel yöneticiler veya yönetim yeteneklerine sahip ve zamanlarının tümünü yöneticiliğe ayıracak sağlık çalışanları tarafından yönetilmesi verimlilik açısından önemlidir. Araştırmamızda yöneticilerden sadece iki tanesi doktor olupta yönetim konusunda yüksek lisans yapmıştır. Diğer doktor yöneticilerin hiçbirisinin yönetime ilişkin böyle bir eğitimi yoktur.

Tablo:6 Yöneticilerin Özellikleri (n=101)

YÖNETİCİLERİN ÖZELLİKLERİ	Sayı	Yüzde (%)
<u>Cinsiyet</u>		
Erkek	85	84,2
Kadın	16	15,8
<u>Eğitim</u>		
Ön lisans	1	1,0
Lisans	38	37,6
Lisansüstü	62	61,4
<u>Yöneticilerin Lisans Diplomalarını Aldıkları Yüksek Öğretim Birimleri</u>		
İşletme Fakültesi	9	8,9
Kamu Yönetimi	3	3,0
Tıp Fakültesi	79	78,2
Diğer	10	9,9
<u>Ankete Katılan Yöneticilerin Yöneticilik Pozisyonları</u>		
Şube Müdürü	2	2,0
Başhekim	16	15,8
Başhekim Yardımcısı	17	16,8
Müdür	19	18,8
Müdür Yardımcısı	7	6,9
Sorumlu Doktor	34	33,7
Başhemşire	5	5,0
İnsan Kaynakları Yöneticisi	1	1,0
<u>Yaş</u>		
25 ve aşağısı	2	2,0
26-35	23	22,8
36-50	74	73,3
50 ve üzeri	2	2,0
<u>Yöneticilerin Yönetim Kademesinde Görev Yaptıkları Yılların Dağılımı</u>		
1-5	71	70,3
6-10	22	21,8
11-15	4	4,0
16 ve üzeri	4	4,0

Ankete katılan yöneticilerin yöneticilik pozisyonlarına bakacak olursak; tabloda da görüldüğü gibi 101 yöneticiden, 34'ü (%33,7) sorumlu doktor, 2'si (%2,0) şube müdürü, 16'sı (%15,8) başhekim, 17'si (%16,8) başhekim yardımcısı, 7'si (%6,9) hastane müdür yardımcısı, 19'u (%18,8) hastane müdürü, 5'i (%5,0) başhemşire, 1'i (1,0) insan kaynakları yöneticisidir. Ankete katılan yöneticilerin yöneticilik pozisyonlarına baktığımızda en fazla sorumlu doktor olduğunu görmekteyiz.

Ankete katılan yöneticilerin yaş ortalamalarına bakıldığında ; 25 yaş ve aşağısı %2,0, 26-35 yaş arası %22,8 36-50 arası %73,3 50 ve üzeri %2,0dır. Yöneticilerin çoğunlukla 36-50 yaş arasında olduğu söylenebilir.

Yöneticilerin yönetim kademesinde görev yaptıkları yılların dağılımı incelendiğinde; % 70'inin 1-5 yıl arası yöneticilik yaptıklarını görülmektedir. 16 yıl ve üzeri yöneticilik yapan sayısı %4,0 dır. Bu oran sağlık kurumlarındaki yöneticilerin tecrübelerinin yeterli olmadığı sonucunu düşündürebilir.

III.4. 3. Sağlık Kurumlarında Örgüt Geliştirme Çalışmalarının

Değerlendirilmesi

Araştırmanın bu kısmında; sağlık kurumlarının örgüt geliştirme çalışmaları üzerinde durulmuştur. Bu bağlamda işletmeyi etkileyen çevresel faktörler, sağlık kurumlarının örgüt geliştirmeye olan ihtiyaçları, örgüt geliştirme adına yaptıkları çalışmalar değerlendirilmiştir. En son olarak da yapılan çalışmaların başarılı olup olmadığı belirlenmeye çalışılmıştır.

III.4.3.1. Sağlık Kurumlarını Etkileyen Çevresel Faktörler

İşletmeler yaşayan organizmalara benzetilebilir. Sürekli olarak çevresiyle arasında bir iletişim vardır. Çevresinde olup bitenler işletmeleri doğrudan etkilemektedir. Bu bağlamda işletmeleri etkileyen çevresel faktörleri sıralayacak olursak; teknolojik çevre, ekonomik çevre, politik çevre, kültürel ve sosyal çevre, yasal çevre, doğal çevre ve işletmenin rakipleridir.

Tablo:7 Sağlık Kurumlarını Etkileyen Çevresel Faktörler

Faktörler	Sayı	%
Teknolojik çevre	69	68,3
Ekonomik çevre	64	63,4
Politik çevre	53	52,5
Kültürel ve Sosyal çevre	41	40,6
Yasal çevre	56	55,4
Doğal çevre	29	28,7
Rakipler	30	29,7

Not: Birden fazla seçenek işaretlendiği için toplam%100'ü aşmaktadır.

Tablo 7 incelendiğinde; sağlık sektörünün en fazla teknolojik çevreden etkilendiği görülmektedir. Tarım toplumlarının, sanayi toplumlarının ve bilgi toplumlarının temelinde teknoloji önemli rol oynamaktadır.²⁶¹ Bu nedenle örgütler, bilgiye dayalı bir hale gelmişlerdir. Çağımızın en önemli teknolojisi ise bilgisayardır. Bilgisayarların hayatımıza etkileri kaçınılmazdır ve bilgisayarlar gün geçtikçe daha da önemli hale gelmektedir. İkinci olarak ekonomik çevre etkilidir. Elbetteki ekonomik konjoktür ve dalgalanmalar, alım gücünün artması yada azalması sağlık kurumlarını doğrudan etkilemektedir. Üçüncü sırayı yasal çevre ve ardından politik çevre almaktadır. Bu çevresel değişikliğin sağlık kurumlarını etkileme nedenleri açıkça ortaya konulabilir. Şöyle ki; sağlık kurumlarını en fazla değişen yasalar, hükümet politikaları, yasal

²⁶¹ Öztürk, a.g.k., s.11

düzenlemeler, reform çalışmaları etkilemektedir. İşletmelerin teknolojik, ekonomik, politik, kültürel ve sosyal çevre, yasal çevre ve doğal çevre gibi dış çevresel faktörlere yüksek oranda duyarlı olduklarını göstermesi bakımından, bu sonuçlar olumlu gelişmelerdir.

III.4.3.2. Sağlık Kurumlarının Örgüt Geliştirme Çalışmalarında Yapı ve Süreçler

Sağlık kurumlarında örgüt geliştirme çalışmalarından olan yapı ve süreçlere ilişkin hususlar Rensis Likert'in Sistem 4 yaklaşımına göre hazırlanmıştır. Rensis Likert'in geliştirdiği bu modelde; yöneticilerin davranışları dört grupta toplanmıştır. Bunlar görev yönelimli otokratik yönetimden, insani yönelimli katılmalı yönetime doğru uzanmaktadır. Otokratik yönetim "Sistem 1", katılmalı yönetim ise, "Sistem 4" olarak adlandırılmaktadır. Yardımsever otokratik yönetim (Sistem 2) ile danışman yönetim (Sistem 3) ise, bu iki sistem arasında yer almaktadır.

Yapılan araştırmalar göstermiştir ki; verim oranı yüksek ve başarılı örgütlerin yönetim sistemleri "Sistem 4" yaklaşımına doğru, başarısı daha az örgütlerin ise, "Sistem 1" yaklaşımına doğru hareket etmektedir.²⁶²

Araştırmada, sağlık kurumlarındaki yapı ve süreçlere ilişkin analizlerin kaç grupta toplanabildiğini görmek amacıyla faktör analizinden yararlanılmıştır. Faktör analizi, veriler arasındaki ilişkilere dayanarak onların daha önemli ve özet olarak sunulmasını sağlamaktadır. Faktör analizinde, birbiriyle ilişkili çok sayıda değişkenden oluşan bir veri setindeki değişkenlerin sayısını azaltmak, orijinal değişkenler tarafından meydana getirilen

²⁶² Likert , a.g.m., s.15

ilişkisiz ortak faktörleri belirlemek ve bu ortak faktörlerin neyi temsil ettiklerini bulmak ve yorumlamak amaçlanmaktadır. Faktör analiziyle bilgi kısaltılır ve özetlenir. Bununla birlikte değişkenlerin tümü analiz kapsamına girmektedir²⁶³.

Faktör analizi gerçekleştirilmeden önce, 101 işletme yöneticisinden elde edilen bilgilerin faktör analizine uygun olup olmadığını belirlemek için Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) örneklem yeterliliği indeksi, Bartlett Küresellik (Sphericity) testi sınanmıştır. KMO örneklem yeterlilik indeksi, gözlenen değişkenlerin korelasyon katsayılarına ait değerleri karşılaştırmada kullanılmakta ve söz konusu indeksin 0.5'nin altında olması değişkenlerin faktör analizine uygun olmadığını göstermektedir²⁶⁴. Çalışmamızda KMO örneklem yeterliliği %87.7 bulunmuştur.

Bartlett küresellik testinde ise değişkenlerin en azından bir kısmı arasında yüksek oranlı korelasyonlar olduğu olasılığını test etmektedir. Analize devam edilebilmesi için "Korelasyon matrisi birim matrisidir" sıfır hipotezinin reddedilmesi gerekir. Eğer sıfır hipotezi reddedilirse, değişkenler arasında yüksek korelasyonlar olduğunu, başka bir ifadeyle veri setinin faktör analizi için uygun olduğunu göstermektedir²⁶⁵. Çalışmamızda yapı ve süreçlere ilişkin ki kare değeri 1323,573 olarak bulunmuştur.

Tablo:8 KMO ve Bartlett'in Test Sonuçları

Kaiser-Meyer-Olkin		,877
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square	1323,573
	df	351
	Sig.	,000

Faktör analizinin uygunluğu KMO ve Bartlett küresellik testi ile belirlendikten

²⁶³ Yükselen, Cemal; *Pazarlama Araştırmaları*, Detay Yayıncılık, Ankara, 2006, s.177

²⁶⁴ Kalaycı, Şeref; *SPSS Uygulamalı Çok Değişkenli İstatistik Teknikleri*, Asil Yayın Dağıtım, Ankara, 2006, s.322

²⁶⁵ Şeref, a.g.k., s.322

sonra, Temel Bileşenler Analizi ile ortak faktör sayısı belirlenmektedir. Faktör sayısına karar vermede en yaygın olarak özdeğer (eigen value), scree test, varyans ve eklemeli varyans kriterleri kullanılmaktadır.²⁶⁶ Belirlenen faktörlerin değişkenleri ne ölçüde iyi temsil ettiğine karar verebilmek için ortak faktör varyansları (communality) hesaplanmaktadır. Ortak faktör varyansı, her bir değişkenin varyansının belirlenen ortak faktörler tarafından açıklanan kısmını göstermektedir.²⁶⁷ Faktör yüklerinin yorumlanmasını kolaylaştırmak amacıyla bu araştırmada rotasyon çözümü Varimax yöntemiyle yapılmıştır.

Faktör analizinin uygulanabilmesi için bir şart da, değişkenler arasında orta düzeyde (0.25- 0.90 arası) bir ilişkinin olması gerektiğidir ²⁶⁸. Yapı ve süreçlere ilişkin 27 önermeden sadece 17. önerme (amaçlara karşı gizli bir direniş vardır) toplam ile negatif korelasyon göstermektedir. Bu nedenle 17. önerme analizden çıkarılmaktadır. Diğer önermelerin toplam ile korelasyonu 0.307 ile 0.730 arasında değişmektedir. Yapılan faktör analizi denemesi, 11. önermenin (kararları verme hakkı örgütün bütünüdür) eşkökenliliğinin 0.50'nin altında olduğunu göstermiştir. Faktör analizinde 0.50'nin altında eşkökenliliğe sahip önermelerin analize alınmamasını gerektirdiğinde, bu madde de analizden çıkartılmıştır. Böylece, faktör analizine 25 madde dahil edilmiştir.

Yapılan faktör analizinde Varimax rotasyonu tercih edilmiştir. Uygun faktör sayısının belirlenmesinde ise, öz değeri 1'den büyük olan faktörler dikkate alınmıştır. Faktör yüklerini belirleme de ise, her bir değişkenin ilgili faktör ile en az .40 düzeyinde korelasyonu olması tercih edilmiştir. Yapılan faktör analizi sonucu, Tablo 11'de görülmektedir.

²⁶⁶ Çabuk, a.g.m., s.3

²⁶⁷ Kalaycı, a.g.k., s.

²⁶⁸ Özdamar,

Tablo :9 Yapı ve Süreçlere İlişkin Faktör Analizi Sonuçları

	Yük	Öz	Açıklanan	Güve-	Ort.	F değeri	F-
	değeri	Varyans %	nirlik				Anlamlılık
1.TOPLAM KALİTE ANLAYIŞI (8 madde)		4,988	19,9	0.8982	3,4583	12,1081	0.0000
4-Örgüt içerisinde belirlenen hedeflere ulaşıldığında, ödüllendirme yapılır	.758						
22-Örgütte problemler görmezden gelmek yerine çözülmeye çalışılır	.741						
19-Örgütte çalışan kişiler hastaların ihtiyaçlarını ve beklentilerini nasıl daha iyi karşılayacakları konusunda fikir alışverişi yaparlar	.713						
23-Mümkün olduğu zaman, birimim iş ortamında kriz durumunu azaltmak için planlar yapar	.681						
15-Örgüt içerisinde amaçlara ulaşmada belirlenen adımlar düzenli olarak izlenir.	.647						
21-Örgütte hastalarımızdan elde edilen geri bildirim, hizmetlerin geliştirilmesinde kullanılır	.643						
6-Birimimde çalışanlar diğer birimlerle düzenli olarak bilgi paylaşır	.617						
20-Örgütte düzenli olarak hastalardan geri bildirim alınır	.568						
2.MOTİVASYON VE EĞİTİM (6 madde)		3,227	12,9	0.7918	3.6717	11.1289	0.0000
14-Örgüt hedeflerinin geliştirilmesi sorumluluğu bütün kademelere verilmiştir	.689						
13-Yeni kararların alınmasının motivasyona katkısı büyüktür	.669						
9-Örgütün bütününde ekip çalışması yapılır.	.623						
18-Günlük çalışmalar ile örgütün misyonu arasında güçlü bir ilişki vardır	.523						
24-Hastalara daha iyi hizmet sunabilmek için bütün personele gerekli eğitim verilir	.498						
26-Örgüt içerisinde dürüstlüğe ve arkadaşlık ilişkilerine önem verilir	.489						
3.İLETİŞİM (4 madde)		2,513	10,053	0.7295	3.7500	18.2064	0.0000
8-Örgüt içerisinde aşağıdan yukarıya, yukarıdan aşağıya iletişim serbesttir.	.758						
2-Astların üstleriyle görüşme serbestisi bulunmaktadır	.741						
5-Örgüt içerisinde yöneticiler, değişik fikirlere sahip olan insanlarla iletişime açıktır.	.514						
10-Örgüt içindeki birim üyeleri, onların iş alanına girmediği zamanlarda başka birim üyelerinin görüşlerini alır.	.479						
4.BİLGİ VE KAYNAK KULLANIMI (3 Madde)		2.287	9.148	0.7019	3.3828	1.4637	0.0000
7-İşimi yapmak için gereken bilgiye anında ulaşabilirim	.832						
25-Birim üyeleri tüm personelin gelişimini sağlamak için zaman ve kaynak için yatırma isteklidirler	.482						
27-Örgüt içerisinde insanlar kişisel etik ve değerlerden ödün verme konusunda baskı altında tutulmaz.	.471						
5.YÖNETİME KATMA (3 madde)		2.183	8.733	0.6551	3.0660	2.1729	0.0000
16-Amaçlar grup kararıyla tespit edilir	.658						
3-Astların fikirleri kararlar alınırken daimi suretle kabul edilir ve kullanılır	.656						
12-Astlar kendi işleriyle ilgili kararlara tam olarak katılmamaktadırlar	.565						
6.ASTLARA GÜVEN (1 madde)		1.340	5.362	-	3.0099		0.0000
1-Astlara tam olarak güvenilir.	.804						

NOT: Varimax rotasyonlu temel bileşenler analizi. KMO örneklem yeterliliği: %87,0 Bartlett küresellik testi: X^2 :

1234.483, s.d.: 300, $p < 0.001$; Açıklanan toplam varyans Genel ortalama: 3,4722 Ölçeğin tamamı için Alpha: .9254;

Ölçek: 1:Kesinlikle katılmıyorum..... Kesinlikle katılıyorum:5

Yapılan faktör analizi ile 25 önerme 6 faktöre indirgenmiştir. Bu 6 faktör toplam varyansın % 66.157'sini açıklamaktadır. Birinci faktör, toplam varyansın yaklaşık %20 'sini açıklamaktadır. Bu faktörde toplam kalite anlayışını içeren önermeler bir araya gelmiştir. Faktördeki temel etkenler (major etken) “örgüt içerisinde belirlenen hedeflere ulaşıldığında, ödüllendirme yapılır” (0 .758) ve “örgütte problemler görmezden gelmek yerine çözülmeye çalışılır” (0 .741) olarak belirlenmektedir. Sağlık kurumlarında hedeflere ulaşıldığında ödüllendirme yapıldığı ve çalışanlar arasında iş amaçlı sıkı bir işbirliği yapıldığı anlaşılmaktadır. Birinci faktör oluşumunda göreceli olarak daha az etkiye sahip olan önermeler arasında 2 adet geribildirim (madde 20 ve madde 21) ilişkin önerme bulunmaktadır. Hatta sağlık kurumlarındaki birimler arasındaki eşgüdüm sorunları da çağrışımlar arasındadır.

İkinci faktör, motivasyon ve eğitimi içeren önermelerden oluşmaktadır. Bu faktör toplam varyansın %12'sini açıklamaktadır. Faktörlerdeki temel önermeler, “örgüt hedeflerinin geliştirilmesi sorumluluğu bütün kademelere verilmiştir” (0.689) ve “yeni kararların alınmasının motivasyona katkısı büyüktür” (0.669) önermeleridir. Sağlık kurumlarında hedeflerin belirlenmesi ve geliştirilmesinin önemi vurgulanmıştır. Aynı zamanda aynı kararların sürekli uygulanması monotonluğa neden olduğu, yeni kararların çalışanların motivasyonu üzerinde etkisinin olumlu yönde bir seyir izlediği anlaşılmaktadır. İkinci faktörü az etkileyen önermeler ise, “günlük çalışmalar ile örgütün misyonu arasında güçlü bir ilişki vardır” (0. 523), “hastalara daha iyi hizmet sunabilmek için bütün personele gerekli eğitim verilir” (0.498) ve “örgüt içerisinde dürüstlüğe ve arkadaşlık ilişkilerine önem verilir” (0.489) önermeleridir. Görüldüğü gibi, günlük faaliyetlerle örgütün önceden belirlenmiş misyonu arasında tam bir paralellik bulunmadığı şeklinde bir görüntü sergilenmektedir. Örgüt geliştirmenin temelini eğitim oluşturmaktadır.

Ancak bu faktörde eğitime ilişkin önerme faktörü az etkilemektedir. Sağlık kurumlarının personel eğitimine yeteri önemi vermediği şeklinde bir sonuç ortaya çıkmaktadır. Dürüstlük ve arkadaşlık ilişkileri konusu örgütün verimliliği açısından önem arz etmektedir. Ancak, bu önermenin de sağlık kurumlarında yeterince önemsenmediği faktör analizi sonucu görülmektedir.

Üçüncü faktör iletişim boyutuyla ilgilidir. Bu faktör toplam varyansın %10'unu açıklamaktadır. Bu faktörün temel önermeleri “örgüt içerisinde aşağıdan yukarıya, yukarıdan aşağıya iletişim serbesttir” (0.758) ve “astların üstleriyle görüşme serbestisi bulunmaktadır” (0.741) önermeleridir. Sağlık kurumlarında, yönetimle astlar arasında iletişim konusunda bir sıkıntı yaşanmadığı görülmektedir. Örgüt geliştirme çalışmaları açısından iletişimin etkililiği önemlidir. Başarıya katkısı büyüktür. Ancak bu faktörde en az etkili olan önerme, “örgüt içindeki birim üyeleri, onların iş alanına girmediği zamanlarda başka birim üyelerinin görüşlerini alır” (0.479) önermesidir. Yeterli bilgi alışverişinin yapılmıyor olması, bilgi paylaşımının olmaması örgüt geliştirme açısından olumsuz bir durumdur.

Dördüncü faktör, bilgi ve kaynak kullanımını içermektedir. Bu faktör toplam varyansın %9'unu açıklamaktadır. Bu faktördeki major etken, “işimi yapmak için gereken bilgiye anında ulaşabilirim” (0.832) önermesidir. Sağlık kurumlarında bilginin ve kaynağın paylaşılması hayati önem taşımaktadır. Çünkü birimler arası eşgüdüm ve bilgi akışı sağlıklı olduğu sürece maksimum verime ulaşılabilir. Bilginin paylaşılması ve doğru iletilmesi örgüt geliştirmenin olmazsa olmazlarından. Bu faktördeki en az etkili önerme, “örgüt içerisinde insanlar, kişisel etik ve değerlerden ödün verme konusunda baskı altında tutulmaz” (0.471) önermesidir. Sağlık kurumlarını etkileyen çevresel faktörlerin başında politik ve yasal çevre gelmektedir. Etik, tüm insanların insanca yaşam koşullarını yaratma

ve yakalama süreçlerinde, hiç ödün vermeden uygulama ve uyma zorunluluğunu taşıdığı “ahlaki değerlerin tümü” olarak tanımlanabilir²⁶⁹. Çalışanların değişen yasalar ve hükümet politikalarından çok fazla etkilendiği açıktır. Bu nedenle özellikle kamuya ait sağlık kurumlarında kişisel değerlerden ödün vermeme konusunda gerekli şartlar tam olarak sağlanamamıştır.

Beşinci önerme, yönetime katılmadır. Bu faktör toplam varyansın %8'ini açıklamaktadır. Temel önermeler, “amaçlar grup kararıyla tespit edilir“(0.658) ve “astların fikirleri kararlar alınırken daimi suretle kabul edilir ve kullanılır” (0.656) önermeleridir. Sistem 4 yönetim tarzı demokratik bir yapıyı ifade etmektedir. Örgütlerin bu yönetim tarzına yakınlığında en önemli faktörlerden birisi de astların yönetime katılmasıdır. Astların kararlar alınırken fikirlerinin alınması onların işlerini sahiplenmesine neden olur. Bu da performanslarının artması demektir. Bu faktör örgüt geliştirme çalışmalarının mihenk taşlarından birisidir.

Altıncı faktör ise, astlara güvendir. Bu faktör tek bir önermeden oluşmaktadır. Astlara tam olarak güvenilir (0.804) faktörü meydana getirmektedir.

²⁶⁹<http://www.karto.itu.edu.tr/derslerimiz/etik/STopal.pdf>

Tablo 10: Örgüt geliştirme çalışmalarının düzenli olarak yürütülmesine göre yapı ve süreçlere ilişkin faktörlerin kıyaslanması

Faktörler	E/H	n	Ortalama	S.Sapma	t-değeri	p-değeri
Toplam kalite anlayışı	Evet	49	3,8418	,75423	5,070	.000
	Hayır	51	3,0662	,77474		
Motivasyon ve eğitim	Evet	49	3,9524	,54327	4,721	.000
	Hayır	51	3,4020	,61840		
İletişim	Evet	49	4,0408	,69662	4,285	.000
	Hayır	51	3,4706	,63373		
Bilgi ve kaynak kullanımı	Evet	50	3,6733	,82613	3,750	.000
	Hayır	51	3,0980	,71272		
Yönetime katma	Evet	50	3,3333	,81650	3,307	.001
	Hayır	51	2,8039	,79212		
Astlara güven	Evet	50	3,1400	1,08816	1,280	.204
	Hayır	51	2,8824	,93053		

Ölçek: 1: Kesinlikle katılmıyorum5:Kesinlikle katılıyorum

Tablo 10’da örgüt geliştirme çalışmalarının düzenli olarak yürütülmesine göre yapı ve süreçlere ilişkin faktörlerin kıyaslanmasını göstermektedir. Buna göre, astlara güven faktörü dışında kalan 5 faktörün tamamında anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Bu farklılığın tamamı örgüt geliştirme çalışmalarını düzenli olarak uygulayan sağlık kurumları lehinedir. Diğer taraftan; örgüt geliştirme çalışmalarında önemli birer faktör olarak ortaya çıkan toplam kalite anlayışı, motivasyon ve eğitim, iletişim, bilgi ve kaynak kullanımı ve yönetime katma bakımından anlamlı farklılıkların bulunmasına karşın, astlara güven bakımından herhangi bir farklılığın olmaması ilginçtir. Bu durumun sosyo- kültürel, yönetsel ve örgütsel nedenleri olabilir.

Tablo 11: Kamu veya özel sağlık kurumu olmalarına göre yapı ve süreçlere ilişkin faktörlerin kıyaslaması

Faktörler	Tür	n	Ortalama	S.Sapma	t-Değeri	p-değeri
Toplam kalite anlayışı	Kamu	64	3,6797	,81281	3,892	0.000
	Özel	36	3,0313	,77539		
Motivasyon ve eğitim	Kamu	63	3,7249	,67744	1,082	0.282
	Özel	37	3,5811	,57551		
İletişim	Kamu	64	3,8203	,79865	1,304	0.195
	Özel	36	3,6250	,54609		
Bilgi ve kaynak kullanımı	Kamu	64	3,4375	,88267	,880	0.381
	Özel	37	3,2883	,69904		
Yönetime katma	Kamu	64	3,0938	,85752	,433	0.666
	Özel	37	3,0180	,82756		
Astlara güven	Kamu	64	3,0938	1,00347	1,093	0.277
	Özel	37	2,8649	1,03178		

Ölçek: 1: Kesinlikle katılmıyorum5:Kesinlikle katılıyorum

Faktör analizi sonucunda tesbit edilen altı faktörün, sağlık kurumunun kamu veya özel sektöre ait olup olmamasına göre farklılık gösterip göstermediğini belirlemek için t- testinden yararlanılmıştır. Tablo 11 bu testin sonucunu göstermektedir. Buna göre, altı faktörden sadece bir tanesinde anlamlı bir farklılık bulunmaktadır. Bu faktör, toplam kalite anlayışı yönü ile, kamu sağlık kurumlarındaki yöneticiler (3.67), özel sağlık kurumlarına (3.03) kıyasla daha iyi olduklarını düşünmektedirler. Özel sektörün daha rekabetçi olmasına rağmen bu durum biraz ilginç görünmektedir. Kamu sağlık kurumlarındaki yöneticilerin yeterince objektif davranmadıkları yönündeki şüpheyi güçlendirmektedir.

III.4.3.3. Sağlık Kurumlarında Örgüt Geliştirme Çalışmalarının Yapılma Düzeyi

Araştırmada, sağlık kurumlarında örgüt geliştirme çalışmalarının düzenli olarak yapılıp yapılmadığına ilişkin sorulan soruda örgüt geliştirme açısından olumlu bir sonuç bulunamamıştır. Tablo 12’de bu soruya ilişkin oranlar verilmiştir. Görülebileceği üzere, sağlık kurumlarında örgüt geliştirme çalışmaları yapılmakta mıdır? sorusuna yöneticilerin %49,5 ‘i evet, %50,5’i hayır cevabını vermiştir.

Tablo:12 Sağlık Kurumlarında Örgüt Geliştirme Çalışmaları Düzenli Olarak Yapılmakta mıdır?

	Sayı	%
Evet	50	49,5
Hayır	51	50,5
Toplam	101	100,0

Sağlık kurumlarında örgüt geliştirme çalışmaları yapılmakta mıdır? Sorusuna evet cevabını veren (%49,5’lik bir kesim) yöneticiler sağlık kurumlarında son 5 yılda ne tür değişimlerin yapıldığı ve bunların sıklık düzeyinin belirtildiği soruyu yanıtlamışlardır. Buna göre, son beş yılda yapılan değişim çalışmalarının dağılımı ve miktarı Tablo 13’ de görülmektedir. Tablo 14 incelendiğinde; araç gereçlerde yapılan değişim ve gelişmeler teknoloji boyutludur. Örgütlerde bu alanda yaşanan değişim ve gelişmeler teknolojiyle ilgilidir. Haberleşme sistemi, örgüt yapısı ve şeması, karar verme sistemi, yönetim anlayışı, örgütsel değerler, örgüt kültürü ve teşvik sistemi daha çok

sosyal-beşeri durumla ilgilidir.²⁷⁰

Tablo:13 Sağlık Kurumunda Son 5 Yılda Yapılan Değişim Çalışmaları ve Miktarları

	N	Hiç(%)	Çok Az(%)	Kısmen%	Oldukça Çok (%)	Büyük Ölçüde(%)	Ortalama	Sandart Sapma
Haberleşme sistemi	49	4,1	16,3	20,4	38,8	20,4	3.5510	1.1192
Örgüt yapısı/şeması	48	8,3	18,8	20,8	33,3	18,8	3.3542	1.2289
Karar verme sistemi	49	6,1	16,3	28,6	40,8	8,2	3.2857	1.0408
Personel politikası	49	6,1	16,3	34,7	36,7	6,1	3.2041	.9996
Yönetim anlayışı	49	4,1	12,2	20,4	46,9	16,3	3.5918	1.0392
Personelin davranışı	48	2,1	10,4	25,0	47,9	14,6	3.6250	.9368
İş tanımları	49	4,1	34,7	26,5	30,6	4,1	2.9592	.9991
Örgütsel değerler	48	6,3	27,1	25,0	35,4	6,3	3.0833	1.0686
Teşvik sistemi	49	4,1	28,6	18,4	30,6	18,4	3.3061	1.1938
Örgüt kültürü	47	2,1	25,5	34,0	31,9	6,4	3.1489	.9550
Araç gereçlerde teknolojik değişim	49		4,1	14,3	14,3	67,3	4.4490	.8912

*Anketin bu sorusunda birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Ölçek değerleri: 1= Hiç, 2= Çok az , 3= Kısmen, 4= Oldukça çok, 5=Büyük ölçüde belirlenmiştir.

Sağlık kurumlarının son beş yılda yaptıkları örgütsel değişim ve gelişme çalışmalarının daha çok teknoloji yönlü olduğu sonucuna ulaşabiliriz. Araç gereçlerde yaşanan teknolojik değişimin 4.4490 ortalamayla ilk sırada olduğu görülmektedir. Haberleşme sistemi, örgüt yapısı, karar verme sistemi, personel politikası ve yönetim anlayışı gibi sosyal beşeri boyutlu değişkenlerin ise ikinci planda kaldığı söylenebilir. Bunlar içerisinde iş tanımı ve örgütsel değerler örgütsel değişimde en az yerini bulmaktadır. Buna karşın örgütün sosyal-beşeri boyutuna baktığımızda teknolojik boyuttan daha düşük seviyede kalmıştır. Beşeri sosyal yönlerden değişim ve gelişim çabalarına yeteri kadar önem verilmediği gözlenmiştir.

²⁷⁰ Öztürk, a.g.k., s.101

İşletmeyi etkileyen çevresel faktörlere (Tablo 8) baktığımızda en fazla teknolojik çevrenin etkin olduğunu görmekteyiz. Bu sonuç bir önceki sonuçla birbirini desteklemektedir. Sağlık kurumlarının teknolojik gelişmeleri takip etme ve uyum gösterme kabiliyetleri daha yüksektir. Ancak, sosyal- beşeri yönün de önemsenmesi gereği ortadadır. Çünkü; örgütlerde örgütsel gelişimin en önemli unsuru insan kaynaklarının gelişiminin ve değişiminin sağlanmasıdır. Emeğin ve uzmanlığın ön plana çıktığı sağlık kurumlarında personelin davranışları, teşvik sistemleri, örgütsel değerler, karar verme sistemi en az teknolojik boyut kadar önemlidir. İnsana gereken önem verilmediği sürece örgüt geliştirme faaliyetleri tam olarak amacına ulaşmamaktadır. Bu açıklamaların ışığında iki sonuç çıkarabiliriz; birincisi, sağlık kurumlarının büyük bölümü sosyal-beşeri faktörlere yeteri kadar önem vermemektedir. İkinci olarak da diyebiliriz ki; bu konuda çalışmalar yapılmaktadır ancak örgüt geliştirme için bu kadarı yeterli olmamaktadır.

III.4.3.4. Sağlık Kurumlarında Örgüt Geliştirme Teknikleri

Tablo 14 'de sağlık kurumlarında kullanılan örgüt geliştirme teknikleri ve bunların kullanım sıklıklarına baktığımızda; oranlar bize bu tekniklerin yöneticiler tarafından yeterince bilinmediğini göstermektedir. Bu teknikler içerisinde duyarlılık eğitimi en düşük ortalamaya sahip olup bu tekniği hiç uygulamayan sağlık kurumlarının oranı %46,9'dur. Tekniklerin içerisinde en fazla kullanılanı ise 3.74 ortalama ile takım çalışmasıdır.

Tablo:14 Kullanılan Örgüt Geliştirme Teknikleri ve Sıklık Düzeyleri

	N	Hiç (%)	Çok Az (%)	Kısmen (%)	Oldukça Çok (%)	Büyük Ölçüde (%)	Ortalama	Standart Sapma
Amaçlara göre yönetim	50	2,0	16,0	32,0	34,0	16,0	3.4600	1.0144
Tutum araştırması ve geribesleme	50	14,0	24,0	26,0	32,0	4,0	2.8800	1.1364
İş dizayni teknikleri	49	12,2	18,4	30,6	28,6	10,2	3.0612	1.1798
Duyarlılık eğitimi	49	46,9	6,1	14,3	24,5	8,2	2.4082	1.4849
Sistem 4 yaklaşımı	49	24,5	10,2	18,4	30,6	16,3	3.0408	1.4428
Takim çalışması	50	8,0	10,0	10,0	44,0	28,0	3.7400	1.2090

*Anketin bu sorusunda birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Ölçek değerleri: 1= Hiç, 2= Çok az, 3= Kısmen, 4= Oldukça çok, 5=Büyük ölçüde belirlenmiştir.

Anket çalışması sırasında yöneticilerin örgüt geliştirme ve kullanılan tekniklere duyarlı olmadıkları gözlenmiştir. Bu teknikler örgüt geliştirme açısından önem arz etmektedir. Ancak yöneticilerin büyük bir kısmı tıp eğitimi almış doktorlardan olduklarından yönetim konusunda yeterli bilgiye sahip bulunmamaktadırlar. Örneğin iş dizayni tekniklerinden iş rotasyonu amaç dışında uygulanmaktadır. İş rotasyonu monotonluğun azaltılması veya çalışanların farklı bir işle ilgili becerisini ve bilgisini arttırmak mümkün olmamaktadır.

Örgüt geliştirme tekniklerinden Sistem 4 yaklaşımı (demokratik yönetim yaklaşımı), ise tam olarak anlaşılammıştır. Birçok yönetici bu kavramı ilk kez duyduklarını söylemişlerdir. Bu durum, yöneticilerin çoğunluğunun tıp kökenli olması ve yöneticilik eğitimi almamış olmasıyla açıklanabilir. Bu tekniğin parametrelerinden olan yönetime katılma konusunda özellikle kamu kurumlarında gerekli özen gösterilememektedir.

III.4.3.5. Sağlık Kurumlarında Örgüt Geliştirmeyi Engelleyen ve Başarısız Kılan Faktörler

Tablo 15’de örgütsel yapının ele alınmamasının nedenleriyle ilgili soruya verilen yanıtların dağılımı gösterilmektedir.

Tablo:15 Örgütsel Yapının Geliştirilememesinin Nedenleri

	sayı	%
Değişime üst yönetimin isteksiz davranması	35	34,7
Bu konuda uzman personelin bulunmaması	33	32,7
Personelin yeniliklere açık olmaması	12	11,9
Sağlık kurumunun böyle bir ihtiyacının bulunmaması	8	7,9
Diğer	4	4,0

Tablo 15 incelendiğinde, %34,7 oranında değişime üst yönetimin isteksiz davranması, %32,7 oranında işletmede bu konuda uzman personelin bulunmaması , %11,9 oranında personelin yeniliklere açık olmaması gibi nedenlerle, örgütsel yapının periyodik olarak ele alınmadığı belirtilmiştir. En fazla işaretlenen seçenek üst yönetimin değişime isteksiz davranmasıdır. Yöneticiler, değişime ilişkin planların hazırlanmasında aktif rol oynamaktadırlar. Üst yönetimin planların ve programların uygulanmasında gönüllü olmaları gerekmektedir.Soruda böyle bir ihtiyacın olmadığı şeklindeki şıkkı (%7,9) yönetici cevaplamamıştır. Bu oran çok düşük düzeydedir. Bu da göstermektedir ki; birçok yönetici kurumlarının örgüt geliştirme faaliyetlerine ihtiyacının olduğunu düşünmekte ancak bazı nedenlerle bu faaliyetleri yeteri kadar yerine getirememektedir.

Tablo:16 Örgüt Geliştirme Çalışmalarında Başarı Düzeyi

	Sayı	%
Evet	47	46,5
Hayır	54	53,5
Toplam	101	100,0

Tablo 16’de örgüt geliştirme çalışmalarının başarılı olma düzeylerine baktığımızda; hayır diyenlerin oranı %53 olarak ortaya çıkmıştır. Bu kurumların örgüt geliştirme çalışmalarının başarısızlık nedenleri Tablo 18’deki dağılımla açıklanmaktadır.

Tablo:17 Örgüt Geliştirme Çalışmalarının Başarısızlık Nedenleri

	Sayı	%
Tepe yönetiminin otokratik (astların fikrini almayan yönetim) tarzını sürdürmesi	32	31,7
Değişiklik amacına uygun olmayan faaliyet programlarının uygulanması	24	23,8
Kısa dönemli bakış açısı	22	21,8
Uygulanan stratejiler ve tekniklerle, diğer yönetim faaliyetleri arasında koordinasyonun bulunmaması	18	17,8
Tepe yönetiminin ortaya koyduğu değişiklik çabalarının, orta ve alt kademe yönetiminden kopuk olması	13	12,9
Gerçekleştirilen davranış değişikliklerinin eski yapıya uyumlaştırılmaya çalışılması	16	15,8
Hazır Çözümlere Yönelme	7	6,9
Diğer	4	4,0

Örgüt geliştirme çalışmalarının başarısızlık nedenleri içerisinde ilk sırayı tepe yönetiminin otokratik tavrını sürdürmesi almaktadır. Bu durum da bize sağlık kurumlarında halen katılımcı bir yönetim tarzının benimsenmemiş olduğunu göstermektedir. Astların kararlara katılmadığı, üst yönetimin her istediği kararı verebildiği demokratik olmayan bir yapının sinyalleri verilmektedir. İkinci olarak da; değişiklik amacına uygun olmayan faaliyet programlarının uygulanması neden olarak gösterilmiştir. Amaca uygun olarak hazırlanmayan değişim programlarının hiçbir önemi yoktur. Değişime ve daha da önemlisi gelişmeye etkisi olmaz.. Birçok üst yönetici sonuçlara yönelik çalışmalar yaparlar ve sabırsızdırlar.

Örgüt geliştirme çabalarını olumsuzluğa sürükleyen bir diğer neden de kısa dönem ve gerçekçi olmayan bakış açısıdır. Kısa dönemde oluşan olumlu değişimler gerçek örgütsel etkinliğin ölçüsü olamaz. Örgüt geliştirmenin anlamlı bir sonuç vermesi ancak üç veya beş yıllık bir zaman dilimini kapsamalıdır. Çalışmaların uzun zamana yayılması verimliliği arttırıcı olmaktadır. Uygulanan stratejiler ve tekniklerle, diğer yönetim faaliyetleri arasında koordinasyonun olmaması da önemli bir sorundur. Yönetim bir bütündür. Bütün çalışmalar koordineli olmak zorundadır. Faaliyetler arasında tutarsızlığın olması çalışmanın bütününe etkilemektedir ve sonuçta başarısız olunmaktadır.

Tepe yönetiminin ortaya koyduğu değişiklik çabalarının, orta ve alt kademe yönetiminden kopuk olması bir diğer olumsuz durumdur. Üst yönetimin, yoğun bir çalışma içinde olması ve bunun için zaman ve enerjiye gereksinim duyması, üst yönetim ile orta kademe yöneticileri arasında iletişimin bozulmasına neden olmaktadır. Böylelikle; sorunları arttığı ve sosyal mesafenin belirginleştiği görülmektedir.

Gerçekleştirilen davranış değişikliklerinin eski yapıya uyumlaştırılmaya çalışılması bir diğer etkendir. Örgüt geliştirme çabalarının, yöneticiler tarafından değiştirilen koşulları var olan yapıya uydurmaya çalışmaları sonucu başarısızlık kaçınılmaz olmaktadır. Hazır çözümlere yönelmek de etkenler arasındadır. Örgütün etkinliğini oluşturmak için çabuk çözüm getiren her şeye yönelen bir çok yönetici bulunmaktadır. Durumsallık yaklaşımında da belirtildiği gibi koşullara ve örgütün yapısına göre faaliyetler farklılaşacaktır. Başka bir örgütü başarıya ulaştıran çözümler belki de bizim örgütümüze hiç etki etmeyecektir. Anket çalışmasında yer alan ancak hiçbir yöneticinin işaretlemeyeceği bir etken de, dışardan getirilen danışmana aşırı bağlılıktır. Bu durum Mersin'deki sağlık kurumlarının örgüt geliştirme faaliyetleri için danışmanlık hizmeti almamış olmasıyla açıklanabilir.

SONUÇ

Dünya’da meydana gelen gelişmeler ve değişimler örgütler açısından önemli fırsat ve tehditleri beraberinde getirmektedir. Örgütler, bu toplumun parçası olarak toplumu etkilemekte ve ondan etkilenmektedirler. Bütün örgütlerin amacı, rekabet üstünlüğü elde etmek ve hayatta kalmayı başarmaktır. Hayatta kalabilmelerinin de tek yolu yenilik yapmaktan ve çevredeki değişimlere uyum sağlamaktan geçmektedir. Ayrıca, işletme başarısını arttıran bir diğer etken de, mekanik ve rasyonel örgüt anlayışından sosyal ve organik örgüt anlayışına geçebilmektir.

Kurumlarda, değişimin yönetilmesine ve uygulanmasına olanak tanıyan yöntem, örgüt geliştirmedir. Örgüt geliştirme, örgütün kendi başına etkinliğini, sağlığını, yeterliliğini, verimliliğini ve çevreye uyum yeteneğini sağlayabilmesi için, örgüt sisteminde değişimi gerçekleştirme çabasıdır. Örgüt sistemini geliştirmede, davranış bilimlerinden ve bu bilgilere sahip danışmanlardan yararlanılabilmektedir.

Örgüt geliştirme çalışmalarının ihtiyaç haline geldiği bir örgüt biçimi de, sağlık kurumlarıdır. Sağlık kurumları, toplumda büyük öneme sahiptir. Sağlık kurumlarının geliştirilmesinden ve yaşanan değişimlere uyum sağlayabilmesinden bütün toplum etkilenmektedir. Yeni Dünya Düzeni içerisinde, bütün sağlık kurumlarının, verimli bir biçimde, yeniden organize edilmesi gerekmektedir. Aksi takdirde, toplumlar için büyük öneme sahip sağlık kurumlarının, gelecekteki sürdürülebilirliği, ciddi bir biçimde tehlikeye girebilecektir.

Sağlık politikaları ve planlamasında çok başlılık bulunmaktadır. Türkiye nüfusunun yaklaşık % 25’i, sağlık güvencesinden yoksundur. Avrupa Birliği sağlık sisteminde ise, sağlık güvencesi olmayan kimse yoktur ya da çok azdır. AB ülkeleri, sağlık

reformu çalışmalarını yaklaşık olarak 2-3 yılda gerçekleştirip sonuçlarını değerlendirme aşamasına gelirken, Türkiye’de 1990’larda başlayan reform çalışmaları, henüz tam olarak uygulanmamaktadır. Türk sağlık sistemi hekim ve tedavi hizmetleri merkezli bir yapılanma içerisindedir. Türk sağlık sistemi ile ilgili mevzuat düzenlemeleri, 1930’lu yıllara dayanmaktadır. GSMH’den sağlık hizmetlerine ayrılan pay, oldukça düşüktür.

Hastaneler, profesyonel işletmecilik anlayışına uygun olarak yönetilmemektedir. Bu durum, yönetim sorununu beraberinde getirmektedir. Bu kurumlarda, yeterince kalite çalışmaları yapılmamaktadır. Acil sağlık hizmetleri yetersizdir. Denetim mekanizması yeterince çalışmamaktadır.

Sağlık sorunlarının çözümü için ulusal sağlık politikaları oluşturulması gereği, ilgili tüm tarafların uzlaştığı bir konudur. Bu politikalar hükümetler tarafından politik kaygılar ile değil, zamanın koşullarına göre değiştirilebilecek esneklikte olmalıdır.

Bu araştırmada, sağlık kurumlarının örgüt geliştirme potansiyelleri incelenerek analizleri yapılmış ve bazı öneriler geliştirilmiştir. Bu bağlamda ilk önce, örgüt geliştirmenin tanımı, amaçları, özellikleri, unsurları, teknikleri hakkında bilgi verilmiştir. İkinci olarak, sağlık kurumlarının yapısı, sorunları ve bu kurumlarda yapılan reform çalışmaları incelenmiştir. Üçüncü olarak, sağlık kurumlarında örgüt geliştirme faaliyetlerinin değerlendirilmesine ilişkin, uygulamalı bir araştırma yer almıştır. Mersin il merkezi baz alınarak, sağlık kurumları yöneticilerini hedefleyen bir alan araştırması yapılmıştır. Mersin ilinde faaliyet gösteren sağlık kurumlarının, yöneticileriyle yapılan anket araştırması yoluyla elde edilen verilerin, analiz sonuçları aşağıda belirtilmiştir

Sağlık kurumlarının örgüt geliştirme çalışmaları ile ilgili sağlıklı bilgiler alınabilmesi ve bazı değerlendirmelerin yapılabilmesi için, sağlık kurumlarının ve

yöneticilerinin başlıca özellikleri belirtilmiştir.

Sağlık kurumları yöneticilerinin %1,0'ı önlisans, %37,5'i lisans, % 61,4'ü lisansüstü (yüksek lisans ve doktora) mezunudur. Bu durum sevindirici bulunmuştur. Yöneticilerin %78,2'sini oluşturan büyük çoğunluğu tıp fakültesi mezunudur. Yönetim konusunda doktorların yeterli eğitimi almadıkları düşünüldüğünde, örgüt geliştirme çalışmaları açısından olumsuz bir durum ortaya çıkmaktadır. Yöneticilerin özellikleri ile ilgili elde edilen bir başka sonuca göre ise, yöneticilerin %70,3'ünün yöneticilik tecrübesi, 1-5 yıl arasındadır. Bu da, yöneticilerin yeterli tecrübeye sahip olmadıklarının göstergesidir.

Ankete katılan sağlık kurumlarının genel özellikleri değerlendirildiğinde; % 63'ü kamu, %37'si özeldir. Özellikle son yıllarda, özel sağlık kurumları artış göstermiştir. Sağlık kurumlarının %73,3'ü, KOBİ niteliğindedir

İşletmelerin çevresinde yaşanan değişimlere ve gelişimlere duyarsız kalması beklenemez. Bu değişimler ve gelişmeler teknoloji ve sosyal boyutludur. Örgüt geliştirme çalışmaları, örgütün verimliliğini arttırmaya yönelik çalışmalardır. Örgütün sosyal beşeri yönünü oluşturan karar verme sistemi, örgüt kültürü, örgütsel değerler, haberleşme sistemi, personel politikası, yönetim anlayışı gibi unsurların önemsenmesi, başarı için önemli bir yere sahiptir. Bunun yanında, teknolojik boyutun da ihmal edilmemesi gerekmektedir.

Araştırmada bu konuya ilişkin olarak elde edilen sonuç, sağlık kurumlarını en fazla etkileyen dış çevresel faktörün, teknolojik çevre olduğuna ilişkindir. Son 5 yılda yapılan değişim çalışmaları içinde, en fazla değişim araç gereçlerde meydana gelen teknolojik boyutla ilgilidir. Buradan hareketle denilebilir ki; sağlık kurumlarının teknolojik değişim ve gelişimlere uyum kabiliyeti yüksektir. Bugün itibariyle, sağlık

teknolojisi alanında, oldukça ileri noktalarda bulunduğumuz bir gerçektir. Ancak, ülkemizde sağlık teknolojisine yeterli ve gerekli yatırım yapılmamasının bir sonucu olarak, teknoloji bakımından, büyük oranda dışa bağımlılık söz konusudur.

Araştırmada yapılan faktör analizi, sağlık kurumlarının yapı ve süreçlerine ilişkindir. Analiz sonucunda, 6 faktör elde edilmiş olup bu faktörler; toplam kalite anlayışı, motivasyon ve eğitim, iletişim, bilgi ve kaynak kullanımı, yönetime katılma ve astlara güvendir. Bu faktörler sonucunda elde edilen bulgulara göre; sağlık kurumlarında hedeflere ulaşıldığında ödüllendirme yapılmaktadır, örgüt hedeflerinin geliştirilmesi sorumluluğu bütün kademelere verilmiştir, örgüt içerisinde aşağıdan yukarıya yukarıdan aşağıya iletişim serbesttir, istenilen bilgilere ulaşılması kolaydır, amaçlar grup kararıyla belirlenmektedir.

Sağlık kurumlarında örgüt geliştirme teknikleri, tam olarak bilinmemekte ve uygulanmamaktadır. Tekniklerden, özellikle duyarlılık eğitimi konusunda, yöneticiler bilgi sahibi değildirler. Takım çalışması, en fazla uygulanan tekniktir.

Anketlerde, sağlık kurumlarında örgütsel yapı ve süreçlerin geliştirilmesinin, periyodik olarak ele alınıp alınmadığı sorulmuştur. Bu soruya, yöneticilerin %49,5'i "Evet", %50,5'i "Hayır" yanıtını vermiştir. Örgütsel yapı ve süreçlerin geliştirilmesinin periyodik olarak ele alınmadığını ifade eden yöneticiler bunun bir çok nedeni olduğunu belirtmişlerdir. Önem sırasına göre bu nedenler; üst yönetimin değişime isteksiz olması, bu konuda uzman personelin olmaması, personelin yeniliklere kapalı olması ve böyle bir ihtiyacın bulunmaması olarak ortaya çıkmıştır.

Örgüt geliştirme çalışmalarının başarılı olma düzeylerine ilişkin yapılan saptama, %46,5 oranında yöneticinin "Evet" yanıtını, %53,5 oranında yöneticinin ise

“Hayır” yanıtını verdiğiidir. Bunun en önemli nedenleri arasında; tepe yönetiminin otokratik tavrını sürdürmesi, değişiklik amacına uygun olmayan faaliyet programlarının uygulanması ve kısa dönemli bakış açısı sayılabilir. Burada dikkate değer bulunan nokta, örgüt geliştirme çalışmalarının periyodik olarak ele alınmamasının ve yapılan çalışmaların başarılı olamamasının nedenlerinin bir üst yönetimin tutumuyla kesişmesidir. Sağlık kurumunu yöneten kesime bakıldığında, %78,2’lik kesimin, tıp eğitimi almış yöneticilerden oluştuğu görülmektedir. Bütün sonuçlar sağlık kurumlarındaki en büyük sorunun, yönetimden kaynaklandığını göstermektedir. Bu konuda geliştirilen öneriler; özellikle üst yönetimin, yönetim konusunda eğitim, seminer ve konferanslara katılımlarının sağlanmasıdır.

Yapılan faktör analizi sonucu belirlenen faktörlerle (toplam kalite anlayışı, motivasyon ve eğitim, iletişim, bilgi ve kaynak kullanımı, yönetime katılma ve astlara güven), örgüt geliştirme çalışmalarının düzenli olarak yürütülmesine ilişkin bir karşılaştırma yapılmıştır. Sonuç, astlara güven dışındaki bütün faktörlerin, örgüt geliştirme çalışmalarını düzenli olarak uygulayan işletmelerde, ortalamalardan daha yüksek olduğudur. Bu sonuç, örgüt geliştirme çalışmalarının işletmede motivasyona, eğitime, toplam kalite anlayışına, bilgi ve kaynak kullanımına ve yönetime katılıma sağladığı katkıyı gözler önüne sermektedir.

Örgüt geliştirme çalışmaları kamu kesiminde uygulanırken, bazı zorluklarla karşılaşılmaktadır. Bunların başında, yetki devrinin ve kararlara katılımın düşük düzeyde olması, mevzuat ve yönetmeliklere uyulmasında esnekliğin az olması gelmektedir. Böyle bir yapıda, her şey açıkca tartışılmamaktadır. Örgüt geliştirme çalışmaları uygulanırken, sorunlar önceden tahmin edilip buna göre çözüm önerileri geliştirilmelidir.

Ülkemizde, cumhuriyet tarihinden bu yana elde edilen tüm gelişmelere rağmen,

Türk sağlık sistemi, hala ciddi sorunlar ile karşı karşıya bulunmaktadır. Türkiye, temel sağlık gostergeleri bakımından, hala yoksek gelirli ve hatta pek çok orta gelirli ülkenin gerisinde bulunmaktadır. Türkiye’de özellikle, anne ve ocuk ölüm oranları ve genel olarak hastalık oranları çok yoksektir. Öte yandan, ülke içerisinde, hemen tüm sağlık gostergelerinde, yere ve bölgeye bağlı, çok büyük farklılıklar söz konusudur. Türk sağlık sisteminin iyileştirilmesi için, birinci derecede, sağlık hizmetlerinden sorumlu Bakanlık merkez teşkilatının yeniden yapılandırılması gerekmektedir. Yapılması gereken öncelikle Bakanlığın sağlık hizmetleri alanındaki rolünün ve fonksiyonlarının yeniden tanımlanmasıdır. “Yeniden tanımlama”, “yeniden yapılanma”nın başarılı olabilmesinin n koşuludur. Yeniden yapılandırmaya başlamadan önce, Sağlık Bakanlığı’nın mevcut durum analizinin yapılması, sorunların nedenlerinin ve ana kaynaklarının tespit edilmesi önem taşımaktadır.

Durum tespiti ve sorunların analizinden sonra, bakanlığın yeni tanımlanan rolüne ve fonksiyonlarına uygun bir stratejik plan hazırlanmalı ve bu plan çerçevesinde oluşturulacak strateji ve planlar uygulanmaya başlanmalıdır.

Sağlık sistemindeki yönetim sorunu zlmeden sağlıkta dönüşüm programının tam olarak başarıya ulaşması zorlaşmaktadır. Profesyonel sağlık yöneticilerinin her süreçte ve her kademedede bulunması gerekmektedir. Aynı zamanda akreditasyon, standartizasyon, kalite, yeterli nitelik ve nicelikte sağlıklı insangücü, yeterli ve gelişmiş sağlık teknolojiyle birlikte, hastanelerin güçlendirilmesi hususları üzerinde durulmalıdır.

Sonuç olarak belirtmek gerekirse, sağlık kurumlarında örgüt geliştirme çalışmalarının uygulanması zorunludur ve bir ihtiyaçtır. Ancak, sağlık kurumlarının büyük kısmı, sosyal beşeri faktörleri ve örgüt geliştirme faaliyetlerini ihmal etmektedirler.

Başarılı örgütlerin sırrı, insan kaynaklarını organize edebilme kabiliyetlerinde saklıdır. Sağlık kurumlarının, örgüt geliştirme çalışmalarının başarısı da buna bağlıdır. Bir diğer sorun, örgüt geliştirme olgusu, değerleri ve teknikleri konusunda sağlık kurumlarının yeterince bilgi sahibi olmamasıdır. Bu konuda, özellikle yönetime, fazlaca iş düşmektedir. Yöneticilerin, örgüt geliştirme yaklaşımına daha fazla önem vermesi gerekmektedir.

Sağlık kurumlarının yönetsel, finansal, mevzuata ilişkin, hizmete ilişkin sorunları bulunmaktadır. Tam da bu noktada, örgütü yenileyen ve geliştiren çalışmalar devreye girmektedir. Bu amaçla, reform adıyla çalışmalar yapılmakta, toplam kalite yönetimi ve örgüt geliştirme gibi mevcut durumu iyileştirmeye yönelik uygulamalar gündeme gelmektedir.

Hem örgüt geliştirme çalışmaları, hem de TKY çalışmaları hemen hemen aynı amaçlara sahiptir. Amaç, hasta memnuniyeti, personel eğitimi, motivasyon, kaliteli hizmet, yönetime katılımın sağlanması, değişimlere üst yönetimin istekli olmasıdır. Ancak Türk sağlık sisteminde yapılan bu iyileştirme çalışmaları tam olarak başarıya ulaşamamıştır. Bunun nedenleri arasında; eğitimin yeterince etkin olmaması, çalışmalar başlamadan önce yeterli altyapının sağlanamaması, yönetim sorunun çözülmemiş olması, sağlık sistemine yeterli kaynağın ayrılmaması, astların yönetime yeteri kadar katılımının sağlanamaması sayılabilir.

Türkiye’de sağlık sisteminde reform çalışmalarının başarılı olabilmesi için; ülke gerçekleri göz önünde bulundurularak, doğru politikaların tesbit edilmesi gerekmektedir. Sağlık Bakanlığı kurumsal bazda liderlik fonksiyonunu üstlenmelidir. Sektörler arası işbirliği ve koordinasyon gereklidir.

Sağlık kurumlarında örgütsel gelişimin en etkili şekilde uygulanabilmesi,

sorunların doğru tesbit edilmesine bağlıdır. Makro (sistem) açıdan önerilen; GSMH'dan sağlığa ayrılan payın arttırılması ve yasal düzenlemelerin sağlık sistemini geliştirici yönde yapılmasıdır. Mikro (sağlık kurumları) açıdan önerilen ise; yönetim sorununun ve görev ihmallerinin ortadan kaldırılması yönündedir. Sağlık kurumları yöneticilerinin, örgütsel gelişme gibi yeni yönetim teknikleri konusunda, hizmet içi eğitim programlarından geçirilmeleri, bu uygulamaların başarı şansını arttıracaktır.

KAYNAKÇA

- Adal, Erhan (1982). “Duyarlılık Eğitimi”, *Akademi*, Sayı 1, Nihat Sayar Yayın ve Yardım Vakfı, İstanbul, 65-69.
- Adal, Zeki (1982). “Çağdaş örgütlerde İş Yapılandırma Teknikleri”, *Organizasyon*, Yıl: 3, Sayı :10, İstanbul, 28-33.
- Aile Hekimliği Hakkında Genel Bilgiler, 25.01.2007,
<http://www.geocities.com/radyodiagnostik/ailehek.htm>
- Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun*, Resmi Gazete Sayı: 25665 Yayın Tarihi: 09.12.2004, madde. 2.
- Akat, İlter; Atılğan, Turan (1992). “Sanayi İşletmelerinde Kurumsallaşma ve Şirket Kültürü”, *Ekonomik ve Sosyal Sorunlar- Çözüm Dizisi*, TOBB Yayın No. 226, 19-26.
- Aksoy, Hasan Hüseyin; Değişme ve Yenileşme, 22.02.2007,
<http://education.ankara.edu.tr/~aksoy/seminer.htm>
- Aktan, Coşkun Can (2004). *Sağlık Bakanlığı Merkez Teşkilatı Yönetim Kapasitesinin Değerlendirilmesi ve Yeniden Yapılandırılması*, T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, Ankara.
- Altıntaş, Hakan (2002). “Sanal Bürokrasiden E-Devlete Teorik Yaklaşımlar”, 24.12.2006
www.bilgiyonetimi.org/cm/pages/mkl_gos.php?nt=237.
- Artan, İnci (1997). "Örgütsel Değişim ve Gelişme", *Endüstri ve Örgüt Psikolojisi Dergisi*,. 2. Baskı, Türk Psikologlar Derneği ve Kalite Derneği Yayını, Ankara, 103-111.
- Aşut, Özen (2003). “Avrupa’da Sağlık Reformları (2001-2002)”, *Tıp Dünyası Dergisi*, 15

Nisan Sayı:103, 1-2.

- Ataman, Göksel (2002). *İşletme Yönetimi*, Türkmen Kitapevi, 3. Baskı, İstanbul.
- Ata, Soyer, “AKP Hükümeti ve Sağlık”, *Toplum ve Hekim*, Cilt 18, Sayı: 2, 24-29.
- Aydemir, Muzaffer (2000). “Örgütsel Öğrenme Ve Toplam Kalite Yönetimi” *Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, Cilt. 2, Sayı:3, 1-5.
- Aykaç, Burhan (1991). “Yönetimin İyileştirilmesi ve Örgütsel Değişim”, *Amme İdaresi Dergisi*, Cilt..24, Sayı:2, Ankara, 97-103
- Aykaç, Burhan; Durgun, Şenol; Yayman, Hüseyin (2003). *Türkiye’de Kamu Yönetimi*, Yargı Kitabevi, Ankara..
- Balcı, Ali (2000). *Örgütsel Gelişme Kuram ve Uygulama*, Pegem Yayıncılık, Ankara.
- Balcı, Asım (2004). *Sağlık Bakanlığı’nın Desantralizasyonu ve Taşra Teşkilatının Reorganizasyonu*, Nihai Rapor, Ankara.
- Barensel Atilla (1988). “Yönetici ve Örgüt Geliştirme Kavramlarının Karşılaştırılması”, *İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi Dergisi*, Cilt.17, Sayı:2, 12-19.
- Beckhard, Richard (1969). *Organizational Development: Strategies and Models*, Addison-WesleyPub. Com. California.
- Bekaroğlu, Burak (2005). “Toplam Kalite Yönetimi Uygulamalarının ve ISO 9000 Kalite Güvencesine Sahip Olmanın Hastane Performansına Etkileri: İstanbul’daki Özel Hastaneler Üzerine Bir Araştırma”, *Akdeniz İktisadi İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, Sayı: 9, 18-32.
- Birol Bumin (1974). *İşletmelerde Amaçlara ve Sonuçlara Göre Yönetim Sistemi Yoluyla Örgütsel Gelişim*, Ankara Üniversitesi İktisadi ve Ticari İlimler Akademisi Yayınları No:82, Ankara.
- Bumin, Birol (1979). *Örgüt Geliştirme*, Ankara İktisadi ve Ticari İlimler Akademisi Yayın

No:125, Ankara.

Can, Halil (1999).*Organizasyon ve Yönetim*, Siyasal Kitapevi, 5. Baskı, Ankara.

Can, Necla (2001). “Avrupa Birliği ile Entegrasyon Sürecinde Türk Sağlık Sektörünün Durumu”, Ankara, 1-5, 28.11.2006 , <http://www.un.org.tr/who.htm>

Cummins, Thomas G; Worley, Christopher (1997). *Organization Development Change*, South Western, Collage Publishing, Ohio.

Çabuk, Serap (2001). “İşletme Yöneticilerinin Mesleki Değerlerinin Ve Demografik Özelliklerinin İşletme Etiği Üzerindeki Etkisi Türkiye’de Büyük Ölçekli Sanayii İşletmeleri Üzerine Bir Uygulama”, *Çukurova Üniversitesi*, Adana, 1-13

Çolakoğlu, Mustafa (2002). *KOBİ Rehberi*, TOBB Genel Yayın No: 359, Ankara.

Davis, Keith (1982). *İşletmede İnsan Davranışı*, (Çev). Kemal Tosun ve arkadaşları, İstanbul Üniversitesi İktisat Fakültesi Yayını no:136, İstanbul.

Davis, Keith (1981). *Human Behaviour at Work: Organizational Behaviour*, USA: Grolier Inc., USA

Dedeoğlu, Necati (2005). “Sağlık Bakanlığı’nın Sağlık Reformu Ve Alternatifi”, *Toplum ve Hekim*, Cilt 18, Sayı: 6, 434-439.

Dinçer, Ömer (1992). *Örgüt Geliştirme:Teori, Uygulama ve Teknikler*, Timaş Basım A.Ş., İstanbul.

Doğan, Selen (1997). “İşletmelerde Sürekliliğe Götüren Yol: Kurumsallaşma ve Önemi”, *Türk İdare Dergisi*, Yıl:. 69, Sayı:415, 204-205

Engiz, Oğuz (1998). “Sağlık İşletmeleri İçin Yeni İnsan gücü Tipi: Toplam Kalite Yöneticisi”, *Modern Hastane Yönetimi*, Cilt: 2, Sayı: 5, 15-28

- Eren, Erol (1998). *Örgütsel Davranış ve Yönetim Psikolojisi*, Beta Basım Yayıncılık, İstanbul.
- Fişek, Nusret (1976). “Genel Sağlık Sigortasına Niçin “Hayır” Sağlık Yönetimi - Kitaplaşmamış Yazıları 1”, *Ankara Tabip Odası Bülteni*, Sayı: 4, 2-5.
- French, Bell (1995). *Organization Development*, Prentice Hall, New Jersey.
- Friedlander, Brown (1978). *Organizational Development. In Organization Development: Theory, Practice and Research*, Business Pub. Inc, Texas.
- Furniss, Norman (1974). “ The Practical Significance of Decentralization”, *Journal of Politics*, 36, 958-982.
- Genel Sağlık Sigortası Sistemi ve Sağlık Sigortası Kurumu Kanunu Tasarısı Taslağı*, Madde. 1
- Gül , Hüseyin (2000). “Türkiye’de Kamu Yönetiminde Hizmet İçi Eğitim”, *Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi* Cilt: 2, Sayı:3, 1-5
- Güler, Birgül Ayman (1996). *Yeni Sağ ve Devletin Değişimi*, TODAİE Yayın No: 266, Ankara.
- Güney, Salih (2001). *Yönetim ve Organizasyon*, Nobel Yayın Dağıtım, Ankara.
- Gürlel, Can Fuat, Faruk Demir ve diğerleri (2002). *Devlet Teşkilatının Yeniden Yapılandırılması*, İstanbul Ticaret Odası, Yayın No: 2002-8, İstanbul.
- Hair, Anderson (1998). *Multivariate Data Analysis*, Prentice Hall, New Jersey.
- Hançerlioğlu, Orhan (2000). *Felsefe Ansiklopedisi*, Remzi Kitapevi, Cilt. 3, İstanbul.
- Harding, April (2002). Preker, Alexander S. “A Conceptual Framework for the Organizational Reforms of Hospitals”, *The Corporatization of Public Hospitals*, 124-128
- Harrison, Frank (1974). *Management and Organizations*, Houghton Mifflin Co., Boston.

Hatcher, Lary L; Ross, Timothy L (1985). "Organization Development Through Productivity Gainsharing", *Personel*, 24-58

Hayran, Osman; Sur, Haydar (1998). *Sağlık Hizmetleri El Kitabı*, Yüce Yayım, İstanbul.

<http://iibf.ogu.edu.tr/kongre/bildiriler/13-01.pdf> 18.05.2006

http://www.isgucdergi.org/index.php?arc=arc_view.php&ex=29&inc=arc&cilt=5&sayi=1&year=2003 26.02.2007

<http://www.karto.itu.edu.tr/derslerimiz/etik/STopal.pdf> 14.01.2007

<http://www.merih.net/m2/str/strayap.htm> 24.02.2007

<http://www.milliyet.com.tr/content/saglik/sag013/sag82.html> 21.04.2006

http://www.polater.com.tr/devam.php?sub_page=1&page17.11.2006

<http://www.thehealthnews.org/tr/news/1545/aile.hekimi.htm> 21.04.2006

Human, Werther (2000). *Resources and Personel Management*, Mc Graw- Hill Inc, USA.

Huse, Edgar F (1975). *Organization Development And Change*, New York: West Pubilshing Company, New York.

İraz, Rıfat (1998). "İşletmelerde Örgüt Geliştirme Faaliyeti", *Selçuk Üniversitesi Karaman İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, Cilt:1, Sayı:1, 91-106

Kalaycı, Şeref (2006). *SPSS Uygulamalı Çok Değişkenli İstatistik Teknikleri*, Asil Yayın Dağıtım, Ankara.

Kamu Yönetimi Araştırması Genel Rapor (1991). *Kamu Yönetimi Araştırma Projesi*, Türkiye ve Orta Doğu Amme İdaresi Enstitüsü Yayınları, No:238, DİE Matbaası, Ankara.

Karpuzoğlu, Ebru (2001). *Aile Şirketlerinde Kurumsallaşma*, Hayat Yayınevi, Yönetim Dizisi 16, İstanbul.

Kavruk, Hikmet (1994). "Yönetimi Geliştirme Kavramı", *Türk İdare Dergisi*, İçişleri

Bakanlığı, Yıl:66, Sayı:404, 25-56.

Kavuncubaşı, Şahin; Kısa, Adnan (2002). *Sağlık Kurumları Yönetimi*, Anadolu Üniversitesi Açık Öğretim Fakültesi, Yayın No:767, Eskişehir.

Kavuncubaşı, Şahin; Çoruh, Mithat (1998). “Ekip Çalışması ve TKY Açısından Önemi” *Sağlık Yönetiminde Devamlı Kalite İyileştirme*, Haberal Eğitim Vakfı Yayını, 14-25, Ankara.

Koçel, Tamer (1995). *İşletme Yöneticiliği*, Beta Basım Yayım Dağıtım, 5. Baskı, İstanbul.

Kozak, Meryem Akoğlan (2003). “Turizm İşletmelerinde Değişim Yönetimi Üzerine Kavramsal Bir İnceleme”, *İş Güç Endüstri İlişkileri ve İnsan Kaynakları Dergisi*, Cilt: 5 Sayı:1, 1-10.

Kunaç,Bülent; Enünlü,Tayfun; “SağlıkEnformasyonTeknolojileri”, 25.06.2006,

<http://www.saglik.gov.tr/tsbs/documents/Saglikenfomasyonteknolojileri.pdf>

Kunst, Paul (2000). “Quality Management and Business Performance in Hospitals: A Search for Success Parameters”, *Total Quality Management*, 1123-1133

Likert, Rensis (1970). “Sevk ve İdarecilik Davranışları ile Sosyal Bünye Arasındaki Münasebetler II ve III”. Çev. Faiz Poyraz, *Sevk ve İdare Dergisi*, Sayı:27 ve 28 İstanbul, 45-52.

Lippitt, Gordon (1969); *Organization Behavior*, Prentice Hall, New Jersey.

Luthans, Frank (1975); *Organizational Behavior*, Sixth Edition, Mc Graw-Hill International Editions, Singapore.

Mabey, Christopher; White, Bill Mayon (1993); *Managing Change*, the Open University Pub, London.

Mc Gregor, Douglas (1970). “Örgütün İnsan İlişkileri Yönü”, Çev. Doğan Energin, *ODTÜ İdari Bilimler Fakültesi Yayın No: 16*, Ankara, 1-14

Ministry of Health, Republic of Turkey (1997); *Health Sector Reforms in Turkey*, Health Project General Coordination, Ankara.

Morrin, Pierre (1972). *Organizasyonların Gelişmesi*, Çev: Süheyl Gürbaşkan, İstanbul Reklam Yayınları:16, İstanbul.

“On Soruda 224 Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun”, *Toplum ve Hekim Dergisi*, Ocak-Şubat 2001, Sayı: 1, 28-33

Öğütveren, Özlem(2000); “Öğrenen Örgütlerde Sürekli İyileştirme Modeli: İşletme Eğitimi Üzerine Bir Uygulama”, *Erciyes Üniversitesi 8. Ulusal Yönetim ve Organizasyon Kongresi Bildiriler*, Nevşehir, 20-27 Mayıs, s.648-656

Ölçer, Ferit (1995); “İşletmelerde Örgütsel Değişime Direnme ve Bu Sorunun Çözümlemesi Üzerine Bir Araştırma”, *Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi*, Adana, 11-31.

Peker, Ömer (1995). *Yönetimi Geliştirmenin Sürekliliği*, TODAİE Yayınları, No:258, Ankara.

Özalp, Şan (1979). *Hareket ve Zaman Etüdü*, E.İ.T.İ.A. Yay. Eskişehir.

Özalp, Sinan ve Şahin, Ümit (2000). “Sağlık Hizmetlerinde Kalite ve Eğitim ile İlişkisi”, *I. Ulusal Sağlık İdaresi Kongresi- Bildiriler*, Hacettepe Kültür Merkezi, Ankara: 20-21 Mayıs, 244-251.

Özdemir, Oya; Ocaktan, Esin ve Recep, Akdur (2003). “Sağlık Reformu Sürecinde Türkiye Ve Avrupada Koruyucu Sağlık Hizmetlerinin Değerlendirilmesi”, *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*, Cilt:56, Sayı :4, 207-216.

Özen, Şükrü (2002). “Aktör Bağlam, Söylem ve Kurumsal Değişim: Türkiye’de Toplam Kalite Yönetiminin Yayılım Süreci”, *Yönetim Araştırmaları Dergisi*, Ankara,

47-90.

Özen, Şükrü (1991). “Yönetimi Geliştirmede Bir Yaklaşım: Örgüt Geliştirme”, *Amme İdaresi Dergisi*, Cilt:24, No:4, Aralık, 89-106.

Özgen, Hüseyin ve Kılıçar, Kemal Can (2001). “Öğrenmenin Kurumsallaşmasında Toplam Kalite Yönetimi Yaklaşımı”, 7-14.

Özkalp, Enver ve Korel, Çiğdem (2002). *Örgütsel Davranış*, Anadolu Üniversitesi Açık Öğretim Fakültesi Yayınları, Eskişehir.

Özkara, Belkıs (1999). “Evrimsel ve Devrimci Örgütsel Değişim”, *Afyon Kocatepe Üniversitesi*, Afyon, 140-141.

Özsarı, Haluk (2000). “ Sağlık ve Sigorta”, *Sigorta Dünyası Dergisi*, 472.Sayı, İstanbul, 20-26

Öztek, Zafer (2001). “Türkiye’de Sağlık Hizmetleri”, *Yeni Türkiye Dergisi*, Sayı: 39, 1-5

Öztürk, Azim (1998). *Örgüt Geliştirme*, Nobel Kitapevi, Adana.

Sabuncuoğlu, Zeyyat (1995). *Örgütsel Psikoloji*, Rota Ofset A.Ş., Bursa.

Sağlık Bakanlığı, “Sağlıkta Strateji”, *Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü Yayın Organı*, Sayı: 20.

Sağlık Hizmetlerinde Etkinlik Özel İhtisas Komisyonu Raporu (2001). DPT, Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı, Ankara.

“Sağlık Reformları: Hastane Özerkleşmesi” (1995). *T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlıkta Strateji Dergisi*, Mart, 1-3

Sağlık Reformları Ve Kişisel Sağlık Sigortası Sistemi, Sağlıkta Strateji (1998). TC. Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü Yayın Organı, Haziran.

Sağlık ve Sosyal Hizmet Emekçileri Sendikası (2007). *2007 Sağlık Hakkı İçin Mücadele*

Yılı Olacak, Mattek Matbaacılık, Ankara.

Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'nın Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde

Kararname, V. Tertip Düsturun Cildi :23 ,Sayı.:364, madde 2.

Sağsan, Mustafa ; “Örgütsel Seçimlerde Küme Modeli : İnsan İlişkileri, Bilgi Yönetimi ve Örgütsel Öğrenmenin Ara Kesitinde İnsan” Başkent Üniversitesi, 24-29
<http://eprints.rclis.org/archive/00005911/01/205-230.pdf>, 26.02.2007

Sahin, Ümit (1999). “Sağlık Bakım Hizmetleri Sistemimiz İçin Öneriler”, *Modern Hastane Yönetimi Dergisi* , C:3 S:4 , Eskişehir, Nisan-Mayıs, 1-2

Sayar, Kemalettin (2001). “ Özel Hastanelerde Kurumsallaşma Süreci”, *Hastane-Hospital News* 12. Sayı, 1-2

Silah, Mehmet (2002). “Sanayi İşletmelerinde Önemli Ve Çağdaş Bir Gereksinim: Süreç Danışmanlığı Uygulamaları”, *Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, Cilt : 26, No: 1, Mayıs, 143-168

Soysal, Muzaffer (1993). *Hastanelerde Bilgisayar Kullanımı*, MPM Yayınları, 486, Ankara.

Sözen , Cemil (1997). *Sağlık Hizmetlerinde Yönetim*, Atlas Kitapevi, Konya.

Stanley, Davis ve Lawrence, Paul (1977). *Matrix*, Addison Wesley Pub. Comp, Masset Hucest S.

Şahin, Feyzullah; Şahin, Dilek (2004). “Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Sağlık Eğitimi”, *I. Ulusal Sağlığı Geliştirme ve Sağlık Eğitimi Sempozyumu*, Ankara, 6-7.

Şimşek, Şerif; Akgemci Tahir ve Adnan, Çelik (2001). *Davranış Bilimlerine Giriş ve Örgütlerde Davranış*, Nobel Yayın Dağıtım, Ankara.

T.C. Sağlık Bakanlığı (2002). *Türkiye Sağlık Hizmetlerinde Üç Yıl*, Mayıs 1999, Ankara.

T.C. Sağlık Bakanlığı (2004). *Türkiye Sağlık Bilgi Sistemi Eylem Planı*, Ocak, Ankara.

T.C. Sağlık Bakanlığı, *Sağlık Mevzuatı, Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun*, Madde 2.

T.C Sağlık Bakanlığı, Temel Sağlık Hizmetleri Uluslararası Konferansı Alma Ata Bildirgesi,
http://www.sabem.saglik.gov.tr/forum/ezadmin/htmlarea/files/documents/1235_1alma_ata.pdf.

Tekingündüz, Sabahattin; Önder, Ömer (2004). “Gelişmiş Ülkelerle Türkiye’nin Kimi Sağlık Göstergeleri Yönünden Karşılaştırılması”, *Ankara Üniversitesi Sağlık Eğitim Fakültesi Dergisi*, 2-10.

The World Bank Group (2002). “Public Hospitals: Options for Reform through Public-Private Partnership”.S. *Public Policy for Private Sector*, Note Number 241, January.

Tokat, Mehmet (1995). “1995 Yılı Türkiye Sağlık Harcamaları ve Finansmanı, Sağlık Bakanlığı”, *Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü*.72-81.

Tosi, Henry; Hammer, Clay (1974). *Organizational Behavior and Management*, St. Clair Pres, Chicago.

TÜBİTAK, Vizyon 2023, “Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Durumu”, SWOT Analizi,
<http://vizyon2023.tubitak.gov.tr/teknolojiongorusu/paneller/saglikveilac/raporlar/son/EK-21.pdf>.

Türkiye ve Avrupa Birliği’ndeki Sağlık Politikaları ve Göstergelerinin Karşılaştırılması (1997). Devlet Planlama Teşkilatı Avrupa Birliği Genel Müdürlüğü.

Türkiye’de Saydamlığın Artırılması Ve Kamuda Etkin Yönetimin Geliştirilmesi (2002). Yönlendirme Komisyonu , Ankara.

Üstünel, İsmail (2000). “Kalite Yönetimi Manzaraları”, *Hastane-Hospital News* 9. Sayı,

Kasım- Aralık, 15-35.

WHO(1988), *Health For All 2000*, Geneva, WHO.

Yaeger, Therese (2002); “The Core Values of Organization Development Revisited A Compass for Global and International Organization Development”, *Organizational Development Practitioner*, Vol. 34, No. 1, 154-555.

Yeniçeri, Özcan (2002). *Örgütsel Değişimin Yönetimi*, Nobel Yayınları, Ankara.

Yıldırım, Hasan Hüseyin (1998). “Sağlık İşletmecisi ve Yöneticisi Adayları İçin Staj Eğitim Programlarının Önemi, *Modern Hastane Yönetimi*, Cilt: 2, Sayı: 5, Haziran-Temmuz, 2-3.

Yıldırım, Hasan Hüseyin (2004). “ Genel Sağlık Sigortası Kanunu Tasarı Taslağı: Eleştirel Bir Sorgulama”, *ABSAĞLIK*, Ankara, 1-2.

Yıldırım, Savaş (1994). “Sağlık Hizmetlerinde Harcama Ve Maliyet Analizi”, Yayın No: *DPT: 2350*, Temmuz, s.27 <http://ekutup.dpt.gov.tr/saglik/yildiris/hizmet.pdf>.

Yükselen, Cemal (2006). *Pazarlama Araştırmaları*, Detay Yayıncılık, Ankara.

3359 Sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu, 15/5/1987 Sayı: 19461, Yayımlandığı Tertip: 5, Cilt: 26.

EKLER

EK. 1 Anket Formu

Sayın Yönetici,

Elinizdeki anketin amacı, sağlık kurumlarında örgüt geliştirme çalışmalarına ihtiyaç duyulup duyulmadığının, ihtiyaç durumunda örgüt geliştirme çalışmalarının uygulanıp uygulanmadığının en son olarak da uygulanan örgüt geliştirme çalışmalarının başarısının tesbitidir. Tez çalışmasında genel olarak örgüt geliştirme.; bir örgütte davranış bilimlerine ait bilgi ve teknikleri kullanabilen bir değişim uzmanı yardımıyla ve katılımcı bir yönetim anlayışıyla, bir bütün olarak o örgütün sorunlarının giderilmesi ve örgütte yeniliklerin getirilmesi süreçlerinin geliştirilmesidir diye tanımlanmıştır.

Anket sorularını cevaplandırmanız, şüphesiz sizin belirli bir zamanınızı alacaktır. Ancak, elde edilen sonuçlardan ortaklaşa yararlanacağımızı düşünerek, bu zamanı bize ayıracağınız ümit edilmektedir. Toplanan veriler, bir yüksek lisans tezi için bilimsel amaçlarla kullanılacak olup; gizli kalacaktır. Ancak, e-posta adresiniz yazmanız durumunda, çalışmanın geniş bir özeti arzu edenlere sunulacaktır. Anket formu 17 sorudan oluşmaktadır. Katkınız ve işbirliğiniz için teşekkür ederiz.

Gonca UÇAR
ME.Ü. İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi
Yüksek Lisans Öğrencisi

Prof. Dr. Tayfur Özşen

1. Kurumunuzda çalışan personel sayısı
2. Sağlık kurumunuzun türü

- | | | |
|---------------------|--------------------|-----------------|
| a) Devlet Hastanesi | d) Tıp Merkezi | g) Sağlık Ocağı |
| b) Özel Hastane | e) Poliklinik | h) Diğer..... |
| c) Tıp Fakültesi | f) 112 Acil Servis | |

3 Aşağıdaki çevresel değişimlerin hangileri işletmenizi etkilemektedir?

- a) () Teknolojik çevre
- b) () Ekonomik çevre
- c) () Politik çevre
- d) () Kültürel ve sosyal çevre
- e) () Yasal çevre
- f) () Doğal çevre
- e) () Rakipler

4.Çalıştığınız birimi dikkate alarak aşağıdaki maddelere katılım düzeyinizi belirtiniz.

	YAPI VE SÜREÇLER	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
4.1	Astlara tam olarak güvenilir.					
4.2	Astların üstleriyle görüşme serbestisi bulunmaktadır					
4.3	Astların fikirleri kararlar alınırken daimi suretle kabul edilir ve kullanılır					
4.4	Örgüt içerisinde belirlenen hedeflere ulaşıldığında, ödüllendirme yapılır.					
4.5	Örgüt içerisinde yöneticiler, değişik fikirlere sahip olan insanlarla iletişime açıktır.					
4.6	Birimimde çalışanlar diğer birimlerle düzenli olarak bilgi paylaşır					
4.7	İşimi yapmak için gereken bilgiye anında ulaşabilirim					
4.8	Örgüt içerisinde aşağıdan yukarıya, yukarıdan aşağıya iletişim serbesttir.					
4.9	Örgütün bütününde ekip çalışması yapılır.					
4.10	Örgüt içindeki birim üyeleri, onların iş alanına girmediği zamanlarda başka birim üyelerinin görüşlerini alır.					
4.11	Kararları verme hakkı örgütün bütünüdür.					
4.12	Astlar kendi işleriyle ilgili kararlara tam olarak katılmamaktadırlar					
4.13	Yeni kararların alınmasının motivasyona katkısı büyüktür					
4.14	Örgüt hedeflerinin geliştirilmesi sorumluluğu bütün kademelere verilmiştir					
4.15	Örgüt içerisinde amaçlara ulaşmada belirlenen adımlar düzenli olarak izlenir.					
4.16	Amaçlar grup kararıyla tespit edilir					
4.17	Amaçlara karşı gizli bir direniş vardır					
4.18	Günlük çalışmalar ile örgütün misyonu arasında güçlü bir ilişki vardır					
4.19	Örgütte çalışan kişiler hastaların ihtiyaçlarını ve beklentilerini nasıl daha iyi karşılayacakları konusunda fikir alışverişi yaparlar					
4.20	Örgütte düzenli olarak hastalardan geri bildirim alınır					
4.21	Örgütte hastalarımızdan elde edilen geri bildirim, hizmetlerin geliştirilmesinde kullanılır					
4.22	Örgütte problemler görmezden gelmek yerine çözülmeye çalışılır					

4.23	Mümkün olduğu zaman, birimim iş ortamında kriz durumunu azaltmak için planlar yapar					
	YAPI VE SÜREÇLER	Kesinlikle atılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
4.24	Hastalara daha iyi hizmet sunabilmek için bütün personele gerekli eğitim verilir					
4.25	Birim üyeleri tüm personelin gelişimini sağlamak için zaman ve kaynak için yatırıma isteklidirler					
4.26	Örgüt içerisinde dürüstlüğe ve arkadaşlık ilişkilerine önem verilir					
4.27	Örgüt içerisinde insanlar kişisel etik ve değerlerden ödün verme konusunda baskı altında tutulmaz.					

5. Sağlık kurumunuzda örgütsel yapının geliştirilmesi periyodik olarak ele alınmaktadır? (cevabınız hayır ise 8. soruyu cevaplandırınız.)

a) () evet

b) () hayır

6. Sağlık kurumunuzda son 5 yılda hangi alanda ne kadar değişim çalışması yaptınız?

#	Süreç ve Yapı	Hiç	Çok Az	A. Kısmen	Oldukça	Büyük Ölçüde
6.1	Haberleşme sistemi					
6.2	Örgüt yapısı/şeması					
6.3	Karar verme sistemi					
6.4	Personel politikası					
6.5	Yönetim anlayışı					
6.6	Personelin davranışı					
6.7	İş tanımları					
6.8	Örgütsel değerler					
6.9	Teşvik sistemi					
6.10	Örgüt kültürü					
6.11	Araç gereçlerde teknolojik değişim					

7) Aşağıdaki teknikleri kullanım sıklığınızı belirtiniz.

	Hiç	Çok Az	Kısmen	Oldukça	Büyük Ölçüde
Amaçlara Göre Yönetim					
Tutum Araştırması Ve Geribesleme					
İş Dizaynı Teknikleri					
Duyarlılık Eğitimi					
Sistem 4 Yaklaşımı					
Takım Çalışması					

8. Kurumunuzda örgütsel yapının geliştirilmesinin ele alınmama nedenleri aşağıdakilerden hangisidir?

- Değişime üst yönetimin isteksiz davranması
 Bu konuda uzman personelin bulunmaması
 Personelin yeniliklere açık olmaması
 Sağlık kurumunun böyle bir ihtiyacının bulunmaması
 Diğer.....

9. Kurumunuzda örgüt geliştirme çalışmaları başarıyla sonuçlandı mı? (Hayır ise 10. soruya geçiniz.)

- Evet Hayır

10. Kurumunuzda örgüt geliştirme çalışmalarının başarısızlık nedeni/nedenleri hangileri belirtiniz. (Birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz.)

- Tepe yönetiminin otokratik (astların fikrini almayan yönetim tarzı) yönetim tarzını sürdürmesi
 Değişiklik amacına uygun olmayan faaliyet programlarının uygulamaya konması
 Kısa dönemli bakış açısı
 Uygulanan stratejiler ve tekniklerle, diğer yönetim faaliyetleri arasında koordinasyonun bulunmaması
 Dışardan getirilen danışmana aşırı bağımlılık
 Tepe yönetiminin ortaya koyduğu değişiklik çabalarının, orta ve alt kademe yönetiminden kopuk olması
 Gerçekleştirilen davranış değişikliklerinin eski yapıya uyumlaştırılmaya çalışılması
 Hazır çözümlere yönelme
 Diğer.....

11. Cinsiyetiniz Erkek Kadın

12. Yaşınız:

13. Eğitim durumunuz nedir?

- | | |
|--------------------------------------|--|
| a) <input type="checkbox"/> İlkokul | d) <input type="checkbox"/> Ön lisans |
| b) <input type="checkbox"/> Ortaokul | e) <input type="checkbox"/> Lisans |
| c) <input type="checkbox"/> Lise | f) <input type="checkbox"/> Lisansüstü |

14. Lisans diplomasının alındığı yüksek öğretim biriminin türünü yazınız.

- | | |
|---|--|
| a) <input type="checkbox"/> İşletme | d) <input type="checkbox"/> Tıp |
| b) <input type="checkbox"/> İktisat | e) <input type="checkbox"/> Diğer..... |
| c) <input type="checkbox"/> Kamu Yönetimi | |

15. Yöneticilik pozisyonunuz hangisidir?

16. Yönetim kademesinde kaç yıldır görev yapmaktasınız?.....yıl

17. Sağlık kuruluşunuzun hizmete başlama yılını belirtiniz. yıl

TEŞEKKÜRLER

İşletme Yüksek Lisans
Gonca UÇAR
E-mail: h.goncaucar@hotmail.com