

ÜNİVERİSTE ARAŞTIRMA HASTANELERİNİN YÖNETİMİ

Yusuf KARAKILÇIK

DOKTORA TEZİ

İnönü Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü
Lisansüstü Eğitim ve Öğretim Sınav Yönergesinin
Kamu Yönetimi Anabilim Dalı İçin Öngördüğü
Doktora Tezi Olarak Hazırlanmıştır.

(Malatya, Ekim 1997)

Sosyal Bilimler Enstitüsü Müdürlüğü'ne

İş bu çalışma, jürimiz tarafından Kamu Yönetimi Anabilim Dalında
DOKTORA TEZİ olarak kabul edilmiştir.

Başkan :

Üye :

Üye :

ONAY

Yukarıdaki imzaların, adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.

/ / 1997

Enstitü Müdürü

ONUR SÖZÜ

Doktora tezi olarak sunduğum “Üniversite Araştırma Hastanelerinin Yönetimi” başlıklı bu çalışmanın, bilimsel ahlak ve geleneklere aykırı düşecek bir yardıma başvurulmaksızın tarafımdan yazıldığını ve yararlandığım bütün yapıtların hem metin içinde, hem de kaynakçada, yöntemine uygun biçimde gösterilenlerden olduğunu belirtir, bunu onurumla doğrularım.



Yusuf KARAKILÇIK

03/11/1997

ÖNSÖZ

Uygulamalı yönetim dallarının çoğalması, yönetim anlayış ve yaklaşımlarını zenginleştiren etmenlerden birisidir. Bireyselden toplumsala uzanan insan davranışları, örgütlü ve bilinçli üretim etkinlikleri yönetim bilimine ve yönetim kuramlarına olan ilgiyi artırmış, her yeni uygulama alanı yönetimin ilke ve işlevlerini biraz daha çeşitlendirmiştir.

Toplumsal gelişime koşturarak gelişen ve artan “uygulamalı yönetim” dalları beraberinde yeni sorunlar ve yeni olanaklar getirmiştir. Her ortaya çıkan yeni uygulama alanı ve uygulamalı yönetim dalı, yönetim bilimine bir katkı ve yönetimbilimciler ile yöneticilere yeni bir fırsat anlamını taşımaktadır.

Genel sağlık yönetiminin bir dalı olan hastane yönetimi ve bu yönetim dalının bir alt dalı (bir türü) olan üniversite araştırma hastaneleri yönetimi, yönetim biliminin oldukça özgün uygulama alanlarından birini oluşturmaktadır. Daha önceleri hastane yönetimi kavramı kapsamında ele alınıp, irdelenen üniversite araştırma hastanesi (ÜAH) yönetimi konusu, günümüzde yeni bir yönetim türü ve dalı olarak incelenmesi gereken bir uygulama alanı durumuna gelmiştir. Bu anlamda hastane yönetimi olgusu, artık devlet hastaneleri yönetimi, SSK hastaneleri yönetimi, özel hastaneler yönetimi, askeri hastaneler yönetimi ve ÜAH yönetimi gibi yeni dallara ve uygulama alanlarına ayrılarak araştırılmalıdır.

Çalışmamız bu mantıktan hareketle, ÜAH'lerini bir “uygulamalı yönetim alanı” olarak ele almakta, bu kapsamda inceleyerek dünyadaki ve ülkemizdeki ÜAH'lerinin yönetsel yapısını, işleyiş ve çalışma ilkelerini, sorunlarını sergiledikten sonra, ulaşılan bulgular ışığında yeni bir ÜAH yönetim modeli önerisiyle sürmektedir. Önerilen model, varolan ÜAH yönetimlerinin içinde bulunduğu durumun nesnel bir incelemesi yapıldıktan sonra, tümünün ortak ve benzer yönleri ortaya konulup, dünyadaki uygulama örnekleri, ÜAH Yöneticilerinin görüşleri ve araştırmacının kişisel

gözlem ve deneyimleri ışığında geliştirilmeye çalışılmıştır. Bu anlamda çalışmamızın alandaki gereksinime belli oranda bir yanıt olacağı düşünülmektedir.

Böyle bir konunun seçilip, araştırılmasında ve bir “doktora tezi” olarak biçimlenmesinde büyük emeği ve katkısı bulunan danışman hocam Prof. Dr. S. Kemal KARTAL’a ve emeği geçen diğer insanlara teşekkürü bir borç bilirim.

Malatya, 1997

Yusuf KARAKILÇIK



ÜNİVERİSTE ARAŞTIRMA HASTANELERİNİN YÖNETİMİ

Doktora Tezi; Yazar: Yusuf KARAKILÇIK

İnönü Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü

Kamu Yönetimi Anabilim Dalı

Ekim, 1997

ÖZET VE ANAHTAR SÖZCÜKLER

Uygulamalı yönetim dallarından birini oluşturan hastane yönetimi, günümüzde benimsenmiş bulunan ve üzerinde bir hayli araştırma yapılmış olan özgün yönetim türlerinden biridir. Bu yönetim türünün bir alt dalını oluşturan ve özellikle son yirmi yılda yeni gelişmeye başlayan üniversite araştırma hastaneleri (ÜAH) yönetimi bu tezin temel konusunu oluşturmaktadır.

Birinci bölümde araştırmanın yöntemi açıklanmış, ikinci bölümde ise uygulamalı yönetim dalları ile bunların çoğalma nedenleri, örnekleri, yarattıkları sorunlar ve olanaklar ortaya konulmuştur. Üçüncü bölümde, varolan hastane yönetiminin ülkemizdeki genel yapısı, türleri ve işleyişleri ele alınırken, dördüncü bölümde ÜAH'lerinin dünya'daki durumu örnek seçilen ülkeler düzeyinde verilmiş, beşinci bölümde ülkemizdeki ÜAH'lerinin yönetim sorunları üzerinde durulmuştur. Altıncı bölümde Türkiye için model olabileceği düşünülen (özgün bir örnek oluşturacağı varsayılan) Malatya'daki İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi (TÖTM) tanıtılmış ve yedinci bölümde Türkiye'deki ÜAH'leri için "bütünleşik" bir ÜAH yönetim modeli önerilmiştir. Sekizinci ve son bölümde çalışmanın bulguları ile bu bulgulara dayalı olarak geliştirilen uygulamaya dönük çözüm önerileri sunulmuştur.

Anahtar Sözcükler: Yönetim, Altyönetim Dalları, Hastane, Hastane Yönetimi (ve Türkiye'de), Araştırma Hastanesi (ve Türkiye'de), Üniversite Araştırma Hastanesi (Türkiye'de, A.B.D'nde, Avrupa Ülkelerinde), Bütünleşik Üniversite Araştırma Hastane Yönetim Modeli (BÜAHYM).

ADMINISTRATION OF UNIVERSITY RESEARCH HOSPITALS

Ph.D. Dissertation, Written By: Yusuf KARAKILÇIK

Inönü University, Graduate School of Social Sciences,

Department of Public Administration

(October, 1997)

ABSTARCT AND KEY WORDS

“Hospital Administration” is one of the specialized subbranches of the administration. Numerous research reports and text books have been written on the hospital administration. A subbranch of hospital administration is the “university research hospital administration “(URHA) on which research has been undertaken and it has been rapidly developed especially in the last two decades. The URHA is the main topic of this dissertation.

In the first chapter of the study, methodology of the dissertation is introduced. In the second chapter, the specialized subbranches of the administration are explained; the main causes of increase in the number of these specialized subbranches, the typical examples, problems rised and new opportunities created by them are also discussed. In the third chapter, the general structures, varieties and management forms of the existing hospital administrations in Turkey are analyzed. In the fourth chapter, the basic characteristics and management forms of the university research hospitals (URH's) in the selected countries are examined. In the fifth chapter, administration problems of the URH's in Turkey are analyzed. In the sixth chapter, Turgut Özal Medical Research Center (TÖMRC) which may be an original example for other URH's in Turkey are examined in some detail. In the seventh chapter, an integrated URHA Model for the URH's Turkey is proposed. In the eight (and the last) chapter, the findings and proposals of the study are introduced.

Key Words: Administration, Specialized Subbranches of Administration, Hospital, Hospital Administration (in Turkey), Research Hospital (in Turkey), University Research Hospital (in Turkey, USA, European Countries), Integrated University Research Hospital Administration Model (IURHAM).

ÜNİVERSİTE ARAŞTIRMA HASTANELERİNİN YÖNETİMİ

Yusuf KARAKILÇIK

İ Ç İ N D E K İ L E R

Onay Sayfası	I
Onur Sözü	II
Önsöz	III
Özet ve Anahtar Sözcükler	V
Abstract and Key Words	VI
İçindekiler	VII
Çizelgeler Dizelgesi (Listesi)	XVI
Çizimler Dizelgesi	XVII
Kısaltmalar	XIX
1- ARAŞTIRMA HAKKINDA AÇIKLAMALAR.....	1
1.1.Araştırma Konusunun Günümüzdeki Önemi	1
1.2. Araştırmanın Somut Amaçları	4
1.3. Araştırmanın Denenceleri	5
1.4. Araştırmanın Yöntemi	6
1.4.1. Araştırmanın Bilgi Toplama Yöntemi	6
1.4.2. Araştırmanın “Bilgi İşleme” Yöntemi	6
1.5. Sunuş Sırası	7

**2- UYGULAMALI YÖNETİM DALLARI, ÇOĞALMA NEDENLERİ,
ÖRNEKLERİ, YARATTIKLARI SORUNLAR VE OLANAKLAR 9**

2.1. Yönetim Biliminin Gelişmesi ve Uzmanlaşması	9
2.1.1. Geleneksel Dönem	10
2.1.2. Çağcıl Dönem	11
2.1.2.1. Geleneksel Yönetim Kuramı	12
2.1.2.2. Davranışsal (Neoklasik) Yönetim Kuramı	14
2.1.2.3. Çağdaş Yönetim Kuramı	16
2.2. Uygulamalı Yönetim Dalları ve Hızla Gelişme Nedenleri	18
2.2.1. Toplumsal Yaşamdaki Çeşitlenme, Karmaşıklık ve Örgütlenmenin Yaygınlaşması	19
2.2.2. Uzmanlaşma ve İşbölümü	21
2.2.3. İletişim Araçları ve Dizgelerindeki (Sistemlerindeki) Hızlı Gelişmeler	23
2.2.4. Kullanıcı İstemleri ile Beklentilerinin Artması ve İncelemesi (Süzülmüşlük Düzeyinin Yükselmesi)	25
2.3. Uygulamalı Yönetim Dalı Örnekleri	26
2.3.1. Kamu Yönetimi	26
2.3.2. İşletme Yönetimi	27
2.3.3. Eğitim Yönetimi	29
2.3.4. Personel Yönetimi	31
2.3.5. Sağlık Yönetimi ve Alt Dalları	32
2.3.5.1. Genel Sağlık Yönetimi	33
2.3.5.2. Bölge Sağlık Yönetimi	34
2.3.5.3. Çevre Sağlığı Yönetimi	37
2.3.5.4. Sağlık Eğitimi Yönetimi	39
2.3.5.5. Hastane Yönetimi	41
2.3.5.5.1. Genel Hastane İşletme Yönetimi	41
2.3.5.5.2. Özel Hastane Yönetimi	44
2.3.5.5.3. Üniversite Araştırma Hastanelerinin Yönetimi	48

2.4. Uygulamalı Yönetim Dallarının Gelişmesiyle Ortaya Çıkan Sorunlar	
ve Yeni Olanaklar	48
2.4.1. Sorunlar	48
2.4.2. Olanaklar	49
3- TÜRKİYE'DE VAROLAN HASTANE YÖNETİMİ	51
3.1. Genel Olarak Hastane ve Hastane Yönetimi	51
3.2. Hastane Yönetimi Türleri	54
3.2.1. Devlet Hastaneleri Yönetimi	54
3.2.2. SSK Hastaneleri Yönetimi	60
3.2.3. Askeri Hastaneler Yönetimi	65
3.2.4. Diğer Kamusal Hastaneler ve Bunların Yönetimi.....	70
4- ÜNİVERSİTE ARAŞTIRMA HASTANELERİNİN YÖNETİMİ	71
4.1. Giriş	71
4.2. Kuruluş ve İşleyiş	72
4.3. ÜAH'lerinin Diğer Hastanelerden Farklı Olan Yönleri	76
4.4. Dünya'da Üniversite Araştırma Hastanelerinin Yönetimi	77
4.4.1. Amerika Birleşik Devletlerindeki (ABD'deki) Üniversite Araştırma Hastanelerinin Yönetimi	77
4.4.1.1. Giriş	77
4.4.1.2. ABD'deki Hastanelerin Örgüt Yapısı	78
4.4.1.2.1. Yönetim Kurulu	80
4.4.1.2.2. Yönetim Hizmet Kurulları	83
4.4.1.2.3. Hastane Müdürlüğü	84
4.4.1.3. Tıp Hizmetlerinin Örgütlenmesi	85
4.4.1.3.1. Başhekimlik	86

4.4.1.3.2. Tıbbi Kurullar	87
4.4.1.3.3. Klinik Şefleri	88
4.4.1.4. Yardımcı Tıp Hizmetlerinin Örgütlenmesi	89
4.4.1.5. Hemşirelik Hizmetlerinin Örgütlenmesi	89
4.4.1.6. Parasal ve Destek Hizmetlerinin Örgütlenmesi	91
4.4.2. Avrupa’da Üniversite Araştırma Hastanelerinin Yönetimi	94
4.4.2.1. İngiltere’deki Üniversite Araştırma Hastanelerinin Yönetimi	95
4.4.2.1.1. Giriş	95
4.4.2.1.2. Hastanelerin Örgüt ve Yönetim Yapısı	96
4.4.2.1.3. Tıp ve Yardımcı Tıp Hizmetlerinin Örgütlenmesi ve Yönetimi	97
4.4.2.1.4. Hemşirelik Hizmetlerinin Örgütlenişi	98
4.4.2.1.5. Parasal (Mali) ve Destek Hizmetlerinin Örgütlenişi	98
4.4.2.2. Federal Almanya’daki Üniversite Araştırma Hastanelerinin Yönetimi	99
4.4.2.2.1. Giriş	99
4.4.2.2.2. Hastanelerin Üst Yönetim Organları ve İşlevleri	100
4.5. Türkiye’de Üniveriste Araştırma Hastanelerinin Yönetimi	102
4.5.1. Genel Bilgiler	102
4.5.2. Türkiye’deki Araştırma Hastanelerinin Örgüt Yapısı	105
4.5.2.1. Yönetim Organları ve İşlevleri	109
4.5.2.1.1. Hastane Başmüdürlüğü	110
4.5.2.1.2. Başhekimlik	112
4.5.2.1.3. İşlevsel Yöneticiler	113
4.5.2.2. Diğer Hizmet Birimleri ve Alt Düzey Yönetim Organları	113
5- TÜRKİYE’DE VAROLAN ÜNİVERSİTE ARAŞTIRMA HASTANELERİNİN YÖNETİM SORUNLARI	115
5.1. Seçilen ÜAH Yöneticileri ile Yapılan Serbest Görüşmeler.....	115
5.1.1. Görüşme Konuları	115

5.1.2. Görüşme Yapılan ÜAH'ler ve Yöneticiler	116
5.2. ÜAH'lerin Varolan Yönetim Sorunları ve Bu Sorunların Nedenleri	117
5.2.1. İşletmecilik Anlayışı ve Kuruluş Amacından Kaynaklanan Sorunlar	117
5.2.2. Yasal Düzenleme Yetersizliği ve Eksikliği	118
5.2.3. Yöneticilerden Kaynaklanan Sorunlar	121
5.2.4. Çalışanlardan Kaynaklanan Sorunlar	122
5.2.5. Akçalı Sorunlar (Kaynak Yetersizliği)	124
5.2.6. Üniversitelerin Özelliğinden Kaynaklanan Sorunlar	126
5.2.7. Yönetim Birimleri Arasındaki Kopukluk ve İletişim Sorunları	128
5.2.8. Çevredeki Toplumsal Kuruluşlar ve Diğer Hastanelerle İlişkilerden Kaynaklanan Sorunlar	129
5.2.9. ÜAH'ler Arası Eşgüdüm Sorunları	130
5.2.10. Diğer Sorunlar	131

6- TÜRKİYE İÇİN MODEL OLABİLECEK ÖZGÜN BİR ÖRNEK:

TURGUT ÖZAL TIP MERKEZİ (TÖTM)	133
6.1. Turgut Özal Tıp Merkezi'nin Örnek Seçilme Nedenleri	134
6.2. TÖTM'ni Tanıtıcı Bilgiler	137
6.2.1. Kuruluş ve Tarihçe	137
6.2.2. Tıp Merkezi Projesinin Kuruluş Amaçları	138
6.2.3. Tıp Merkezinin Teknik ve Fiziksel Özellikleri (Tasarım Bilgileri)	139
6.2.4. Tıp Merkezi Yerleşim Planı ve Hizmet Birimleri	142
6.2.5. Tıp Merkezi Hasta Yataklarının Bölümlere (Servislere) Dağılımı	143
6.2.6. Tıp Merkezinin Yurtdışı Eğitim Çalışmaları	144
6.2.7. TÖTM'nin Şimdiki (Ekim - 1997) Personel Durumu	146
6.2.8. TÖTM'nin Yatırım Maliyeti ve Ekonomik Boyutu	147
6.2.9. TÖTM'nin Günümüzdeki Son Durumu ve Önümüzdeki Olası Gelişmeler	147

6.2.10. TÖTM'nin Diğer ÜAH'lerinden Farklı Olan Yönleri ve Örnek Gösterilebilecek Özellikleri	148
7- TÜRKİYE İÇİN BÜTÜNLEŞİK ÜNİVERSİTE ARAŞTIRMA HASTANESİ YÖNETİM MODEL ÖNERİSİ	151
7.1. Önerilen Model'in Gerekçesi	151
7.2. Bütünleşik ÜAH Yönetim Modelinin (BÜAHYM) Anayapısı	152
7.3. BÜAHYM'nin İşleyiş (Çalışma) İlkeleri	153
7.4. Bütünleşik ÜAH Yönetim Modelinin Bölgeler ve ÜAH'ler Düzeyinde Uygulanış Biçimi (Örneklerle Açıklama)	155
7.5. Bütünleşik ÜAH Yönetim Modelinin Sağlayacağı Somut Parasal ve Parasal Olmayan Yararlar	157
7.5.1. Parasal Yararlar	157
7.5.2. Parasal Olmayan Yararlar	158
8- GENEL DEĞERLENDİRME VE SONUÇ	160
8.1. Bulgular	160
8.1.1. Çalışma Sırasında Değerlendirilen Kaynaklara İlişkin Bulgular	160
8.1.1.1. Alana Yönelik Kaynaklar Çok Sınırlı ve Yetersizdir	161
8.1.1.2. Ulaşılan Kaynaklar "Dünya'daki ÜAH'lerinin Yönetimi" Konusuna Işık Tutmaktan Uzaktır	161
8.1.1.3. Kaynakların Bir Kısmı "Eski" Bilgi ve Verilere Yer Veren Kaynaklardan Oluşmuştur	161
8.1.2. Uygulamalı Yönetim Dallarına İlişkin Bulgular	162
8.1.2.1. Uygulamalı Yönetim Dallarının Sayı, Tür ve Alan Olarak Çoğalmış, Kapsam Olarak Yaygınlaşmıştır.....	162

8.1.2.2. Uygulamalı Yönetim Dallarının Gelişmesi Günümüzde Daha da Hızlanmıştır	163
8.1.2.3. Olanaklar Artarken Sorunlar da Artmaktadır	163
8.1.3. ÜAH'lerinin Yönetiminde Yaşanan Sorunlara İlişkin Bulgular	164
8.1.3.1. ÜAH'lerin Tümünü Düzenleyen, Genel Bir Yasa Bulunmamaktadır	164
8.1.3.2. ÜAH Yönetimlerei Önemli Parasal Kaynak Sıkıntısı Çekmekte ve Devletten Yeterli Destek Alamamaktadırlar	165
8.1.3.3. Alanında Uzman ve Nitelikçe Yeterli Personel Sıkıntısı Yaşanmaktadır	166
8.1.3.4. ÜAH Üst Yöneticiler Arasında Ciddi Sorunlar Vardır	166
8.1.3.5. Alt Düzey Yöneticilerin ve Memurların Atanmasında Başmüdür ya da Müdürlerin Rolü Yok Denecek Kadar Azdır	167
8.1.3.6. Sicil Amirliği Sıralamasında Yönetmelikten Kaynaklanan Yanlışlık ve Hatalar Bulunmaktadır	167
8.1.3.7. ÜAH Dönersermaye Sorunları Önemli Boyutlardadır	168
8.1.3.8. Çalışanların Mesleki Yeterlilik ve Nitelikleri Konusunda Büyük Sıkıntılar Vardır	169
8.1.3.9. Çevredeki Resmi ve Sivil Kuruluşlar ile İlişkiler Verimli ve Sıcak Değildir	169
8.1.3.10. Aynı Bölgedeki Diğer Hastanelerle İşbirliği ve Yardımlaşma Olanakları Geliştirilmemiştir	170
8.1.3.11. ÜAH'leri Arasında Eşgüdüm ve İşbirliği Gerçekleştirebilecek Herhangi Bir Oluşum Bulunmamaktadır	170
8.1.4. Parasal ve Araçsal Kaynak Sorunlarına İlişkin Bulgular	171
8.1.4.1. Parasal ve Araçsal Kaynakların Yeterli Ölçüde Sağlanması Şimdiki İşleyişte Olanaklı Değildir	172
8.1.4.2. Sadece Devlet Bütçesinden Ayrılan Ödeneklerle Hastane İşletmek Günümüzde Olanaksız Hale Gelmiştir	172
8.1.4.3. Parasal Kaynaklar Verimli Kullanılmamaktadır	173

8.1.4.4. Varolan Ek Kaynak Yaratma Olanakları	
Değerlendirilememektedir	173
8.1.5. Diğer Bulgular	174
8.2. Öneriler	175
8.2.1. Alanı İlgilendiren Çalışmalar ve Kaynakları Kapsayan Öneriler	176
8.2.1.1. Alana Yönelik Yerli ve Yabancı Kaynakların Sayısı Artırılmalı, Akademik Düzeyleri Yükseltilmelidir	176
8.2.1.2. Kaynak Envanteri Çıkarılmalı ve Erişebilirlikleri Artırılmalıdır	176
8.2.1.3. Alanda Yürütülecek Hertürlü Bilimsel Çalışma ve Yayın Etkinlikleri Özendirilmeli ve Desteklenmelidir	177
8.2.1.4. ÜAH'ler ile İlgili Bilgiler Güncelleştirilmelidir	
8.2.1.5. Alan Bilgileri "İnternet" e Sokulmalıdır	177
8.2.2. ÜAH'lerin Yönetim Yapısı ve İşleyişine İlişkin Öneriler	177
8.2.2.1. Ülkemizdeki Tüm ÜAH'lerini Düzenleyen Temel Bir Yasa Çıkarılmalıdır	178
8.2.2.2. ÜAH'leri Parasal Kaynak Yönünden Desteklenmeli, Bütçe Payları Artırılmalıdır	178
8.2.2.3. ÜAH'lerinin Gereksinim Duyduğu "Uzman Yönetici ve Nitelikli Personel" Sıkıntısı Giderilmelidir	178
8.2.2.4. ÜAH Yönetimleri Kendi Personelini Kendisi Seçmeli ve Kendisi Atayabilmelidir	179
8.2.2.5. ÜAH Yöneticilerinin Uyumlu Çalışması Sağlanmalıdır	179
8.2.2.6. ÜAH Yönetiminde Yaşanan Yetki ve Görev Karmaşası (Yetki Çatışması) Sona Erdirilmelidir.....	180
8.2.2.7. Hastane Başmüdürü ile Başhekimin Yönetimdeki Konumları Yeniden Belirlenmelidir	180
8.2.2.8. ÜAH Başmüdürleri Kendine Bağlı Personelin Atanmasında Yetkili Olmalıdır	181
8.2.2.9. Personelin "Sicil" Yönünden Değerlendirilmesinde Uygulanan Yönetmelik Yanlışları Düzeltilmelidir	181

8.2.2.10. ÜAH'lerde Yer Alan ve Yönetimi İlgilendiren Çeşitli "Kurullar"	
Etkinleştirilerek, Kurumsal Bir Yapıya Kavuşturulmalıdır	182
8.2.2.11. Çalışanların Hizmetiçi Eğitimleri Yeniden Düzenlenmelidir	182
8.2.2.12. Bir İletişim, Haberleşme ve Eşgüdüm Dizgesi Kurulmalıdır	182
8.2.2.13. Bölgsel Kurum, Kuruluş ve Örgütlerle Ortak Tasarımlar	
Geliştirilmeli, Bunların Katkı ve Yardımları Sağlanmalıdır	183
8.2.2.14. Tüm ÜAH'ler Arasında Bir Eşgüdüm Merkezi Kurulmalıdır	183
8.2.3. Parasal ve Araçsal Kaynak Sorunlarına İlişkin Öneriler	184
8.2.3.1 ÜAH'lere Katma (Genel) Bütçeden Ayrılan Pay Artırılmalıdır	185
8.2.3.2 Dönersermaye Gelir Kaynakları Artırılmalı, Yeni Gelir	
Olanakları Sağlanmalıdır	185
8.2.3.3. Kaynak Yaratan ve Kendine Yeterli ÜAH'leri Kurulmalıdır	185
8.2.3.4. Belli Hizmetler Özelleştirilmelidir	185
8.2.3.5. Personele Dağıtılan Dönersermaye Katkı Payı Oranları	
Yeniden Belirlenmelidir	186
8.2.3.6. Genel Sağlık Sigortası Kurulmalıdır	186
8.2.3.7. ÜAH'ler Özel İşletmecilik İlkeleriyle Yönetilmelidir	186
8.2.3.8. ÜAH Yönetimlerine Borçlanabilme (Kredi Kullanabilme)	
ve Üretken Yatırımlar Yapabilme Yetkileri Tanınmalıdır	187
8.2.4. Diğer Öneriler	187
8.3. Genel Sonuç	188
KAYNAKÇA	193

ÇİZELGELER DİZELGESİ (LİSTESİ)

<u>Çizelge No</u>	<u>Çizelge Adı</u>	<u>Sayfa No:</u>
Çizelge 1	Türkiye’de ÜAH’lerinin 1995 Yılındaki Durumu	104
Çizelge 2	TÖTM Araştırma ve Uygulama Hastanesinin 1991-1996 Yılları Arası Etkinlikleri ve Kimi Önemli Verileri	137
Çizelge 3	TÖTM’deki Hasta Yataklarının Bölümlerdeki Kliniklere (Servislere) Dağılım Durumu	144
Çizelge 4	TÖTM Projesi Kapsamında Eğitim Amacıyla Yurtdışına Gönderilen Personelin Dağılım Durumu (1991-1997 Arası)	145

ÇİZİMLER DİZELGESİ (LİSTESİ)

<u>Çizim No</u>	<u>Çizim Adı</u>	<u>Sayfa No</u>
Çizim 1	Özel Hastanelerde Örgütlenme ve Yönetim Yapısı	46
Çizim 2	Devlet Hastanelerinde Başhekimlik ve Başhekimliğe Bağlı Birimler	57
Çizim 3	Devlet Hastanelerinde Hastane Etkinliklerinin Kümelendirilmesi	57
Çizim 4	Devlet Hastanelerinde mali ve Destek Hizmetlerinin Örgütlenmesi	59
Çizim 5	SSK Hastanelerinde Örgütsel Yapı	63
Çizim 6	Askeri Hastanelerde Örgütsel Yapı	67
Çizim 7	ÜAH'lerinin Temel Örgütlenme Yapısı	74
Çizim 8	ABD'deki Hastanelerin Genel Örgütleniş Yapısı	79
Çizim 9	ABD Hastanelerinde Hemşirelik Hizmetleri Örgütlenmesi	90
Çizim 10	İngiltere'deki Hastanelerin Genel Sınıflandırılması	96
Çizim 11	Federal Almanya'da Hastanelerin Genel Hastane Örgütlenmesi	100

Çizim 12	Türkiye'deki ÜAH'lerinin Örgütsel Yapısı	108
Çizim 13	TÖTM'nin Varolan Personel Durumu	146
Çizim 14	Bütünleşik Üniversite Araştırma Hastane Yönetimleri Eşgüdüm ve Denetim Merkezi (BÜAHYEDM)	153



KISALTMALAR

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
ABD (B)	: Anabilim Dalı (Başkanı)
ABSÖ	: Alt Bölge Sağlık Örgütü
ABTHK	: Alt Bölge Tıp Hizmetleri Kurulu
AD	: Alt Denence
BEM	: Bölge Eşgüdüm Merkezi
BSÖ	: Bölge Sağlık Örgütü
BSY	: Bölge Sağlık Yönetimi
BÜAHYM	: Bütünleşik Üniversite Araştırma Hastanesi Yönetim Modeli
BÜAHYEDM	: Bütünleşik Üniversite Araştırma Hastanesi Yönetim Eşgüdüm ve Denetim Merkezi
DBSÖ	: Dar Bölge Sağlık Örgütü
DDY	: Devlet Demir Yolları
DPT	: Devlet Planlama Teşkilatı
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
EEG	: Elektro Ensefalo Grafi
EKG	: Elektro Kardiyo Grafi
EMG	: Elektro Mammo Grafi
GAP	: Güneydoğu Anadolu Projesi
GATA	: Gülhane Askeri Tıp Akademisi
GSMH	: Gayri Safi Milli Hasıla
HYE	: Hastane Yönetim Ekibi
HYOK (JCAH)	: Hastane Yetkilendirme Ortak Kurulu
İ.Ö.	: İşadan Önce
JCAH	: Hastane Yetkilendirme Ortak Kurulu
KBB	: Kulak Burun Boğaz
KİT	: Kamu İktisadi Teşekkülü
MSB	: Milli Savunma Bakanlığı

NHS	: National Health System (Ulusal Sağlık Sistemi)
PÖYED	: Planlama, Örgütleme, Yöneltilme, Eşgüdüm ve Denetim
SSK	: Sosyal Sigortalar Kurumu
TD	: Temel Denence
THGM	: Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü
TMK	: Teşkilat- Malzeme- Kadro
TÖTM	: Turgut Özal Tıp Merkezi
ÜAH	: Üniversite Araştırma Hastanesi
YİBO	: Yatılı İlköğretim Bölge Okulu
YÖK	: Yüksek Öğretim Kurulu
YTKİY	: Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliğı
WHO	: Dünya Sağlık Örgütü

ÜNİVERSİTE ARAŞTIRMA HASTANELERİNİN YÖNETİMİ

Bu bölüm 5 altbölüme ayrılmıştır. Araştırmanın yöntemi hakkındaki bilgiler şu sırayla sunulmuştur: İlk altbölümde (1.1’de), üniversite araştırma hastanelerinin (ÜAH) yönetimi konusunun günümüzde kazandığı önem özet olarak açıklanmıştır. İkinci altbölümde araştırmanın somut amaçları ortaya konmuştur. Öteki altbölümlerde sırasıyla “denenceler”, kullanılan araştırma yöntemi ve araştırmanın bütün olarak neden böyle bir yapıyla sunulduğunun mantığını açıklayan “sunuş sırası” açıklanmıştır.

1- ARAŞTIRMA HAKKINDA AÇIKLAMALAR

1.1. Araştırma Konusunun Günümüzdeki Önemi

Sağlık kurumları, özellikle de hastaneler günümüzde önem kazanmış kurumların başında gelmektedir. Bu önem, hem nicelik hem de nitelik yönünden artmış olup, gelecekte de artması beklenmektedir.

Nicelik yönünden bakıldığında, sayıları hızla artan hizmet kurumlarından birisini de hastanelerin oluşturduğu gözlenmektedir. Gerek dünyada, gerekse ülkemizde sayıları artmakta olan hastanelerin hizmet sundukları insan sayısı da artmaktadır. Öte yandan ürettikleri hizmetlerin türü ve alanı da değişen ve çoğalan hastaneler, sayısal anlamda kimi zaman gereksinimi karşılamakta, kimi zamansa yetersiz kalmaktadır.

Nitelik bakımından ele alındığında, hastanelerin önemi daha da artmaktadır. Daha yoğun ve gelişmiş teknoloji kullanılmakta, daha eğitilmiş, nitelikli ve uzmanlaşmış insan gücü çalıştırılmakta, daha karmaşık ve işlevsel sağlık gereçleri kullanılıp, tüketilmekte, daha kısa sürede daha çok ve verimli hizmet üretilmekte, böylece hastanelerin nitelik boyutu ön plana çıkmaktadır.

Hastaneler birer ekonomik ve tecimsel (ticari) işletme olarak da önem kazanmışlardır. Gerek kurulmaları, gerekse işletilmeleri aşamalarında hastaneler için harcanan para miktarı ile buralardan yararlanmak (hizmet satınalmak) için yapılan harcamalar sürekli ve düzenli olarak artış göstermektedir.

Toplumsal açıdan değerlendirildiğinde; birer toplumsal örgüt olarak hastanelerin yapıları karmaşık, yönetilmeleri zor ve işleyişleri diğer pek çok kuruluştan farklı ve özgündür. Bir yandan sundukları hizmetlerin niteliği ve düzeyi yükselirken, bir yandan da hizmet alanı genişlemiş, bu hizmetlere olan istem de aynı yönde artmıştır.

Günümüzde hastanelerin önemini artıran etmenlerden birisi de, çevresel maliyetlerinin yüksek olması ve giderek de yükseliyor olmasıdır. Hem üretilen hizmetlerin pahalı bir hizmettir, hem de çevreye yaptıkları baskı ve etkiler oldukça güçlüdür. Salt doğal çevre değil, toplumsal, kültürel ve ekolojik çevreye de etkileri yüksektir. Çevre olgusunun önem kazanması ile birlikte, günümüzde çevreye etkide bulunan kuruluşlar da aynı yönde önem kazanmışlardır. Hastaneleri de bu kapsamda değerlendirmek gerekmektedir.

Sanayileşme, kentleşme, nüfus artışı ve göç gibi olaylar ile eğitilmiş insan sayısındaki artış, hastanelere olan istemi ve duyulan gereksinimi artırmıştır. Bu artış hastanelerin yapısını, yönetimini, iş yükünü ve hizmet önceliğini (hizmet türünü ve niteliğini) etkilemektedir.

Çalıştırdığı insan sayısı, hizmet birimi ve yatak sayısı gibi nicel yönlerden sürekli bir büyüme ve çoğalma eğilimi gösteren hastaneler, kimi bölgelerde ya da yerleşkelerde kümeleşme ya da yoğunlaşma göstermektedir. Bu yoğunlaşmayı zorlayan etmenler arasında, özellikle büyük kentlerdeki arsa üretim olanaklarının sınırlılığı, ulaşım sorunları ve hizmet maliyetlerinin yüksekliği gibi etmenlerin yanında, siyasal iktidarların sağlık politikaları ile siyasal önceliklerini saymak olanaklıdır.

Kimi hastanelerin, özellikle de üniversite araştırma hastanelerinin (ÜAH) çok katlı binalarda ve belirli bir noktada toplanması, yine benzer etmenlerin zorladığı sonuçlardan birisi olarak değerlendirilebilir. Öte yandan, üniversite kuruluş alanlarına yakınlık ile kimi doğal ve kültürel etmenler de benzer yönde etki yapmaktadırlar.

Günümüzdeki hastanelerin önemli bir kısmı uzmanlaşma ve belirli bir alanda yoğunlaşma eğilimi içine girmişken, bir kısmı da (özellikle ÜAH'ler) büyüme ve çeşitlenme eğilimine girmişlerdir. Üniversite araştırma hastaneleri; fiziksel mekan, yerleşim alanı, kapsam ve çevresel etkiler yönünden dikkat çekerken, sundukları hizmetin türü ve boyutu yönünden de farklılık göstermektedirler. Eğitim kurumu olmaları yanında, çeşitli araştırma etkinliklerine ve çalışmalarına yaptıkları katkılar nedeniyle de diğer hastanelerden ayrılmaktadırlar. Daha yetkin ve karmaşık, daha kapsamlı ve pahalı yatırımlara yönelmektedirler. En son ve gelişmiş (pahalı) teknolojiyi edinmede daha ıvecen ve hevesli davranmaktadırlar.

Tüm bunların sonucu olarak hastanelerin yönetimi, günümüzde çok önemli yönetim dallarından birisi olmuştur. Özellikle üniversite araştırma hastanelerinin yönetimi, yapısal özellikleri ve kimi özgül koşulları nedeniyle daha da önem kazanmıştır. Üniversite araştırma hastanelerinde yönetim, salt yönetim etkinliğinden öte, hem eğitim ve araştırma, hem de teknolojinin yönlendirilmesi, büyük yatırımların ve işletmecilik tekniklerinin gerçekleştirilmesi, büyük paraların harcanması gibi etkinlikleri de kapsayan bir alan olmuştur.

Günümüzde hastanelerin ve hastaneciliğin (hastane işletmeciliğinin) önemini vurgulayan kavramlardan birisi de "sağlık turizmi" kavramıdır. Belirli bir bölgede kurulan, yetkinleşen ve belli bir alanda (sözgelimi organ aktarımı, yanık, kemik, beyin, sinir, inme vb. alanlarda) uzmanlaşan hastanelerin ülke içinden ve ülke dışından (uluslararası) hasta çekmesi, giderek o bölgeye bir yığılma olması, sağlık turizmi biçiminde değerlendirilmeye başlanmıştır. Kimi kaplıcalar ile içmecelerin (yerel

düzeyde) durumunu bu yönde değerlendirebiliriz. ABD’de Houston Methodist Hastanesi belki de sağlık turizmi kavramının örneğini oluşturmaktadır.

Öte yandan ülkemizdeki Hacettepe Hastanesi (ki bir üniversite araştırma hastanesidir) ile Isparta Eğirdir Kemik Hastanesinin durumu, (en azından iç turizm yönünden) sağlık turizmi kavramına uygun düşmektedir.

Hastanelerin bu yönden de değerlendirilmeleri, onların artan önemini bir kez daha vurgulamaktadır. Kimi zaman bir bölgenin kalkınması, gelişmesi ve zenginleşmesi bir hastane projesine bağlı olabilmektedir. Çünkü büyük bir hastane yalnızca sağaltım (tedavi) ve araştırma demek değildir. Bunların da ötesinde “aş ve iş” de demektir. Bulunduğu bölgeye ya da yerleşkeye ekonomik ve tecimsel katkı demektir. Diğer iş ve hizmet alanlarına yeni olanaklar, yeni alışveriş ve pazar kapısı demektir.

Tüm bu ve benzeri nedenlerle hastaneler ve benzeri yataklı sağlık kuruluşları günümüzün en önemli, en etkili örgütlerinden olup, önemleri daha da artmaktadır.

1.2. Araştırmanın Somut Amaçları

Araştırmanın ana amacı; üniversite araştırma hastanelerinin (ÜAH) örgütsel yapılarını ve yönetsel işleyişlerini incelemek, temel sorunlarını ve nedenlerini belirlemek ve bu sorunların çözümüne yönelik somut öneriler ortaya koymaktır.

Öte yandan daha verimli ve yüksek nitelikli yönetim ve sağlık hizmeti sunabilmenin koşulları ve olanaklarının neler olabileceğini belirlemek, bunların gerçekleşmesi ve kurumlaşması durumunda bu hizmetlerden kimlerin, ne oranda ve nasıl yararlanabileceği konularını açıklığa kavuşturmak, hastane çalışanlarının bu konulardaki tutum ve davranışlarını ortaya koymak araştırmanın diğer amaçları arasındadır.

Dünya'dan ve Türkiye'den uygulamaya yönelik çeşitli örneklerle hastane işletmeciliği ve hastane yönetimi alanında karşılaştırmalar yaparak, daha özgün daha işlevsel ve daha nitelikli ÜAH yönetim modeli ortaya koymak çalışmanın bir diğer amacıdır.

1.3. Araştırmanın Denenceleri

Araştırmanın denenceleri aşağıda sunulmuştur.

Araştırmanın temel denencesi (TD) şöyledir:

“Türkiye'deki ÜAH'ler hem yönetim, hem de ürettikleri sağlık hizmetleri bakımından ülkedeki “sağlık kuruluşları” na örnek olabilecek yetkinlik ve özellikte değildirler.”

Araştırmanın diğer denenceleri-alt denenceler-(AD) ise aşağıdaki gibidir:

AD.1. “ÜAH'lerinde sunulan yönetim hizmetleri yüksek nitelikli, verimli ve etkin olursa; sağlık hizmetlerinin verimlilik düzeyi artar, çalışanların iş doyumunu ve işe uyumu yükselir, hasta ve yakınlarının hastane hizmetlerinden yararlanma olanakları çoğalır. Sağlıklı insanların “güvenlik” duyguları güçlenir ve hastane kaynakları daha ussal ve daha verimli kullanılır, böylece ülke ekonomisine katkı sağlanmış olur.”

AD.2. ÜAH'lerinde sunulabilecek yüksek nitelikli ve verimli yönetsel hizmetlerin gerçekleşmesi kimi koşulların gerçekleşmesine bağlıdır. Bu koşullar şunlardır:

- Kendine yeten kaynaklarla donatılmış, parasal ve yönetsel yönlerden özerk hastane yönetimlerinin kurulmuş olması,
- Yönetimlere çağdaş, demokratik ve bilimsel ilkeleri savunabilecek ve uygulayabilecek anlayışların egemen olması,
- Yeni ve uygun yasal düzenlemelerin yapılmış bulunması.”

AD.3. “ÜAH’lerinin gerek kendi türleri, gerekse öteki hastanelerle aralarında bir “eşgüdümlü kaynak kullanımı” dizgesi kuramamaları, böyle bir dizgeyi kurumlaştırıp, yaşama geçirecek örgütsel bir yapıdan yoksun olmaları ve bu alandaki bilgi ve beceri eksiklikleri; kaynak kullanımında ve hastane yatırımlarında savurganlığa yol açmakta hizmet ikilemelerine neden olmakta (bu da maliyetleri yükseltmekte) hizmette etkinlik ve verimliliği düşürerek, daha pahalı bir hizmet üretim ve sunumuna yol açmaktadır.”

1.4. Araştırmanın Yöntemi

1.4.1. Araştırmanın Bilgi Toplama Yöntemi

Araştırma için genel kitaplık taraması ve temel yazılı kaynak incelemesi yanında, seçilen hastane yöneticileriyle serbest görüşmeler yapılmıştır.

Bu çerçevede başvurulan “bilgi toplama araçları” ise; serbest görüşmeler, yayınlanmış kitap ve makaleler, süreli yayımlar, konuyla ilgili araştırma tezleri, ilgili yasal kaynaklar (yasa, tüzük, yönetmelik, genelge, yönerge vb.), basılı belgeler, yazanaklar, bültenler, bildirimler, ilgili kurum ve kuruluşların yayınları, istatistik dökümleri, yıllıkları ile araştırmacının kendi deneyim, birikim ve gözlemleri olmuştur.

1.4.2. Araştırmanın “Bilgi İşleme” Yöntemi

Çeşitli yol ve yöntemlere başvurularak elde edilen bilgiler ve bulgular; istatistiksel araç, teknik, çizelge ve dizelgeler kullanılarak işlenmiş ve yorumlanmıştır. Karşılaştırmalı çözümleme dizin ve dizelgeleri ile farklılık ve benzerlikler vurgulanmış, daha gerçekçi ve anlamlı bulgular ortaya konarak, daha bilimsel ve uygulanabilir çözüm önerileri (örnek modeller) geliştirilmeye çalışılmıştır.

1.5. Sunuş Sırası

Araştırma 8 ana bölüm ve yeterince altblmlerden oluşmuştur. Bu bölümlerin sıralanışı ve içerikleri konu başlıkları bağlamında aşağıda özetlenmiştir.

Birinci bölümde araştırma konusuna ilişkin genel açıklama ve tanıtım yapılmış, araştırmanın önemi, amaçları, denenceleri, yöntemi ve sunuş sırası verilmiştir.

İkinci bölümde, uygulamalı yönetim dalları ve bunların çoğalma nedenleri, örnekleri, yarattıkları sorunlar ve olanaklar üzerinde durulmuştur. Toplam dört altbölümden oluşan ikinci bölümün birinci altblmnde yönetim biliminin gelişimi ve uzmanlaşma süreci, ikinci altblmnde uygulamalı yönetim dalları ile bunların gelişme nedenleri irdelenmiştir. nc altbölümde ise uygulamalı yönetim dallarından kimi örnekler sunulmuş, dördüncü altbölümde uygulamalı yönetim dallarının gelişmesiyle ortaya çıkan sorunlar ve yeni olanaklar açıklanmıştır.

 altbölümden oluşan üçüncü bölümün birinci altblmnde, genel olarak hastane ve hastane yönetimi kavramları üzerinde durulurken, ikinci altbölümde hastane türleri ve sınıfları bağlamında hastane yönetimleri karşılaştırmalı olarak ele alınmış, araştırma konusunun öznesini oluşturan niversite Araştırma Hastaneleri (AH'ler) karşılaştırmalı olarak incelenmeye çalışılmıştır. nc altbölümde ise özel hastaneler ve öteki kamu hastaneleri hakkında kısa kısa bilgi verilmiştir.

Dördüncü bölümde AH'lerinin yönetimi ele alınarak; dünyada ve Türkiye'deki AH'lerinin yönetimleri beş altbölüm halinde irdelenmiştir.

Beşinci bölümde ise Türkiye'de var olan AH'lerinin yönetim sorunları beş altbölümde tartışılmıştır. Bu altbölümlerde; yönetimsel sorunların kaynakları ve nedenleri üzerinde durulmuştur.

Altıncı bölümde Türkiye için özgün bir örnek oluşturacağı düşünülen Turgut Özal Tıp Merkezi (İnönü Üniversitesi Araştırma Hastanesi) tanıtılmış ve incelenmiştir.

Yedinci bölümde Türkiye bakımından model olarak önerilebilecek “bütünleşik” bir ÜAH yönetimi modeli önerilmeye ve tartışılmaya çalışılmıştır.

Sekizinci ve son bölümde genel değerlendirme yapılarak, bulgular, öneriler ve sonuç sunulmuştur.



2- UYGULAMALI YÖNETİM DALLARI, ÇOĞALMA NEDENLERİ, ÖRNEKLERİ, YARATTIKLARI SORUNLAR VE OLANAKLAR

Bu bölüm 4 altbölüme ayrılmıştır. Uygulamalı yönetim dalları, çoğalma nedenleri, örnekleri, yarattıkları sorunlar ve olanaklar; şu sırayla sunulmuştur: İlk altbölümde (2.1.'de) yönetim biliminin gelişmesi ve uzmanlaşması, geleneksel dönem ve çağcıl dönem olarak iki altbaşlıkta ele alınmıştır. İkinci altbölümde özet olarak sunulan “uygulamalı yönetim dalları” ve hızlı gelişme nedenleri 4 alt başlıkta açıklanmaya çalışılmıştır. Üçüncü altbölümde uygulamalı yönetim dalı örnekleri; Kamu Yönetimi, İşletme Yönetimi, Eğitim Yönetimi, Personel Yönetimi, Sağlık Yönetimi ve Alt Dalları bağlamında 5 altbaşlıkta irdelenmiştir. Dördüncü ve son altbölümde ise, uygulamalı yönetim dallarının gelişmesiyle ortaya çıkan sorunlar ve olanaklar, iki altbaşlıkta tartışılmıştır.

2.1. Yönetim Biliminin Gelişmesi ve Uzmanlaşması

Bir iş ya da işlevin yürütülmesi, bir sanat ya da mesleğin uygulanması ve bir üretimsel etkinliğin gerçekleştirilmesi gibi somut yönü ön planda bulunan “yönetim” olgusunun tarihi, insanlık tarihi kadar eskidir. İnsanın topluluk olarak tarihte gerçekleştirdiği ilk eylem, aynı zamanda bir yönetim uygulaması örneğidir.

İlk çağlardan günümüze çeşitli evrelerden geçen uzun ve karmaşık bir tarihsel sürecin sonucunda “bilim” düzeyinde ele alınan ve yeni bir bilim dalı olarak benimsenen yönetimin gelişimi ve uzmanlaşması aşağıda iki döneme ayrılarak irdelenmiştir.

2.1.1. Geleneksel Dönem

Yönetim kuramları ve bu kuramlara temel oluşturan yaklaşımlar son birkaç yüzyılın ürünü almakla birlikte, genel anlamıyla yönetime ilişkin düşünceler, bilgi topluluğu ve uygulamalar Milattan Önceki devirlere kadar gitmektedir.

Geleneksel dönemi betimlemek üzere kullanılan “geleneksel yönetim düşüncesi” ilk ve ortaçağlardaki düşünürlerin çeşitli konulardaki (iş, ticaret, yönetsel uygulamalar, yöneticilere verilen öğütler vb.) fikir ve görüşlerini anlatmaktadır. Bir anlamda geleneksel yönetim düşüncesini oluşturan bilgi topluluğu, düşünürlerin zihinsel ve mantıksal çözümlenmeleri ile metafizik açıklamaları sonucu ortaya çıkmış, bu yönüyle de bir “felsefe” niteliği taşımıştır (BARENSEL; 1993, 8) denebilir.

Tarihsel süreç içinde ve yüzyıllarca sezgi ve deneyim ve öngörülere dayalı, sına ve yanılma yöntemiyle öğreniler (ve öğretilen), usta-çırak ilişkileri içinde, el yordamıyla uygulanan ve bu yönleriyle bir tür sanat özelliği taşıyan yönetimin bilinebilen en eski tarihsel kökleri İ.Ö. 1300’li yıllara kadar gitmektedir. Dönemin eski Çin ve Mısır topluluklarında görülen kimi somut yönetsel uygulamalar (Örneğin, Konfüçyus öğretisinin egemen olduğu eski Çin’deki dürüst ve yetenekli kamu görevlilerinin seçilmesi ve çalıştırılması, Çin Seddi gibi büyük yapıların gerçekleştirilmesi vb.) ve üretimsel etkinlikler, özellikle de eşgüdüm boyutuyla yönetim olgusuna örnek oluşturmuşlardır (BUECHENER, 1989, 1).

Eski Mısır’da piramitlerin kalabalık bir tutsaklar ordusuyla ve büyük bir eşgüdüm etkinliği içinde yapılması önemli bir yönetim uygulaması örneğidir. Piramitler için gereken malzemelerin sağlanması, taşınması, çalışanlar arası uyum, beslenme ve barınma sorunlarının çözümü, yönetimin kimi temel ilkelerini bilmeden pek olası görünmemektedir (EFİL, 1989, 12).

Eski Yunan ve Roma'da da yönetime ilişkin önemli ipuçları ve uygulama örnekleri bulunmaktadır. Örneğin, eski Yunan sitelerinde kentlerin ve kültürel mekanların kurulması, ülke yönetiminde çeşitli meclis ve kurulların oluşturularak, kararlar alınması, eski Roma'da yöneticilerin danışmaları amacıyla bir danışma kurulunun oluşturulması, imparatorluk topraklarının genişliği nedeniyle yerel düzeyde yönetim erklerinin, vergi ve ulaşım zincirlerinin kurulması, yol, köprü ve konaklama yerlerinin yapılması gibi eşgüdüm ve planlama gerektiren etkinlikler yönetimsel etkinlik örnekleridir.

Ortaçağın özelliklerinden birisi de, geniş kapsamlı yönetim sorunlarının (savaşlar, gçler, yeni yerleşimler, ticaret, şatolar, kapalı kent sistemleri, yeni derebeylikler düzeni vb.) ortaya çıkmasıdır. Dağınık ve geniş alanların yönetimi sürekli ilgi ve çalışmayı zorunlu kılmıştır. 812 yılında Charlamagne mali işlerin yönetimini güçlendirmek ve geliştirmek amacıyla, memurların denetimi, kayıtların düzenli tutulması ve nitelikli işgücü sağlama gibi yönetimsel konuları tartışmıştır (BUECHENER, 1989, 2). Yine bu çağın önemli yönetim özelliklerinden bir diğer de kliselerdir. Kliseler hem birer yönetimsel etkinlik rneğiydiler, hem de genel yönetimin uygulama, uygulatma organları gibi etkinlik yürütmüşlerdir.

Sonuç olarak, gerek ilkçağ boyunca yaşanan çeşitli yönetimsel uygulamalar, gerekse ortaçağ boyunca gerçekleşen yönetimsel bilgi birikimi, deneyim ve düşünceler, geleneksel dönemin önemli kazanımlarıdır. Bu kazanımların üzerinde gelişecek yeni düşünce ve yakalaşımlar yönetimi günümüzdeki düzeyine ulaştıracaktır.

2.1.2. ağcıl Dönem

18. yüzyılın sonlarına doğru ortaya çıkan sanayi devrimi, üretim yönetim ve araçlarında büyük değişikliklere yol açmıştır. Özellikle buhar gücünün üretime sokulması, kitlesel üretime geçilmesi, kalabalık ve büyük çaplı iş ve işçi örgütlerinin ortaya çıkması; bir yandan da yöneticiler kümesini gündeme getirmiştir.

Üretim arttıkça, üretimde çalışanların ve makinaların sayısı da artmış, bu da denetim ve eşgüdüm sorunları yaratmaya başlamış; ulaşım, iletişim, pazarlama, eğitim ve tüketim etkinlikleri çok daha geniş kitleleri ilgili örgütlerin amaç ve işlevleri doğrultusunda yöneltme ve eşgüdümlenme ile yüzyüze getirmiştir. Önceleri üretim birimleri ve işletmelerin sahipliği ile yöneticilik aynı kişilerde iken, giderek bir ayrışma, bir iş bölümü ve uzmanlaşma başlamış, bunun sonucunda da yöneticilik gibi yeni meslekler ortaya çıkmıştır (VELİOĞLU, OKTAY, 1993, 3).

İşbölümü, uzmanlaşma ve yeni meslek kümelerinin ortaya çıkması, teknolojiye hızlı gelişmeler ve sanayileşmenin giderek ekonomiye ve topluma egemen olmaya başlaması, yönetim işlerinin karmaşıklaşmasına, yönetsel sorunların ağırlaşmasına ve farklı yaklaşımların ortaya çıkmasına neden olmuştur. Bu gelişmeler ister istemez, diğer mesleklerde olduğu gibi yöneticilerin de eğitilmesi ve yetiştirilmesi gereğini dayatmıştır.

Sanayileşen ve gelişen toplumlarda daha derinden duyumsanan (hissedilen) bu gereksinmeyi karşılamak üzere çeşitli görüş ve öneriler giderek daha dizgesel (sistemik), daha bilimsel ve daha kapsayıcı kuram ve yaklaşımlar, okul ve akımlar biçiminde gündeme gelmeye başlamıştır.

19. yüzyılın başlarında ortaya çıkıp, günümüzdeki yönetim gerçeğine ışık tutan yönetsel kuram ve yaklaşımları kısa kısa açıklamak, yönetim biliminin gelişimini daha somut sergileyebilmek açısından yararlı olacaktır.

2.1.2.1. Geleneksel Yönetim Kuramı

Yönetimin bir bilim olarak gelişmesi ve benimsenmesi yolunda katkı sağlayan kuramlardan ilki Geleneksel Yönetim Kuramı olarak adlandırılmıştır. Başlıca üç yaklaşımdan oluşmaktadır. Bunlar; Bilimsel Yönetim Yaklaşımı, Yönetim Süreci Yaklaşımı ve Bürokrasi Yaklaşımıdır.

a) **Bilimsel Yönetim Yaklaşımı:** Amerikalı bir mühendis olan Frederick Winslow Taylor'un öncülük ettiği bu yaklaşıma göre; örgütlerde (işletmelerde) verimliliğin başarılmasında fizyolojik etkenler, toplumsal ve ruhsal (sosyolojik, ve psikolojik) etkenlerden daha önemlidir. Bir işletmede çalışanların kötü yönlendirilmesi ve denetlenmesi, iş ve malzeme kaybına yol açmaktadır. Çalışan insanın her devinimi ve davranışı bilime indirgenebilir ve kimi durumlarda bilim hem temeldir, hem de kendini kanıtlayıcıdır. Bu anlamda işin mekanik yönü çok önemli olup, kişinin insani değerleri, ilişkileri ve ahlaki boyutlu tutumları pek önemli değildir. Bir işi yapmanın en iyi yolunu belirlemek olanaklıdır ve gereklidir (BUECHENER, 1989, 9).

1880'lerde Taylor'un öncülük ettiği bilimsel yönetim, yirminci yüzyılın başlarında Taylor'un izinden giden F. Gilberth, H.Emerson, M.Cooke'un çabaları ve araştırmaları ile bir akım haline gelmiştir. ABD'de ortaya çıkan bilimsel yönetim akımı, yirminci yüzyılla birlikte hızla Avrupa'ya yayılmıştır.

Bilimsel yönetimi savunanlar, savlarını desteklemek üzere çeşitli araştırmalar yapmış, üretim etkinliklerinde savurganlık ve kayıpları azaltmak yoluyla verimliliği artırmayı amaçlamışlardır. Bu maksatla, birörnek iş yöntemleri geliştirmişler, girdi, malzeme, araç ve donanım ölçünleri öngörmüşler, planlama ve tasarımlama görevlerini çalışanlardan alarak yönetimin görevleri arasına katmışlardır. Özendirici ücret politikaları yoluyla işgücü veriminin artacağını savunmuşlar, işe uygun personel seçimine önem vermişlerdir. Devinim ve zaman incelemeleri (hareket ve zaman etüdü) ile ilgili yöntem, teknik ve araçlar da geliştirerek bilimsel yönetim uygulamaları ile verimlilikte görülmedik artışlar (% 300-1800 arası) sağlamışlardır (BARANSEL, 1993, 12).

b) **Yönetim Süreci (ya da Yönetimsel Kuram) Yaklaşımı:** Bu yaklaşımın kurucusu ve kuramcısı Fransız düşünür Fayol olmuştur. Fayol yönetimi; uzağı görme, planlama, örgütlenme, kumanda (yürütme), eşgüdüm ve denetim işlevlerinden oluşan bir süreç olarak betimlemiştir. Yönetime ilişkin pek çok ilke (14 kadar ilke saymıştır)

geliştiren Fayol, 1910'da yönetimin temel işlevleri konusunda bir ayırım yapmış, bu ayırımı vurguladığı işlevler günümüzde de geçerliliğini aşağı yukarı aynen korumaktadır (BARANSEL, 1993, 13).

Fayol'un ayırımını yaptığı yönetimin işlevleri ya da öğeleri (süreçleri olarak da adlandırılmaktadır) günümüzde kısaca PÖYED olarak bilinmektedir. Planlama, Örgütlenme, Yönetim, Eşgüdümleme ve Denetleme öğelerinin baş harflerinden oluşan bir kısaltı.

c) **Bürokrasi Yaklaşımı:** Max Weber tarafından geliştirilen bürokrasi yaklaşımı, aynı zamanda geleneksel örgüt kuramının da özünü oluşturmaktadır. Bu model ya da yaklaşım; işlevsel uzmanlaşmaya dayanan iş bölümü, yetki sıralanışı (hiyerarşisi), yer ya da konumların hak ve görevlerini belirleyen kurallar düzeni, işlerin yapılmasında izlenecek yol ve yöntemler dizgesi, bireyler arası ilişkilerde gayri kişisel (yüzyüze olmama) ve görevsel konumlara uzman kişilerin atanması gibi özellikler taşır.

Weber'in modeli "ideal tip" bir model olup, bürokratikleşme derecesinin belirlenmesinde yöntemsel bir araç olarak önemlidir. Weber, bürokrasinin çağdaş toplumların büyük çaplı ve karmaşık kurumları için en uygun ve teknik yönden en üstün örgüt tipi olduğunu, akılcılık, önceden kestirebilirlik, dakiklik, süreklilik, disiplin ve güvenilirlik gibi üstünlüklere sahip bulunduğunu ileri sürmüştür. M. Weber, özet olarak duygusal ve akıldışı etmenlerin etkisinden arınmış bir model geliştirmeyi amaçlamıştır (BARANSEL, 1993, 13).

2.1.2.2. Davranışsal (Neoklasik) Yönetim Kuramı

Temelinde Hawthorne araştırmalarının bulguları bulunan ve bir boyutuyla geleneksel yönetim kuramının eksik bıraktığı yönleri tamamlayan Davranışsal kuram;

yönetim ve örgütün etkinliğini artırabilmek için insan davranışları ve ilişkileri üzerinde ağırlıklı olarak durmuştur.

Davranışsal kuramın kaynağına inildiğinde iki farklı bakışın olduğu görülür. Bir bakışa göre, davranışsal geleneksel kurama bir tepki olarak doğmuş, diğer bir bakışa göre ise, davranışsal kuram, geleneksel kuramın salt bir uzantısı (devamı)dır. Bir başka deyişle, davranışsal kuram, bilimsel yönetimi daha da bilimsel yapmaya yönelik bir kuramdır (BUECHNER, 1989, 11).

Davranışsal kuramı geliştirenlerin ağırlıklı olarak psikoloji, sosyoloji, antropoloji ve sosyal psikoloji gibi dallardan geliyor olmaları ilginçtir. Alana yaptıkları önemli katkılar ise; örgütsel yapı içinde yer alan insanın nasıl davrandığı, niçin öyle davrandığı ve örgütsel yapı ile davranış arasındaki ilişkilerin neler olduğu gibi konuları ortaya çıkarmak, insanın örgütteki yerini ve önemini vurgulamak olmuştur.

Örgütün toplumsal ve insansal boyutunu öne çıkaran davranışsal kuram, bireyle örgüt arasında işbirliği ruhunu geliştirmeyi, bireyin amaçlarıyla örgütün amaçları arasında bir uyum ve denge kurulmasını öngörmüştür. Biçimsel yapıya ağırlık veren geleneksel kuramın tersine, örgüt içindeki yöneten, yönetilen ilişkilerine, davranışlarına ve onların istek ve gereksinimlerine önem veren davranışsal yaklaşım, doğal örgütlerin ve doğal önderlerin de varlığına ve rolüne değinmiştir (VELİOĞLU, OKTAY, 1993, 7).

İnsan ilişkileri ve davranışları üzerinde önemle duran davranışsal kuram, ayrıca liderlik, güdüleme (motivasyon), küme davranışı, haberleşme, toplumsal ve teknik dizgeler arası etkileşim gibi konulara da vurgu yapmıştır.

Sonuç olarak davranışsal yaklaşımın ana fikri, bir örgütsel yapı içinde çalışan insanı anlamak, ondan en çok verimi sağlamak, yöneticiye kullanabileceği yeni araç ve kavramlar sunmak olmuştur (KOÇEL, 1989, 82).

2.1.2.3. Çağdaş Yönetim Kuramı

Geleneksel ve davranışsal kuramların bileşiminden yola çıkan çağdaş kuramın temeli araştırmaya dayalı olup, bu kuramla ilgili olarak geliştirilen model, düşünce ve yaklaşımların sayısı oldukça çoktur.

2. Dünya Savaşı yıllarından sonra başlayıp, günümüze değin süren süreç içinde geliştirilen çeşitli model, teknik ve düşünce dizgeleri çağdaş yönetim kuramını zenginleştiren ve yönetimin yeni bir bilim dalı olarak benimsenmesi yanında, pekçok alt daldan oluştuğu gerçeğini ortaya koyan gelişmeler olmuştur.

1950-1960 yılları arasında çağdaş yönetim düşüncesinde, istatistik, matematik ve mühendislik disiplinlerinin katkılarıyla yönetime sayısal yaklaşım (kantitatif yaklaşım) ortaya çıkmıştır. Bu yaklaşım bilimsel yönetimin ve sanayi mühendisliğinin çağdaş yönetim düşüncesi içinde gelişmiş biçimidir. Yine 2. Dünya Savaşı sırasında askeri amaçlarla geliştirilen yöneylem araştırmaları, 1950 sonrasında işletmecilik alanındaki sorunların çözümünde uygulanmıştır. Alana ilişkin bir diğer önemli gelişme de, proje ve matriks örgütlenme biçimindeki organik örgüt yapılarıyla ilgili gelişmelerdir (BARANSEL, 1993, 15).

Çağdaş yönetim kuramını betimleyen asıl yaklaşımların ortaya çıkışı 1960 sonrası dönemde olmuştur. Sistem yaklaşımı ve durumsallık yaklaşımı 1960 sonrası dönemin ürünü olup, çağdaş yönetim kuramının iki ana yaklaşımıdır.

a) Sistem Yaklaşımı: Temelinde genel sistem kuramı ile sibernetik ve bilişim kuramı gibi kuramlar bulunan sistem yaklaşımı, yönetim ve örgüt çözümlerinde kullanılan bir düşünce biçimi ve yöntemidir.

Sistem yaklaşımında örgüt, birbirine bağımlı, bir takım alt sistemlerden oluşan, çevresiyle girdi, çıktı ilişkisi bulunan açık bir sistem olarak düşünülür. Örgütü bir

organik bütün olarak da ele alan bu yaklaşımda, örgüt erk ilişkilerini temsil eden, yapısal, bürokratik ve sıradizinsel (hiyerarşik) görünümünden uzaklaşarak, bilgi, enerji ve malzeme akımlarına bürünmüştür. Sistem yaklaşımında yönetim, örgütün çevresine uyumunu sağlayan ve alt sistemler arasındaki ilişkilerini düzenleyen sistemlerden birini oluşturur. Yönetim sürecini oluşturan işlemlere birer sistem olarak yaklaşılır, örgüt, kuramsal, örgütsel ve teknik alt sistemlere ayrılarak incelenir.

Diğer yaklaşımlardan temel farkı, örgütü bir açık sistem olarak tasarlamasıdır. Bu yönüyle yöneticiye daha geniş bir değerlendirme alanı sağlarken, hem yönetsel olgulara bir bütün olarak bakmasını, hem de olgular ve olaylar arasındaki etkileşimi, ilişki ve bağımlılıkları görebilme, çevreye ve koşullara uyum sağlayabilme olanakları sunar.

b) Durumsallık Yaklaşımı: Sistem yaklaşımının yaygınlaşmasından hemen sonra ve 1970'lerden başlayarak ortaya konan yaklaşımlardan birisi de durumsallık yaklaşımı olmuştur. Bu yaklaşımın temelinde sistem yaklaşımı bulunmakta, onun bir tür uzantısı olarak değerlendirilmektedir.

Durumsallık yaklaşımı, her bir yönetsel uygulamanın, belli bir önderlik biçiminin ve belli bir örgütsel yapının ancak belli durum ve koşullarda geçerli olabileceği düşüncesine dayanmaktadır. Yani, her durum ve koşulda geçerli bir en iyi örgüt ya da yönetim biçimi, ilkesi, kuramı yoktur. Hiçbir ilke ya da kural evrensel değildir. Bir durum ve koşulda geçerli olan yönetsel bir uygulama, bir başka koşulda geçerli olmayabilir. Kimi örgütsel ve yönetsel yapıda geleneksel yaklaşımlardan birinin kuralları daha uygun olabilir.

Özellikle günümüzün karmaşık, çok işlevli, çok özekli ve çok yöneticili örgütlerinde, salt bir tür yönetim yaklaşımı yerine, aynı örgütün farklı birim ve düzeylerinde, farklı yaklaşımların daha verimli sonuçlar verebileceği gerçeği durumsallık yaklaşımının savlarını haklı kılan gelişmeler olarak algılanmaktadır.

2.2. Uygulamalı Yönetim Dalları ve Hızlı Gelişme Nedenleri

“Uygulamalı yönetim” kavramı, yönetim kuramının somut ve özgün bir alana uygulanışını anlatmaktadır. “Uygulamalı yönetim dalı” kavramı da bu bağlamda; kuramsal yönetimin kurumsal düzeye indirgenmesi anlamına gelmektedir. Bir bilim olan yönetimin ilke ve kurallarının özgül ve somut bir alana ya da bir örgüte uygulanması, buna bağlı olarak da kimi özgün yönetim tür ve örneklerinin ortaya çıkması uygulamalı yönetim dalı kavramını betimlemektedir.

Yönetim, salt bir soyut bilim, kavramsal bir düşünce dizgesi ya da kuram değildir. Bu boyut yönetimin kurgusal ve kuramsal yönünü tanımlar. Yaşamın, toplumsal olay ve olguların hemen tüm alanlarında geçerli olabilen, uygulanabilen, ama aynı zamanda durum ve koşullara göre değişiklik gösteren birçok ilke ve kurallar bütününden oluşması ise yönetimin diğer boyutudur. Temel düşüncesi, ilkesi ve felsefesi aynı da olsa, uygulandığı alanın, örgütün ya da kurumun özgül koşullarına göre farklılıklar gösteren yönetim uygulamaları, yönetimin çeşitlenmesi, gelişmesi ve zenginleşmesine yol açmıştır. Örneğin; kamu yönetimi, eğitim yönetimi, sağlık yönetimi, hastane yönetimi, çevre yönetimi, kent yönetimi, köy yönetimi, işletme yönetimi, banka ve para yönetimi, üniversite yönetimi gibi alt yönetim dalları bu şekilde ortaya çıkmış ve yönetim olgusunu zenginleştirmiştir.

Yönetimin farklı alanlardaki uygulamaları ile ortaya çıkan çok sayıdaki yönetim dalı ve türünün böylesine çoğalması ve hızla yaygınlaşması, hem yönetim biliminin gelişmesini hızlandırmış, hem de pek çok etken ve nedenin sonucu olarak gerçekleşmiştir.

Uygulamalı yönetim dallarının böylesine çoğalması ve hızlı gelişmesinin nedenlerini kimi temel başlıklar altında irdelemek gerekmektedir.

2.2.1. Toplumsal Yaşamdaki Çeşitlenme, Karmaşıklaşma ve Örgütlenmenin Yaygınlaşması

Feodal toplum yapısının çözülerek, yerini kapitalist toplum düzenine bırakması, özellikle batı toplumlarında yeni oluşum ve yapılanmalara yol açmıştır. Toplumsal alt yapıyı oluşturan üretim biçimi ve üretim araçları değiştikçe, bu araçların mülkiyet biçimleri ve kullanım amaçları farklılaştıkça, toplumun üst yapısını oluşturan eğitim, kültür, din, hukuk, siyaset ve aktöre (ahlak) gibi değerlerde de köklü değişiklikler görülmeye başlamıştır. Yeni toplumsal sınıfların ortaya çıkması, yeni tutum, değer ve yönetim anlayışlarını gündeme getirirken, eski yerleşik düzenin tüm kalıp, değer ve alışkanlıkları da giderek çözülme sürecine girmiştir.

Toplumsal gelişmenin ve farklılaşmanın doruk noktası sanayi devrimi ve buna bağlı olarak ortaya çıkan kitlesel yeni üretim biçimidir. Toplumsal yaşamın tüm yönlerini derinden etkileyen ve gelişimin yönünü, hızını değiştiren sanayileşme olgusu, ortaya çıkardığı yeni yapı, örgüt ve oluşumlar aracılığıyla yönetsel uygulamalarda da önemli değişikliklere neden olmuştur. Yeni mesleklerin ortaya çıkması, yeni bilim dallarının kurumlaşması ve yeni anlayışların, yeni bakışaçılarının yaygınlaşması yönetsel uygulamalara da yansımış ve yönetimin bilim olduğu konusunda görüşler, çalışmalar ortaya çıkmaya başlamıştır.

Sanayi devrimiyle birlikte bilim ve teknolojiadaki gelişmeler, nüfus artışı, kentleşme, göçler, kitlesel üretim ve verimlilik artışları ile ekonomik yapılardaki beklenmedik dönüşümler bir yandan toplumsal yaşamı çeşitlendirirken, diğer yandan da yeni yapılanmalara, karmaşa ve çatışmalara yol açmıştır.

Toplumsal yaşam çeşitlenmiş, renklenmiş ve tekdüze, edilgen, kıpırtısız, sıradan bir yaşam olmaktan çıkmıştır. Yeni gelişmeler ve yeni sorunlar yanında yeni olanaklar, (eğitim, sağlık, kültür ve sanat olanakları) ortaya çıkmıştır. Daha gelişmiş teknoloji, daha verimli üretim, daha çok üretim daha yüksek ücret, daha kalabalık üretim birimleri, daha örgütlü ve daha bilinçli topluluklar ve daha çok olanak daha iyi yaşam

düzeyi hedefleri gibi toplumsal yaşamı hareketlendiren, çeşitlendiren gelişmeler hızla yaygınlaşmıştır.

Bu sürecin doğal bir sonucu olarak tüm toplum kesimleri; sendikalar, dernekler ve siyasal partiler biçiminde örgütlenmeye, daha çok hak ve olanak isteminde bulunmaya, toplumsal yaşamı etkileyip, yönlendirmeye başlamışlardır. Bu süreci, kentleşme, göçler, eğitimsel olanaklar ve sanayileşme gibi etkenler hızlandırırken, geleneksel bağların ve dayanışma biçiminin yerini, çağdaş kurumlar, bağlar ve örgütsel bağlılıklar almıştır.

Günümüzün gelişmiş ve çağdaş sayılan toplumları örgütlü toplumlardır. Toplumsal örgütlülük ya da toplumsal sınıf ve kesimlerdeki örgütlenme süreci sanayi devriminden sonra ivme kazanmıştır. O günden günümüze örgütlerin ortalama büyüklükleri, çeşitleri ve etkinlik alanları artmıştır. Bu eğilim, özellikle 2. Dünya Savaşından sonra biraz daha hızlanmıştır. Sayı ve büyüklüklerinin artışına koşut olarak, yapıları da karmaşıklaşan toplumsal örgütlerin güttükleri amaçlar ve işlevleri de farklılaşmıştır. Tek amaçlı ve belli alanla sınırlı etkinlik yürüten basit örgütler yanında, çok amaçlı, çok işlevli ve çeşitli alanlarda etkinlik yürüten karmaşık, geniş boyutlu ve kapsamlı örgütler giderek (daha da) ağırlık kazanmaya başlamıştır. Örneğin, hastaneler; sağaltım işlevleri yanında, eğitim ve araştırma işlevlerine de önem ve öncelik vermektedirler. Üniversiteler eğitim ve öğretim görevlerine araştırma ve geliştirme işlevini eklemekte, dernek, sendika ve vakıf gibi toplumsal örgütler, yine meslek kuruluşu niteliğindeki çeşitli kuruluşlar asıl amaçları yanında, birçok toplumsal, kültürel ve eğitimsel işlevler üstlenmektedirler.

Toplumsal örgütlenmenin çeşitlenmesi ve yaygınlaşması yanında, bu örgütlerin çevre koşullarında da hızlı gelişmeler yaşanmaktadır. Mal ve hizmet çeşitliliği (üretim çeşitliliği) yanında, bunların karmaşıklığı, yeni ve gelişmiş üretim yöntemleri, teknolojik gelişmeler, yeni ücret ve maliyet politikaları, tüketici istemlerinin belirsizleşmesi, sendikalar ve çıkar kümelerinin güçlenmesi, ulusal ve uluslararası

yarışın (rekabetin) şiddetlenmesi, toplumsal sorumlulukların çoğalması, örgütlerin var olduğu ve yaşam bulduğu ortamların (çevrenin) karmaşıklaşması, örgütlerarası bağımlılıkların artması ve değişimlerin hızlanması gibi hızlı bir süreç yaşanmaktadır.

Tüm bu ve benzeri koşullar altında, örgütlerin etkili bir biçimde yönetilmeleri son derece güçleşmiş, aynı zamanda örgütlerin etkili olarak yönetilmeleri büyük önem kazanmıştır.

2.2.2. Uzmanlaşma ve İşbölümü

Uygulamalı yönetimlerin hızla gelişmesine yol açan etmenlerden birisi de toplumsal yaşamda, örgütlerde ve üretim birimlerinde (işletmelerde) işbölümü ve uzmanlaşmanın yaygınlaşmasıdır.

Ekonomide verimliliğin artış nedenlerinden biri olarak değerlendirilen işbölümü ve uzmanlaşma olgusunun aynı zamanda, bu sonuca toplumsal örgüt ve kuruluşlarda da yol açıp açmadığı üzerinde duran L. GULİCK'e göre; (TORTOP, 1983, 77) kamusal kurum ve kuruluşlarda işbölümü şöyle gerçekleşmektedir:

Yönetimsel birimler sundukları hizmetlerin yapısına, bu hizmetlerin alıcısına (müşterisine), bölgesine ya da alanına, hizmet üretiminde kullanılan teknik araç ve yöntemlere göre işbölümü yaparak uzmanlaşmaktadırlar. Örneğin, bir belediyede su, elektrik, ulaşım, temizlik ve çevre hizmetleri ayrı ayrı birer uzmanlık alanı ya da hizmet türü olurken; bir hastanede sunulan hizmetler, hizmetten yararlanan bireylere (hasta ve yakınlarına), sağlık araçlarının (tıbbi cihazların) nitelik ve türüne, hizmet sunanların mesleki durum ve düzeylerine ve hizmetin sunum süresine vb. göre farklı bir uzmanlık ve işbölümü gerektirmektedir.

Örgüt yapılarının karmaşıklaşması, büyümesi ve geniş alanlara yayılması, bir yandan eşgüdüm ve denetim sorunlarına yol açarken, öte yandan işbölümünü ve bölümlere ayırma işlemlerini zorunlu kılmış, bu da uzmanlaşma olgusunu getirmiştir.

Geleneksel yönetim kuramcılarına göre (EFİL, 1989, 16); “.... bir iş ne kadar küçük parçalara ayrılırsa, çalışan işini daha etkin ve verimli yapar ve o iş üzerinde uzmanlaşır.” Yani bir iş ya da alanda sürekli çalışan ve hep o işi yapan kişi, giderek o işin uzmanı olur. İş bölümü ve uzmanlaşma yalnızca üretime dönük işlerde değil, her tür örgütte ve örgütsel etkinlikte uygulanabilir bir ilkedir.

Geleneksel görüşte olduğu gibi, davranışsal ve çağdaş yönetim ve örgüt kuramlarında da işbölümü kavramı ile uzmanlaşma olgusu önem taşımaktadır. Bunun temel nedeni ise, işbölümü ve uzmanlaşmanın verimliliği artırması gerçeğidir. İşbölümü ve uzmanlaşma salt geleneksel görüşçülerin bir buluşu değil, toplumsal yaşam kadar eski bir olgudur (BARANSEL, 1993, 293). İşbölümünün etkileri, bulgu ve sonuçları çok uzun zamandan beri birçok alanın araştırmacıları tarafından inceleme ve araştırma konusu yapılmıştır. Ancak verimlilik kavramının önem kazanması, işbölümünü ve uzmanlaşma olgusunu yeniden güncelleştirmiştir.

Öte yandan toplumsal yaşamın ve üretimin hemen her alanında önem kazanan ve yaygınlaşan işbölümü ve uzmanlaşma olgusunun “aşırı” boyutlara ulaşması (giderek tek düze, yalın, sıkıcı ve aralıksız olması gibi) çalışanların ruhsal yapısını olumsuz etkilemeye, doyumsuzluk ve gerilimlere yol açmaya başlamıştır. Bu da verimliliği düşürmeye ve yeni sorunlara neden olmuştur. Aşırı işbölümü ve uzmanlaşmanın yol açtığı olumsuz sonuçları ortadan kaldırabilmek için yeni önlemler geliştirilmiş, “iş genişletme”, “iş değiş tokuşu” (rotasyon), “iş zenginleştirme” ve “iş düzenleme” (dizaynı) gibi yeni kavram ve teknikler üzerinde durulmuş, işbölümü ve uzmanlaşmadan kaynaklanan olumsuz sonuçlar giderilmeye çalışılmıştır.

Belirli bir üretim alanında sağlanan verimlilik artışı, büyük oranda, uygulanan teknolojinin yetkinliğine, kullanılan üretim yöntemine ve üretimi gerçekleştiren insanın niteliğine bağlıdır. Ancak, belirli bir ölçekten sonra iş bölümü, işi sınıflandırma, bölümlendirme ve temel alanlarda kümelenme kaçınılmaz olmaktadır. İş bölümü kalıcılığı ve uzmanlaşmayı zorunlu kılarken, bu yapılanışa uygun düşecek örgüt ve yönetim yapısı da kendiliğinden gelişmektedir. Önceleri bir üretim alanı ya da bir örgütsel etkinlik türü (hizmet türü) tek bir kurumun ya da bilimin alanına girerken, işbölümü ve uzmanlaşmanın artışına koşut olarak yeni etkinlik, ilgi ve bilim alanlarına, uygulamalara konu olmaya başlamıştır. Örneğin, yönetim olgusu başlangıçta bir kuram, bir düşünce ve giderek de bir bilim olarak genel bir içerik taşıyıp, toplumsal yaşamın yönetimle ilgili tüm alanlarını kapsıyor idiyse, günümüzde “genel” bir yönetimden söz etmek yerine, somut yönetim alanlarından, yönetsel uygulama birimlerinden sözedilmektedir. Genel sağlık yönetimi artık soyut ve kuramsal bir kavram olarak kalırken, bunun yerini daha somut ve uygulamalı bir yönetim türü (alanı) olan “halk sağlığı yönetimi”, “çevre sağlığı yönetimi”, “sağlık eğitimi yönetimi”, “hastane yönetimi” ve hatta “özel hastaneler yönetimi”, “üniversite araştırma hastaneleri yönetimi” ve “devlet hastaneleri yönetimi” gibi daha özgül ve özelleşmiş alt yönetim dalları almaya başlamıştır.

Sözkonusu daha alt ve somut alanlara, kurum ve kuruluşlara indirgenen yönetim olgusu ve uygulama örnekleri, yaşamın diğer alanları için de geçerlidir ve benzer süreçlerden geçmektedir. Yönetimdeki bu indirgemeli ve uygulamalı, uzmanlaşmış ve özgülleşmiş gelişmenin hızla yayılmasının temel nedenlerinden birisi de kuşkusuz, toplumsal yaşamda yaygınlaşan işbölümü ve uzmanlaşma olayıdır.

2.2.3. İletişim Araçları ve Dizgelerindeki (Sistemlerindeki) Hızlı Gelişmeler

Tek tek bireylerin ya da toplulukların yeni düşünceler, yeni tutumlar geliştirmelerine aracılık eden iletişim, öz olarak “anlamaların paylaşılması” süreci olarak tanımlanmaktadır (TABAK, 1996, 14). Çeşitli araç ve tekniklerle güçlendirilen,

bilimsel ve teknolojik gelişmelere koşut olarak sürekli gelişen iletişim dizgesi, yönetim süreçlerini etkileyen önemli etmenlerden birisidir.

Yöneticilerin etkinliğini artıran ve iyi işleyen bir yönetimi olanaklı kılan, önemli öğelerden biri kuşkusuz, iyi işleyen ve gelişmiş bir iletişim düzeneğinin varlığıdır. “Kan dolaşım sisteminin bir canlı bedeninde oynadığı rol ve önem ne ise, iletişim ve haberleşmenin örgütlerdeki rol ve önemi aynıdır” (KOÇEL, 1989, 221). Bu bağlamda örgütleri birer iletişim ağı ya da dizgesi olarak değerlendirmek olanaklıdır.

Yönetimin ve örgütün başarısı için bu kadar önemli olan iletişim ya da haberleşme sürecinin gelişimi, bu süreçte kullanılan araç, gereç ve tekniklerin hem düzeyine, hem de niteliğine bağlı olarak değişmiştir. Gerek kuramsal ya da örgütsel düzeyde, gerekse tüm dünya çapında kullanılan iletişim araçlarının günümüzde eriştiğı düzey ve bu düzeyin etkileri, yönetim anlayışlarında ve yönetim uygulamalarında büyük değişikliklere yol açmıştır. Özellikle “kitle iletişim araçları” olarak adlandırılan ve aynı anda binlerce, milyonlarca insana hitap edebilen araçların, “internet” olarak adlandırılan ve tüm dünyayı bir bilgiiletişim ağı gibi saran dizgelerin günümüzdeki yetkinliğı, yönetim alanında da çok daha köklü değişikliklere yol açacak gibi görünmektedir.

İletişim araç ve dizgelerinde görülen teknolojik gelişme ve hız olgusu, yönetimin somut alanlara uygulanışını kolaylaştırıcı bir etki yaratmıştır. İşbölümü ve uzmanlaşma ögesine katkıda bulunan iletişim ve teknolojisi, bir başka açıdan da kuramsal ya da örgütsel yönetime yeni olanaklar sunmuştur. Daha önce, belli alanı niteleyen (özeksel) yönetimin gelişme çizgisine bağımlı olan, kendi özgül koşullarına ve yapısına daha uygun bir gelişme gösteremeyen alt yönetim dalları ya da uygulamalı yönetimler, iletişimdeki teknolojik gelişmelerin de katkısıyla, ana dizgeye bağımlı olmaktan kurtularak, daha özgün, daha özgür bir gelişim göstermişlerdir denebilir.

İletişim teknolojisi ve dizgelerinde son yıllarda kaydedilen gelişmeler çok daha derin ve köklü değişimleri zorlayacağına benzemektedir. Yerel ve bölgesel ölçekli örgütlenmeleri ve yönetsel uygulamaları beklenmedik ölçüde etkilemeye başlayan iletişimsel gelişmeler, aynı zamanda ulusal ve küresel (uluslararası) yönetim uygulamalarını da belirlemeye başlamıştır. Dünyanın küçülmesi, küreselleşme ve benzeri kavramların ortaya atılmasının bir nedeni de iletişim olanaklarının ve teknolojisinin eriştiği düzeydir. Bilgi işletim ve iletişim teknolojisinin “internet” adı altında tüm dünyayı giderek bir ağ gibi sarması, her türlü bilgiye ve bilgi kaynağına anında ulaşılabilmesi, diğer alanlarda olduğu gibi yönetsel alanlarda da tüm bilgi, belge, kuram ve olanakların insanlığın ortak hizmetine sunulması, bu olanaklardan giderek daha çok ülkenin, daha çok insanın, daha yaygın biçimde yararlanmaya başlaması iletişim dizge ve araçlarının hangi oranda, neleri etkilediğini gösteren göstergelerden birisidir.

2.2.4. Kullanıcı İstemleri ile Beklentilerinin Artması ve İncelmesi (Süzülmüşlük Düzeyinin Yükselmesi)

Toplumsal yaşamda ortaya çıkan ve hızla yaygınlaşan “örgütlülük bilinci”, bir yandan toplumsal yaşamı çeşitlendirirken, bir yandan da eğitim düzeyinin yükselmesini sağlamıştır. Eğitim olanaklarının artması, yaygınlaşması ve daha nitelikli insanların yetişmesine ön ayak olması, üretim ve tüketim tercihlerinde çok önemli değişikliklere yol açmıştır.

Nitelikli insangücündeki artış ve örgütlü yaşamın yaygınlaşması üretim olanaklarını ve verimliliği artırırken, tüketici davranışları üzerinde de etkili olmuştur. Tüketicilerin tek tek birey olarak ya da topluluklar biçiminde, istem ve beklentileri artarken, bu istem ve beklentilerin nitelik ve nicelik boyutu da değişmeye başlamıştır. Tüketici ya da kullanıcıların istem ve beklentileri artarken, aynı zamanda incelmış, daha özgün ve özellikli bir karakter kazanmış, süzülmüşlük düzeyi yükselmiştir. Bu da

uygulamalı yönetim dallarının daha hızlı gelişmesi ve yaygınlaşmasına katkıda bulunmuştur.

2.3. Uygulamalı Yönetim Dalı Örnekleri

Kuramsal yönetimin somut alanlara uygulanışını ve belli alanlara özgülendiğini anlatan uygulamalı yönetim dalları günümüzde çok yaygınlaşmıştır. Yönetimin ilke, kural ve kuramlarını hem zenginleştiren, hem de geliştiren bu dallar ve onların daha somut uygulama alanlarını betimleyen altdallar, toplumsal gelişmeye koşut olarak çoğalmakta ve yaygınlaşmaktadır.

Topluluk olarak yaşayan bireylerin, istençli ve gönüllü olarak oluşturulan çeşitli öğelerin, kurum, kuruluş ve işletmelerin, yerel, bölgesel, ulusal ve uluslararası yönetsel uygulamaların giderek yaygınlaşması, yönetim olgusunu bir yandan karmaşıklaştırmış, bir yandan da uzmanlık alanlarına, dallara ve altdallara ayırarak, çeşitlendirmiştir. Bu tür dal ve altdalların günümüzde çok sayıda örneği olmakla birlikte, biz belli başlı bir kaç tanesini özetle incelemeye çalıştık.

2.3.1 Kamu Yönetimi

Kısaca "...devlet yönetim bilimi" (VERSAN, 1984, III) olarak tanımlanan kamu yönetimi; devletin ve devlet organlarının örgütsel yapısını, işleyişini, işlevlerini, görevlerini ve yönetimlerini incelemektedir.

"Devlet etkinliklerinin yerine getirilmesinde uygulanan yönetim sanatı ve bilimi" (ERGUN, POLATOĞLU, 1988, 5) olarak da betimlenen kamu yönetiminin; biri uygulamaya dönük, diğeri kuramsal olmak üzere iki temel yönü (boyutu) bulunmaktadır. Uygulamaya dönük yanı, işlerin yapılmasını, yürütülmesini anlatırken, kuramsal boyutu değerlerle ilgilidir.

Temel amacı; kamusal ya da toplumsal yararı ençoklaştırmak olan kamu yönetimi; daha verimli, etkin, yaygın ve süreklilik gösteren bir kamu hizmeti üretmek ve sunmak göreviyle de yükümlüdür. “Devletin genel denetim ve gözetimi altında yürütülen sözkonusu kamusal hizmetleri gerçekleştirmek amacıyla çalışan yapıya ve bu yapıda aynı amaçla kullanılan yol ve yöntemlere de kamu yönetimi denilmektedir” (ÇOKER, 1996, 5).

Ağırlıklı olarak kamusal nitelikli örgüt ve kuruluşlar aracılığıyla hizmet üreten kamu yönetimi, insanın ve toplumun genel mutluluğunu hedefler. Aynı zamanda “toplumsal bir dizge” (TUTUM, 1995, 133) olarak yapılanmış bulunan kamu yönetimi, kurallar, usuller, ilişki kalıpları ve uygulama alışkanlıkları ile de “yerleşik bir düzeni” simgelemektedir.

Kamu yönetiminin somut uygulamalarını oluşturan “kamu hizmeti üretme ve sunma birimleri” özel işletmelerden farklı ve öncelikli olarak, “kamu yararı” ve “kamu çıkarı” olgusunu öne çıkarmaktadır. Özel işletme yönetimlerinden farklı olarak “tekelci”, “hizmet amaçlı”, “katı kuralcı”, “genel yararçı” ve daha “güdümlü” olan kamu yönetimi, yine de belirli ölçüde özel işletmelerin uyguladığı kimi temel ilke ve kuralları göz önünde tutmaktadır. En belirgin farklılıkta, özel işletmelerin kâr ve kazançlarını en yüksekleştirme ereklerine karşın, kamusal örgütlerin belirli oranda kazanç öngörmeleri yanında esas olarak kamu yararını (toplumsal kazancı) ençoklaştırma amacı gütmeleridir.

2.3.2. İşletme Yönetimi

Bir üretim ve sunum etkinliğinin gerçekleştirildiği yapı ve işleyişi betimleyen “işletme” kavramı; “gerçek ya da tüzel kişilerce yönetilen, ekonomik, tecimseî ya da işleyimsel kurum, kuruluş ya da örgüt” (BÜYÜK LAROUSSE, 1994, 5942) olarak tanımlanmaktadır.

Yönetim ve işletme madalyonunun iki yüzü gibidir. Elindeki tüm kaynakları en etkili ve verimli bir biçimde kullanarak amaçlarına ulaşmasının temelinde yönetsel bilgi ve beceri yatmaktadır. “Günümüzde işletmeler çevrelerinden girdiler alıp, amaçlarını gerçekleştirmek için bu girdileri çıktılara çeviren açık dizgeler olarak görülmektedir” (NAKTİYOK, 1996, 78). Bu anlamda günümüzün işletmeleri temel politikalarını belirlerlerken; birinci öncelikleri her ne kadar kâr ve kazançlarını en çoklaştırmak ise de, toplumsal ve çevresel (ekolojik) etmenleri de dikkate almak zorunluluğu duymaktadırlar.

Artık işletmeleri yönlendiren alıcı (müşteri) istekleri kavramı, nitelik ve hızın ötesinde, “çevre” unsurlarını da kapsamakta, “çevre dostu teknoloji ve yaklaşımları bulunan (ve bunu ön plana çıkaran) işletmeler, uluslararası düzeyde de yarış (rekabet) üstünlüğü elde edebilmektedirler” (ÇAĞLAR, 1996, 86).

Öte yandan işletme ile çevre arasındaki ilişki tek yönlü olmayıp temelinde karşılıklı etkileşim olan bir “dayanışma” vardır. Çevre koşulları işletmeyi etkilediği gibi işletmeler de çevreyi etkilemektedirler. Yeni teknolojilerin üretilmesi ve yaşama geçirilmesi toplumsal yapıları derinden etkilemekte, “bilgi toplumu” na ve çevreye duyarlı “çevreci toplum” a geçişi hızlandırmaktadır. Bu gelişmeler işletmelerin üretim, yönetim, satış ve tanıtım etkinliklerinde çok köklü değişikliklere yol açmaktadır.

Özellikle bilgisayar ve bigileşim teknolojisindeki gelişmeler, işletme yöneticilerinin, yönetimde planlama, denetim ve karar alma süreçlerinde kullandıkları denetim araçlarını yetkinleştirmektedir. Yöneticiler için daha doğru karar vermek, gerksinim duyulan birçok bilginin zamanında ve istenilen biçimde hazır tutulmasına bağlı olmaktadır (TEKİN, ÇELİK, 1995,92).

Genel ve toplumsal yararı birincil amaç sayan kamu yönetiminin tersine, bireysel ya da işletme düzeyindeki özel yarar ya da kazanç olgusunu temel amaç

edinen, bu kazanç ya da çıkarı enyükseltirmeyi öngören işletme yönetimleri, uygulamalı yönetim dalına örnek olabilecek yönetim türlerinden birisidir.

İşletme yönetimi ya da işletmecilik olgusu diğer yönetim türleri içinde, belki de uygulamaya dönüklük bakımından en yalın, en yaygın ve en çeşitlisidir. Yönetim kuramının genel ve temel ilkeleri ile işletmelerin özel konuları, etkinlik ve üretim alanları, amaçları ve kullandıkları araçlar, çalışanların sayısal ve niteliksel durumları ile yöneticilerin (işletmecilerin) bilgi, beceri ve yetenekleri gibi etmenler, tüm işletmelerde somut, elle tutulur ve uygulamaya dönüktür.

Günümüzde işletme yönetimi başlıbaşına bir ders, izlen ve öğretim dalı haline gelmiş, meslek olark işletmecilik tüm toplumsal örgütlerde (özellikle özel iş yerlerinde) genel kabul görmüştür. Para boyutuyla muhasebe, kaynak kullanımı boyutuyla ekonomi, insan boyutuyla toplumbilim ve çevre boyutuyla ekoloji bilimleriyle yakın işbirliği ve ilişki içindedir.

İşletme yönetiminin, özellikle tecimsel ve kazanç amacı güden işletmelerde önem ve öncelik kazanması, bu yönetim dalında yetişenlerin uzmanlaşmasını (profesyonelleşmesini) ve işletme sahiplerinin işlevlerini üstlenmelerini getirmiştir. En güçlü ve zengin olarak bilinen ve ulusal sınırları da aşan günümüzün tecimsel işletmeleri, artık o alanda uzmanlaşmış, deneyim kazanmış ve bu işi meslek edinmiş profesyonel işletmeciler tarafından yönetilmekte ve denetlenmektedir.

Yönetim bilimin, üretimi ve verimliliği artırıcı en temel ve bilimsel ilkeleri belkide işletme yönetimi alanında uygulamaya konmaktadır.

2.3.3. Eğitim Yönetimi

Eğitim hizmeti özünde kamusal bir etkinliktir. İstendik yönde davranış değişikliği yaratabilme süreci olarak tanımlanan eğitim aynı zamanda bir uzmanlık

işidir. Ulusal amaçlar doğrultusunda insan yetiştirmeyi hedefleyen eğitim etkinliği, özel kurum ve kuruluşlara bırakıldığı durumda bile, devletin denetim ve gözetimi ile sınırlandırılmaktadır. Bunun temel gerekçesi olarak da “kamu yararı” ya da “ulus çıkarı” gibi kapsamı belirsiz kavramlar öne sürülmektedir.

Aynı zamanda kamu yönetiminin özel ve özgün bir alanı olarak kabul edilen eğitim yönetimi; gerçekte “... yönetimin eğitime uygulanış biçimi” (BURSALIOĞLU, 1982, 6) ve türünden başka birşey değildir. Öte yandan bir disiplin ya da bilim dalı olarak da benimsenen eğitim yönetimi, uygulamalı yönetimin somut örneklerinden de birini oluşturmaktadır.

Eğitim yönetiminin uygulandığı eğitim ve öğretim kurumları, temelde devletçe belirlenen eğitim politika ve izlencelerini gerçekleştirmektedirler. Gerek eğitim yönetimi, gerekse onun bir alt dalı olan “okul yönetimi”, eğitim örgütlerini amaçları yönünde ve temel eğitim politikaları doğrultusunda yaşatmak, etkili ve verimli bir biçimde işletmek gibi görevlerle yükümlüdür (KAYA, 1984, 37).

Bu görevleri yerine getirmek, okul ve öteki eğitim örgütlerindeki tüm kaynakları en verimli biçimde kullanmakla olanaklıdır. Bunun yolu ise, yöneticilerin, yönetim kavram ve süreçlerini iyi bilmeleri, alanlarında uzmanlaşmalarını gerektirmektedir.

Eğitim yönetiminin bir başka önemli ve somut amacı da “...çocukları eğitmektir (AYDIN, 1991, 170). Ülke gereksinimleri doğrultusunda hazırlandığı varsayılan eğitim izlenceleri yoluyla “yeni kuşaklar yetiştirmek” ve geleceğin bilinçli, eğitilmiş, sağlıklı toplumunu oluşturmak ancak bu yolla olanaklı olacaktır.

Sonuç olarak, eğitim yönetimi kamusal yönü belirgin ve ön planda olan bir kamu yönetimi türü olup, somut amacı eğitim, öğretim hizmeti aracılığıyla “kamusal yararı” ençoklaştırmak, daha nitelikli ve daha verimli eğitim hizmeti üretmektir.

2.3.4. Personel Yönetimi

Personel yönetimi, yönetimin insansal (beşeri) yönünü oluşturur (TORTOP, 1985, 20). Çalışma ortamındaki insanı ve çalışanlarla örgüt arasındaki ilişkileri inceler.

Personel yönetiminin amacı, örgütü oluşturan personeli en etkili biçimde bir araya getirmek, çalışanların gönencini ve esenliğini gözeterek, onların örgütün başarısına en yüksek düzeyde katkıda bulunmalarını sağlamaktır. Çalışanların yeteneklerini geliştirerek onlardan daha çok yarar elde etmek, örgüte enuygun ve nitelikli personel kazandırmak, örgütün değerleri ile çalışanların değerlerini ve çıkarlarını uyumlaştırmak ve bu yolla örgütün elde edeceği yararı (özel ya da kamusal), üreteceği değeri ve ulaşacağı başarıyı ençoklaştırmak da personel yönetiminin önemli amaçları arasındadır. Kimi yeteneklere sahip insanların sağlanması süreci olan seçim işlevi, "... karşılıklı karar vermeyi, yarışma ve eleme işlemleri arasındaki uyumu gerektiren bir süreçtir" (ÖZTÜRK, 1995, 42) .

"Kamu personel yönetimi" kavramı ise, personel yönetiminin kamusal yönünü vurgulayan ve devletin öngördüğü görevleri yürüten, personelin bağlı olduğu kural, koşul, politika, teknik ve uygulamaların bütününe anlatan (AÇIKALIN, 1996, 2) bir kavramdır.

Personel yönetiminin günümüzdeki (özellikle 1970'li yıllardan sonra güncellenen) boyutunu betimleyen, "geleneksel yönetim kültüründen, çağdaş yönetim kültürüne geçiş" olgusunu anlatan "insan kaynakları yönetimi yaklaşımı; personel yönetimine daha güncel ve çağdaş bir bakış olarak değerlendirilmektedir.

Personel ya da insan kaynakları yönetimi; çalışanların özlük işleri ve ücret kayıtlarının çok ötesinde, işe alma, seçme, yerleştirme, yetiştirme, yükseltme, uzmanlaştırma, iş doyumu ve uyumu, örgüt kültürü oluşturma ve yönetsel kararlara katılım gibi daha bütüncül ve oylumlu konularla uğraşmak sorunuyla karşı karşıyadır.

“İnsan kaynakları yöneticisi, bu nedenle aynı zamanda bir örgütsel davranış ve değişim uzmanı (ajanı) dır” (SERİNKAN, 1996, 35).

2.3.5. Sağlık Yönetimi ve Alt Dalları

Uygulamalı yönetim dallarından birisi de sağlık yönetimidir. Kamu yönetiminin alt dallarından birini oluşturan sağlık yönetimi de, tıpkı kamu yönetimi gibi çeşitli alt dallara sahiptir. Örneğin, hastane yönetimi, sağlık eğitimi yönetimi ve çevre sağlığı yönetimi sağlık yönetiminin alt dalları sayılmaktadır.

Sağlık yönetimi; ülke genelinde üretilen özel ya da kamusal sağlık hizmetlerinin planlanmasını, örgütlenme biçimini, işleyişini, eşgüdüm ve denetimi ile ilke ve kurallarını betimleyen “alana özel” bir yönetim türüdür. Kısaca tanımlamak gerekirse, yönetimin sağlık alanına uygulanış biçimidir.

Sağlık yönetiminin uygulandığı sağlık kurum ve kuruluşlarının ve buralarda üretilen sağlık hizmetlerinin örgütlenmesi, genel anlamda yönetim hizmetlerinin de örgütlenme biçimi ile işleyişini yansıtır. Her ikisi arasındaki etkileşim ülkeden ülkeye ve durumdan duruma değişiklik göstermektedir (SUR, HAYRAN, 1997, 1). Bu bağlamda sağlık yönetimi kavramını tanımlamak gerekirse; “...kişi, örgüt ve topluluklara sağlık hizmetleri sunulması, bu amaçla kaynakların planlanması, örgütlenmesi, yönetilmesi, denetlenmesi ve değerlendirilmesi sürecidir” (DİNÇER, 1988, 31).

Öte yandan sağlık yönetiminin temel amacı, ülkedeki sağlık hizmetlerini en verimli ve etkili biçimde üretmek, bu hizmetlerden sağlanacak toplumsal (kamusal) yararları en yükseğe çıkarmaktır.

2.3.5.1. Genel Sağlık Yönetimi

Belli bir alana yönelik olmakla birlikte, o alanı oluşturan temel yapılardan birine özgü olmayıp, o alanın tümünü kapsamına alan bir yönetimi yansıtan genel sağlık yönetimi; ülkenin sağlık hizmetlerinin tümünü betimleyen bir kavramdır.

Genel sağlık yönetimi, özel ya da kamusal, yerel ya da ulusal her düzeydeki ve her türdeki sağlık hizmetlerinin (ulusal düzeyde) belirlenmesi, planlanması, yönlendirilmesi, eşgüdümlemesi ve denetlenmesi gibi temel konularla uğraşan bir nitelik göstermektedir. Bu uğraşının görünürdeki, somutlaşmış öncüsü Sağlık Bakanlığı gibi görünse de, gerçekde durum daha farklı ve karmaşık olabilmektedir. Genel sağlık yönetiminin omurgasını oluşturan ulusal sağlık politikası ile böyle bir politikayı biçimlendirip, uygulatacak olan Sağlık Bakanlığı, günümüzde bu işlevini yerine getiremez duruma düşürülmüştür.

Buna karşın, çelişki oluşturuyor gibi görünse de, ülkedeki sağlık hizmetleri; aşırı ölçüde özekçi (merkezci), ancak çok başlı, eş güdümsüz, karmaşık ve kağısamış bir yapılanma içindedir. “Ülkenin tarihsel gelişimi, alt düzey orun ve görevlere çok az yetki veren, özekçi bir kamu yönetimi yarattığından...” (DÜNYA BANKASI, 1986, 40), sağlık alanında ve yönetim biçiminde de katı bir piramidal (hiyerarşik) örgütlenme sözkonusudur. Türkiye’deki sağlık hizmetleri, bu yönüyle yerinden yönetime (ve yerelleşmeye) yer vermeyen, hizmetlerin yönetimine halkın katılımını sağlamayan, yasal düzenlemeleri eskimiş ve uzman yöneticilere olanak tanımayan bir yapı ve işleyiş içindedir (SAĞLIK BAKANLIĞI, 1993, 47).

Genel sağlık yönetimi bakımından, ülkemizdeki sağlık hizmetleri; “koruyucu” ve “sağaltıcı (tedavi edici)” hizmetler olarak ikiye ayrılarak incelenmekte (SÖZER, DEMİRBILEK, 1994, 503)., her iki boyutu da devlete büyük sorumluluklar yüklemektedir. Gerek hizmet sunumu, gerekse hizmet istemi yönünden çarpıcı bir çeşitlilik gösteren sağlık hizmetleri dizgesi, özel ya da kamusal çok farklı kurumlara

yer vermekte, birinci ya da ikinci basamak sağlık hizmetleri uzmanlaşmış hizmet birimleri olmaktan çok, bir karmaşa içinde bulunmaktadır (TOKAT, 1993, 11).

Sağlık yönetiminin uygulandığı sağlık hizmet kurumları ve örgütlenmeler, “nne gelenin sağlık kuruluşu açıp, sağlık hizmeti sunduğu” bir düzensizliğin ve kuralsızlığın ağına düşmüş durumdadır. Bir yandan Sağlık Bakanlığı’na bağlı her türden sağlık hizmetleri örgütleri, öte yandan aynı nitelikte sağlık hizmeti üretmeye alışan SSK, Savunma Bakanlığı, Belediye, niversite KİT’ler, Azınlıklar ve zel Sağlık Kuruluşları tam bir keşmekeş oluşturmaktadır.

2.3.5.2. Bölge Sağlık Yönetimi

Sağlık yönetiminin bir alt dalı olan bölge sağlık yönetimi, bölgesel düzeydeki sağlık hizmetlerinin planlanması, örgütlenmesi, yürütülmesi ve denetlenmesi konularını kapsayan bir yönetim türüdür. Kısaca, yönetimin ilke ve kurallarının bölgesel düzeydeki sağlık hizmetlerine ve bu hizmetleri üreten sağlık örgütlerine uygulanmasıdır.

Yerel düzeydeki sağlık hizmetleri ile ulusal sağlık hizmetleri arasında kalan, birden çok ili kapsayan, sağlık hizmetlerinin belirli bir coğrafi alanda örgütlendirilmesi ve yönetilmesi anlamına gelen bölge sağlık yönetimi, bir ülkede birden çok sayıda ve bölgenin koşullarına göre değişen işlevde olabilir. Bölge sağlık yönetimlerinin amacı, sağlık hizmetlerine ilişkin bölgelerarası eşitsizlikleri giderici plan, izleme ve politikalar geliştirerek, bölgesel düzeydeki sağlık hizmetlerini en verimli ve etkili biçimde üretmek ve sunmaktır.

Bölgesel düzeyde örgütlenen bölge sağlık yönetimlerini niteleyen temel kavram “yerelleşme” (desantralizasyon) olup, bugün dünyada çeşitli düzey ve biçimde yerelleşme uygulamaları sözkonusudur. 1978 yılında aralarında Türkiye’nin de bulunduğu 134 ülke tarafından imzalanan Alma-Ata bildirgesinde ngrlen Temel

Sağlık Hizmetleri yaklaşımı, yerelleşme ilkelerine dayalı bir sağlık yönetim dizgesi önermektedir. Bu yaklaşımın temel taşlarını oluşturan “toplumsal katılım”, “kendikendine yeterlilik” ve “kesimler (sektörler) arası işbirliği” kavramları ancak yerleşmiş bir sağlık dizgesi ile gerçekleşebilir denilerek, “... ara birimlere yetki devrinin öneminin vurgulanması gerekmekte olup, bu (ara) birimler toplumun sorunlarına ve gereksinimlerine duyarlı olacak kadar topluma, iktidar politikalarını vurgulamaya dönüştürebilecek kadar da özelsel yönetime yakındır” (WHO/UNICEF, 1978, 32) biçiminde önerilmektedir. Aynı öneri daha sonraları Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından da defalarca vurgulanmış, yerelleşme uygulamaları dünyanın birçok ülkesinde gündeme alınmıştır. Aynı bildirgeye imza atan ülkemizde de, bu yönde yoğun çalışmalar başlatılmış, özellikle 1990’lardan sonra, doğrudan Sağlık Bakanlığınca yürütülen “reform” çalışmaları sağlık hizmetlerinin yerelleştirilmesi noktasında “yasa tasarısı düzeyine ulaştırılmıştır (TATAR, 1993, 138).

Bölge sağlık yönetimlerine temel oluşturan yerelleşme uygulaması türünden birisi “delegasyon” (özerkleştirme) olup, belirli coğrafi sınırlar içindeki (bir bölgedeki) belirli etkinlikleri planlama ve bunları yürütme gücü (otoritesi), daha üst bir yönetsel birimin doğrudan denetimi altında olmayan bir örgüte (örneğin bölge sağlık yönetimine) devredilmektedir. En son yetke (otorite) özelsel yönetimde olmasına karşın, sözkonusu bölgesel örgütler kendilerine verilen işlevleri yerine getirmede oldukça kapsamlı bir özerkliğe sahiptirler. Örneğin, üniversite hastaneleri ve sosyal sigorta kurumları tarafından sunulan sağlık hizmetlerinin, Sağlık Bakanlığı karşısındaki konumu bu tip bir yerelleşmeyi yansıtmaktadır.

Sağlık hizmetlerinin yerelleşmesi ve bölgesel düzeyde sağlık yönetimlerinin oluşturulması uygulamasına bir örnek de, “devolüsyon” (bağımsızlaşmış) denilen yönetim türü olup, yerel yönetimlerin durumu bu kavrama uymaktadır. Rodinelli’ye göre (TATAR, 1993, 140); bu tür örgütlenmenin 5 temel özelliği vardır. Yerel yönetimler siyasal iktidarın doğrudan denetimine bağlı olmayıp, kesin olarak belirlenmiş ve yasal konum kazanmış coğrafi sınırlar içinde sorumluluklarını

yürütürler. Kendi gelirlerini sağlama ve gelir kaynağı yaratabilme özelliği vardır. Toplum, bu örgütleri kendi gereksinimlerini karşılamak üzere kurulmuş ve etki edebilecekleri örgütler olarak benimsendiğinden, bunlara bakış açısı farklıdır. Son olarak özeysel yönetimle olan ilişkileri “çıkar” a dayalıdır.

Devolusyon türü yerelleşme deneyimi ve bölgesel sağlık yönetimi örneği; Nijerya ve Sudan gibi gelişmemiş ülkelerde de uygulanmaktadır (SUR, HAÿRAN, 1997, 2). Ancak bu uygulamada iki önemli noktada özeğin katkısı ve karışımı gerekmektedir. Bölge hastaneleri gibi yüklü bir parasal kaynak gerektiren büyük çaplı yatırımlara parasal destek ve yerel (bölgesel) düzeydeki hizmet birimleri arasında eşgüdüm sağlama konularında özeğin önemli işlevi sözkonusudur.

Sağlık alanında yerelleşmenin derecesi ve türü ülkelerin yapısına ve özelliklerine göre değişmektedir. Neyin, ne dereceye kadar yerelleştirileceği tümüyle politik bir öncelik sorunu olmaktadır. Bölgeler oluşturulurken nüfus, coğrafi koşullar, ulaşım, en uygun yönetilebilirlik büyüklüğü, sağlık koşulları, ekonomik ve toplumsal etmenler, var olan sağlıksal alt yapılar ve sağlık insangücü gibi ölçütler gözönüne alınmaktadır. Bölge sağlık yönetimlerinin oluşturulup, sağlıklı işletilebilmesi için, gerek planlama ve kaynak dağılımı, gerekse kaynakların kullanımı konularında yerel karar düzenekleri önemli etkenler olmakta, halk bu bağlamda sağlık yönetimine daha yakından katılma olanağı bulmaktadır (SAĞLIK BAKANLIĞI, 1992, 18).

Ülkemizin sağlık dizgesinde öngörülen ve Sağlık Bakanlığınca yürütülen köklü değişiklik çalışmaları kapsamında hazırlanan yasa tasarısı taslaklarında bölge sağlık yönetimlerine ağırlıklı bir yer verilmekte ve yerelleşmiş sağlık hizmetleri dizgesinin temel taşı olarak Bölge Sağlık Yönetimi (BSY) tasarısından sözedilmektedir (SAĞLIK BAKANLIĞI, 1993, 100). Hazırlanan sözkonusu tasarıya göre yurt çapında toplam 20 tane BSY kurulmakta ve bunların görevleri tanımlanmaktadır.

2.3.5.3. Çevre Sağlığı Yönetimi

Sağlık ile çevrenin etkileştiği ve örtüştüğü alanı tanımlayan “çevre sağlığı” koruyucu sağlık hizmetleri dizgesinin önemli parçalarından biridir. Bir yanda çevre ve çevre yönetimi, diğer yanda sağlık ve sağlık yönetimi kavramları ve bu kavramların bileşkesi durumunda bulunan “Çevre Sağlığı Yönetimi” kavramı. Bileşkeyi bir bütün olarak anlayabilmek için her iki kavrama da bir bütünlük ve etkileşim içinde bakmak gerekmektedir. Çevre ele alındığında bunun sağlık alanına olan etkisi ve “sağlıklılık” derecesi, sağlık kavramı ele alındığında ise bunun çevreye olan etkisi ya da çevreyle olan etkileşimi ve sağlığın “çevresel” boyutu önem kazanmaktadır.

Sağlık üzerindeki etkisi bakımından incelendiğinde, çevre; daha döllenme sırasında canlı sağlığına etkide bulunmaya başlamaktadır. Sonraki yaşamda da süren bu etki; hastalıklar için zemin (ortam) oluşturarak, doğrudan hastalık nedeni olarak, hastalıkların gidişini ve sonucunu etkileyerek ya da tümüne birden yol açarak kendini göstermektedir (GÜLER, ÇOBANOĞLU, 1996, 49).

Öte yandan konuya en temel insan hakkı olan “sağlık” açısından bakıldığında; tüm canlıların yaşam ortamı ve varlığını sürdürme, canlılığını sağlama dizgesi olan çevrenin, sağlıklı olmasının, sağlık koşullarına sahip bulunmasının ve sağlığı olumsuz yönde etkilememesinin önemi ortaya çıkmaktadır.

Her iki kavramın bileşkesi sayılan “çevre sağlığı” nın Dünya Sağlık Örgütü’nce yapılan tanımı; “insan yaşamının çevresinde bulunan ve sağlığa zararlı etkiler yapan ya da yapabilme durumunda olan tüm koşulların düzeltilmesi” (SUNGUR, 1979, 384) biçiminde yapılmaktadır. Hastalıklardan ve birçok hastalık etkeninden korunmada düzeltilmiş ve zararsızlaştırılmış (sağlıklılaştırılmış) çevre sağlığı koşullarının etkisi büyüktür. Örneğin, kolera, tifo, dizanteri ve barsak enfeksiyonu gibi hastalıklar tümüyle çevresel koşullardan kaynaklanmaktadır. İnsan sağlığı; çevre ile insanın genetik yapısı arasındaki etkileşimin bir ürünü olup, bu etkileşim doğumdan ölüme

kadar yaşamın her evresinde ve alanında, çok değişik boyutlarda sözkonusu olmaktadır (GÜLER, 1997, 35).

Çevre sağlığı hizmeti sayılabilecek konulara gelince, bunlar ülkelerin gelişmişlik düzeyine bağlı olarak değişmekle birlikte; temiz su kaynağı, katı ve sıvı atıkların zararsızlaştırılması, besin denetimi ve sağlığı, vektörlerle (hastalık yapıcı böcek, kemirgen ve benzeri hayvanlar) savaş, konut ve barınma, işyeri ve endüstri sağlığı, gürültüyle savaş, ısınım ve ısı kaynağından korunma, hava ve toprak kirliliği ile savaşım, koku ve görüntü kirliliği ile savaşım ve doğal kaynakların korunması gibi konular ilk akla gelenler olmaktadır.

Tüm bu hizmetlerin yönetiminden anlaşılması gerekense; çevre sağlığı hizmetlerinin planlanması, örgütlenmesi, yürütülmesi ve denetlenmesidir. Kısaca, yönetimin çevre sağlığı alanına uygulanmasıdır.

Çevre sağlığı hizmetleri ile ilgili olarak değişik bakanlık, kurum ve kuruluş etkinlikte bulunmakta ve aralarında yetki kargaşası yaşanmaktadır. Ayrıca “çevre sağlığı ile ilgili (özellikle büyük kentlerde) alt yapı yatırımları ve parasal kaynakların sağlanması farklı kuruluşların görevleri arasında olup, bu alana ayrılan kaynaklar yeterli değildir (GÜLER, ÇOBANOĞLU, 1996, 88).

Birçok meslek kümesinin birlikte sunmasını gerektiren çevre sağlığı hizmetleri, aynı zamanda birçok kesimin (sektörün) işbirliğini ve eşgüdümlü çabasını gerektirmektedir. Çevre sağlığı hizmetlerinin yürütülmesinde önemli işlevi bulunan mesleklerden birisi de “çevre hekimliği” olup, bunun gerçeklik kazanabilmesi için “... tıp ve uzmanlık eğitiminde çevre epidemiyolojisi gibi kavramların daha geniş yer alması zorunlu görülmektedir” (GÜLER, 1997, 40).

Çevre sağlığı yönetim hizmetlerinin örgütlenme biçimi ve işleyişi günümüzün gereksinimlerine yanıt vermekten uzak olup, aynı zamanda yasal düzenleme, örgütsel yapılanma ve nitelikli personel yönünden büyük sorunlar yaşanmaktadır. Çevre

kavramının ve çevresel olayların önem ve güncellik kazanmasına koşut çevre sağlığı kavramı da giderek önem kazanmakta, bu alandaki yönetim uygulamaları, önemli sorunlarına karşın belirli bir ivme kazanmış durumdadır.

Çevre sağlığı yönetiminin temel amacı, çevre sağlığı hizmetlerinin verimliliğini yükseltmek, etkinliğini artırmak ve çevre sağlığı sorunlarının çözümünü sağlamaktır.

2.3.5.4. Sağlık Eğitimi Yönetimi

Genel sağlık yönetiminin alt ve uygulamalı bir dalı olan sağlık eğitimi yönetimi; sağlık eğitimi hizmetlerinin planlanması, örgütlenmesi, eşgüdümü ve denetlenmesini anlatmaktadır. Kısaca yönetimin sağlık, eğitim hizmetlerine uygulamasıdır.

Sağlık ve eğitim hizmetlerinin bir bileşimi niteliğini taşıyan sağlık eğitimi ve bu hizmetin yönetsel düzeydeki uygulamaları; birçok ülkede iyi örgütlenmiş olmasına ve büyük ölçüde kamu hizmeti olarak görülmesine karşın ülkemizde kimi umutlu girişimler dışında, yeterli atılımlar yapılmamış, sağlık eğitimi ve yönetimi alanı başlıbaşına (ayrı) ve özgün bir hizmet alanı olarak kurumsallaşamamıştır (TABAK, 1997, 6).

Tanım olarak ele alındığında sağlık eğitimi; bireylere ve topluluklara, sağlıklı doğmak, sağlıklı yaşamak, toplumun sağlık düzeyini yükseltmek, sağlığı bozacak etkenlerden kaçınmak, hastalıklar konusunda ve alınacak önlemler hakkında bilgilenmek, bu bilgileri yaşama geçirmek ve bu alandaki uygulamaları alışkanlık durumuna getirmektir (YUMURTUĞ, 1980, 28).

Nusret H. FİŞEK'e göre (DUYGUN, 1980, 3); "... toplumdaki yaşayan tüm bireylere, toplumun sağlık düzeyini olabilen en yüksek düzeye ulaştırmak için yapılan eğitim" olarak da tanımlanan sağlık eğitimi, aynı zamanda "... insanlara sağlıklı

yaşama sanatını öğretme, bu konuda yeterli beceri ve uygun davranışlar kazandırma bilim ve sanattır” (BİLGİN, 1979, 401).

Sağlık eğitim hizmetleri halen Sağlık Bakanlığı Sağlık Eğitimi Genel Müdürlüğü'nün öncülüğü ve önderliğinde yürütülmektedir. Aslında bu hizmet Üniversitelerin Tıp Fakültelerinde, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokullarında, Hemşirelik ve Ebelik Yüksekokullarında ve Özel sağlık kuruluşlarında da sunulmaktadır. Ancak, ülke düzeyinde yaygın, tüm toplumu ve duyarlı kesimleri kucaklayan genel sağlık eğitimi Sağlık Bakanlığının ilgili birimlerince yerine getirilmekte, bu da yetersiz kalmaktadır. Sağlık eğitim hizmeti ulusal eğitimin bir parçası olarak ele alınıp, bu yönde kalıcı ve kapsamlı politikalar belirlenmedikçe yeterli düzeyde bir sağlık eğitiminden söz etmek olanaklı değildir.

Bu kapsamda sağlık eğitiminin temel amacı, diğer toplum sağlığı hizmetleri ile birlikte ve onlarla bütünleşik bir biçimde halkın sağlığını korumak, sürdürmek ve yükseltmektir. Dünya Sağlık Örgütü (WHO) Sağlık Eğitimi Uzmanlar Kurulu, sağlık eğitiminin ana amaçlarını şöyle belirlemiş ve sıralamıştır (DUYGUN, 1980, 20);

1. Sağlığı toplumun en değerli varlığı kılmak,
2. Halka, kendi sorunlarını çözebilecek bilgi ve beceriler kazandırmak,
3. Sağlık düzeyinin gelişmesini ve yükselmesini sağlamak,
4. Halkı sağlıklı yaşamaya alıştırmak, hastalık, kaza ve sağlığa zararlı etkenlerden korunmada bilinçli ve uyanık kılmak.

Sözkonusu hedefleri gerçekleştirebilmek için, tek başına kamunun (devletin) uğraşması yeterli değildir. Kamusal kurum ve kuruluşlar kadar toplumun ve toplumu oluşturan kişilerin de etkili ve ağırlıklı bir biçimde soruna katılmaları gerekmektedir. Günümüzde her ülke kendi olanak, koşul ve gerksinimlerine göre bir sağlık eğitimi örgütlenmesi oluşturmuştur.

Sağlığa ilişkin toplumsal alışkanlık ve yaşam biçiminin istenilen yönde değiştirilebilmesi; sürekli, bilinçli ve yönlendirilmiş sağlık eğitimi hizmetlerini gerektirmekte, ancak varolan sağlık eğitimi çabaları karşılaşılan sağlık sorunlarının çözümünde “parçabölük” (palyatif) çaba ve önlemlerin uygulanması olarak kalmaktadır. “Kurumsallaşmış bir sağlık eğitimini gerçekleştirecek bir örgütlenme ve yönetim yaklaşımı henüz yoktur” (TABAK, 1997, 1). Örgütlenme ve yönetim yetersizliğinin temel sorumluluğu ise devletin sırtındadır. Devlet bu konuda yeterince sorumlu ve duyarlı davranmamaktadır.

Gerek 1978’de Alma Ata’da imzalanan ve ülkemizin de imzaladığı “Temel Sağlık Bildirgesi’nin birinci temel konusu, gerekse Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölgesi’nce 1984’de benimsenen ve 1991’de güncelleştirilen “Herkes için Sağlık” hedeflerinden 5 tanesi sağlık eğitimi ve sağlığın geliştirilmesi hakkındadır (TABAK, 1997, 2). Bu ve benzeri uluslararası ortak karar ve görüşler uyarınca, sağlık hizmetlerinin nitelikli olarak sunulması, sağlık eğitim hizmetlerinin amaçlarına ulaşabilmesi öncelikle hükümetlerin (siyasal iktıdarların) ve diğer kamusal örgütlerin sorumluluğudur.

2.3.5.5. Hastane Yönetimi

2.3.5.5.1. Genel Hastane İşletme Yönetimi

Yönetim olgusunun hastane hizmetlerine uygulanışını anlatan “hastane yönetimi” kavramı, yalnızca sağlık yönetiminin değil, aynı zamanda “genel” yönetim kavramının da önemli dallarından birini oluşturmaktadır. Yataklı sağaltım kurumlarınca üretilen hizmetlerin planlanması, örgütlenmesi, yürütülmesi, eşgüdümlemesi ve denetlenmesi olarak da tanımlayabileceğimiz hastane yönetimi olgusunun amaçlarını ve temel niteliklerini daha iyi açıklayabilmek için ona kaynaklık eden “hastane” kavramına kısaca değinmek gerekmektedir.

Sağlık hizmetleri alanının “baş” sorumlusu olarak niteleyebileceğimiz Sağlık Bakanlığınca çıkarılan ve hastanelerde üretilen hizmetlerin yürütülüş kural ve koşullarını belirleyen “Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği”, hastane kavramını “yataklı tedavi (sağaltım)” kurumu adı altında şöyle tanımlamaktadır.

“Hasta ve yaralıların, hastalıktan kuşku duyanların ve sağlık durumlarını incelemek (kontrol ettirmek) isteyenlerin, ayaktan ya da yatarak gözlem, inceleme, tanı, tedavi ve iyileştirme (rehabilitasyon) hizmetlerinden yararlandıkları, aynı zamanda doğum hizmeti sunulan kurumlardır” (YATAKLI TEDAVİ KURUMLARI MEVZUAT KİTABI - 1995, 283).

Öte yandan eğitim, öğretim ve araştırma hizmetleri de sunan hastaneler, salt birer yataklı sağaltım kurumu değil, aynı zamanda önemli ağırlığı olan birer ekonomik işletmedirler. Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından; “Gözlem, tanı, tedavi ve rehabilitasyon (sağaltım ve iyileştirme) olmak üzere kümelendirebilecek sağlık hizmetleri veren, hastaların uzun ya da kısa süreli tedavi gördükleri yataklı kuruluşlardır” (SOYSAL, KENANOĞLU, EMRE, HAMEŞOĞLU, 1993, 69) biçiminde tanımlanan hastaneler; temelde birer “hizmet işletmeleri” (MENDERES, ERDOĞAN, 1996, 4) olup, bu hizmetlerin toplumsal ve kamusal boyutu oldukça önemli bir “ağırlık” taşımaktadır. “Çok işlevli” kuruluşlar olarak bilinen hastanelerin; eğitim, araştırma ve geliştirme, toplumsal sağlık düzeyini yükseltme ve “sağlıklı insanlara güven verme” gibi önemli işlevlerinin yanında kuşkusuz temel işlevi hasta ve yaralıların iyileştirilmesidir. Bu işlevlerden yola çıkılarak hastaneler; “verilen sağaltım hizmetlerinin türü”, “hastaların hastanede kalış süreleri”, “parasal kaynakların türü” ve “büyüklük” gibi kimi ölçütlere göre sınıflandırılmaktadırlar (SEÇİM, 1991, 8). Verilen hizmetin türüne göre, “genel ve özel dal hastaneleri” olarak ayrılan hastaneler; kalış sürelerine göre “kısa süreli ve uzun süreli hastaneler” olarak ayrılmakta, parasal kaynak türüne göre ise hangi kurumdan kaynak sağlanıyorsa o kurumun adıyla anılmakta (Örneğin Sağlık Bakanlığı, SSK, Üniversite, Azınlık, Özel Kesim, ve Belediye Hastaneleri gibi), büyüklük ölçütü bakımından ise; kaç yatağa sahipse “o

kadar yatak kapasiteli hastane” (Örneğin 50-100-500-1000 yataklı gibi) olarak sınıflandırılmaktadır.

Günümüz toplumlarının sağlık için yaptıkları harcamaların büyük bir bölümünü kullanan hastaneler; sağlık emekçilerinin önemli bir kısmını çalıştıran birer toplumsal ve ekonomik kurum niteliği kazanmışlardır (KARACA, AK, AKAR, 1985, 1).

Kumusal hizmet sunumu ön planda olan ve “kâr amacı gütmeyen” (buna kâr amacı ön planda olmayan demek daha doğru olabilir) ya da kamu yararını, bireysel ya da özel çıkarın önünde tutan kurumlar olarak benimsenen hastaneler, sözkonusu hizmetleri daha etkin ve verimli üretebilmek için çok iyi bir örgüt yapısına ve tekili bir yönetime sahip olmak durumundadırlar.

Bu anlamda her bir hastanenin sahip olduğu hizmet birimleri arasında verimli bir işbirliği, işbölümü ve kusursuz işleyen bir iş akışı sağlanır ve buna yeterince değer verilirse etkin bir yönetimden söz etmek olanaklı olur.

Bir tür işletmecilik bilim ve sanatı olarak da nitelenebilecek hastane yönetimi kavramı, her şeyden önce, “...hastane hizmetlerinin karma (eşgüdümlü) bir biçimde yürütülmesini sağlayan bir eşgüdümleme sanatıdır (KIRAL, 1976, 7). Çünkü hastaneler farklı ve uzmanlaşmış mesleklerin, oldukça özerk ve hatta kısmen bağımsız, çok sayıda uzmanlaşmış hizmet birimlerinin bir arada bulunduğu, aynı amaç uğruna işbirliği ve işbölümü yaptıkları kuruluşlardır. Bu tür örgütlerde en önemli sorunlardan biri kuşkusuz eşgüdümdür. Aynı çerçevede bir başka önemli sorun da kümeilerarası (mesleklerarası) çatışmaların çokluğudur. Bu anlamda hastane yönetimini “... örgütsel çatışmaların yönetimi” (KAYA, 1988,41) olarak tanımlayanlar da vardır.

Uygulamalı yönetim dallarının en somut ve en özgün örneklerinden birisi olan hastane yönetimi, hastanelerde üretilen ve daha çok sağaltım amacına yönelik olan

karmaşık hizmetler bütününün planlanması, örgütlendirilmesi, eşgüdümlemesi ve denetlenmesi süreci olarak tanımlanabilir.

Hastane yönetiminin temel amacı ise, insan sağlığını en önemli değerlerin başına koyarak, hasta ve yaralıları sağıaltmak, eğitim ve araştırma etkinliklerini en verimli biçimde yürütebilecek ortamı yaratmak ve sağılıklı insanlara güven duygusu (sağığından endişe duymama güvencesi) aşılmasıdır. Ülkenin ve toplumun sağılık gösterge düzeylerini yükseltmek, çalışanlarına “insanca” çalışabilme ve yaşama ortamı sağılamak, doğağ çevreye zarar vermeden, onunla uyumlu, ona saygılı hizmet sunmak da hastane yönetiminin amaçları arasındadır. Çok öz olarak vurgulamak gerekirse, ülkenin (toplumun) sağılık düzeyini enyükseltmek, sağılığını bir biçimde yitirmiş ya da yitirecek olan insanların sağıaltımlarını en verimli ve etkin biçimde gerçekleştirmek hastane yönetimlerinin en önemli erekları arasındadır.

Özel ve kamusal nitelikli hastanelerin yönetim ve örgüt yapılarında varolan kimi temel benzerliklerin yanında, çok önemli farklılıkların olduğu da bir gerçektir. Hatta kamusal nitelikli hastanelerden Devlet Hastaneleri ile Üniversite Hastanelerinin, SSK Hastaneleri ile Askeri Hastanelerin ve diğer kamu kurumlarına bağılı kimi hastanelerin büyük oranda farklı yönetim ve örgüt yapısına sahip oldukları görülmektedir. Öreğın; SSK Hastanelerinde ağırlığı olan ve kararları belirleyen “yönetim” ya da “yürütme kurulu” organı Devlet Hastanelerinde ve Üniversite Hastanelerinde ya yoktur, ya da önem taşımamaktadır. Öte yandan Devlet Hastaneleri için temel yönetim organı sayılan “başhekimlik” makamı Üniversite hastanelerinde yerini “başmüdürlük” organına bırakmıştır. Yine özel hastane kurumunda bulunan azınlık ve yabancıların kurduğu hastaneler ile sıradan özel hastanelerin işleyişinde farklılıklar bulunmaktadır.

2.3.5.5.2. Özel Hastane Yönetimi

Tecimsel bir işletme ya da işyeri gibi kurulup, kazanç ve kâr amacı ön planda tutulan özel hastaneler, temel yönlerden kamu hastanelerine benzerken, birçok

bakımdan onlardan ayrılırlar. Amaç, yöntem ve işleyiş yönünden farklılıkları bulunan özel hastanelerin yapısal, ereksel ve örgütsel bakımdan oldukça farklı oluşları, onların farklı yasal düzenlemelere dayanmalarından kaynaklanmaktadır. Öte yandan işletmecilik anlayışları ve kuruluş gerekçeleri de birçok yönden farklı olmalarına yol açmaktadır. Görünürdeki temel amaç tüm hastanelerde sağlık hizmeti üretip, sunma bağlamında aynıdır. Ancak, bu hizmetleri üretme, sunma ve sürdürme aşamalarında farklı yaklaşım, anlayış ve yöntemler sözkonusudur.

Özel hastaneler kapsamına gerçek kişiler ya da kamu dışı tüzel kişilerce (dernek, vakıf, şirket, ortaklık, meslek örgütü vb.) kurulan, özel işletme konumunda çalışan hastane türleri girmektedir. Örneğin, özel sağaltımevleri (klinikler), azınlık ve yabancı hastaneleri, özel vakıf ve birlik hastaneleri ile yine özel kişilerce kurulan, ufak çaplı, yataklı sağlık merkezleri vb. hastaneler özel hastane türlerini oluşturmaktadır.

Özel hastaneler ülkedeki hastanelerin % 16'sını oluşturmakta ve 1995 rakamlarıyla 166 tane özel hastane bulunmaktadır. Yatak kapasitesi bakımından bakıldığında toplam 9000 yatak sayısı ile yatakların % 6'sını özel hastanelere ait yataklar oluşturmaktadır (SAĞLIK BAK. İST. YILLIĞI, 1995).

Özel hastanelerin büyük çoğunluğu 200 yataktan daha az yataklı hastanelerden olup, yine bunların oldukça önemli bir bölümü İstanbul, Ankara, İzmir ve Bursa gibi büyük kentler ile batı bölgelerimizde yer almaktadır.

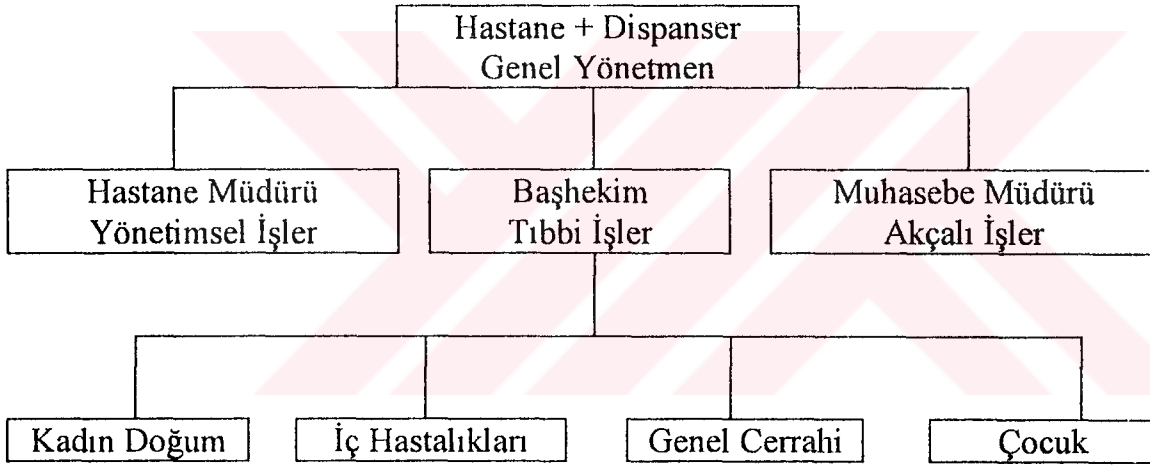
Özel hastaneler, kâr ve kazanç amaçlı kuruluşlar olduğundan, başlıca iki kazancı yüksek alana yönelik hizmet sunarlar. Bunlar zenginler ve turistlerdir (yabancılardır). Bu hastaneler; kısa süreli yatak, büyük ameliyat ve doğum gibi getirisi yüksek sağlık hizmetine öncelik verirler (DÜNYA BANKASI, 1986, 36).

Resmi anlamda bir kamusal kurum ya da kuruluşa bağlı olmayan, ancak diğer hastaneler gibi (askeri olanlar dışında) Sağlık Bakanlığı'nın kuruluş iznine ve

denetimine bağı olan (SOYSAL, KENANOĞLU, EMRE, HAMEŞOĞLU, 1993, 40) özel hastaneler “para” dışında herhangi bir ayırım ölçütü kullanmadan, ücretini ödeyen her hastaya bakmaktadırlar.

Yalın, etkili ve uygulamaya dönük bir örgütlenme yapısı gösteren özel hastaneler, temel işlevlerini “para kazanma” ve “daha iyi hizmet nasıl verilir” söylemlerine dayandıran özel nitelikli hastanelerin temelde aynı olan örgüt ve yönetim yapıları çizim 1’de sunulmuştur.

Çizim 1: Özel Hastanelerde Örgütlenme ve Yönetim Yapısı



Kaynak: (SOYSAL, KENANOĞLU, EMRE, HAMEŞOĞLU, 1993, 43)

Bu örgütsel yapılanmada diğer hastanelerden farklı olan ve dikkat çeken nokta; en tepede bir genel yöneticinin (genelde hastane sahibi ya da adına davranan birisi) bulunması ve yönetici konumunda bulunan müdür, başhekim vb.nin doğrudan bu tepe yöneticiye bağı olmalarıdır. Bu durum dernek ve vakıf hastanelerinde yönetim kurulu ve onun yetkilendirdiği yönetim kurulu başkanlığı organına denk düşmektedir. Öte yandan akçalı işlerin ve kazanç amacının önem taşıması nedeniyle hastane müdürüne ek olarak bir de “muhasabe müdürü” makamının üst sıralara yükseltildiği görülmektedir.

Özel hastaneler 1933'de çıkarılan 2219 sayılı "Özel Hastaneler Yasası (Hususi Hastaneler Kanunu) ile bu yasaya dayalı olarak 1982 tarihinde çıkarılan "Özel Hastaneler Tüzüğü" ne bağlı olarak kurulup, işletilmelerine karşın, yönetim uygulamaları bakımından, bir başka söyleşiyle iç işleyişleri yönünden özerktirler (KELLEÇİ, 1989, 6). Yani yürürlükteki sağlık ve iş yasalarının ilgili kurallarına uymak koşuluyla her özel hastane yönetimi kendi yönetim dizgesini oluşturarak, saymanlık ve işletmecilik dizgesini kendisi seçebilir, personel yönetimini kendi yapısına göre örgütleyebilir. Örneğin, hasta giriş ve çıkışları, hekim ile hasta ya da hasta ile yönetim ve yönetimle hekim ilişkilerini kendi iç düzeni ve işleyişine göre düzenleyebilirler.

Diğer hastanelerden farklı olarak, bu hastanelere başvuran hastalar, tıpkı alışveriş amacıyla bir özel işyerine giren alıcılar gibi, kendi hekimlerini dışardan getirmekte ya da o hastanelerden seçmekte özgürdürler. Hastane yönetimi hastaların bu isteğini yerine getirmekle yükümlüdür.

Eski ve günün koşullarına yanıt vermeyen bir yasaya dayalı olarak kurulan ve yine 1934 tarihinde yayımlanan "Özel Hastaneler Yönetmeliği"ne göre işletilen özel hastaneler, ne yönetim ve örgütlenme yönünden, ne de verimlilik ve kârlılık yönünden dünya ölçününde bir yetkinlik düzeyine ulaşamamışlardır. Yasal düzenlemelerin eski oluşu, özel hastanecilik kültürünün henüz yeterince oluşmaması ve hastayı yalnızca "yolunacak kaz" görme anlayışının halen geçerli oluşu özel hastanelerin bilimsel ve çağdaş teknolojiye göre kullanılmasını ve işletilmesini önlemektedir.

Avrupa ülkelerinin birçoğunda ve ABD'de sağlık ve sağaltım hizmetlerinin büyük çoğunluğu oldukça uzun bir zamandır vakıf, dernek, kamu ortaklığı ve özel kesim işletmeleri biçiminde kurulmakta ve çalıştırılmaktadır. Ülkemizde ise ya tümüyle devlete (kamusal alana) ya da tümüyle özel sağlık işletmelerine bağlılık sözkonusudur. Oysa herşeyi devletten bekleme kadar, herşeyi özel işletmecilik anlayışına ya da özelleştirme furyasına terketmek de tutarlı, verimli ve doğru bir davranış değildir.

2.3.5.5.3. Üniversite Araştırma Hastanelerinin Yönetimi

Sağlık Bakanlığına bağlı Devlet Hastaneleri ile SSK Hastanelerinden sonra yaygınlık ve etkinlik bakımından üçüncü sırada yer alan Üniversite Araştırma Hastaneleri (ÜAH), tez çalışmamızın ana konusunu oluşturduğundan burada ayrıntıya girilmemiştir. Sonraki bölümlerde ayrıntılı bilgi verilmiştir.

Temelde bir kamu hastanesi niteliğine sahip bulunan ÜAH'leri, daha çok batı bölgelerimizde ve büyük kentlerimizde, bir başka deyişle tıp fakültesi bulunan üniversitelerin yerleştiği kent özeklerinde kurulmuşlardır. Adından da anlaşılacağı gibi hem araştırma, hem eğitim ve hem de sağaltım erekleriyle kurulan, aynı zamanda ileri derecede uzmanlaşmış, en yüksek sağıksal teknolojilerle donatılmış ikinci, üçüncü basamak hizmet sunan kuruluşlar olan ÜAH'leri özgün ve özellikli bir yere sahiptirler.

2.4. Uygulamalı Yönetim Dallarının Gelişmesiyle Ortaya Çıkan Sorunlar ve Yeni Olanaklar

2.4.1. Sorunlar

Herşeyden önce yönetimin genel ya da evrensel olduğu sanılan kimi ilkelerinin üzerindeki kuşkular artmıştır. Ortaya çıkan her yeni uygulamalı yönetim alanı kendine özgü yeni sorunlarla gündeme gelmeye başlamıştır. Alanın kendi iç örüntüsüne ilişkin yapı ve işleyiş (işlev) farklılıkları, yeni yönetim anlayış ve yaklaşımları gerektirmiş; bir alanda verimli olan, başarı sağlayan, bir başka alanda engel oluşturur bir özellik taşımıştır. Örneğin sağlık eğitim yönetimi ya da okul yönetimi arasında kimi benzerliklerin yanında, çok önemli ayrılıklar (farklılık) bulunduğundan, birisi için geçerli olan yaklaşım, diğeri için geçerli olmayabilmektedir.

Çok sayıda ve yeni yeni uygulamalı yönetim dallarının ortaya çıkışı ve bunların yönetim alanında yeni bir yer ve konum kazanmaları yüksek bedelli (maliyetli) araştırma ve geliştirme çalışmalarını zorladığından yeni kaynak kullanım zorluklarına yol açmaktadır. O alana özgü ve o alanı yansıtacak uzmanlaşmış yöneticiler gerektirdiğinden, uygulamada nitelikli ve uzman yönetici bulma sıkıntıları yaşanmaktadır. Uzman olmayan kişilerin bu dallarda görev alması ise, nitelik ve verimlilik sorunlarına yol açmaktadır.

Uygulamalı yönetim dallarının çoğalması, bu alanda planlama, eşgüdümleme ve denetim güçlüklerine de neden olmaktadır. Alandaki parçalanmışlık ve özgülleşme birçok temel hizmet ölçünü ile işbirliği ve dayanışma konularında sorunlar yaratmaktadır.

2.4.2. Olanaklar

Ortaya çıkan her yeni alan, yeni sorunlar yanında yeni olanaklar da sunacağından, yeni yönetim dallarının artışı de benzer sonuçlara yol açmıştır. Kimi önemli sorunların yanında, araştırmacılar, yöneticiler ve hizmet işleyişi ile nitelik ve verimlilik bakımından çok önemli yeni olanaklar ortaya çıkmıştır.

Eğitim Yönetimi ya da Sağlık Yönetimi, yönetim biliminin alt dallarını oluşturmakta iken, her iki alanda da yeni yönetim (uygulama) dallarının ortaya çıkması ve zamanla gelişerek, başlıbaşına bir bilim dalı olması, hem bu alanı araştıranlara, hem bu alanları yöneten ve yönlendirenlere, hem de bu alanın sunduğu hizmetlerden yararlananlara yeni ve geniş olanaklar yaratmıştır. Örneğin hastane yönetimi sağlık yönetiminin bir alt dalı olarak artık önemli bir düzeye ulaşmış ve tüm dünyada yeni bir (uygulamalı) yönetim disiplin dalı olarak benimsenmeye başlamıştır.

Bu durum, hem yeni uzmanların ve araştırmacıların yetişmesi ve çalışması anlamına gelmektedir, hem de daha özgün, daha köklü ve daha verimli kararların, yönetim uygulamalarının gerçekleşmesi anlamına gelmektedir.

Yeni yönetim alanlarının gelişmesi aynı zamanda yönetimin ilke ve kuramlarının Yönetimsel kültürün ve bilgi birikiminin artışı anlamına da gelmekte, bu artış olgusu diğer alanlarla işbirliği ve eşgüdüm konusunda da olumlu işlevler üstlenmektedir.



3. TÜRKİYEDE VAROLAN HASTANE YÖNETİMİ

Bu bölüm iki altbölüme ayrılmıştır. Türkiye’de varolan hastane yönetimi hakkında elde edilen bilgiler şu sırayla sunulmuştur. İlk altbölümde (3.1.’de) genel olarak hastaneler ve hastane yönetimi konusu özetlenirken, ikinci altbölümde hastane yönetimi türleri 4 altbaşlık halinde açıklanmıştır. Bu bağlamda; devlet hastaneleri, SSK hastaneleri, askeri hastaneler ve diğer hastane türleri altbaşlıklar halinde açıklanmaya çalışılmıştır.

3.1. Genel Olarak Hastane ve Hastane Yönetimi

Hastane kavramı için yapılmış tanım sayısı çok olmakla birlikte, yaklaşık tümünün ortak kaygılarını paylaşan tanım DSÖ tarafından yapılan tanımdır. Buna göre hastane; “gözlem, tanı, tedavi ve rehabilitasyon (yaşama döndürme) olmak üzere kümelendirebilecek sağlık hizmetleri veren, hastaların uzun ya da kısa süreli sağaltıldıkları yataklı kuruluşlardır” (SEÇİM, 1991, 5)

Tanımdan da ablaşılacağı gibi temel işlevleri hastaların sağaltılması olan hastaneler; aynı zamanda eğitim ve araştırma yapılan, toplumun genel sağlık düzeyinin yükselmesine katkıda bulunan, salt hastaların değil, hastalıktan şüphe edenlerle, sağlık durumunu incelemek isteyenlerin ve aynı zamanda doğum yapmak üzere başvuranların da yararlandığı yataklı sağlık kurumlarıdır.

Öte yandan, sunulan sağlık hizmetlerinin ekonomik olarak kesintisiz, sürekli ve yüksek bedelli olarak üretilmesi, kâr amacından çok kamu yararını önde tutan bir anlayışın egemen olması, buna karşın temel işletmecilik ilkelerinin de kaçınılmaz olarak uygulanması ve çevresel maliyetlerinin çok yüksek birer yatırım olması, hastanelerin önemini günümüzde biraz daha artırmaktadır.

Temel amacı, hasta beklentilerini karşılamak (AK, 1993, 90) olan hastaneler, sundukları hastabakımı ve sağaltım hizmetlerini en düşük maliyetle üretmeye ve gerksinim duyanlara sunmaya çalışırlar (AK, AKAR, KARACA, 1984, 43).

Hastaneler karmaşık yapılı, uzmanlaşmış mesleklerin birarada olduğu, hem otelcilik, hem lokantacılık, hem işletmecilik, hem de gerektiğinde “zararına satış” yapılan çok ilginç örgütlerdendir. Yetkilerin dikeyden çok, yatay dağıtıldığı ve kullanıldığı, belli meslek kümelerinin egemen olduğu ve bu arada çok pahalı, gelişmiş teknoloji kullanılan kuruluşlardır.

Hastane yönetimi kavramına gelince; Yönetim biliminin uygulamalı dallarından biri olup, kendine özgü nitelikleri, işlevleri, yapılanış ve işleyiş biçimi bulunan hastane yönetimi, “insangücü ve maddesel kaynakları, hastanenin amaçlarına enuygun biçimde kullanma ve yöneltme sanatıdır” (KÖROĞLU, 1987, 306). Öte yandan ekonomik, akçal ve toplumsal kaynakları, belirlenen amaçlar doğrultusunda planlama, örgütleme, eşgüdümleme ve denetleme süreci olarak da tanımlanabilen hastane yönetimi, diğer birçok yönetim türünden farklı boyutlara ve niteliklere de sahiptir. Genel yönetimin temel süreçlerini de kapsamak üzere kendi özgün işleyişi içinde hastane yönetimi; “hastaneleri salt sağlıksal hizmet üreten bir kuruluş olarak değil, fakat aynı zamanda ekonomik bir işletme, bir okul, bir araştırma özeği (bir laboratuvar), uzmanlaşmış mesleklerin harmanlandığı bir örgüt, bir kurum ve kuruluş olarak görme, kaynakları amaçları yönünde enuygun kullanabilme bilim ve sanatıdır” (KARAKILÇIK, 1993, 34).

Çok kısaca tanımlamak gerekirse; genel (bilimsel) yönetim ilkelerinin hastanelere uygulanma sürecidir diyebiliriz. Bu anlamda hastanelerin yönetimi, yönetimin uygulamalı örneklerinden en somut ve özgün olanıdır da denebilir. Hastanelerin tekdüze ya da türdeş kurumlar (örgütler) olmaması, tam aksine çoğulcu, karma ve çok boyutlu olması, yönetimin temel ilkelerinin tümünü bir arada uygulayabilme olanakları sunmaktadır.

Hastanelerin çoklu ve çok amaçlı yapıları, onların yönetim ve örgütlenme biçimlerine de yansımakta, pek çok uygulamalı yönetim dalından farklılaştırmaktadır. “Gerek sağlatım, eğitim ve araştırma hizmetleri sunmaları, gerekse para, yatırım ve yönetim gibi çeşitli alanlarda uğraşmaları nedeniyle tüm bu hizmetleri etkin ve verimli bir biçimde yerine getirmeleri gerekmekte, bunun için de hastaneler iyi bir örgüt yapısına ve etkin bir yönetime sahip olmak zorundadırlar (AK, AKAR, KARACA 1985, 1). İyi bir örgüt yapısı, iyi bir planlamayı (örgütsel planlama) gerektirmektedir.

Örgüt planlaması ise hastanenin hizmet ettiği amaçları gerçekleştirmek için tüm etkinliklerin mantıksal bir biçimde kümelenmesi, tüm yetki ve sorumlulukların belirlenmesi ve bunların ilgili kişilere devredilmesi, çalışanlar arasında varolan ilişki biçimlerinin belirlenmesi ve etkin bir haberleşme dizgesinin kurulması anlamına gelmektedir. Öte yandan yönetim biliminin temel işlevleri olan planlama, örgütleme, yöneltme, eşgüdümleme ve denetleme süreçleri hastane yönetimi bakımından da tümüyle geçerlidir.

Hastaneleri ve hastane yönetimlerini diğer kurumlardan ve onların yönetimlerinden ayıran kimi temel özellikler sözkonusudur. Herşeyden önce hizmet konusu olan ve hizmet sunulan insanın niteliği bu farklılığın en önemli değişkenidir. Sözkonusu olan sağlığını yitirmiş ya da bundan endişe duyan insandır. Hastalanmış insanı hoşnut etmek, sunulan hizmetten tad ve doyum elde edilmesini sağlamak, sıradan bir mal ya da hizmet sunmakla olanaklı değildir.

Öte yandan sağlık hizmeti üreten hastaneler diğer hizmet örgütlerinden oldukça farklı özelliklere sahiptir. Hastaneler karmaşık yapılı, aşırı işbölümü ve uzmanlaşmaya dayalı kuruluşlardır (SEÇİM, 1991, 21). Bir diğer temel özellikleri de hastanelerin “teknoloji yoğun” özekler oluşudur. Ayrıca, piramidal (hiyerarşik) bir yapı gösteren pek çok hizmet örgütünün tersine, matriks (yatay erkli) yapı gösteren hastaneler, bu anlamda birden çok yetki özeğinin bir arada bulunduğu, uzmanlık ve işbölümüne

dayalı bir yönetsel yapının ön plana çıktığı farklı örgütlerdir. Sunulan hizmetin kesintisiz, sürekli ve 24 saat temeline dayalı olması da hastanelerin yapı ve yönetimini diğer örgütlerden ayırmaktadır.

Hastanelerde görev üstlenen ve hizmet üreten mesleklerin çok olması, her bir mesleğin en az lise düzeyinde bir eğitim gerektirmesi ve yükseköğrenim görenlerin ağırlıklı olması hastanelerin bir diğer önemli özelliği sayılabilir.

3.2. Hastane Yönetimi Türleri

3.2.1. Devlet Hastaneleri Yönetimi

Cumhuriyetin ilk yıllarında “örnek hastaneler ve klinikler (sağaltım evleri) kurmak ve işletmek” görevi verilen Sağlık Bakanlığı'nın asıl sorumluluğu “salgın ve bulaşıcı hastalıkların önlenmesi” olup, sağaltıcı hizmetler (hastanecilik hizmetleri) ağırlıklı olarak özel kesime (sektöre) bırakılmıştır (DÜNYA BANKASI, 1986, 26). Ancak daha sonraki gelişmeler, ekonomik ve toplumsal nedenler, hızlı kentleşme, eğitim düzeyinin yükselmesi ve özel kesimin daha kazançlı alanlara yönelmesi gibi nedenler ile iyileştirici sağlık hizmetlerine olan kişisel ya da toplumsal istemlerin yerel yönetim ve özel işletmelerle karşılanamaz duruma gelişi; özeysel bir kuruluş olan Sağlık Bakanlığını (elbette siyasal iktidarların öncelikleri oranında) sağaltıcı ve iyileştirici hizmetlere öncelik vermeye zorlamış, tutarlı ve uzgörülü bir planlama yapmadan, ulusal boyutlu bir politika (ve hedef) saptamadan alana yönelik çok sayıda yatırım gerçekleştirilmiştir. Bu ilkesiz ve kemiksiz sağlık politikası, sonuçta Sağlık Bakanlığını “Hastalık Bakanlığını”na dönüştürmüştür. Belki de bu nedenle; “... Sağlık Bakanlığını bağlı devlet hastanelerinin örgüt yapısı son derece özekçidir. Hastane hizmetlerinin sorumluluğu halen Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğündedir. Devlet Hastanelerindeki günlük yönetim sorumluluğu ise tümüyle başhekimlik makamına bırakılmıştır...” (SOYSAL, KENANOĞLU, EMRE, HAMEŞOĞLU, 1993, 24).

Ülkemizdeki sağaltıcı ve iyileştirici sağlık hizmetlerini yürütme ve denetleme yetkisi çeşitli yasal düzenlemelerle Sağlık Bakanlığına verilmiş, ayrıca gerek görölen yer ve türde hastane, doğumevi ve bakımevi gibi sağaltıma yönelik kurumlar açma ve işletme görevi de verilen Sağlık Bakanlığı, bu görev ve yetkilerini SSK, Üniversiteler, Belediyeler ve KİT'ler gibi kamusal kurumlarla paylaşmaktadır.

1983'te çıkarılan 181 sayılı Sağlık Bakanlığının Örgüt ve Görevleri Hakkında Yasa Gücünde Kararname; Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğünün görevlerini sayarken; "...Bakanlığa bağlı yataklı tedavi kurumları ile bu kurumlara bağlı sağlık kuruluşları açmak, ölçeklerini artırmak, parasal, yönetsel ve teknik her türlü işlemlerini düzenlemek, izlemek yürütmek ve gerektiğinde bunları kapatmak, MSB'ye bağlı yataklı tedavi kurumları dışında kalan genel ve katma bütçeli kamusal ya da özel tüm yataklı tedavi kurumlarına açılış izni vermek, bunların yatak ve tedavi ücret düzeylerini saptamak, fizik yapılarını incelemek ve gerektiğinde çalışmalarını yasaklamak..." THGM'nin görevleri arasında denilmektedir (AKIN, AKSOY, 1985).

Toplam 1018 hastaneden 677 tanesi Sağlık Bakanlığına bağlı Yataklı Tedavi Kurumu konumunda olup, (SAĞ. BAK. IST. YILLIĞI, 1995, 13) 1983 de çıkarılan Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği (YTKİY) bu tür kurumları; Sağlık Merkezleri ve Hastaneler olarak ayırırken, hastaneleri de; Genel Hastaneler, Özel Dal Hastaneleri, Rehabilitasyon Merkezleri ve Eğitim Hastaneleri olarak ayırmaktadır (SA.BAK. IST. YILLIĞI, 1995, 6).

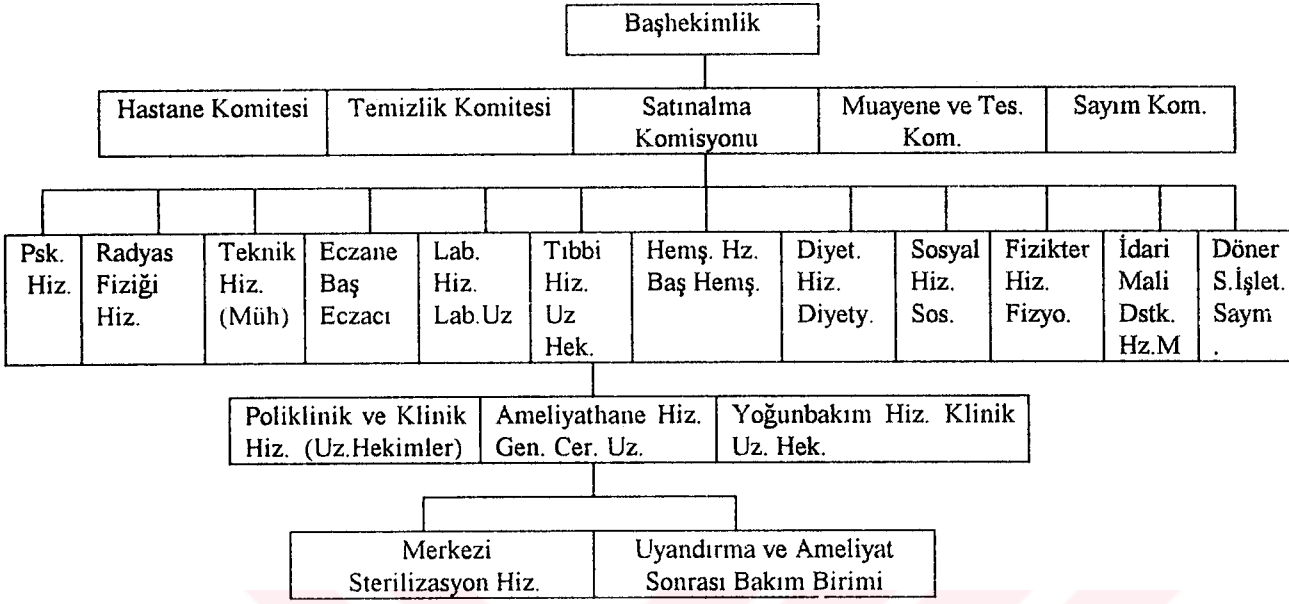
Devlet Hastanelerinin örgütlenme ve yönetim yapısına bakıldığında, Sağlık Bakanlığı'na egemen olan özekçi yapının burada da egemen olduğu görölmektedir. Çizim 2'den de izleneceği gibi yönetimin tepe noktasında tek ve tartışmasız yetkili yöneticinin başhekim olduğu, başhekimin hastanedeki herşeye ve herkese egemen bir konum ve yetkide bulunduğu, ona bağlı ve onun altında yer alan kişi, birim ve organların başhekimin verdiği yetki ve görevler oranında söz ve karar sahibi

olabildikleri, ama asıl olarak başhekimce alınan kararların uygulayıcısı durumunda oldukları görülmektedir.

Devlet hastanelerinin örgütleniş biçimini ve işleyişini düzenleyen “Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği (YTKİY) hastane etkinliklerini;” “... tıbbi hizmetler, yönetim hizmetleri, satınalma, ayniyat ve ambar hizmetleri ve teknik hizmetler” (SEÇİM, 1996, 58) olarak 4 ana kümeye ayırırken (Çizim:3), bu sınıflandırmanın uygulamaya olduğu gibi yansımadığı, kimi farklılıkların yaşandığı gözlenmektedir. Uygulamada hizmet alanlarının kümelenmesinden çok, çalışanların işlevsel konumu ve mesleki nitelikleri ön plana çıkmaktadır. Öyle ki, herhangi bir hizmet birimi ya da alanının başhekime doğrudan bağlanmasının koşulu, o hizmet alanındaki işlevsel yöneticinin lisans eğitimi (4 yıllık yükseköğretim) görmüş olması olmaktadır. Lisans eğitimi görmüş yönetici yoksa, o hizmet alanı genelde hastane müdürüne bağlanmaktadır.

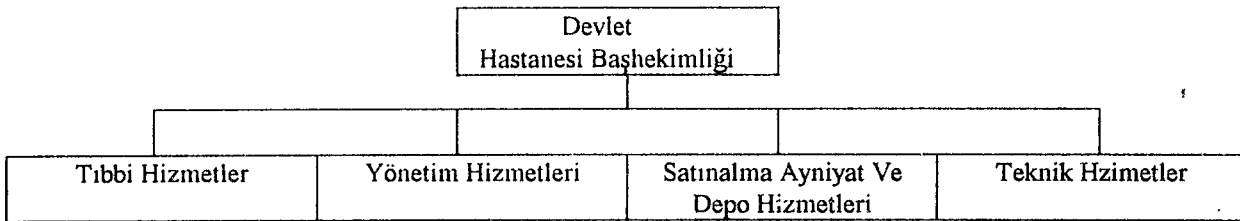
Başhekimliğin bu başat ve etkin konumu devlet hastanelerinde başhekimlik “konumu” nu “yerel düzeyde özek” yeni bir yapıya büründürmektedir. Öyle ki; Sağlık Bakanlığınca belirlenen kararlar ve planlar çerçevesinde, hastanelerin günlük etkinliklerini yürütme yetkisi başhekimliğe devredilmiştir. Sorumluluk kendisinde kalmak koşuluyla başhekim bu yetkilerinin bir bölümünü altdüzey (işlevsel) yöneticilere devretmektedir. Bu kapsamda olmak üzere akçalı işleri hastane müdürüne, hemşirelikle ilgili hizmetlerin yürütme yetkisini baş hemşireye devreden başhekim, sağaltıma yönelik sağlık hizmetlerinin yürütme yetkisini uzman hekimlere (birim şeflerine) devretmektedir. “...Türk Devlet Hastanelerinde tıp hizmetlerinin örgütlenmesi başlıbaşına bir bölüm oluşturmadığından, tüm hekimler ile sağaltım ve bakım birimleri (klinik ve poliklinikler) başhekimliğe bağlanmış durumdadır...” (SEÇİM, 1996, 65).

Çizim 2: Devlet Hastanelerinde Başhekimlik ve Başhekimliğe Bağlı Birimler



Kaynak: (SAĞLIK BAKANLIĞI, 1995,5)

Çizim 3: Devlet Hastanelerinde Hastane Etkinliklerinin Kümelendirilmesi



Kaynak: (Yataklı Tedavi Kurumları Mevzuat Kitabı 1995, 7)

Devlet Hastanelerinde öngörülen hizmet birimlerinden bir kısmı ayrıntılı olarak yönetmelikte açıklanmakta, ancak bunların uygulamada önemli bir ağırlığı bulunmamaktadır. Örneğin; hastane kurulu, temizlik kurulu, muayene, sayım ve tesellüm komisyonları, diyetetik hizmet birimi, eczane ve sosyal hizmetler gibi kimi

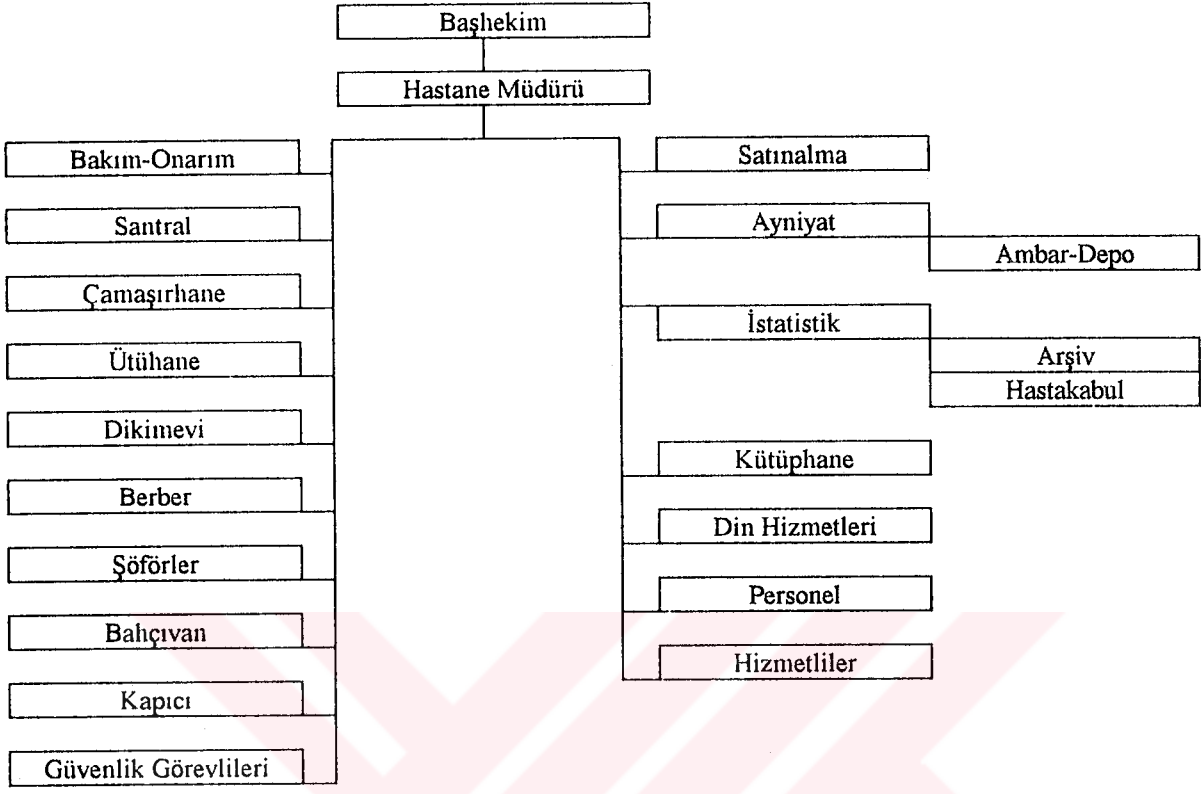
orta düzey yönetim birimleri, yönetmelikte ayrıntılı biçimde ele alınmış, ancak uygulamada hepsi başhekimin “ağırlığı altında ezilmiş” birimlerdir.

Yönetim açısından önem taşıyan organlardan birisi hastane müdürlüğü, diğeryse hemşirelik hizmetlerini yürüten başhemşireliktir. Bu birimlerin ağırlığı başhekimlikten hemen sonra gelmektedir. Bunda da, her iki birimin gördüğü görevler yanında, doğrudan bağlı bulunan personelin sayıca çokluğu ve nitelikçe ağırlığı önem taşımaktadır.

Hastane Müdürlüğü, başhekimliğe bağlı ve yönetsel hizmetler denilen, tıp, yardımcı tıp ve hemşirelik hizmetlerinin dışında kalan tüm diğerk hizmetleri yürüten ve sorumlu tutulan yönetim organıdır. Öte yandan, bir mühendisin bulunmadığı durumlarda teknik hizmet birimlerinin de tümü hastane müdürlüğünün sorumluluğunda bulunmaktadır.

Devlet Hastanelerinde, hastane müdürlüğüne bağlı olan ve “mali-destek hizmetleri” olarak da adlandırılan hizmet birim ve görevleri şunlardır: Personel birimi, ayniyat ve satınalma birimi, hastakabul, arşiv ve istatistik birimleri, kitaplık ve din hizmetleri, bakım-onarım ve boya-badana hizmetleri, çamaşırhane, dikimevi ve ütühane hizmetleri, bahçıvan, kapıcı, berber, şöför ve güvenlik hizmetleri gibi (Çizim: 4).

Çizim 4: Devlet Hastanelerinde Mali ve Destek Hizmetlerinin Örgütlenmesi



Kaynak: (Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği, 1995, 7)

Mali ve Destek hizmetlerinin yürütülmesi ve denetiminden sorumlu bulunan hastane müdürü Sağlık Bakanlığınca atanmakta, en az 4 yıllık yönetimle ve işletmecilikle ilgili yüksekokul bitirenlerden ve en az 10 yıl hizmeti olanlar arasından seçilmektedir. Yönetmelik hastane müdürlerinin görevlerini şöyle belirlemiştir. Başhekimliğe bağlı olarak hastanenin yönetsel, akçal ve teknik hizmetlerini yasa, tüzük, yönetmelik ve buyurgalara uygun olarak yönetmek, hastanenin verimli olarak çalışmasını sağlamak üzere hertürlü gereksinimini zamanında karşılamak, tıbbi ve teknik cihazların bakım, onarım işleri ile binaların bakım, boya, badana ve onarım işlerini yaptırmak, hastane içi güvenlik önlemlerini almak-aldırmak, istatistiklerin zamanında, doğru ve tam olarak toplanmasını ve ilgili yerlere gönderilmesini sağlamak. Hastane müdürlerine bu görevlerinde yardımcı olmak üzere yatak sayısı oranında müdür yardımcısı atanmaktadır.

Hemşirelik hizmetlerini yürütmekle görevli başhemşireler ise, hemşireler arasından belirli bir deneyime sahip olanlar ya da hemşirelik yüksek okulunu bitirenlerden başhekimce seçilmekte, yeteri kadar da yardımcı görevlendirilmektedir. Doğrudan başhekimce seçilerek görevlendirilen ve başhekime bağlı olan başhemşireler, yetki kullanmaktan çok, başhekimce kendilerine verilen ve hemşirelik hizmetleriyle ilgili bulunan görevleri yerine getirmekle yükümlü yönetim görevlileridir.

Sonuç olarak devlet hastanelerinin yönetimi, tıpkı özetteki bakanlık gibi tekçi ve özekçi bir anlayışla yapılandırılmıştır ve yerel düzeyde oluşturulan bu özekçi yapı, hastanelerde verimli çalışmayı engelleyen, kararlara ve yönetime katılımı önleyen ve devlet hastanelerini günümüzdeki “zavallı” duruma düşüren başlıca neden olarak değerlendirilmektedir. Çağımızın karmaşık ve uzmanlaşmış örgüt yapılarından birisi ve belki de en zoru olan hastanelerde, böylesine her şeye ve herkese egemen kişi yönetimi anlayışının başarılı olabilmesi olanaksız görünmektedir.

3.2.2. S.S.K. Hastaneleri Yönetimi

Genel örgütlenme ve yönetim yapısı yönünden Devlet Hastaneleri dizgesine benzemekle birlikte, aralarında önemli farklılıkların da bulunduğu SSK Hastaneleri, SSK kurumunca kurulan ve yönlendirilip, denetlenen hastanelerdir. Bu küme hastaneleri daha yakından tanımak için kısaca SSK kurumuna değinmek gerekmektedir.

Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK); ülkemizin ikinci büyük sağlık hizmeti kurumudur. Yönetim bakımından Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığına karşı sorumlu olan SSK; belirli bir hizmet sözleşmesi ile çalışan ve ödentileri (primleri) işverence ödenen işçilerle, kurumdan aylık ve gelir alanlar (emekliler) ve bunların bakmakla yükümlü olduğu kişilere sağlık ve sosyal güvenlik hizmeti sunan bir kamusal sigorta kurumudur. Bu kurumdan yararlananlar 506 sayılı Sosyal Sigorta Yasasına göre

ücretinin belirli bir oranını bu kuruma ödemekte, bu ödentilerle üyelerin ve kurumdan yararlananların sağlıksal bakımları ile emeklilik ücretleri karşılanmaktadır (SOYSAL, KENANOĞLU, EMRE, HAMEŞOĞLU, 1993, 29).

SSK kuruluş yasasının 123. Maddesine göre, kurum kendine verilmiş bulunan görevleri yerine getirebilmek ve sağlık yardımları yapabilmek için, her türlü sağlık kurum ve kuruluşu kurup, işletmeye ve gerekli gördüğü yerlerde kuruluş ve kişilerle anlaşmalar yapmaya yetkili ve görevli kılınmıştır (DPT, 1991, 15). Bu kapsamda olmak üzere SSK kuruluşundan günümüze (1991 itibariyle) 70 hastane, 12 özel dal hastanesi, 99 dispanser, 152 sağlık istasyonu, 8 diş tedavi ve protez merkezi, 1 ilaç ve sağlık gereçleri kuruluşu ve 1 huzurevi olmak üzere toplam 333 sağlık kuruluşu hizmete sokulmuştur.

Sağlık hizmeti sunumu bakımından SSK, genelde (yatarak sağaltım yerine) ayaktan sağaltım için özel ya da kamusal sağlık kuruluşlarıyla anlaşmalar yapmaktadır. SSK'nın sağladığı sağlık olanaklarından sigortalı kişi, SSK emeklisi ve bunların birinci derece yakınları yararlanmakta, bu bağlamda adı geçenlere ücretsiz inceleme (muayene), sağaltım, bakım ve ilaç olanakları sunulmaktadır (DÜNYA BANKASI, 1986, 33).

Örgütsel ve yönetsel yapı yönünden incelendiğinde SSK Hastaneleri, birer kamu kuruluşu niteliğinde olmalarına karşın, kuruluş bakımından 2219 sayılı Özel Hastaneler Yasasına göre etkinlik yürütmektedirler (ÇEPKEN, 1992, 7). Örneğin, açılış, işletmecilik ve izin işlemleri ile ücretlerin onaylanması gibi işler bu yasaya göre yürütülmektedir. SSK Genel Müdürlüğü Sağlık İşleri Daire Başkanlığı bu hastanelerin yönetsel yönden bağlı ve sorumlu olduğu en üst yönetim ve denetim organı durumundadır.

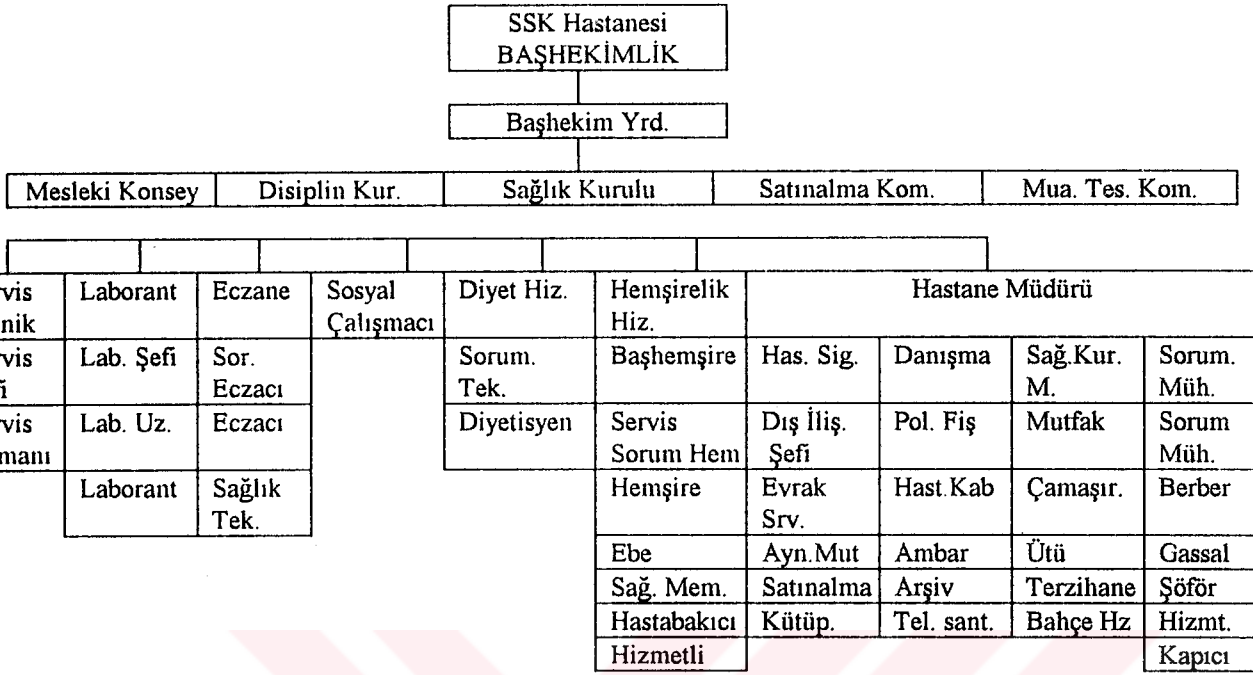
SSK Hastanelerinin çevre (taşra) örgütlenmesinde, SSK Sağlık İşleri (Bölge) Müdürlükleri bulunmaktadır ve bunların sayısı (İzmir, Zonguldak, Ankara ve İstanbul olmak üzere) 4'dür. Bölge örgütü kurulmamış illerde SSK Hastaneleri Sağlık İşleri Daire Başkanlığı'na bağlı olup, bunların sayısı 65'tir. İl içinde bulunan sağlık merkezi, dispanser ve sağlık istasyonu gibi birimlerse başhekimliklere bağlıdır (SEÇİM, 1996, 87).

SSK Hastanelerinin iç örgütlenme ve yönetim yapısında, tıpkı Devlet Hastanelerinde olduğu gibi başhekimlik orunu, hastanelerdeki tüm etkinliklerin yönetim organını oluşturmaktadır. Hastanenin tek ve belirleyici egemeni olan başhekim, hastanenin verimli olarak çalışmasından, görevlerin yasa, tüzük ve yönetmeliklere uygun olarak yerine getirilmesinden, hastaların en iyi biçimde bakılması, sağaltım ve iyileştirilmesinden, çalışanların izin, nöbet, yükselme, atanma ve sicil gibi özlük işlerinden vb. sorumludur. Başhekim bu yetki ve sorumluluklarını başhekim yardımcılarıyla paylaşabilir, bir kısmını (özellikle akçalı konularda) hastane müdürüne ve başhemşireye devredebilir.

Başhekimliğe bağlı ve onun başkanlığında oluşturulan kimi hizmet birimleri vardırki, bunlara Hastane Kurulları denilmektedir. Bu kurullar; Mesleki Konsey, Disiplin Kurulu, Sağlık Kurulu, Satınalma Komisyonu ve Muayene, Tesellüm Komisyonudur. Bu kurul ve komisyonlar başhekime karşı sorumlu olup, alanlarına yönelik hizmetlerin sunumunda görev alan çeşitli uzman ve görevlilerden oluşurlar.

SSK Hastanelerinin örgütsel ve yönetsel yapısı çizim 5'de topluca sunulmuştur.

Çizim 5: SSK Hastanelerinde Örgütsel Yapı



Kaynak: (ÇEPKEN, 1992, 8)

Yönetimsel yapıda Devlet Hastanelerine oranla birazcık farklılık gösteren noktalardan birisi de hastane müdürlerinin biraz daha etkin ve yetkili durumda olmalarıdır. Sağlık hizmeti üretip sunan hizmet birimlerinin dışında kalan tüm birimlerin, özellikle akçalı konularda ilişkili hizmetlerin yürütülmesi ve eşgüdümünden öncelikle hastane müdürleri sorumludur. Bu konularda başhekimlerin müdürlere yetki devrinden söz etmek yerine, yasal düzenlemelerle yetkili kılındıklarını söylemek daha doğru olur.

Öte yandan başhekim yardımcılıkları da belirli oranda etkinliği ve yetkisi olan yönetim organları arasında görünmektedir. 1989 da SSK Sağlık Örgütü Yönetmeliğinde yapılan bir değişiklikle; “yönetimsel başhekim yardımcılığı” kavramı getirilmiş (ÇEPKEN, 1992, 8), bu bağlamda üç başhekim yardımcılığı öngörülmüştür. Bunlardan birisi, klinik, poliklinik, ameliyathane, servisler, laboratuvarlar, eczane ve hemşirelik hizmetleri gibi doğrudan sağlık hizmetleri sunulan birimlerden sorumlu

başhekim yardımcılığıdır. Diğer teknik hizmetlerden sorumlu başhekim yardımcılığı birimi iken, üçüncüsü; personel, muhasebe, malzeme, kayıt, yurtdışı işçi hizmetleri, arşiv, çamaşırhane ve dikimevi gibi destek hizmetlerden sorumlu “yönetimsel başhekim yardımcılığı” birimi olarak düzenlenmiştir. Her üç başhekim yardımcılığı da yine başhekimin gözetim, denetim ve sorumluluğu altında, ona bağlıdır. Diğer hastanelerden farklı olarak, bu görevlere hekim dışı uzman kişilerin atanabilmesi (Örneğin işletmeci ya da yönetimci birisi yönetimsel yardımcılığa atanabilirken, makine ya da elektrik mühendisi gibi bir teknik personel de teknik hizmetlerden sorumlu başhekim yardımcılığına atanabilmektedir) hastane işletmeciliği ve yönetimin uzmanlık işi olması yönünden tercih edilebilir bir uygulamadır.

Öte yandan yine başhekime bağlı ve ona karşı sorumlu yönetim birimlerinden birisi de hastane müdürlüğü olup; hastane müdürleri sağlık ve yardımcı sağlık hizmet birimleri dışında kalan tüm yönetimsel, teknik ve destek birimlerin başdırlar. Yönetim, işletmecilik ve sağlık yönetimi alanlarında en az lisans düzeyinde eğitim ve öğretim görmüş kişiler arasından atanan hastane müdürleri, daha ağırlıklı ve öncelikli olarak satınalma, ayniyat, ücretlendirme ve faturalandırma gibi akçalı işlerle (mali-destek hizmetler) uğraşmakta, personelin izin, nöbet, rapor, sicil vs. özlük hakları ile ilgili etkinliklerde bulunmaktadırlar.

SSK Hastanelerinde yönetimin önemli ve tekin organlarından birisi de başhemşirelik olup, diğer hastanelerden farklı olarak “kat sorumlu hemşireliği” birimi oluşturulmuştur. Başhemşireliğin görev, yetki ve işlevleri temelde devlet hastanelerindeki başhemşirelik birimiyle aynıdır. Kat sorumlu hemşireleri, başhemşirelerin kimi yetki ve görevlerini üstlenmiş durumdadırlar.

3.2.3. Askeri Hastaneler Yönetimi

Kamusal hastanelerden en ilginç olanı ve az bilineni kuşkusuz askeri hastanelerdir. Bunda da “güvenlik” ve hizmet alanının özelliği belirleyici rol oynamaktadır. Diğer hastanelerden önemli farklılık gösteren yönlerin başında, bu hastanelerden yararlanan insanların belirli bir meslek ya da görev alanına ait olmaları, neredeyse sadece asker kişilerle, yakınlarının ancak buralara girebilmeleri ve diğer insan topluluklarına kapalı olmalarıdır.

Öte yandan çalışanlarının ve yöneticilerinin büyükçe bir kısmının asker olması, askeri kural, yasa ve düzenlemelerin geçerli bulunması, örgütsel ve yönetsel yapılanmada askeri hiyerarşinin egemen olması da bu hastaneleri farklı kılan niteliklerdendir. Yönetsel yapıda komuta kurmay ilişkisi ile askeri disiplinin egemen olduğu askeri hastanelerin bir diğer özelliği de, olağan dönemler kadar, savaş gibi olağanüstü dönemlere de hızlı olacak biçimde yapılandırılmaları ve planlanmalarıdır.

Askeri hastane çalışanlarının özelliklerinden birisi, önemli bir kısmının mesleki eğitimlerini, askeri eğitimle birlikte almaları, yani hem asker hem hekim ya da hem asker hem hemşire, teknisyen, hastabakıcı, sekreter ya da memur vs. olmalarıdır. Yöneticiler yönünden de durum aynıdır. Başhekim ya da müdür aynı zamanda bir binbaşı, albay ya da generaldir. Başhemşire aynı zamanda teğmen, yüzbaşı ya da binbaşısıdır. Bu anlamda askeri hastane çalışanları için çift meslekli kişiler demek yanlış olmaz.

Bu ve benzeri farklılıkları yanında devlet hastanelerine benzeyen yönleri de çok olan askeri hastaneler, aynı sağlık kuralları, hizmet birimleri ve sağaltım olanaklarıyla çalıştırılmaktadırlar. Aynı özekçi ve katı yönetim dizgesi ve anlayışı biraz daha disiplinli biçimde askeri hastanelerde de geçerlidir.

Ülkemizde halen (1995 yılı olarak) 42 tane askeri hastane olup, toplam yatak sayıları 15.900'dür ve diğer hastane yatak sayıları içindeki oranı % 10.5'tir (SAĞLIK BAKANLIĞI İSTATİSTİK YILLIĞI, 1995, 75). Oldukça önemli bir orana (% 10'larda) sahip bulunan askeri hastaneler hakkında ayrıntılı bilgi edinmek kolay olmamıştır.

Milli Savunma Bakanlığı kapsamında ve bu kurumun denetiminde çalışan askeri hastaneler; 1500 dolayında hekim, 250 kadar dişhekim, 150 dolayında eczacı, 250'den çok yüksek hemşire ve 1500 dolayında ordu hemşiresinden oluşan kalabalık bir sağlık çalışanı kadrosuyla sağlık hizmeti üretmektedir (TOKAT, 1993, 25). Askeri sağlık kuruluşları içinde hastanelerin harcama oranı %50 dolayındadır.

Askeri hastaneler yatak sayılarına göre sınıflandırılmakta; 50, 100, 200, 600 ve üzeri yataklı askeri hastane adı verilmektedir. Deniz Hastanesi, Hava Hastanesi ve Mevki Hastanesi gibi adlar bağlı buldukları Kuvvet Komutanlıklarına göre verilmektedir.

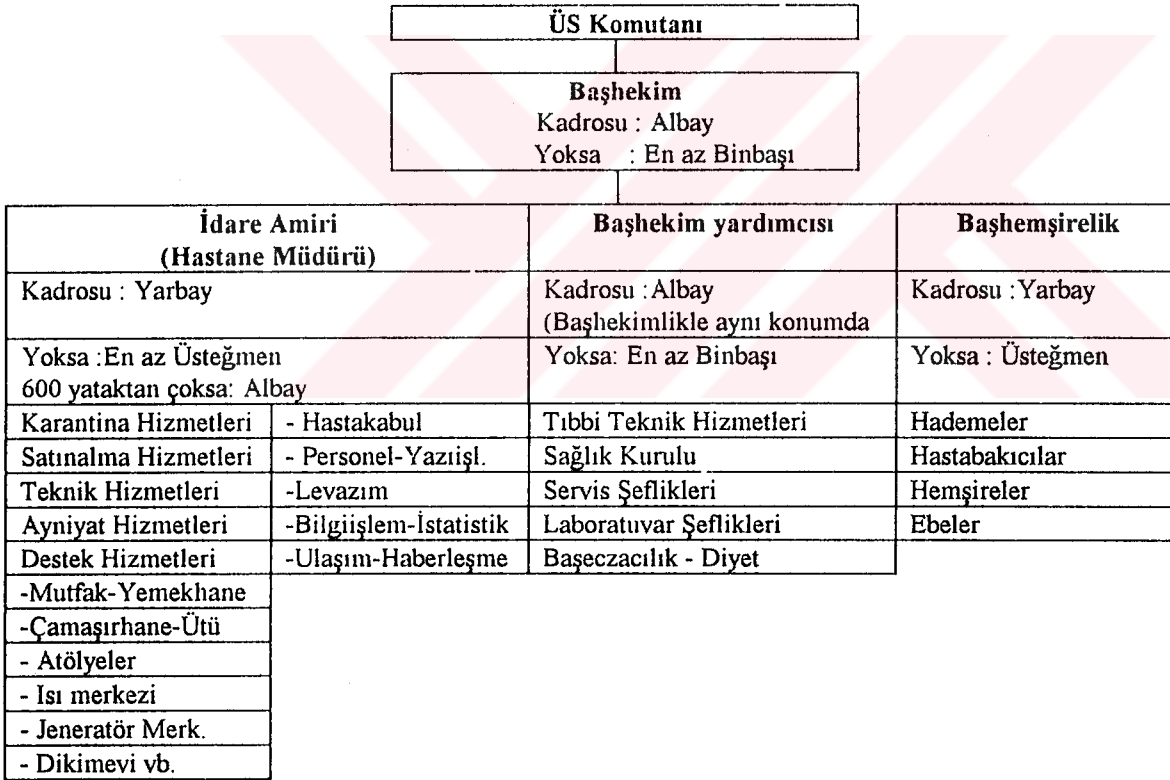
Öte yandan askeri hastanelerden bir kısmı özel uzmanlık hastanesi (Bursa Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Hastanesi ile İstanbul Çamlıca Göğüs Hastanesi), bir kısmı eğitim ve araştırma hastanesi (Anakara ve İstanbul Gülhane Tıp Akademisi Hastaneleri, GATA Tıp), bir kısmı da bölge hastanesi (Diyarbakır, İzmir, Ankara ve İstanbul Gümüşsuyu Mevki Hastaneleri) konumunda hizmet sunmaktadır.

Yasal düzenleme bakımından sivil kamu hastaneleri ile Özel hastanelerden tümüyle ayrılan askeri hastanelerin; kuruluş, kadro ve personel durumu ile işleyiş ve yönetim yapıları (örgütsel yapı) genelkurmay TMK (Teşkilat-Malzeme-Kadro) ya da her kuvvet komutanlığının kendi TMK yasasında yer almaktadır. Tüm askeri hastanelerin personel, yatak ve diğer birim kadroları Genelkurmaydan çıkmaktadır.

Tüm askeri hastanelerin örgütlenme ve yönetim yapısı temelde aynıdır. Yalnızca iki adet GATA hastanesinde, askerlik ve sağlıkçılık mesleğine bir de akademik kariyer (Doç. Dr. Ve Prof. Dr. Gibi) eklenmekte olup, Tıp Fakültesi Dekanlığı ile Hemşirelik Yüksekokulu Müdürlüğü organları yönetim organı arasına katılmaktadır.

Bir askeri hastanenin yönetim çizimini (şeması) sunmak gerekirse, çizim 6'da gösterildiği gibi bir yapılanma ortaya çıkmaktadır.

Çizim 6: Askeri Hastanelerde Örgütsel Yapı



Çizim 6, Araştırmacının Malatya Askeri Hastane Yetkililerinden derlediği bilgiler ışığında düzenlenmiştir.

Askeri hastanelerin yönetiminde görev alan yöneticilerin görev ve yetkileri önceden yazılı ve ayrıntılı olarak belirlenmiştir. Yani başhekim bir alt birim ya da

makama görev ya da yetkisini devredemez. Sivil kamu hastanelerindeki yöneticilerden önemli bir farklılık bu noktada görülmektedir.

Askeri hastanelerin akçal, sağlıksal ve yönetsel denetimi Milli Savunma Bakanlığı Mal ve Tıbbi Malzeme denetçileri tarafından yapılmaktadır. Ayrıca o belde ya da bölgenin üs komutanlıkları da yönetsel yönden hastaneleri denetleyebilmektedirler.

Askeri hastaneler içinde özgün ve özellikli bir yeri bulunan eğitim araştırma hastanesi konumunda hizmet sunan GATA Hastaneleri (İstanbul ve Ankara Gülhane Tıp Akademileri Hastaneleri) yönetim ve örgütlenme yapısı yönünden diğer askeri hastanelerden bir hayli farklıdır. Başhekim konumundaki üst yönetici bir general olup "GATA Komutanı" olarak adlandırılır. Başhekimlik orunu için de GATA Komutanlığı deyimini kullanılmaktadır. Öte yandan bu komutanlığa (başhekimliğe) bağlı Askeri Tıp Fakültesi Dekanlığı, bu dekanlığa bağlı da 4 yıllık Hemşirelik Yüksekokulu, 2 yıllık Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulları ile lise dengi eğitim veren Askeri Sağlık Meslek Liseleri bulunmaktadır. Bu tür bir yapılanma (sivil) üniversite araştırma hastanelerinde de olmakla birlikte, Tıp Fakültesi Dekanlıkları başhekimliklere bağlı olmayıp, doğrudan Rektörlüklere bağlıdır. Üstelik başhekimlik tıp fakültesi dekanlığına göre daha alt düzeyde bir yönetim düzeyi sayılmaktadır.

GATA Hastanelerinin yönetim yapısında Askeri Tıp Fakültesi Dekanlığı dışında, Bölüm Bilimsel Yardımcılıkları ile Bölüm Yönetimsel Yardımcılıkları bulunmaktadır.

Bölüm Bilimsel Yardımcılığı; GATA Komutanlığına bağlı sağlıksal hizmet sunan temel bölümlerin (Üniversite hastanelerinde Cerrahi Dahili ve Temel Tıp Bilimleri Bölüm Başkanlıkları gibi) yönetsel üst organını temsil eden yönetim birimi

olup, GATA Komutanı (Başhekim) Yardımcılığı konumunu anlatmaktadır. Bölüm Bilimsel Yardımcılığı, Başhekim Yardımcıları ve Bölüm Başkanlıkları olarak iki temel hizmet biriminden oluşmaktadır. Bu birimler ve yöneticileri aynı zamanda akademik kariyer ve askeri rütbe düzeni içinde bulunmaktadır.

Bölüm Yönetimsel (İdari) Yardımcılığı ise GATA Hastanelerinin destek hizmet birimleri, akçal hizmet birimleri, yönetimsel ve personel hizmet birimleri ile buna benzer diğer yönetimsel hizmet birimlerinden oluşmakta ve yine akademik kariyer ile askerlik mesleği bir arada bulunmaktadır.

Toplam askeri hastane sayısı 45 dolayında (1995'te 42 tane) olup, çok sayıda yataklı revir, dispanser ve arazi hastaneleri (gezicihastaneler ya da çadır hastaneler) de askeri sağlık (ve sağaltım) hizmeti sunmaktadırlar.

Yalnız asker kişilere, asker emeklilerine ve bunların eş ve çocukları ile "acil" durumlarda "sivil" kişilere sağlık hizmeti veren askeri hastanelerden GATA Hastanelerinde ayrıca %5 dolayında sivil yurttaşların yararlanması da karara bağlanmıştır. Yine "Mevki Hastanesi" olarak bilinen bölgesel çaplı askeri hastaneler; daha çok "askerlik" ile ilgili rapor, tetkik ve tedavi hizmetleri üreterek, askere gitmek amacıyla gelen yükümlülere yönelik etkinlikte bulunmaktadır. Ankara, İstanbul, İzmir ve Diyarbakır'da bulunan bölge askeri hastaneleri (mevki hastaneleri), çevre il ve ilçelerden askerlik incelemesi için gönderilen (asker adayı-yükümlü) yurttaşlara bakan gelişmiş (tam teşekküllü) hastanelerdir.

Çalışanların bileşimi açısından bakıldığında, yaklaşık %60 sivil, %40 asker nitelikli kişiler çalışmaktadır. Ancak sivil olarak çalışan personel de asker kişilerin bağlı olduğu koşul, kural ve düzenlemelere bağlıdır. Yönetim kademesinde sivil kişilerin bulunması da olanaklı değildir.

3.2.4. Diğer Kamusal Hastaneler ve Bunların Yönetimi

İçişleri Bakanlığı gibi kimi bakanlıklarla, belediyeler, KİT'ler, DDY, ve Ziraat Bankası gibi kamu kuruluşları kendi kurdukları hastaneleri işletmektedirler. Halen 24 hastane bu konumda olup, kimi büyük kuruluşlar kendi sağlık hizmet birimlerini kurmuşlardır (SOYSAL, KENANOĞLU, EMRE, HAMEŞOĞLU, 1993,40).

Bu tür hastane kurup, işleten kamu kuruluşlarının üyeleri aynı zamanda SSK ya da Devlet Hastanelerinde sağaltılmaktadır. Bu tür hastanelerin sayıları çok olmadığı gibi, yaygın da değildirler. Örgütsel açıdan bağımsız bir yapıları bulunmakla birlikte, daha çok Devlet Hastanelerinin örgüt ve yönetim modelini uygulamaktadırlar. Bu anlamda farklılık gösteren, özgün bir yönetim biçimleri yoktur. Devlet Hastanelerinden farkları, doğrudan bağlı oldukları kuruluşun niteliğinde yatmaktadır. Yine bu hastanelerin tümünün kuruluş izni Sağlık Bakanlığınca verilmektedir.

4- ÜNİVERSİTE ARAŞTIRMA HASTANELERİNİN YÖNETİMİ

Bu bölüm 5 altbölümden oluşmaktadır. Birinci altbölümde (4.1.'de) genel bir giriş yapılarak ÜAH'leri hakkında özet bilgiler verildikten sonra, ikinci altbölümde ÜAH'lerin kuruluş ve işleyişleri, üçüncü altbölümde ÜAH'lerin diğer hastanelerden farklı olan yönleri, dördüncü altbölümde dünyadan ÜAH örnekleri ve beşinci altbölümde ise Türkiye'deki ÜAH'lerinin yönetim ve işleyişleri hakkında bilgiler özetlenmiştir.

Dördüncü (4.4) altbölümde ele alınan dünya'daki ÜAH'lerinin yönetimine örnek oluşturması bakımından ABD'deki, İngiltere'deki ve Federal Almanya'daki ÜAH'ler özetle incelenmiştir. Beşinci (4.5) altbölümde ise Türkiye'deki ÜAH'lerinin örgüt ve yönetim yapıları, işleyişleri ve günümüzdeki durumları örneklendirilerek ve özetlenerek sergilenmeye çalışılmıştır.

4.1. Giriş

Sağlık Bakanlığı ve SSK'ya bağlı kamu hastanelerinden sonra, nicelik ve nitelik yönünden üçüncü sırada yer alan Üniversite Araştırma Hastaneleri (ÜAH'leri), katma bütçeli kuruluşlar olan Üniversitelerin Tıp Fakülteleri bünyesinde kurulmuşlardır. Bu nedenle de, sağaltım (tedavi) ve iyileştirme hizmeti sunmanın ötesinde, temel işlevlerinden birisi, hatta başlıcası “eğitim ve araştırma” hizmeti sunmalarıdır.

Oldukça önemli yer tutan “sağlık harcamaları” ve sağlık teknoloji yoğunlukları bu hastaneleri günümüzde daha da önemli kuruluşlar durumuna getirmiştir. Sigortalı ya da sigortasız, her türlü hastaya ve yaralıya hizmet veren ÜAH'leri, hem genel bütçeden aldıkları payla, hem de kendi olanakları (dönersermaye gelirleri) ile giderlerini karşılamaktadırlar (TOKAT, 1993, 26).

Öte yandan ülkenin belirlenmiş ve planlanmış (resmi) bir insangücü politikası bulunmadığından, tıp fakültelerine alınacak ve eğitilecek tıp öğrencisi sayısı ile, bu okullarda verilen derslerin süresi ve ölçünleri (standartları) yönünden, üniversiteler arasında bir türdeşlik ya da koşutluk yoktur. Yani her üniversite bu tür ölçünleri kendi yapı ve durumuna göre belirlemektedir. Gerçi üst düzey (temel) politikalar ve eşgüdüm YÖK (Yükseköğretim Kurulu) aracılığı ile sağlanmaktadır. Ancak, büyük ve eski fakülte hastaneleri yine de kimi temel kararları kendileri alabilmektedirler (DÜNYA BANKASI, 1986, 29). Bunda da ÜAH'lerini düzenleyen ortak ve genel bir yasanın bulunmayışı etkili olmaktadır.

Sağaltım hizmeti yönünden bakıldığında ÜAH'leri, üçüncü basamak (ileri derecede uzmanlaşmış) sağlık hizmeti sunarken, bu hizmetlerin düzeyi köklü ÜAH'lerinde dünya ölçünleri düzeyini yakalamaktadır. Bu ileri düzey hizmetin gerisinde yatan asıl etkense, kullanılan teknoloji, bilgili ve nitelikli sağlık personeli ve tıp dünyasına olan yakınlıktır denilebilir.

4.2. Kuruluş ve İşleyiş

Devlet Hastaneleri ile diğer bir kısım kamu hastanelerini (bazı bakanlık ve KİT hastaneleri gibi) düzenleyen herhangi bir yasa bulunmadığı gibi, ÜAH'lerini düzenleyen ve kuruluş ve işleyişlerini öngören özel bir yasa da yoktur. Öyle ki, özel hastanelerin kuruluş ve işleyişini düzenleyen bir yasa (Özel Hastaneler Yasası) ve bir tüzük sözkonusu iken, devletin kendi adını taşıyan ya da kendi adına hizmet sunan hastaneleri bu anlamda yasal bir düzenlemeden yoksun olup, boşluk içinde bulunmaktadır. Zorlama yoluyla da olsa bu boşluğu doldurmak üzere Sağlık Bakanlığı kendine bağlı hastanelerde uygulanmak üzere bir yönetmelik (Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği) çıkarmıştır. Aynı çabayı ve yapay yolu kimi

ÜAH'lerinde de görmekteyiz. Hiç bir yasal dayanağı olmadığı halde kimi üniversiteler, kendilerine bağlı hastaneler için yönetmelik çıkarma yoluna gitmişlerdir.

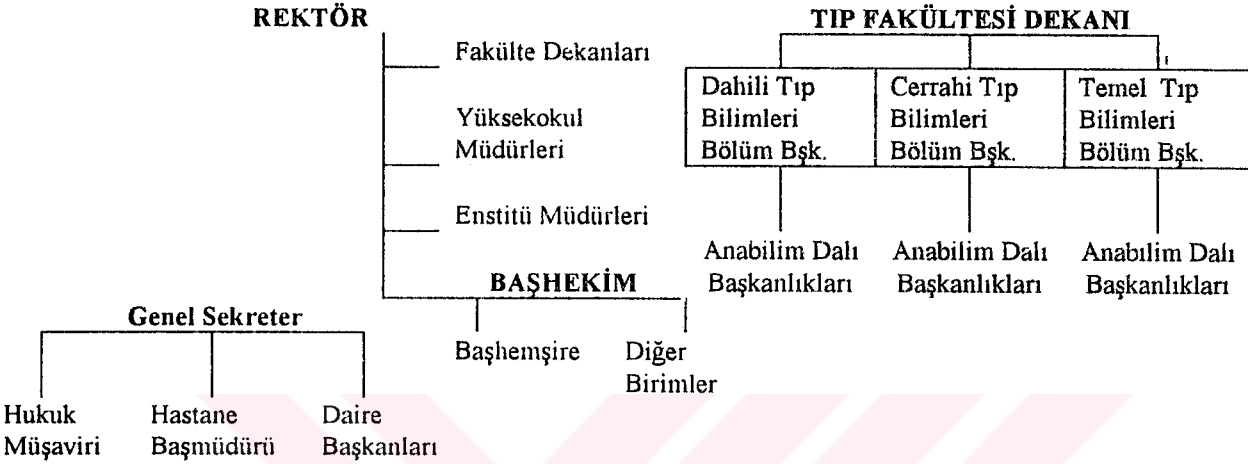
ÜAH'lerin yapılanması ve örgütlenmesi konusunda, Üniversiteleri düzenleyen temel yasada (2547 sayılı Yükseköğretim Yasasında) herhangi bir (açık) düzenleme de yoktur. Hastane, yasanın 3. Maddesinde belirtilen "uygulama ve araştırma özekleri" kapsamında düşünülmüştür. Aynı kapsamda sayılabilecek bir diğer "değinme" de; Yükseköğretim Üst Kuruluşları ile Yükseköğretim Kurumlarının Yönetimsel Yapısı Hakkında Yasa Gücünde Kararname'de yer almakta ve genel sekreterlik bünyesinde bir "üniversite hastanesi başmüdürlüğü" kavramından sözedilmektedir. Ancak, bu başmüdürlüğün yapılanışı konusunda Yasa Gücünde Kararnamede herhangi bir düzenleme bulunmamaktadır (ÖZCAN, 1994,19).

ÜAH'lerin örgüt ve yönetim yapısını düzenleyen bir yasa ya da yönetmelik bulunmadığından; her ÜAH "kendi başının çaresine" bakmış, bir kısmı Devlet Hastanelerince uygulanan (ancak yasal dayanağı bulunmayan) Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği'ni olduğu gibi uygulamaya girişmiş, bir kısmı kendi adına (sözde) "yönetmelik" çıkarmaya kalkışmış (yönetmelik için de önce bir yasa olması gerekmektedir), bir diğer kısmı da bu "yasal boşluk" la hiç ilgilenmemiştir. Sonuçta hiçbir ÜAH bir diğerine benzememekte, gerek yönetim ve örgütlenme yapısı, gerekse hizmetlerin ve işlerin yürütülüş biçimi farklılıklar göstermektedir. Bu tür farklılık ve benzemezliklerse, temelde amaç ve işlevleri aynı olan hastanelerde yeni sorunlara yol açmaktadır.

ÜAH'lerinin yönetim ve örgüt yapısına bakıldığında basit, ancak zorlama bir yapılanmanın olduğu görülmektedir. Bu yapı tüm ÜAH'lerinde aynı olmamakla birlikte, büyük oranda benzerlik sözkonusudur. Yasal düzenlemede yeri olmadığı halde sırf Devlet Hastanelerinde uygulanan yönetime koşutluk sağlamak üzere ÜAH'lerinin başına (yönetimsel anlamda) başhekimler getirilmekte ve başhekimler doğrudan

üniversite rektörlüğüne bağlı görev yapmakta, rektörlerce de bu göreve atanmaktadırlar (görevlendirilmektedirler demek daha doğru bir anlatım olmaktadır).

Çizim 7: ÜAH'lerinin Temel Örgütlenme Yapısı



Kaynak : (ÖZCAN, 1994,4).

Çizim 7'ye bakıldığında garip bir örgütlenme ve yönetim yapısı göze çarpmaktadır. Bu yapıda hem bir zorlama, hem bir karmaşa, hem de bir yasal (hiyerarşik) bir düzensizlik vardır. Bir kere hastanenin gerçek (sorumlu-yetkili) başı kimdir? Başhekim gibi görünmekte, ancak başmüdürlük diye bir başka tepe yönetim organı bulunmaktadır. Ayrıca tıp fakültesi dekanları, hastanede çalışan tüm akademik personelin (bölüm ve anabilimdalı başkanları da birlikte olmak üzere) başı iken, hastane yönetimi üzerinde söz sahibi değildir. Doğrudan yetkili görünen üst makam rektörlük ve genel sekreterlik gibi görünmektedir. Bu da hastanelerin temel yapı ve işleyişine uygun düşmemektedir.

2547 sayılı yasa, ÜAH'lerine ilişkin bir düzenleme getirmediğinden, başka da temel bir düzenleme bulunmadığından; ÜAH'lerinin kuruluşu, Yasa'nın 3. Maddesinde sözü edilen "... uygulama ve araştırma merkezleri..." kapsamında

düşünülmektedir. Uygulama ve araştırma merkezleri de doğrudan rektöre bağlı olduğundan ve buraların yöneticileri rektör tarafından atıldığı için, aynı konumda düşünülen ÜAH başhekimleri de doğrudan rektöre bağlı olup, onun tarafından atanmaktadırlar. Ancak; “başhekimlik” kavramı ÜAH’leri için zorlama bir kavram olup, bir ünvan, kadro ya da “yasal yönetim organı” değildir. “Başhekim ünvanı yükseköğretimle ilgili mevzuatta (yasal düzenlemelerde) yer almamaktadır. Buna karşın tüm üniversitelerde aynı uygulama sürdürülmekte, Sağlık Bakanlığı’nın hastane yapılanması taklit edilmektedir (ÖZCAN, 1994, 22).

Yine aynı bağlamda olmak üzere varolan üniversite araştırma hastanelerinin kuruluşu ve açılışı herhangi bir yasaya ya da yasal izine dayanmamaktadır. ÜAH’lerin kuruluş ve açılışında üniversitelerin diğer “araştırma ve uygulama merkezleri” nin kuruluş ve açılışına ilişkin yol ve yöntem izlenmektedir. Bu arada, kimi ÜAH’lerinde, kuruluşundan yıllar sonra, uygulamada ortaya çıkan sorunlar nedeniyle “yönetmelik” türü düzenlemelerin çıkarıldığı ve zorlamayla da olsa yasal boşluğun doldurulmaya çalışıldığı görülmektedir. Ancak, yasaya dayanmayan yönetmelik türü bir düzenlemenin geçerliliği ve yasalılığı hep tartışmalıdır.

ÜAH’lerinin servis ve laboratuvarlarında, poliklinik ve ameliyathanelerinde görev yapanlar “öğretim elemanı” olarak adlandırılmaktadır. Bunlar tıp fakültelerinin “bölüm başkanlıkları” bünyelerinde yer alan değişik anabilim dallarının kadrolarında bulunmaktadır. Her bir anabilim dalının başkanı, o anabilim dalında bulunan en yüksek akademik ünvanlı öğretim üyeleri arasından atanmaktadır. Bir anabilim dalının “yöneticisi” olan anabilim dalı başkanı aynı zamanda hastanenin servis ya da laboratuvarlarının yöneticisi olmasına karşın, sadece sicil amiri olan dekana karşı sorumlu olup, başhekimlere karşı bir sorumlulukları yoktur ya da bu ilişkinin düzeyi-derecesi belirsizdir. Bir anlamda bu ilişkinin yönü ve işlevselliği başhekimlerin ya da anabilim dalı başkanlarının kişisel özelliklerine ya da hünelerine (yeteneklerine) bağlı bulunmaktadır.

Böyle bir yönetsel ve örgütsel yapılanma, yönetim ve işleyiş bakımından büyük ve karmaşık sorunlara yol açmaktadır. Hastanenin destek ve teknik hizmetlerinin yöneticisi olan hastane müdürleri ile tıbbi hizmetlerin sorumluları olan anabilim dalı başkanlarının başhekimliğe bağlı olmamaları ya da bu hastanelerde yetkileri belirlenmiş bir “başhekimlik” organının bulunmaması, (benzerlik ve zorlamayla oluşturulması) var olan yapılanmada hastane başhekimlerini yönetimde yetkisiz ve uygulamada etkisiz kılmaktadır.

4.3. ÜAH’lerinin Diğer Hastanelerden Farklı Olan Yönleri

Ülkemizdeki hastanelerden, özel hastaneler ile birçok kamu hastaneleri, kimi farklılıklarına karşın, temelde büyük benzerlikler içindedirler. Bu benzerliğin ana nedeni, kuşkusuz uyguladıkları yasal düzenlemelerin hemen hemen aynı olmasıdır. Oysa ÜAH’leri, yönetim yapısı ve hizmet işleyişi bakımından, diğer kamu hastanelerinden ve hatta tüm özel hastanelerden oldukça farklılık göstermektedir. Genel anlamda hastaneler, zaten geleneksel örgütlerin yapılarından oldukça farklı (hiyerarşik örgütlenmeler yerine matrix örgüt yapıları nedeniyle) bir yapılaşmış içindedirler. Bu farklı ve karmaşık yapıya bir de “akademik kariyer” ve “akademik yönetim” anlayışı eklenince, ortaya daha karmaşık ve çetrefil bir örgüt yapısı çıkmaktadır. Bir başka anlatımla, diğer hastanelerde yer almayan kimi hizmet ve yönetim organı (bölüm başkanlıkları, anabilim dalı başkanlıkları, fakülte yönetim kurulu, hastane başmüdürlüğü, hemşirelik hizmetleri müdürlüğü, teknik müdürlük ve güvenlik, temizlik, dönersermaye, satınalma, bütçe plan müdürlükleri gibi) ÜAH’lerinde yer almaktadır.

Bir diğer temel farklılık da, diğer kamu hastaneleri “sağlık hizmeti sunmak gibi tek görevle yükümlü tutulurken, ÜAH’leri sağlık hizmeti yanında eğitim ve araştırma hizmeti gibi iki temel ve önemli ana hizmetle daha yükümlü tutulmuşlardır. Bu farklılıklara bir de başhekimlik organının yasal boşlukta oluşunu, zorlama ve benzetme

yoluyla görevlendirilmesini, ve bu durumun diğerk kamu hastanelerinde farklı olduğunu ekleyebiliriz. Yönetimsel organ, birim ve ünvanların da (alt düzey yöneticiler ve çalışanlar için de geçerli) farklı adlar ve işlevler altında toplanması da bir başka farklılık sayılabilir.

4.4. Dünya’da Üniversite Araştırma Hastanelerinin Yönetimi

Genel olarak hastanelerin yönetimi ile ÜAH’lerinin yönetim ve örgütlenme yapılarının temel nitelikleri, ülkemizdeki hastanelerle olan benzerlik ve farklılıkları konusunda ulaşılabilen özet bilgiler, örnek oluşturması bakımından birkaç ülke özelinde derlenerek, aşağıda sunulmuştur.

Dünyadaki ÜAH’lerin durumu, yapısı ve yönetimleri; ABD, İngiltere ve Almanya’daki hastaneler düzeyinde ele alınarak, belirli yönlerden ülkemizdeki ÜAH’leriyle kıyaslanmıştır. Bu kıyaslanmanın, sözkonusu ülkelerde bulunan hastane yönetim ve örgütlenmesi ile ÜAH’leri hakkında belirli bir fikir vereceği düşünülmüştür.

4.4.1. Amerika Birleşik Devletleri’ndeki (ABD’deki) Üniversite Araştırma Hastanelerinin Yönetimi

4.4.1.1. Giriş

Hastane yönetimi ve hastane yöneticiliğinin bir bilim dalı ve bir meslek olarak gelişmesi, benimsenmesi ve yaygınlaşması dünyada ilk kez ABD’de gerçekleşmiştir (SEÇİM, 1996, 22).

Hastane yönetimi alanında ilk eğitim ve öğretim izlencesi (programı) ile lisansüstü eğitim olanağı da yine ilk kez ABD’de sözkonusu olmuş, Üniversitelerin çeşitli bölümlerinde hastane yönetimi üzerine ders verilmesi de aynı ülkede görülmüştür.

4.4.1.2. ABD’deki Hastanelerin Örgüt Yapısı

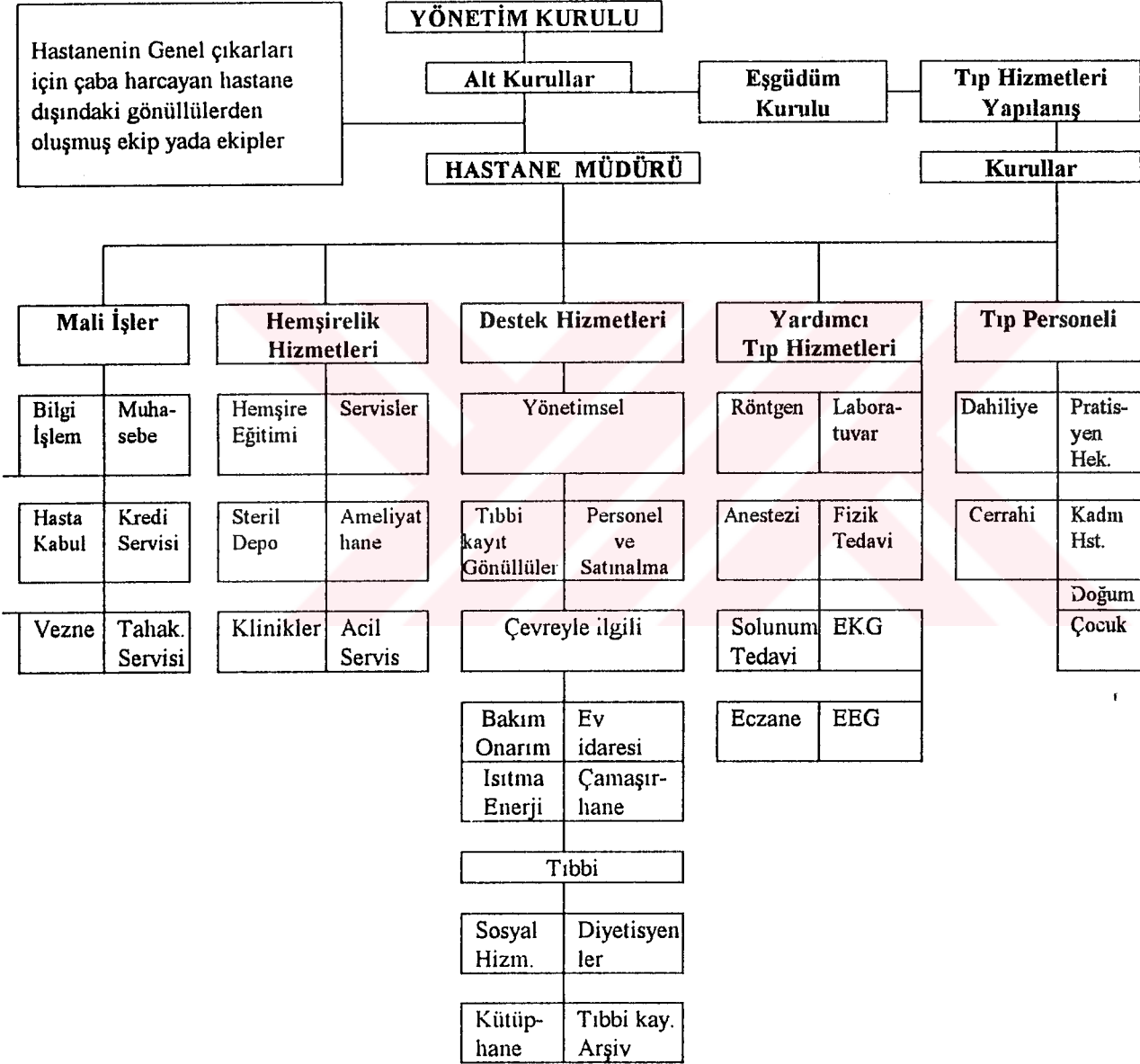
ABD’deki hastaneler genel bir sınıflandırma ile yönetim ve denetim bakımından şu 2 temel kümeye ayrılmaktadır (1): Devlete (kamuya) ait hastaneler, (2) Özel Hastaneler, Devlete bağlı olan hastaneler, kendi içinde; federal ve federal olmayan hastaneler olarak ayrılırken, özel hastaneler; kâr amacı gütmeyen hastaneler, tüketicilerin denetimindeki hastaneler ve kâr amaçlı özel hastaneler olarak üçe ayrılmaktadır. Tüm hastane türleri içinde % 70’den çoğu, kâr amacı gütmeyen özel hastaneler sınıfına girmektedir. ÜAH’leri de bu küme içinde yer almaktadır.

Hastanelerin farklı tür ve konumları nedeniyle ABD’de tüm hastaneleri yansıtan genel (ortak) bir örgütleniş yapısı sunmak pek olanaklı değildir. Ancak 1952 yılında kurulan “The Joint Commission on Accreditation of Hospital (JCAH)”, yani “Hastane Yetkilendirme Ortak Kurulu (HYOK)” adlı mesleki kuruluşun, hastanelerin ve hastane (sağlık) hizmetlerinin birörnekleştirilmesi için belirlemiş olduğu kuralların, 1966’da yürürlüğe giren Medicare Yasası ile hukuksal bir içerik kazandığı görülmektedir.

ABD’deki hastane örgütlenmesinde, diğer örgütlerde olduğu gibi üst, orta ve alt düzey (kademe) yönetim organları bulunmaktadır. Üst yönetim organları; yönetim kurulu ya da ortaklar kurulu (mütevelli heyeti) ile bunlar adına işleri izleyen, eşgüdümleyen kurullar ve hastane müdüründen oluşmaktadır. Üst düzey yönetim organlarında hastane sahipleri ya da kurucuları yer almamaktadır. Çünkü, hastane yönetimleri oldukça bağımsız ve profesyonelleşmiş durumdadır.

ABD'deki hastaneler için genel bir örgüt yapısını (şeması) vermek gerekirse, Çizim 8'deki yapılanmayı vermek olanaklıdır.

Çizim 8: ABD'deki Hastanelerin Genel Örgütleniş Yapısı



KAYNAK: (SEÇİM, 1996, 25)

Üst ve orta düzeydeki yönetim organları, işlev temeline göre (fonksiyon esasına göre) örgütlenme sonucu ortaya çıkan yönetimsel organları tanımlamaktadır. Çünkü üst

derecedeki yönetim organları işletmenin bütünü için “yönetme” işlevini yerine getirmektedir. Tıp ve hemşirelik hizmetleri gibi hizmet kümelenmeleri ise, hizmetin yürütülmesini eylemli (fili) olarak sağlayan üretim işlevinin alt işlevlerini tanımlamaktadır.

Alt düzey yönetim organları denildiğinde, işlevsel alanlardaki bölüm veya birim şeflikleri ya da sorumluları tanımlanmaktadır. Örneğin, hemşirelik hizmetlerinde servis sorumlu hemşireleri birer alt yönetici durumundadırlar.

ABD’deki hastanelerin örgütsel yapı ve işleyişinde “bürokratik” kurallar egemen durumdadır. İşbölümü ilkesinden olabildiğince yararlanılırken, hiyerarşik yapıda en üstten en alta tüm görev ve konumlar tanımlanmıştır. Komuta birliği, denetim alanı ve örgütsel denge gibi önemli yönetim ilkelerine uyulurken, “matrix” bir örgütsel yapıda hizmet üretilip, sunulması “komuta birliği” ilkesinin en zayıf ve çelişkili noktasını oluşturmaktadır. Ancak, işlevsel yönetici ile hekimlerin görev ve yetkileri birbirinden kalın çizgilerle ayrılmıştır. Örneğin, bir sağaltım ekibinde yer alan bir personel, sözgelimi bir laboratuvar teknisyeni hekimin istediği test ve tetkikleri zamanında yapmak yönünden hekime, işini gereği gibi ve görevlendirildiği yerde yapmakla da laboratuvar uzmanına karşı sorumludur. Yani, teknisyenin iki (üstü) amiri bulunmakta, ancak, amirlerine farklı konularda sorumlu bulunmaktadır. Bu durum, iki farklı yerden gelebilecek buyruk ve isteklerin çatışmasına yol açabilmektedir.

4.4.1.2.1. Yönetim Kurulu

Yönetim ekibi kamusal hastanelerde ve Üniversite hastanelerinde yönetim kurulu, diğer kâr amacı gütmeyen özel hastaneler ile vakıf türü üniversite araştırma hastanelerinde ortaklar kurulu (mütevelli heyeti) adını almaktadır.

Yönetim kurulu, hastanenin her türlü etkinliklerinden ve mal varlığının yönetiminden sorumlu en üst organdır. Hastaların en iyi biçimde korunup, sağaltılmasından öncelikle sorumlu tutulan yönetim kurulu davacı olan hastaların mahkemedeki muhatabı sayılmaktadır. Öte yandan çevreyle yapıcı ilişkiler kurarak, parasal destek ve katkı sağlamak da yönetim kurulunun öncelikli görevleri arasındadır.

Yönetim kurulunun diğer ana görevleri ise şunlardır:

- Hastane müdürünü seçmek, atamak, başarı durumunu (performansını) değerlemek,
- Hastanenin amaçlarını ve temel doğrultusunu belirlemek,
- Hastaneyle ilgili önemli plan ve izlenceler ile politikaları inceleyip, onaylamak,
- Hastane içinde çevreyi temsil etmek,
- Nitelikli tıp personeli sağlamak ve çalıştırmak,
- Kendi iç örgütlenmesini ve işleyişini sağlayarak, hizmetlerin verimliliğini ve etkinliğini değerleyip, denetlemek,
- Yürütmeye ilişkin önemli kararları onaylamak ve hastane yönetimine danışmanlık yapmak (SEÇİM, 1996, 28).

ABD'deki hastanelerin hemen hepsinde parasal bakımdan güçlü olmak en öncelikli konu olduğundan, yönetim kuruluna toplumda belli bir konumu olan, saygınlık kazanmış ve ekonomik katkı yaratabilecek kişiler alınmaktadır. Gelişen tüketici bilinci ve etkinliği nedeniyle toplumun çeşitli kesimlerini temsil eden dernek, sendika ve benzeri örgüt başkanları ile, toplumca sevilip, sayılan kimselere (sanatçılar, bilim adamları, hayırseverler, gönüllü yardım kuruluş temsilcileri vb) de hastanelerin yönetim ekibinde görev verilmektedir.

Kamusal boyutu ağır basan ve devlete bağlı olan hastanelerin yönetimine daha çok ödenek ve akçalı kaynak sağlayabilecekleri düşüncesiyle politik bağları güçlü kişiler alınmaktadır.

Bunların dışında, yönetimin görevlerini daha etkin yapabilmesi amacıyla konularında uzmanlaşmış hukukçu, muhasebeci, işletmeci ve uzman yönetici gibi

meslek adamları da yönetim ekibine alınanlar arasında bulunmaktadır. JCAH tarafından yönetim ekibinin “yeterliliği” konusunda yapılan değerlendirmelerde, yönetim ekibinin toplantı sayısı, toplantıların süreleri, alt kurulların etkinlikleri, üyelerin toplantılara katılım oranları ve ekibin hastane içi hizmet birimleriyle olan ilişkileri dikkate alınmaktadır.

Yönetim ekibinin hastanedeki diğer asli üyeleri hastane müdürü ile bir veya iki hekimden oluşmaktadır. Hastane yönetim ekibi görevlilerinin hastaneden ücret almaları ya da hastaneden herhangi bir çıkar (yarar) sağlamaları tümüyle yasaktır (SEÇİM, 1996, 29). Bu nedenle, hastanede görev yapanların yönetim ekibinde yer almaları tartışmalara neden olmaktadır. Ancak, yönetim ekibi üyelerinin hastanedeki tıbbi konularda bilgilendirilmeleri ve hekimlerin de hastane politikalarına katılmaları bakımından hekimlerin ekipte görev almaları savunulmakta ve ağırlık kazanmaktadır.

Hastane müdürünün yönetimde görev alması ise, hastanenin genel çalışmaları hakkında üyeleri bilgilendirmesi ve ekip ile hastane hizmet birimleri arasında iletişim sağlaması bakımından savunulmaktadır. Hatta, son yıllarda özellikle de büyük hastanelerde hastane müdürleri, yönetim ekibinin başkanı konumuna yükseltilmişlerdir. Günümüzde, ABD hastanelerinin büyük çoğunluğunda hastane müdürleri yönetim ekibinin başkanlığını yürütmekte ve yönetim ekibindeki yerleri iyice güçlenmiş durumdadır.

Yönetim ekibinin çalışma biçimi, sorumluluk ve yetkileri her hastane tarafından hazırlanan bir iç tüzükle belirlenmiştir. Tüzükte yönetim ekibinin ne zaman ve nasıl toplanacağı, hangi kurulların kurulacağı, sağlık çalışanlarının yönetim ekibince nasıl atanacağı ve yükseltileceği gibi konular ayrıntılı olarak düzenlenmiştir.

4.4.1.2.2. Yönetim Hizmet Kurulları

Hastane yönetim ekibi, görevlerini çeşitli yönetim kurulları (hizmet üretim birimleri) oluşturarak yürütmektedir. Bu amaçla oluşturulan kurullar hastanelere göre değişmektedir. Örnek olarak bir üniversite hastanesi olması nedeniyle Methodist Hospital'daki yönetim kurullarının adları verilmiştir. Bu kurulların büyük çoğunluğu diğer hastanelerde de oluşturulmaktadır. Houston Methodist Hospital'da oluşturulan yönetim kurullarından birisi tıbbi kayıt kurulu olup, yasaların öngördüğü zorunlulukları eksiksiz yerine getirmek, sigorta kuruluşları ile mahkemelere dayanak (esas) oluşturacak kayıtları gözden geçirmek, yinleme ve yanlışlıkları ortadan kaldırmak gibi görevleri bulunmaktadır. Bu görevlerini gerçekleştirebilmek için kurul başkanının başkanlığında düzenli toplantılar yapmakta, alınan kararlar "Sağlık Kayıtları Yönetimi" bölümünce yerine getirilmektedir.

Diğer kurulların çalışmaları da aynı yönde ve doğrultuda olup, adları şöyledir (HASIRİPİ, 1994, 32):

- Yasalar ve Kurallar Kurulu
- Kredi ve Finansman Kurulu
- Personel Kalite Kurulu
- Eczacılık Kurulu
- Enfeksiyon Denetim Kurulu
- Kanseri Kurulu
- Acil Servis Kurulu
- Ameliyathane Kurulu
- Doğum ve Ölüm Kurulu.

Ayrıca yürütme kurulu adı verilen ve yönetim ekibini doğrudan temsil eden bir kurul daha oluşturulmaktadır ki, bu kurul; yönetim ekibi başkanı, başkan yardımcısı, sekreteri, saymanı ile diğer kurulların başkanlarından oluşmaktadır.

Yürütme kurulunun görevi öteki kurulların oluşturulması, kurullarca hazırlanıp, yönetim ekibine sunulan yazanak (rapor) ve önerilerin ön incelemeden geçirilmesi ve yönetim ekibine sunulmasıdır. Kurulun adı yürütme kurulu olmasına karşın gerçek anlamda bir yürütme yetkisi bulunmamaktadır. Asıl işlevi, kalabalık üyesi bulunan yönetim ekibinin çalışmalarını kolaylaştırmak ve yönlendirmektir.

Kimi hastanelerde ayrıca, eşgüdüm kurulu, hemşirelik kurulu ve hastane üst kurulu gibi çeşitli kurullar oluşturulmaktadır.

4.4.1.2.3. Hastane Müdürlüğü

ABD'deki hastanelerde hastane müdürlüğü erki, hastanedeki tüm hizmetlerden yönetim ekibine karşı sorumlu bir organ olup, müdür yönetim ekibinden devraldığı yürütme yetkisini kullanarak hastaneyi yönetmektedir. Hastane hizmetlerinin örgütleniş ve işleyişinde başhekimlik ikinci planda, hatta bazen daha geri planda kalan bir organ olup, başhekimler tıp hizmetlerinin planlanıp, örgütlenmesinden, yürütülmesinden ve denetiminden dolayı hastane müdürüne karşı sorumludurlar. Bu hizmet ve etkinliklerin gerçekleştirilmesinde görev yapmak üzere çok sayıda kurul (yönetim birimi) oluşturulmuştur (SEÇİM, 1985, 75).

Yürütme açısından örgütün tepesinde yer alan hastane müdürü; işlevsel alanlardaki yetkilerini ilgili işlevsel yöneticilere devretmekte, yönetim görevini bu şekilde yerine getirmektedir. Örneğin, tıp hizmetlerinin yürütülmesine ilişkin yetkilerini başhekime, hemşirelik hizmetlerine ilişkin yetkilerini başhemşireye, devretmekte, ancak bir ast ve üst ilişkisinden çok, bir ortaklık ilişkisi söz konusu olmaktadır. Hastane müdürünün böyle bir ilişki ve ekip içindeki rolü "liderlik" olarak tanımlanmaktadır.

Hastane müdürlerinin etkinlik alanlarına bakıldığında; parasal yönetime ilişkin hizmetler, personel yönetimi, bölüm çalışmalarının eşgüdümü, izleme geliştirme ve değerlendirme, yeni yapıların (tesislerin) planlanması, eğitim etkinlikleri, diğer sağlık kuruluşlarıyla ve meslek örgütleriyle ilişkiler gibi kapsamlı alanların bulunduğu görülmektedir.

Hastane müdürünün en geleneksel sorumluluklarının başında geleni, fiziksel ve parasal kaynaklarla, malzeme ve insan gücünün zamanında ve istenilen nitelikte bulunmasını sağlamaktır. Müdür bu sorumluluklarını ve görevlerini, işlevsel yöneticiler ile yardımcılarının katkıları ile yerine getirmekte, hastanenin büyüklüğüne göre değişen sayıda yardımcı atanmaktadır (SEÇİM, 1996, 33).

4.4.1.3.Tıp Hizmetlerinin Örgütlenmesi

ABD hastanelerinde tıp hizmetleri denilince, öncelikle hekimlik hizmet ve etkinlikleri anlaşılmaktadır. Yalnızca tanı ve sağaltıma (tedaviye) yönelik etkinlikler değil, eğitim, araştırma ve toplumun sağlık düzeyini yükseltme (koruyucu sağlık hizmetleri) amacıyla yürütülen etkinlikler de tıp hizmetleri kapsamında sayılmaktadır.

Tıp hizmetlerinin örgütlenmesi, yürütülmesi ve denetimi hekimlere bırakılmıştır. Hekimler, tıp hizmetleri alanında oldukça özerk yetkilere sahip olup, yönetsel işlev ve etkinliklerde hastane müdürüne karşı sorumlu tutulmaktadırlar. “Ekip yönetimi” olarak adlandırılan bir yönetim biçimini gerçekleştirebilmek amacıyla, son yıllarda yaygınlaşan bu uygulamada, hekimleri temsilen başhekim hastane müdürüne (çalışmaları hakkında) rapor vermektedir, ama hastane müdürü ile başhekim ve işlevsel yöneticiler arasındaki ilişki ast üst ilişkisi değil, eş düzey ortaklık ilişkisi biçiminde gerçekleşmektedir.

Tıp hizmetlerinin örgütlenmesinde özerk sayılacak bir yapı sözkonusu olmasına karşın, özellikle “denetim” konusunda, kamu kuruluşları ile JCAH gibi meslek kuruluşlarının etki ve girişimleri dikkat çekici önemdedir. 1973’de yürürlüğe giren Sosyal Güvenlik Yasası ile Meslek Standartlarını Denetleme Kuruluşları, o bölgede verilen sağlık hizmetlerinin, çağdaş tıbbın kabul edebileceği endüyük ölçünlere sahip olup, olmadığını ve hizmetlerin ne ölçüde gerekli olduğunu araştırmak yoluyla etkide bulunmaktadır. Bu amaçla, sözkonusu mesleki kuruluşlar çeşitli kurullar oluşturmuşlardır. Bu kurullar aracılığı ile bölge düzeyinde ve yaygın ölçüde denetim yapmaktadırlar (SEÇİM, 1996, 34-35).

Gerçekte ise, hastane hizmetlerinin birinci elden ve doğrudan denetimi hastane yönetiminin görev ve yetkileri arasındadır. Ancak, özellikle tıp hizmetleri örgütlenmesi içinde oluşturulan kurullar ve bunların çalışmaları yeterli bulunmazsa meslek kuruluşları denetim görevini üstlenmektedirler.

4.4.1.3.1. Başhekimlik

Tıp hizmetlerinin yürütülmesinden ve denetiminden sorumlu olan başhekim, bu konudaki görevlerinden bir bölümünü tıp kurullarına devretmekte, bu kurulların belirlenmesinde başhekimler söz sahibi olmaktadır.

Başhekimin tıp hizmetleri açısından üstlendiği en önemli görevlerden biri “eşgüdümleyicilik” (koordinatörlük), diğeriye “iletişimcilik” görevidir. Hasta klinikleri ile poliklinikleri arasındaki iş akışı, fiziksel yerleşim, yatak dağılımı, bakılacak hasta sayısı gibi konularla ilgilenmek, kliniklerin çalışmaları arasında uyum sağlamak ve kliniklerle öteki birimler arasında düzenli iletişim sağlamak başhekimin önemli görevleri arasında sayılmaktadır.

Yönetimsel bakımdan hastane müdürüne karşı sorumlu olan başhekimler, eşgüdüm kurulunun bir üyesi olarak da, tıp merkezleri ve tıp (sağlık) personeli ile ilgili konuları yönetim ekibine aktarmaktadırlar. Tıp personelinin işyeri ve çalışma disiplinine uymalarını sağlamak, mesleki kurallara uyulup, uyulmadığını (mesleki deontoloji kurallarını) denetlemek ve personelin hastalarla olan ilişkilerini düzenlemek de başhekimlerin görevleri arasındadır.

4.4.1.3.2. Tıbbi Kurullar

Hastanedeki sağlık hizmetlerinin planlanması, eşgüdümü ve denetimi amacıyla oluşturulan bu kurullar; kurulması zorunlu olan ve olmayanlar olarak ikiye ayrılmakta olup, zorunlu olan kurullar, meslek kuruluşlarınca (PSRO ve JCAH) önerilen kurullardır.

Örneğin JCAH tarafından kurulması öngörülen ya da önerilen kurullar şunlardır:

- 1- Tıp Hizmetleri Yürütme Kurulu,
- 2- Tıbbi Soruşturma Kurulu,
- 3- Eşgüdüm Kurulu,
- 4- Doku Kurulu,
- 5- Kullanım Kurulu,
- 6- Sağlık Ölçünleri İnceleme Kurulu,
- 7- Enfeksiyon Kurulu,
- 8- Eczane ve İlaç Kurulu

Bu kurullara başka adlar altında başka bir çok kurul daha eklenebilmektedir.

Tıp hizmetlerinin yürütülüş ve denetimine yönelik olarak kurulan bu kurullar, hastanedeki sağlık personelini (ve özellikle hekimleri) temsil etmek üzere, başhekim

tarafından oluşturulmakta, bu kurullara klinik ve poliklinik sorumlu şefleri, laboratuvar ve ameliyathane şefleri gibi sağlık hizmet birimlerinin sorumluları seçilmektedir.

Sorumluluk alanı ve görev türüne göre bu kurullara yönetsel birim sorumluları, eczacı, diyetisyen, hukukçu, mühendis, hemşire, laborant ve teknisyen gibi diğer meslek dallarından uzman kişiler de görevlendirilebilmektedir. Temel görevleri başhekimin tıp hizmetlerini yürütüp, denetlemesine yardımcı olmak olan, bu kurullar, aynı zamanda sağlıkla ilgili sorunların çözümü ve hizmetlerin düzenli olarak yürütülmesi konularında da önemli görevler üstlenmişlerdir.

Örneğin, sağlık ölçünlerini inceleme kurulu, sunulan hizmetlerin temel sağlık ölçünlerine uygun olup olmadığını denetlerken, enfeksiyon kurulu hastane ortamında ve hizmet birimlerinde bulaşıcı hastalık etkeni üremesini önlemek, üreyenleri yoketmek ve ameliyatların mikropsuz (steril) ortamda yapılmasını sağlamak gibi görevler yürütmektedir. Aynı biçimde öteki bir kurulun kendi ilgi ve sorumluluk alanında benzer görevleri ve çok önemli sorumlulukları söz konusudur.

Ancak, bu kadar çok sayıda kurulun olması çeşitli eleştirilere neden olmaktadır. Çünkü, kimi kurullar işlevlerini yerine getirememekte, zaman ve kaynak kaybına yol açmaktadırlar.

4.4.1.3.3. Klinik Şefleri

Ülkemizde ve diğer ülkelerde olduğu gibi, sağaltım hizmetleri ABD’de uzmanlık dallarına dayalı klinikler (anabilim dalları ya da servisler) halinde yürütülmektedir. Klinikler, bir bakıma hizmet yürütme organları konumundadırlar.

Hastane genelinde başhekimin üstlenmiş olduğu görevleri, aslında klinik şefleri yürütmektedir. Kliniklerdeki tıp hizmetlerinin planlanması, örgütlenmesi, yürütülmesi ve denetimi gibi görevler klinik şeflerine devredilmiştir. Klinik şefleri de bu konulardaki görevlerini kendi oluşturdukları alt kurullar eliyle yürütmektedirler.

İlgili klinikte nitelikli ve verimli sağlık hizmeti sunulması, klinik hekimleri arasında işbölümü ve görev dağılımı yapılması, tıbbi kayıt ve istatistiklerin düzgün ve düzenli olarak tutulması, eğitim etkinliklerinin amaca uygun biçimde gerçekleştirilmesi hastane başhekimini ve müdürle işbirliği yapılarak, diğer tıp ve hasta hizmetlerinin yerine getirilmesi gibi görevler klinik şefleri tarafından yapılmaktadır.

Hastane etkinlikleri ile ilgili aylık ve yıllık düzenlenen yazanakların (raporların) hazırlanmasında da klinik şefleri ve oluşturdukları kurulların katkısı çok önemli olmaktadır.

4.4.1.4. Yardımcı Tıp Hizmetlerinin Örgütlenmesi

Tanı ve sağaltım hizmetlerine yardımcı olan bu hizmetler, bir uzmanın sorumluluğunda yürütülmektedir. Aynı bir örgütlenme içinde ele alınmaları, bu birimlerin ayrı birer gelir ve gider özeği olmalarından ve sayılarının gittikçe artmasından kaynaklanmaktadır. Örneğin, patoloji, radyoloji, anesteziyoloji, fizik-tedavi, eczane ve tıbbi teknik hizmetler (EKG, EEG, EMG, vb) gibi hizmet birimleri kimi önemli yardımcı birimlerdir. Bu birimlerde yapılan inceleme, gözlem, tanı ve sağaltım girişimleri, yine bu birimlerce ücretlendirilmekte ve hastaneye gelir sağlamaktadır.

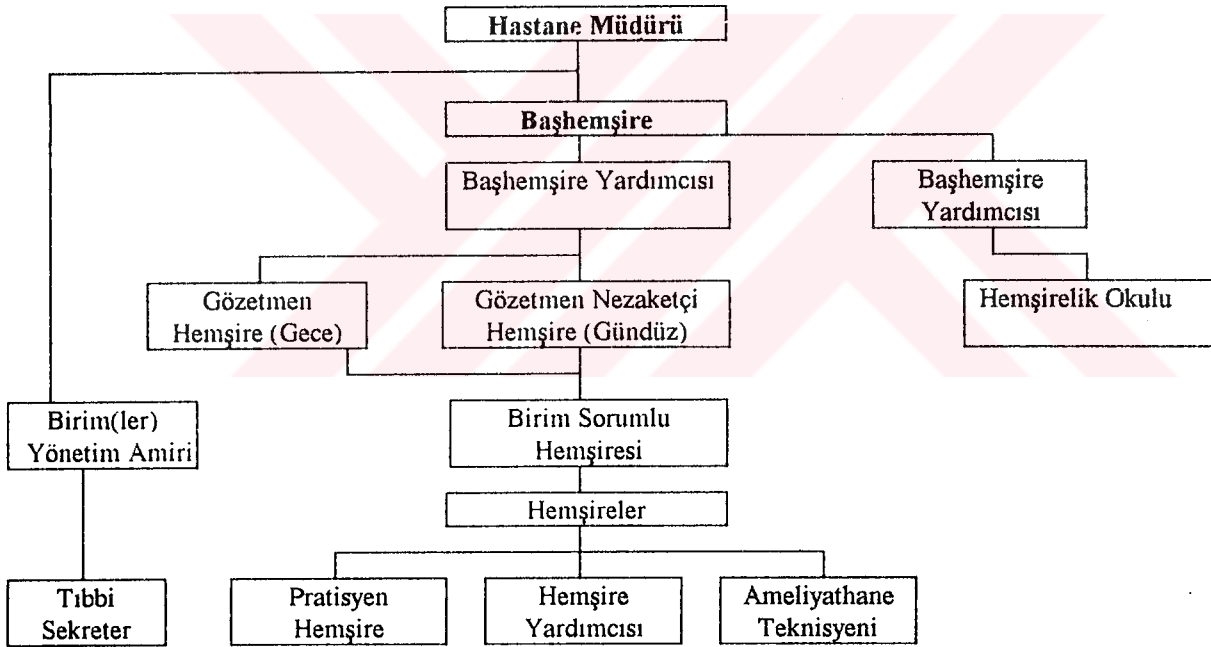
4.4.1.5. Hemşirelik Hizmetlerinin Örgütlenmesi

Hemşirelik hizmetleri; hekimlerce belirlenen sağaltım hizmetlerinin uygulanması ile hastalara kişisel (sağlık) bakım hizmetlerinin sunulmasından

oluşmaktadır. Öğrencilere verilen sağlık eğitim hizmetlerinin yanında, personele (hemşirelere) uygulanan hizmetçi eğitim etkinlikleri de hemşirelik hizmetleri arasında yer almaktadır. Tüm bu hizmetlerin planlanıp, örgütlenmesi, yürütülmesi ve denetimi, doğrudan hastane müdürüne bağlı görev yapan hemşirelik hizmetleri sorumlusuna (başhemşireye) verilmiştir. Böyle bir göreve getirilen kişide, doktora ya da yüksek lisans düzeyinde eğitim ile en az beş yıllık bir deneyim koşulu aranmaktadır (SEÇİM, 1996, 44).

Hemşirelik hizmetlerinin örgütlenişi Çizim 9'de sunulmuştur.

Çizim 9: ABD Hastanelerinde Hemşirelik Hizmetleri Örgütlenmesi



Kaynak: (SEÇİM, 1996, 45)

Tıp hizmetlerinin önemli ayaklarından birini oluşturan hemşirelik hizmetleri ABD hastanelerinde oldukça önemli bir yer ve işleve sahiptir. Servislerde ekipler halinde yürütülen bu hizmetlerin tepe sorumlusu olan başhemşireler başlıca şu görevleri yürütmektedirler;

Hemşirelik hizmetlerinde izlenecek yol, yöntem ve politikaların belirlenmesi, bölümdeki görev, yetki ve sorumlulukların saptanması, bölümlerarası işbirliği ve eşgüdüm, malzeme ve personel gereksiniminin belirlenmesinde hastane müdürüne yardım edilmesi, hemşirelik hizmetleriyle ilgili kayıt ve yazanakların tutulması, hizmetçi eğitim izlencelerinin hazırlanarak, uygulanması, bölüm bütçesinin hazırlanması ve hemşirelik öğrencilerinin hastane eğitimlerinin tamamlanması.

Hastanenin büyüklüğü ya da yatak ve hasta sayısı gibi etmenlere göre değişen sayıda yardımcı atanan başhemşirelerin, klinik düzeyinde asıl yardımcılarını ve uygulayıcıları gözetmen (supervisor) hemşireler ile birim sorumlusu hemşirelerdir. Bu yönüyle ülkemizdeki hemşirelik hizmetlerine benzeyen ABD hastanelerindeki uygulama, yardımcı hemşire ve pratisyen hemşire adı verilen hemşire kümesiyle farklılık göstermektedir. Hemşire yardımcılarını en az iki yıllık hemşirelik okulunu bitirmek zorunda iken, pratisyen hemşireler ortaöğrenimin üzerine en az bir yıl klinik eğitim (sağlık-hemşirelik-eğitimi) görmüş olmak zorundadırlar. Asıl sağaltım ve hasta bakım hizmetlerini yürüten hemşirelerse, en az iki yıllık kuramsal eğitimden sonra, hastanelerde en az iki yıl da uygulamalı eğitim almak zorunda olan hemşirelerdir. Bunlar hekimin tanı ve sağaltım etkinliklerine yardımcı olmak, hastalara gereken ilk girişimlerde bulunmak, ilaç ve sıvıların izlenip, hastalara uygulanması, yaşamsal temel bulguların alınması, kaydedilmesi gibi hemşirelik bakım hizmetlerini yürütmek gibi doğrudan hastabakımına yönelik hizmetleri gerçekleştirmekle yükümlü olan hemşirelerdir. Bu hizmetlerin yerine getirilmesi sırasında, bunlara hemşire yardımcılarını ile pratisyen hemşireler yardımcı olmaktadır.

4.4.1.6. Parasal ve Destek Hizmetlerinin Örgütlenmesi

Parasal ve destek hizmetler hastanelerin büyüklüğüne göre bir ya da birden çok yöneticinin (örneğin müdür yardımcılarının) sorumluluğunda yürütülmektedir. İki yönetici atanmışsa bunlardan biri parasal işlere, diğeri destek hizmetlerine bakmaktadır.

Hastanede sunulan hizmetlerin fiyatlandırılması (bedellerinin belirlenmesi), hasta sağaltım giderlerinin hesaplanıp, belgelendirilmesi (faturalandırılması), bu belgelerin ilgili adres, kurum ve kişilere (sigortalara) gönderilmesi, alacakların izlenmesi ve alınması, personel ücretlerinin ödenmesi, satınalma ödemelerinin yapılması, gelir, gider ve malvarlığına ilişkin kayıtların tutulması, aylık ve yıllık bütçelerin hazırlanması, parasal yazanak ve istatistiksel verilerin toplanıp, bu tür bilgi ve belgelerin zamanında hastane müdürlüğüne sunulması gibi hizmetler “parasal hizmetleri” yürüten yönetim biriminin sorumluluğundadır.

Sağaltım ücretlerinin çok önemli bir bölümü, “third party” denilen sağlık sigorta şirketleri tarafından ödenmektedir. Hastanede bir hastaya sunulan her türlü sağlık hizmeti yanlıssız ve ayrıntılı biçimde sözkonusu sigorta kuruluşlarına gönderilmekte, bu bedellerin belge ve kayıtları titizlikle incelendiğinden, tutulmaları son derece önem taşımaktadır. Ayrıca, hastanenin parasal kayıtları ve hesapları yeminli hesap uzmanlarınca da denetlenmektedir (SEÇİM, 1996, 49).

Hastanenin parasal (mali) işlerinin örgütlenip, yürütülmesi ve denetlenmesi görevini doğrudan yürütmek üzere comptroller ya da controller denilen denetçi özelliğindeki yöneticiler görevlendirilmektedir. Bunlar, işletme ve muhasebe yönetimi alanında lisans eğitimi görmüş, yönetici ya da sayman olarak en az 3-5 yıl deneyim kazanmış kişilerdir. Parasal (mali) işlerin yürütülmesinde izlenecek yol, yöntem ve politikaların saptanması, parasal işlem ve kayıtlar ile belgelerin eksiksiz düzenlenmesi ve denetlenmesi, hastanenin parasal durumu ve gidişine yönelik yazanakların hazırlanması, hastanelerle sigorta şirketleri arasında gerçekleşen parasal işlem ve sorunların izlenmesi ve hastane yönetimine parasal konularda danışmanlık yapılması gibi görevleri yürüten bu birim, yürüttüğü bu hizmetleri çeşitli servisler ve birimler biçiminde yerine getirmektedir. Örneğin, hastakabul birimi, bilgi işlem, ücret bürosu, bütçe ve kredi servisi, vezne ve muhasebe servisi gibi.

Hastanede üretilen temel sağlık hizmetlerinin (tanı, sağaltım, eğitim ve araştırma gibi) aksamadan ve düzenli biçimde yürütülebilmesi, bir takım “destek” hizmetlerin istenilen düzey ve ölçüde yerine getirilmesi ile olanaklı olabilmektedir. Destek hizmetleri olarak adlandırılan bu hizmetler temelde; çevreyle ilgili olanlar, yönetimle ilgili olanlar ve tıbbi destek hizmetleri olarak üçe ayrılmaktadır.

Çevreyle ilgili destek hizmetleri denilince, bir mekan olarak hastane ile çevresinin sağaltım, eğitim ve araştırma etkinliklerine uygun koşullara sahip tutulabilmesine yönelik hizmetler anlaşılmaktadır. Örneğin, hastane ev yönetimi ya da otelcilik hizmetleri, çamaşırhane hizmetleri ve teknik hizmetler çevreyle ilgili destek hizmetler kümesinde (kapsamında) sayılmaktadırlar.

Bu hizmetler dışarıdan parayla satın alınabilir hizmetlerdir. ABD hastanelerinden büyük bir bölümü çamaşırhane ve ev yönetimi hizmetlerini dışarıdan satın almaktadır.

Ev yönetimi ile ilgili destek hizmetleri denilince, hastane ve çevresinin sağlık (hijyen) koşullarına uygun biçimde, temiz ve bakımlı tutulması, hastaların ve çalışanların çamaşır ve giysilerinin, hasta yatak ve çarşaflarının temiz olması, yangın ve güvenlik önlemlerinin alınması gibi hizmetler anlaşılmaktadır. Bu hizmetlerin sorumluluğu, ev yönetimi amiri ya da çevre hizmetleri yönetim amiri adı verilen, yönetici konumundaki kişilere verilmektedir.

Çamaşırhane hizmetleri, çamaşırhane yöneticisi denilen yöneticinin sorumluluğunda görevlilerin belirlenip, dağıtılması, çamaşır temizlik ölçülerinin belirlenmesi ve denetimi, yıkanan çarşaf, nevresim ve yastık kılıfı gibi malzemelerin kayıtlarının tutulması, yıkama malzemelerinin sağlanması ve makinaların bakımı gibi görevler gerçekleştirilmektedir.

Çevreyle ilgili hizmetlerden teknik (mekanik) hizmetlerse; mekan olarak hastane bina ve eklentilerinin çalışır durumda bulundurulması, bakım ve onarım hizmetlerinin yürütülmesi ve tüm bu etkinlikler için gerekli personel, araç, gereç ve alt yapının sağlanması gibi hizmetlerdir. Su, elektrik, tıbbi gaz, havalandırma, ısınma, asansör, santral, antımevi, biyomedikal hizmetler ile park, bahçe ve çevre yeşillendirme hizmetleri de teknik hizmetler arasında yer almaktadır. Yangına karşı koruyucu önlemlerin alınması ile hastane güvenlik hizmetleri de teknik bakım hizmetleri birimine verilen hizmetlerdendir.

Yönetimsel destek hizmetleri ise, satınalma personel ve gönüllülerle ilişkiler gibi hizmetleri kapsamakta, kimi hastanelerde bu hizmetler parasal (mali) hizmetler kapsamında yürütülmektedir.

Tıbbi destek hizmetler denilince de, diyetisyenlik hizmetleri, sosyal hizmetler, tıbbi kayıt (arşiv) hizmetleri ile kütüphane hizmetleri anlatılmaktadır (SEÇİM, 1996, 53).

4.4.2. Avrupa’da Üniversite Araştırma Hastanelerinin Yönetimi

Avrupa ülkelerinin tümünde uygulanan hastane yönetim dizgelerini irdelemek olanaklı olmadığı (ve gerekli de olmadığı) için, örnek oluşturması bakımından İngiltere ve Almanya’daki hastanelerin durumu aşağıdaki başlıklarda özet olarak sunulmuştur.

4.4.2.1. İngiltere'deki Üniversite Araştırma Hastanelerinin Yönetimi

4.4.2.1.1. Giriş

Tüm nüfusun ulusal sağlık sistemi (NHS: National Health System) çerçevesinde sağlık güvencesi altında bulunduğu İngiltere'de (TOKAT, SEÇİM, 1996, 19), birinci basamak sağlık hizmetlerinden yararlanmak pek olanaklı değildir.

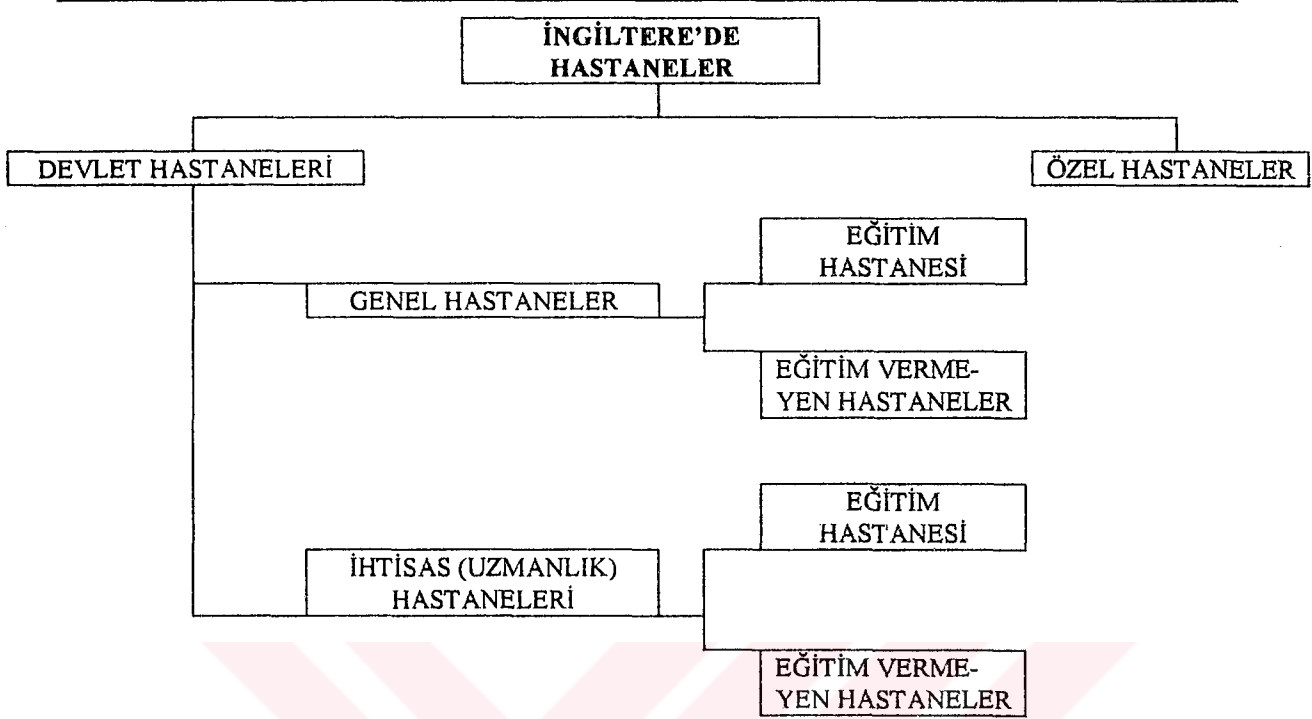
Sağlık hizmetlerinin akçalı boyutu kamusal özellikte olup, genel bütçeden karşılanmaktadır. Ancak belirli bir ölçüden sonrası ya da dizge dışı harcamalar, kişilerce ödenmektedir.

1974'de yapılan yeni düzenlemelere göre; sağlık dizgesi bakımından ülke 14 ana bölgeye ayrılmış, bu bölgelerin her birinde de "dar bölge" denilen bölgecikler oluşturulmuştur. Dar bölgeler içindeyse, sağlık hizmetlerinin yerinden yönetim birimleri olan "alt bölge sağlık örgütleri" oluşturulmuştur. Belirli bir hiyerarşik yapılanma gösteren bu örgütlerin en üstünde Bakanlık örgütü bulunmaktadır (SEÇİM, 1985, 76).

Ulusal Sağlık Hizmetleri Örgütünün kurulması ile hastanelerin yüzde 97'si Sağlık ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı'nın yönetimine geçmiş olup, geri kalanlar kâr amacı gözeten özel hastanelerdir ve ulusal örgütlenmenin dışında bırakılmışlardır (SEÇİM, 1991, 114).

Devlete bağlı hastaneler (devlet, üniversite ve diğer kamusal hastaneler), genel ve özel dal hastaneleri olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. Bunlar da kendi içlerinde eğitim veren ve vermeyen hastaneler biçiminde sınıflandırılmaktadır (Çizim 10).

Çizim 10: İngiltere'deki Hastanelerin Genel Sınıflandırılması



KAYNAK : (SEÇİM, 1991, 113)

4.4.2.1.2. Hastanelerin Örgüt ve Yönetim Yapısı

İngiltere'de hastanelerin örgüt ve yönetim yapıları oldukça karışıktır. Bu karışıklık, alt bölge sağlık örgütlerinin hastane iç örgütlenmesine kadar uzanmasından ve o yapıyı belirlemesinden kaynaklanmaktadır. Şöyle ki ;

İngiltere'de hastane hizmetleriyle ilgili bir takım kararlar Bakanlık onayı ile bölgesel örgütlerce alınmakta, tıp hizmetleri ile destekleyici diğer hizmetler bölgesel düzeyde örgütlenmektedir. Bu nedenle bir hastanenin örgütsel yapı ve işleyişinde hem bölgesel sağlık örgütleri, hem de Bakanlık örgütü birlikte yer almaktadır. Bölgesel sağlık örgütleri, bu anlamda hastanelerin üstünde bir konum taşımaktadırlar. Hiyerarşik yapılanmada, en üstte Sağlık ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, onun altında sırasıyla Bölge Sağlık Örgütü (BSÖ), Dar Bölge Sağlık Örgütü (DBSÖ), Alt Bölge Sağlık Örgütü (ABSÖ) ve en altta da Hastane Yönetimleri yer almaktadır (SEÇİM, 1991, 116).

Hastane içindeki en üst yönetim organı Hastane Yönetim Ekibi (HYE) dir. Bu ekip, hastane müdürü, başhekim ve başhemşireden oluşmaktadır (Ülkemizdeki bir hastane yönetiminden farkı, hastane müdürünün başhekimden önce gelmesi ve daha yetkili olması gibi görünmektedir.). HYE'ni oluşturan yöneticiler, aynı zamanda işlevsel yöneticilerdir. Hastane müdürü, parasal ve destek hizmetlerden; başhekim, tıp ve yardımcı tıp hizmetlerinden, başhemşire ise hemşirelik hizmetlerinden sorumlu bulunmaktadır. Dolayısıyla İngiltere'de hastane yönetimi, üst ve orta kademe yönetim organlarının birleştiği, bu yönüyle de özellik taşıyan bir yapı göstermektedir. Her hiyerarşik sağlık örgütünde aşağı yukarı aynı yönetimsel organ (sözgelişi yönetim amirliği) yer almakta ve bunların arasındaki ilişki ast üst ilişkisinden çok, izleyicilik ve tamamlayıcılık ilişkisi biçiminde gelişmektedir.

Bölgesel sağlık örgütlerinde görülen ekip yönetimi ilkesi, hastanelerin iç örgütlenmesinde de korunmuştur. Yönetim ekibinde görev alan yönetici personel (müdür, başhekim ve başhemşire) ABSÖ yürütme kurulundaki yöneticilerin astı durumundadır. Yani, hastane müdürü alt bölge yönetim amirinin astı, başhemşire de alt bölge başhemşiresinin astı sayılmaktadır. Hastane yönetim ekibinin görevleri, salt hastane çalışmalarıyla (hizmetleriyle) sınırlı olmak üzere ABSÖ yürütme kurulunun görevleriyle aynıdır. Bu nedenle de, hastane örgüt yapısı, ABSÖ'nün hastanedeki uzantısı ya da gölgesi gibidir.

4.4.2.1.3. Tıp ve Yardımcı Tıp Hizmetlerinin Örgütlenmesi ve Yönetimi

Bu hizmetler başhekimin sorumluluğunda yürütülen hizmetlerdir. Tıp ve yardımcı tıp hizmetlerinin planlanması, birimlerarası eşgüdüm, klinik ve poliklinik hizmetlerinin örgütlenmesi ve yürütülmesi, sağlık hizmetlerinde verimlilik ve etkinliğin sağlanması, bu hizmetlere ilişkin kayıt ve istatistiklerin tutularak, hastanedeki sağaltım etkinlikleri hakkında üst örgütlere sağlıklı bilgilerin iletilmesi gibi hizmetler başhekimlerin görevleri arasında sayılan hizmetlerdendir.

Başhekim görevlerini “hastane tıp hizmetleri yürütme kurulu” adı verilen kurullar eliyle yerine getirmektedir. Hastane klinik ve laboratuvar şeflerinden oluşan bu kurul, tıp hizmetlerinin yürütülmesi ve denetiminde önemli bir işleve sahip bulunmaktadır. Düzenli olarak yapılan kurul toplantılarına müdür ve başhemşireler de katıldığından kurul, aynı zamanda, tıbbi, yönetsel ve hemşirelik hizmetleri arasındaki haberleşme ve eşgüdümü sağlayan bir karma organ olmaktadır. Bu kurul, Alt Bölge Tıp Hizmetleri Kurulunun (ABTHK) hastanedeki uzantısı gibidir.

4.4.2.1.4. Hemşirelik Hizmetlerinin Örgütlenişi

Hastabakım, hizmetiçi eğitim, yönetsel görevler vb.görevleri kapsayan hemşirelik hizmetlerinin örgütlenişinde iki yapı ön plana çıkmaktadır. Birincisinde, ABSÖ başhemşiresi her hastaneye birer başhemşire atmakta ve bu başhemşire hastanedeki tüm hemşirelik hizmetlerinin örgütlenişinden ve yürütülmesinden sorumlu tutulmaktadır.

İkinci yapılanmada, hemşirelik hizmetleri genel hemşirelik, ebelik ve psikiyatri hemşireliği olarak üçe ayrılmakta, hastanelere her uzmanlık alanı için birer sorumlu hemşire atanmaktadır. Bu sorumlu hemşireler kendi alanlarıyla ilgili hizmetlerin örgütlenmesinden ve yürütülmesinden sorumlu bulunmaktadır.

Birinci yapıda başhemşire aynı zamanda hastane yönetim ekibinin üyesi iken, ikinci yapılanmada bu kez sorumlu hemşire bu ekibin bir üyesi olmaktadır.

4.4.2.1.5. Parasal (Mali) ve Destek Hizmetlerinin Örgütlenişi

Bu tür hizmetler hastane müdürünün sorumluluğunda örgütlenip, yürütülmektedir.

Bu yönetim hizmetleri, diyetetik hizmetler, teknik hizmetler, satınalma (tedarik) ve ayniyat hizmetleri, eczacılık ve ambulans hizmetleri, akçalı işler ve halkla ilişkiler ile arşiv, tıbbi kayıt ve personel hizmetleri gibi temel destek hizmetler hastane müdürü tarafından yerine getirilmektedir. Her bir hizmet biriminin sorumlusu (idare amiri) hastane içindeki etkinlikler dolayısıyla hastane müdürüne, mesleki ve teknik konularda ise ABSÖ yönetim amirlerine karşı sorumlu tutulmaktadırlar. Bu bakımdan İngiltere hastanelerinin örgütsel yapısında ABSÖ'lerini de içine alan daha geniş boyutlu bir matrix yapı sözkonusudur (SEÇİM, 1991, 133).

4.4.2.2. Federal Almanya'daki Üniversite Araştırma Hastanelerinin Yönetimi

4.4.2.2.1. Giriş

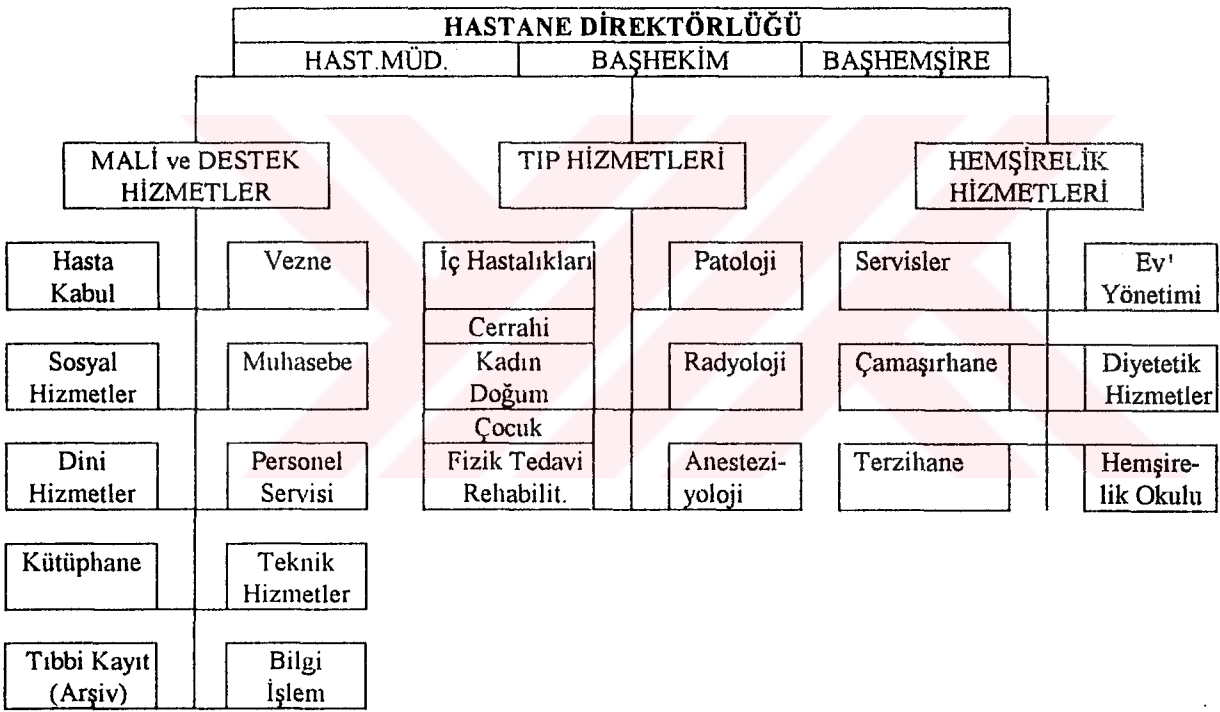
Günümüz Federal Almanya hastanecilik uygulamasında; hastanelerin yaklaşık üçte biri devlet hastanesi (ÜAH'leri dahil), üçte biri kâr amacı gütmeyen özel hastane, üçte biri de kâr amacı güden özel hastane konumundadır (SEÇİM, 1985, 77).

Kâr amacı gütmeyen özel hastanelerin yönetim ve örgütlenme yapıları ABD'deki benzer hastanelerdeki gibi olup, asıl farklılık devlet ve üniversite hastanelerinde görülmektedir. Sağlık hizmetlerinin ülke çapında örgütlenip, yürütülmesinden Federal Gençlik, Aile ve Sağlık İşleri Bakanlığı sorumlu bulunmaktadır. Bu bakanlığın altında eyalet sağlık bakanlıkları, onun altında yerel yönetim sağlık kurulları yer almaktadır. Hastanelerse yerel yönetim sağlık kurallarına bağlı bulunmaktadır.

Hastanelerin iç örgütlenmesinde en üst yönetim organı hastane direktörlüğüdür. İngiltere'deki "hastane yönetim ekibi" ile aynı işleve sahip olan "hastane

direktörlüğü”; hastane başhekim, başhemşire ve hastane müdüründen oluşan bir ekiptir. Hastane iç örgütlenmesinde yürütülen hizmetler üç ana kümede toplanmış olup, bunlar; tıp hizmetleri, hemşirelik hizmetleri ve mali destek hizmetleridir. Bu işlevsel alanlarda yürütmeden sorumlu yöneticiler aynı zamanda, hastane direktörlüğünün üyesi olduklarından üst düzey yönetici konumundadırlar. Bir bakıma üst ve orta düzey yönetim organları birleştirilmiştir (SEÇİM, 1991, 136). Bu durum Çizim 11’de sergilenmiştir.

Çizim 11: Federal Almanya’da Genel Hastane Örgütlenmesi



KAYNAK : (SEÇİM, Hikmet, 1991, 136)

4.4.2.2. Hastanelerin Üst Yönetim Organları ve İşlevleri

Merkezde Federal Gençlik ve Sağlık İşleri Bakanlığı, çevrede (taşrada) Eyalet Sağlık Bakanlıkları ve yerel yönetim sağlık kurulları, hastaneler ve hastanelerde ise hastane direktörlüğü üst yönetim organlarıdır.

Federal Bakanlık, ÷lke d÷zeyindeki sağlık hizmetlerinin planlanması, örgütlenmesi ve yürüt÷lmesinden sorumlu olup, özel ya da kamusal tüm hastanelerin denetim yetkisine sahiptir. Bakanlığın denetim yetkisi Eyalet Bakanlıkları aracılığıyla yerel yönetim sağlık kurullarına devredilmiş, ancak bu yetki akçalı konularla sınırlı olduğundan, yerel sağlık kurullarının hastaneler üzerindeki etkisi oldukça zayıftır.

Federal Bakanlığın temel görevleri, sağlık hizmetleriyle ilgili federal yasaların hazırlanması, ana politikaların belirlenmesi, hizmet ücretlerinin saptanması ve eyalet sağlık örgütleri arasında eşgüdüm sağlanmasıdır (SEÇİM, 1991, 137).

Eyalet Sağlık Bakanlıklarının en temel görevi ise, eyalet içinde bölgesel hastane planlamasının yapılması, eyaletteki sağlık hizmetleri ile sağlık kurullarının denetimidir.

Yerel yönetim Sağlık Kurulları, Eyalet Sağlık Bakanlıklarına bağlı olarak yapılandırılmakta ve yetkili bulunduğu bölgede sağlık hizmetlerini planlamak, hastaneleri denetlemek, koruyucu hekimlik çalışmalarını örgütlemek gibi görevlerle yükümlü tutulmaktadır. Bu kurulların önemli görevlerinden birisi de, hastanelerin başhekim, başhemşire ve müdürlerini atamaktır.

Hastane direktörlüğü, hastane içindeki günlük etkinliklerin yürüt÷lmesi yetkisini kullanmakta, başhekim, başhemşire ve müdürden oluşmaktadır. Görevi, hastanedeki sağaltım hizmetlerini yürütmek ve denetlemektir. Direktörlüğü oluşturan yöneticiler eşit düzey yönetici konumunda olup, bunlardan hastane müdürü, akçalı işler ile destek hizmetlerin yürüt÷lmesinden ve denetiminden sorumludur. Temel tıp hizmetleri ile eczacılık hizmetlerinden başhekim, hemşirelik hizmetlerinden de başhemşire sorumlu olup, başhemşire ayrıca ev yönetimi, diyet hizmetleri, çamaşırhane ve terzihane hizmetlerinden de sorumlu tutulmuştur. Başhemşirenin yüklendiği son hizmetler dışında hastanecilik uygulaması İngiltere'dekine çok benzemektedir.

4.5. Türkiye’de Üniversite Araştırma Hastanelerinin Yönetimi

Önceki bölümlerde ÜAH’lerinin kuruluş ve işleyişine ilişkin genel bilgiler sunulmuş, diğer hastanelerle olan benzerlik ve farklılıkları vurgulanmış, bu bağlamda dünyadaki ÜAH’lerine ilişkin ulaşılabilen bilgiler birkaç ülke örneğinde sunulmaya çalışılmıştır.

Bu bölümde ÜAH’lerinin Türkiye’deki durumu; örgütsel yapıları, yönetim ve denetim biçimleri hakkında temel bilgiler açıklanmış, ÜAH’leri arasında varolan benzerlik ve farklılıklar belirtilmiştir.

4.5.1. Genel Bilgiler

Özel üniversitelere (vakıf üniversiteleri) bağlı hastaneler dışta tutulursa, ülkemizde halen 27 ÜAH hizmet yürütmektedir. Bunlara askeri (üniversite) araştırma hastaneleri (ki iki hastane olup Ankara ve İstanbul GATA olarak bilinir) ile sağlık bakanlığına bağlı, çeşitli eğitim ve araştırma (numune) hastaneleri de eklenirse, ülkemizdeki “ araştırma hastanesi sayısı 50’ye yaklaşmaktadır.

Ancak, konumuz ÜAH’leri olduğundan diğer araştırma, uygulama ve eğitim hastaneleri çalışma kapsamına alınmamıştır.

ÜAH’lerinin sayısı şimdilik 27 olup, 60 dolayında olan üniversitemizin neredeyse tümü, eriştikleri ilk fırsatta araştırma hastanesi kurmaya çalışacaktır. Bu nedenle, bu sayının her yıl artması beklenmektedir. ÜAH’lerinin en eskisi İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Araştırma Hastanesi olup, yaklaşık yüz yıllık geçmişe sahiptir. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Çapa Tıp Fakültesi Hastanesi ve Hacettepe Üniversitesi Hastanesi de en az 30 yıllık (eski) araştırma

hastanelerimizdendir. Son on yılda kurulan araştırma hastanelerine örnek olarak; Gaziantep, Malatya, Sivas, Van ve Antalya kentlerimizdeki üniversitelerin araştırma hastanelerini verebiliriz.

ÜAH'lerinin ülkemiz sağlık alanına yapmış olduğu hizmetsel katkısı örneklendirmek bakımından bir rakam verecek olursak; 1995 yılı kapsamında, yaklaşık 21.000 yatak sayısı ile yine yaklaşık 442.000 yatan hastaya ve 5.300.000 ayaktan gelen hastaya bakılmıştır. ÜAH'lerinin toplam yataklı sağlık kurumları içindeki ağırlığı % 14, yatırılan hastaların oranı ise %9 dolayındadır (SAĞLIK BAKANLIĞI, 1995, 35).

Ülkemizde halen etkinlikte bulunan ve sağlık hizmeti sunan ÜAH'lerinden kayıtlarına ulaşabildiğimiz ve içlerinden seçtiğimiz hastanelerin yatak sayıları, yatak kullanım yüzdeleri (oranları), baktıkları hasta (poliklinik) sayıları ve personel sayıları 1995 yılı bağlamında, genel bir fikir vereceği kanısıyla Çizelge-1'de topluca sunulmuştur. Hastanelerden birkaçı yeni olup, kayda değer bir etkinlik yürütmediklerinden, bir kısmı da aynı kentte birden çok olup, gerek görülmediğinden çizelgeye alınmamıştır. Çizelge-1'e alınan ÜAH'lerinin personel sayıları hekim düzeyinde elde edilebildiğinden, yalnızca uzman ve pratisyen (uzman olmayan) hekimler yazılmıştır.

Çizelge 1: Türkiye'deki ÜAH'lerinin 1995 Yılındaki Durumu

	Yatak Sayısı	Poliklinik Sayısı	Yatak Kullanım %	Personel	
				Hekim	Diğer
Çukurova Üni. Tıp Fak. Balcalı Arşt. Hastanesi	775	277827	67.3	361	
Ankara Üni. Tıp Fak. Cebeci ve İbni Sina Hst.	2214	310983	72.0	814	
Hacettepe Üniv. Tıp Fak. Araştırma Hastanesi	1216	548588	62.0	942	
Gazi Üniv. Araştırma Hastanesi	640	236074	85.1	423	
Antalya Akdeniz Üniv. Araştırma Hastanesi	252	165125	88.5	502	
Bursa Uludağ Üniv. Araştırma Hastanesi	540	290796	65.6	378	
Diyarbakır Dicle Üniv. Araştırma Hastanesi	850	173091	54.7	373	
Trakya Üniv (Edirne) Tıp Fak. Hastanesi	406	165585	63.1	128	
Elazığ Fırat Üniv. Araştırma Uygulama Hast.	209	113357	78.2	201	
Erzurum Atatürk Üniv. Araştırma Hastanesi	600	206290	82.3	312	
Eskisehir Osmangazi Üniv. Araş. Uyg. Hast.	680	73253	56.1	325	
Gaziantep Üniv. Şahinbey Araştırma Hastanesi	104	52391	61.5	115	
Isparta S. Demirel Üniv. Araştırma Hastanesi	125	62836	29.3	96	
İstanbul Cerrahpaşa Tıp Fak. Hastanesi	1893	337923	41.8	929	
Marmara Üniv. Araştırma Hastanesi	287	84905	61.4	243	
İzmir Ege Üniv. Araştırma Hastanesi	1757	496889	71.0	735	
İzmir Dokuz Eylül Üniv. Araştırma Hastanesi	525	316237	83.7	609	
Kayseri Erciyes Üniv. Gevher Nesibe Arş. Hast.	828	136802	65.1	302	
Konya Selçuk Üniv. Tıp Fak. Hastanesi	550	199692	80.5	438	
Malatya İnönü Üniv. T. Özal Tıp .Merk. Hast.	130	75169	75.6	148	
Samsun 19 Mayıs Üniv. Araştırma Hastanesi	635	100.736	66.3	317	
Sivas Cumhuriyet Üniv. Araştırma Hastanesi	528	51.294	54.0	619	
Trabzon-Karadeniz Üniv. Farabi Araştırma Hast.	425	126.090	76.9	297	

KAYNAK: SAĞLIK BAKANLIĞI, (1995) Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yıllığı

4.5.2. Türkiye'deki Araştırma Hastanelerinin Örgüt Yapısı

Tüm ÜAH'leri için geçerli, ölçünleri ve sınırları yasalarca belirlenmiş bir ÜAH örgüt yapısı öngörülmediğinden, burada sunulmuş olan örgüt modeli, belki tüm ÜAH'leri bütünüyle yansıtmayabilir. Ama, tümü hakkında genel bir kanı oluşturacağı düşünülmektedir.

2547 sayılı yasanın "Uygulama ve Araştırma Merkezi" kavramını açıkladığı 3/j maddesi, bu merkezler için; "..... Yükseköğretim kurumlarında eğitim ve öğretimin desteklenmesi amacıyla çeşitli alanların uygulama gereksinimi ve bazı meslek dallarının hazırlık ve destek etkinlikleri için eğitim, öğretim, uygulama ve araştırmaların sürdürüldüğü bir yükseköğretim kurumudur" (HATİBOĞLU, 1995, 12) tanımını yapmakta, bu maddeye dayalı olarak "kurulduğu" öne sürülen ÜAH'leri bu durumda birer "yükseköğretim kurumu" kimliğiyle kurulmuş olmaktadır. Uygulamada her ne kadar ÜAH'leri eğitim, araştırma ve uygulama (öğrenciler bakımından) merkezleri olarak değerlendiriliyorlarsa da, bu hastanelerin temel ve öncelikli işlevleri hastabakımı ve sağlatım hizmetleri olmaktadır. Yasal düzenleme eksikliğinden kaynaklanan bu kargaşa ve belirsizlik (hatta boşluk) zorlama yorum ve koşulluklarla giderilmeye çalışıldığından, bu zorlama ve yapaylık ÜAH'lerinin örgüt ve yönetim yapılarına da yansımaktadır.

Türkiye'deki ÜAH'lerin örgütsel yapısı incelendiğinde, ortak sayılabilecek kimi temel özelliklerin şöyle olduğu görülmektedir:

En başta rektör tarafından görevlendirilen (atanan değil, çünkü atama işlemi için boş ve uygun bir kadro gerekir) ve hastane yönetiminin birinci derecede sorumlusu olarak bilinen başhekim, onun hemen altında hastane başmüdürü, başmüdüre bağlı çeşitli dal (hizmet) müdürlükleri (kimi hastanelerde bir hastane müdürü ile iki müdür

yardımcısı) ve diğer altdüzey yöneticiler (şefler, birim sorumluları, saymanlar vb.) yer almaktadır.

Hastane başmüdürüne bağlı olarak çalışan ve ona karşı sorumlu olan müdürlükler, ÜAH'lerin yatak ve personel sayısına, büyüklüğüne, hizmet yoğunluğuna ve akçalı olanaklarına göre değişen tür ve sayıda oluşturulabilmektedirler. Bir kısım ÜAH'de ise, bu tür dal müdürlükleri yerine başmüdüre bağlı hastane müdürü ve yeterince müdür yardımcısı atanmaktadır.

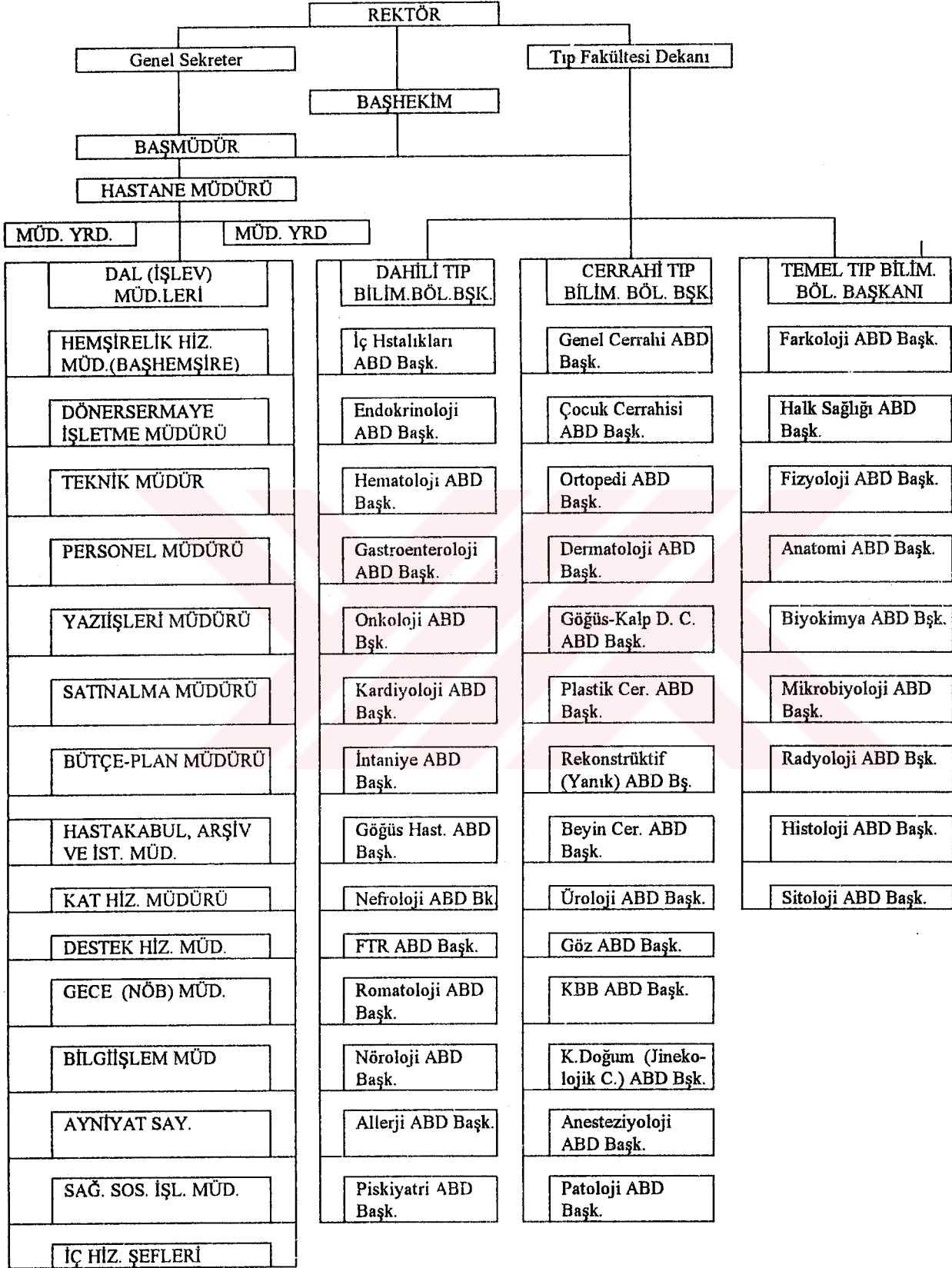
Doğrudan hastane başmüdürüne karşı sorumlu olarak çalışan (sicil yönetmeliğine göre bu müdürlerin ve diğer çalışanların "birinci sicil amiri" hastane başmüdürü, o yoksa hastane müdürüdür.) dal müdürlükleri, sayıları değişmekle birlikte; hemşirelik hizmetleri müdürlüğü, teknik müdürlük, döner sermaye işletme müdürlüğü, satınalma müdürlüğü, yazı işleri ve personel müdürlüğü, hastakabul ve arşiv müdürlüğü, destek hizmetleri müdürlüğü, kat hizmetleri müdürlüğü ve bütçe-plan müdürlüğü gibi müdürlüklerdir. Bu müdürlüklerin oluşturulmadığı ÜAH'lerinde'ise hastane müdürü, müdür yardımcıları, başhemşirelik, dönersermaye işletme müdürlüğü, saymanlık ve gözetmen denilen iç hizmet şeflikleri bulunmaktadır.

Adı geçen dal müdürlükleri ya da diğer yönetim birimleri doğrudan başmüdüre bağlı ve ona karşı sorumlu olmalarına karşın, uygulamada bu işleyiş genelde başhekimler lehine değişebilmektedir. Başhekimlik, yasal anlamda olmayan ve görev, yetki ve sorumlulukları belirlenmemiş zorlama bir organ olmasına karşın, diğer kamu hastanelerindeki başhekimlik uygulamaları ya da hekimlik mesleğinin özelliğinden doğan "meslek egemenliği" anlayışı sonucu, yönetsel organların tümünü yönlendirme, yönetme ve denetleme konularında başhekimler tek yetkili gibi davranabilmektedirler. Bu da yönetimde çok başlılık, karışıklık, yetki zoralımı (gasp) ve tıkanıklıklar yaratmakta, tartışma ve çatışmalara neden olabilmektedir.

ÜAH'lerinde yönetimsel görev ve müdürlüklerin yanında, bir de işlevsel hizmet birim şeflikleri ile akademik anabilim dalı başkanlıkları gibi yönetimsel organlar bulunmaktadır. Tıp Fakültesi dekanına bağlı bölüm başkanlığı, bölüm başkanlığına bağlı anabilim dalı başkanlıkları ve bunlara bağlı birim şeflikleri (sorumluları) oluşturulmuş olup, bu organların başhekimlikle ya da başmüdürlükle yönetimsel bir bağlılıkları yoktur. Bölüm ya da anabilim dalı başkanlıkları akademik birer organ olup, başlarında en kıdemli ve en üst kariyerlerdeki hekimlerden birisi görevlendirilmektedir. Bunların sıradizinsel (hiyerarşik) ilişkileri tıp fakültesi dekanlığına bağlılık çizgisi üzerinde olup, hastane yönetimiyle sicil ilişkileri ya da görev ilişkileri (yönetse! işleyiş anlamında) yoktur. Bu da ÜAH'lerinde iki ayrı örgütlenme yapısı, iki ayrı tepe yönetici ve iki ayrı yönetimsel işleyiş olduğu izlenimini vermekte, başhekimleri neredeyse birer "formalite" konumuna indirgemektedir. Başhekimlerin etkin olup, olamaması bir anlamda kişisel bilgi ve becerilerine kalmaktadır.

Ülkemizdeki ÜAH'lerinin örgütsel yapısını, karmaşık ve belirsiz çizgilerine karşın topluca verecek olursak, Çizim 12'deki yapılanma ortaya çıkmaktadır. Çizim 12'de belirtilmeye çalışılan örgütsel yapı, her bir ÜAH'sini tam olarak yansıtmayabilir, ancak büyük çoğunluğu hakkında genel bir fikir vermektedir.

Cizim 12: Türkiye'deki ÜAH'lerinin Örgütsel Yapısı



Kaynak : Bu çizim araştırmacı tarafından ÜAH yöneticilerinden, doğrudan elde edilen bilgiler yardımıyla oluşturulmuştur.

Çizim 12’de sunulan örgütsel yapıya bakıldığında ilk göze çarpan görüntü; hastaneden çok bir eğitim ve öğretim kurumunu çağrıştırmakta, ancak başhekimlik ve başmüdürlük organları durumu iyice karıştırmaktadır. Hastane başmüdürlüğü ile buna bağlı hizmet müdürlükleri açısından yapıya bakıldığında, diğer hastanelerdeki gibi basit ve anlaşılır bir örgütlenme görülürken, başhekimin durumu örgütsel yapıyı adeta zorlayarak bir yapaylığa, bir anlaşılmazlığa itmektedir. Şayet tıp hizmetlerinin örgütleniş ve işleyişini gösteren “bölüm başkanlıkları” ile onlara bağlı bulunan “Anabilim Dalı Başkanlıkları” doğrudan başhekime bağlı olsalardı, sorun enazından kağıt üzerinde çözümlenmiş olurdu. Ancak, sözkonusu bölüm başkanlıkları ile anabilim dalı başkanlıkları (aynı zamanda hizmetsel bir yönetim organı olmalarına karşın) tıp fakültesi dekanına bağlı ve ona karşı sorumludurlar. Burada başhekimlik dekan ile bölüm başkanlıkları arasında bir yönetim organı olup, rektör yerine dekana bağlı bulunsaydı, belki daha anlaşılır ve gerçekçi bir yapı ortaya çıkabilirdi.

4.5.2.1. Yönetim Organları ve İşlevleri

Yönetim kademesini oluşturan üst yönetim organları, ÜAH’lerine göre farklılıklar göstermekle birlikte, uygulamada kendisini duyumsatan (hissettiren) üç üst organ göze çarpmaktadır.

Bunlar; başmüdürlük, başhekimlik ve anabilim dalı başkanlıklarıdır. Başmüdürlüğe bağlı olmakla birlikte sayılarının çokluğu ve yürüttükleri görevlerin özelliği gereği hemşirelik hizmetleri müdürlüğü, teknik işler müdürlüğü, satınalma müdürlüğü ve dönersermaye işletme müdürlüğü gibi alt müdürlükler de önplanda olan ve ağırlığı duyumsanan yönetim organları arasında yer almaktadır. Hastane yönetim ve yürütme kurulu, enfeksiyon kurulu, deontoloji ve tıbbi etik kurulu gibi, uygulamada pek bir ağırlığı ve işlevi bulunmayan “ formalite” yönetim organları da bulunmakla birlikte, hastane yönetimi açısından etkin organlar değildirler.

4.5.2.1.1. Hastane Başmüdürlüğü

Yasal dayanağını, Yükseköğretim Üst Kuruluşları ile Yükseköğretim Kurumlarının İdari Teşkilatı Hakkında Kanun Hükmünde Kararnamedeki düzenlemeden alan ve buna göre üniveriste genel sekreterliğine bağlı bulunan hastane başmüdürlüğü organı, salt ÜAH'lerine özgü bir yönetim organıdır. Diğer hastane türlerinin hiçbirinde böyle bir yapılanma yoktur. Başmüdürlük, belli oranda ABD ve Avrupa ÜAH'lerinde yer alan ve hastane yönetim kurullarınca atanan "geniş yetkili hastane müdürleri"ni çağrıştırmaktadır. Yabancı hastanelerden esinlenmiş izlenimi veren başmüdürlük, Türkiye'deki ÜAH'lerinde, uygulamada başhekimlikten altta bir organ gibi değerlendirilmektedir. Ancak, yasal bir dayanağı ve kadrosu bulunmayan, rektörlerce görevlendirme yoluyla bu göreve getirilen başhekimler, gerçekte başmüdürlüğün yasal yetkilerini kullanmakta, böylece bir işlevi varmış izlenimi vermektedirler. ABD'deki benzer hastanelerde başhekimlik, (baş) müdürlüğe karşı sorumlu bir organ durumundadır.

Hastane başmüdürleri, uygulamada başhekimlerin önerisi üzerine ya da doğrudan kendi kararıyla rektörler tarafından atanır. Başmüdürlük sıradizinsel yapıda üniversite genel sekreterine bağlıdır ve birinci derece sicil amirleri genel sekreter , ikinci derece sicil amirleri ise doğrudan rektörlerdir. Bu nedenle, kimi ÜAH'de başmüdürlük doğrudan rektöre bağlı ve ona karşı sorumlu olarak çalışmaktadırlar.

Yasal anlamda başmüdürlük (ve hastane müdürlüklerinin) başhekimlere karşı hiç bir sorumlulukları ya da "amir-memur" ilişkileri yoktur. Ancak, uygulamada durum pek böyle değildir. Örneğin, katma bütçeden yapılacak alım ve satım işlerinde, personele ödenecek ücret ve maaşlarda "tahakkuk memuru" başmüdür, "ita amiri" ise başhekimdir. Burada sanki başhekim başmüdürün üstünde, onun amiri konumundadır. Ancak, ita amirliği yetkisi rektör tarafından başka bir görevliye de (sözgelimi dekana, rektör yardımcısına, hatta başmüdüre) devredilebilir bir yetki olduğundan , bu durum çok da önemli bir üstünlük değildir.

Öte yandan hastanenin resmi yazışmalarında, dönersermaye satınalma işlemlerinde başhekimin imzası açılmakta, başmüdürlüğün kullanması gereken “temsil etme” yetkisi de başhekimlikçe kullanılmaktadır. Hizmetin yürütülüş ve işleyişinde, personelin görevlendirme ve görev değişikliklerinde, çalışma mekanlarının, oda ve büroların dağıtım, düzenleme ve donatımında, yine başmüdürlükçe kullanılması gereken karar yetkisi, “zoralım” (yetki gaspı) yoluyla, başhekimlerce kullanılmaktadır.

Hastane başmüdürünün görevleri yetkisine oranla daha çok ve karmaşıktır. En başta gelen görevi, varolan fiziksel, parasal ve insansal kaynakları zamanında, yerinde ve istenilen nitelikte sağlayıp, dağıtarak hastane hizmetlerinin kesintisiz yürümesini sağlamaktır. Yeterli sayıda ve yeterli nitelikte personel sağlamak, bunların görev, yetki ve sorumluluklarını belirleyerek, verimli çalışmalarını sağlamak, eğitmek, yetiştirmek ve hastane hizmetlerine katkılarını artırmak; hastanenin gelir, gider ve harcamalarını planlamak, alım, satım ve ayniyat işlemlerini gerçekleştirmek, destek hizmetler ile teknik hizmetlerin yürütülmesi, eşgüdümü ve sürekliliğini sağlamak, hemşirelik hizmetleri, kat ve poliklinik hizmetleri, hastakabul, arşiv, istatistik, bilgiişlem ve yazışları gibi temel yönetsel işlerin zamanında ve amaca uygun olarak yerine getirilmesini planlamak, örgütlemek, yönlendirmek, eşgüdümlenmek ve denetlemek de başmüdürün görevleri arasındadır.

Hastane başmüdürü tüm bu ve benzeri görevleri, kendisine bağlı olan ve kendisinin önerisiyle bu görevlere “atanan” (atanması gereken) hizmet (dal) müdürleriyle birlikte yerine getirir. Hatta kimi alanlara ilişkin yetkilerini, o alanın birim müdürüne devreder. Örneğin hemşirelik hizmetleri, teknik hizmetler ve dönersermaye hizmetleri gibi. Adı geçen alanlarda “müdür” konumunda görevlendirilen sorumlular da, kendilerine yeterli sayıda yardımcı seçerek, görevlerini yürütürler.

Başmüdür olmadığı durumlarda, aynı görev ve yetkiler, onun yerine bakan hastane müdürüne geçer ve hastane müdürünün emrine yeterli sayıda müdür yardımcısı görevlendirilir.

Hastane başmüdürünün anabilim dalı başkanlıkları ile olan ilişkileri dikey değil, yatay bir ilişkidir, aralarında ast üst bağlantısı yoktur ve hizmetin yürütülmesi bağlamında işbirliği içinde çalışırlar. Anabilim dalının yürüttüğü hizmetlerde çalışan tüm yönetsel personelin yönetsel başı (amiri) başmüdür, işlevsel (görevini yapma) üstü ise anabilimdalı başkan ya da birim şefleridir. Bu tür yerlerde çalışan personelin bir bakıma çift “amiri” bulunmaktadır.

4.5.2.1.2 Başhekimlik

Yasal bir düzenlemeye dayanmayan; görev, yetki ve sorumlulukları sonradan çıkarılan yönetmeliklerde belirtilen ve ÜAH’lerinde yeri bulunmayan başhekimlik organı, aslında bir “olupbitti” nin ürünüdür. Madem ki devlet hastanelerinde başhekimlik makamı vardır ve madem ki bu makam en tepe yönetim organıdır ve madem ki ÜAH’leri de birer hastanedir, burada da bir başhekimlik organı olmalıdır ve başhekim burada da en üst, en yetkili yönetici sayılmalıdır. Bu mantık ve anlayıştan yola çıkılarak, rektörlerce görevlendirilen, “asaleten atanması” mümkün olmayan başhekimler, rektörlerin kendilerine sağladıkları, dolaylı destek ve yetkileri kullanarak ÜAH’lerini yönetmeye kalkışmaktadırlar. Olmayan yetki ve makamın kullanacağı yetki de yasal olmayıp, başmüdürlüğün yetkileri gaspedilerek, başhekimlik yetkisiymiş gibi kullanılmaktadır.

Koşutluk kurularak, zoraki oluşturulan başhekimlik organı, uygulamada hastane adına karar alıp, uygulatan, hastaneyi temsil eden ve rektöre karşı sorumlu bulunan yönetim organı konumunda değerlendirilmektedir. Ancak bu durum birçok karışıklığa ve sıkıntılara yol açmaktadır. Özellikle bölüm ve anabilim dalı başkanlıkları ile hastane yönetiminin ilişkilerinde tam bir “kaos” yaşanmaktadır.

Oysa ABD ve Avrupa ülkelerinde başhekimler, yalnızca tıp hizmetlerinin ve hekimlerin temsilcisi ve yöneticisi konumunda görev yapmaktadırlar ve hastane üst yönetiminin salt bir parçası (ögesi) durumundadırlar.

4.5.2.1.3. İşlevsel Yöneticiler

Hastane yönetimi içinde doğrudan yer almamakla birlikte, tıp hizmetlerinin yürütülmesinden sorumlu tutulan ve sıradizinsel yapılanmada tıp fakültesi dekanlığına bağlı görev yapan işlevsel yöneticiler, ÜAH'lerinde önemli bir konuma sahiptirler. Başlıca üç temel "bölüm başkanlığı" ile her bölüm başkanlığına bağlı çeşitli "anabilim dalı başkanlıkları" bulunmaktadır.

İşlevsel yöneticiler, kendi dallarında sunulan sağlıksal hizmetlerin yürütülmesi, örgütlenmesi, yönlendirilmesi ve denetiminden sorumludurlar. Görevleri nedeniyle doğacak sorunlarda, resmi muhatapları tıp fakültesi dekanları olup, hastane başhekimleriyle herhangi bir yasal bağlılık, ast üst ilişkileri yoktur. Başhekim ve başmüdürlerle olan ilişkileri, işbirliği ve yardımlaşma çerçevesindedir. İşlevsel yöneticiler, aynı zamanda eğitim, öğretim hizmetlerinde görev yapan öğretim üyesi ünvanına sahiptirler. Bu konuları nedeniyle de çift meslekli yönetici özelliği taşımaktadırlar. Atanmaları ya da yönetici konumunda görevlendirilmeleri, bölüm başkanının önerisi ve tıp fakültesi dekanının onayı alındıktan sonra rektörlükçe gerçekleştirilmektedirler. Bu yönleriyle de başhekimlerin konumundan daha sağlam ve anlaşılır bir işlevleri vardır.

4.5.2.2. Diğer Hizmet Birimleri ve Alt Düzey Yönetim Organları

ÜAH'lerindeki üst yönetimi oluşturan başmüdürlük, başhekimlik ve işlevsel yöneticilikler (bölüm ve anabilim dalı başkanlıkları) dışında daha alt düzeyde örgütlenmiş bulunan ve alanlarına göre üst yönetim organlarına bağlı olarak çalışan hizmet birimleri ve yardımcı yönetim organları da bulunmaktadır. Bunlar,

Üretilen hizmetleri eylemli olarak ve birinci derecede uygulayıcı konumunda bulunan yardımcı (destek) yönetim organlarıdır. Yine bunlardan bir kısmı “komiteler” ya da “kurullar” biçiminde oluşturulmuş oldukları halde, uygulamadan doğan çeşitli sorunlar nedeniyle pek etkin değildirler. Örneğin; enfeksiyon kurulu, tıbbi etik kurulu, hastane yönetim ve yürütme kurulu gibi oluşumlar, genelde ad olarak bulunmakta, ancak herhangi bir işlevleri uygulamaya pek yansımamaktadır.

Ayniyat saymanlığı, başeczacılık, diyetisyenlik, sosyal hizmetler ve halkla ilişkiler, laboratuvar hizmetleri, arşiv, hastakabul ve istatistik birimleri, yazıişleri ve personel işleri, teknik işler, hemşirelik hizmetleri ve gece nöbetçi müdürlükler, iç hizmetler şeflikleri ve güvenlik hizmet sorumluları gibi hizmet birimleri ve bunların sorumlusu, yöneticisi konumunda olanlar, diğer yardımcı yönetim birimleridir. Gerçekte bu birimlerin ve birim amirlerinin tümü hastane başmüdürüne bağlı olmalarına karşın, uygulamada başhekimlerin de bu birimlere karıştığı ve sorumlularına görev (emir) verdikleri görülmektedir.

5. TÜRKİYE'DEKİ ÜNİVERSİTE ARAŞTIRMA HASTANELERİNİN YÖNETİM SORUNLARI

Bu bölüm 2 altbölümden oluşmaktadır. Birinci altbölümde (5.1.'de) seçilen ÜAH yöneticileri ile yapılan görüşmeler iki altbaşlık halinde verilmiştir. İkinci altbölümde ÜAH'lerin yönetim sorunları ve bu sorunların kaynakları üzerinde durulmuş, sorunlar altbaşlıklar biçiminde sıralanarak açıklanmıştır.

5.1. Seçilen ÜAH Yöneticileri ile Yapılan Serbest Görüşmeler

Türkiye'deki ÜAH'lerinden 7 tanesi seçilerek, bu hastanelerin ulaşılabilen üst düzey yöneticileri ile, önceden belirlenen görüşme konuları hakkında "serbest" görüşmeler yapılmış, yöneticilerin bu konudaki görüş ve düşünceleri, metin içinde, konuların akışına bağlı olarak yansıtılmıştır. Serbest görüşme yapılırken üzerinde durulan konular, daha çok hastanelerin sorunları olarak yansıyan ve yönetimlerin uygulamalarıyla bağlantısı bulunan konular olarak belirlenmiştir.

Seçilen ÜAH'leri; bölgesel konum, büyüklük, eski ya da yeni kuruluş olma durumu ve bölgesel dağılım gibi ölçütlere dikkat edilerek seçilmiş, yapılan görüşmeler; görüşme konuları ve görüşülen ÜAH yöneticileri iki altbaşlıkta sunulmuş, yöneticilerin görüşleri, "yönetim sorunları" başlığı altında yer ve konu geldikçe metin içine yansıtılmış, görüşme biçimi "serbest" olduğu için ve belli bir süre sınırlaması bulunmadığından ayrı bir bölüm halinde verilmemiştir.

5.1.1. Görüşme Konuları

Aşağıdaki (5.1.2) altbaşlığında adları verilen ÜAH yöneticileriyle şu konular üzerinde serbest görüşmeler yapılmıştır:

- 1- Varolan ÜAH yönetimlerinin etkinliği ve verimliliği hakkındaki görüş ve düşünceler.
- 2- Önemli ve öncelikli olduğu düşünülen yönetim sorunları ve bu sorunların somut örnekleri.

- 3- ÜAH'lerindeki yönetim ve yürütme kurulu gibi kurulların gerekliliği ve etkinliği hakkındaki görüşler.
- 4- Üniversite rektörleri ile ÜAH yöneticileri arasındaki ilişkilerin değerlendirilmesi.
- 5- ÜAH yönetimleri ile tıp fakültesi dekanları arasındaki ilişkiler ve sorunlar.
- 6- Başhekimlik organının yönetsel işlevi ve sınırlandırılması konusu.
- 7- ÜAH yöneticilerinin belirlenme ve atanma biçimi.
- 8- ÜAH yönetimlerinin bölgedeki resmi-sivil kuruluşlar ve toplumsal örgütlerle olan ilişkileri.
- 9- ÜAH bulunan yerleşkelerdeki (kentlerdeki) diğer hastane ve sağlık kuruluşlarıyla oluşturulabilecek ortaklık konseyi ya da "havuz sistemi" hakkındaki görüşler.
- 10- Verimlilik ve etkinlik açısından özerklik, özelleştirme ya da yerelleşme konularına bakış.
- 11- Bütünleşik ÜAH yönetim modeli konusunda görüşler.

5.1.2. Görüşme Yapılan ÜAH'ler ve Yöneticiler

Türkiye'deki ÜAH'lerini temsil ettiği düşünülen ve bölgesel dağılım, büyüklük, yeni ya da eski olma gibi kimi ölçütlere de dikkat edilerek seçilen toplam 7 ÜAH'nin serbest görüşme yapılan üst düzey yöneticilerinin adları aşağıda sunulmuştur.

1. Ankara-Hacettepe Üniversitesi Araştırma Hastanesi'nden Hastane Personel Müdürü Hasan KABAÇAM.
2. İzmir-Dokuz Eylül Üniversitesi Araştırma Hastanesi'nden Hastane Müdürü Tefik EKER.
3. Eskişehir-Osmangazi Üniversitesi Araştırma Hastanesi'nden Hastane Müdürü Mustafa CANPAS.
4. Adana-Çukurova Üniversitesi Balcalı Araştırma Hastanesi'nden Hastane Müdürü Hüseyin KENDİK.
5. Trabzon-KTÜ Farabi Araştırma Hastanesi Başmüdürü Terşat TANRIVERDİ.

6. Diyarbakır-Dicle Üniversitesi Araştırma Hastanesi Başmüdürü
Doç.Dr.Remzi OTO.

7. Elazığ-Fırat Üniversitesi Araştırma Hastanesi Başmüdürü Emrullah
ERTÜRK.

Görüşmeler 1997 yılı içinde değişik tarihlerde yapılmış ve görüşler aşağıdaki başlıklarda özetlenerek sunulmuştur.

5.2. ÜAH'lerinin Varolan Yönetim Sorunları ve Bu Sorunların Nedenleri

Türkiye'deki ÜAH'lerinin önemli ve öncelikli sorunları yanında, tüm hastanelerle ortak olan ve kısa dönemde çözümü zor görünen genel sorunları, ayrıca salt ÜAH'lerin ya da üniveristelerin özelliklerinden kaynaklanan kimi sorunları da bulunmaktadır.

ÜAH yönetim sorunlarının bir bölümü yasal düzenlemelerin yetersiz olması ya da hiç olmamasından kaynaklanırken, bir diğer bölümü yöneticilerden, çalışanlardan, akçalı konulardan ve bir bölümü de çevresel ve toplumsal (diğer) nedenlerden kaynaklanmaktadır.

5.2.1. İşletmecilik Anlayışı ve Kuruluş Amacından Kaynaklanan Sorunlar

ÜAH'leri öncelikle araştırma ve eğitim amaçlı hastaneler olup, üretilen hizmetin verimli ve etkin olmasından çok, toplumsal yarar ve kamusal çıkar gibi genel (toplumsal) amaçlar daha önplanda tutulabilmektedir. Yönetime ve yöneticilere yansıyan işletmecilik anlayışı bir özel işletme gibi kâr ve kazanç elde etme amacına yoğunlaşmadığı için; uygulamada yönetimler etkili görünse bile, yönetimlerin çalışmaları verimli olmayabilmektedir. Yönetimlerin etkin ve verimli olamaması, kimi zaman yöneticilerin tutum, davranış ve yapılarından, kimi zaman çalışanların niteliğinden ya da parasal sorunlardan kaynaklansa da, asıl neden ülkedeki varolan sağlık politikası ve hastanecilik anlayışının hatalı olmasından kaynaklanmaktadır.

Ülkenin sağlık politikasını ve hastanecilik (hastane işletmeciliği) anlayışını oluşturan, ya da en azından yönlendiren özeysel yönetimin (siyasal iktidarın) öncelikleri ve alana yönelik olarak belirlediği felsefe değişmediği sürece, genel olarak hastanelerin ve buna bağlı olarak da ÜAH yönetimlerinin etkin ve verimli olabilmesi zor görünmektedir. Görüşülen ÜAH yöneticileri de aynı yönde görüş bildirerek, varolan yönetimlerin etkin ve verimli olamadıklarını belirtmişlerdir. Örnek olarak Hacettepe ÜAH yöneticisi; etkin ve verimli çalışmayı bozan etmenlerin başında başhekimlerin konumunu göstermiş ve şimdiki yönetim anlayışıyla yönetimlerin etkin ve verimli olamayacağını belirtmiştir.

5.2.2 Yasal Düzenlemenin Yetersizliği ve Eksikliği

Türkiye'deki ÜAH'leri yasal bir düzenlemeden yoksun olarak kurulmakta, herhangi bir yasaya dayanmamaktadır. Tıpkı, temeli olmayan bir bina gibi dayanaksız, temelsiz ve bir tür "olup bitti" ürünü olarak kurulan bu hastaneler; görünürde 2547 sayılı Yüksek Öğretim Yasası'nın üçüncü maddesi ile Sağlık Bakanlığınca çıkarılan 1982 tarihli Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliğine "dayandırılmış" izlenimi içinde kurulmaktadır.

Ancak, 2547 sayılı Yüksek Öğretim Yasası'nın üçüncü maddesinin (j) fıkrasında yer alan ve "Yükseköğretim Kurumlarında eğitim ve öğretimin desteklenmesi amacıyla çeşitli alanların uygulama ihtiyacı ve bazı meslek dallarının, hazırlık ve destek etkinlikleri için, eğitim, öğretim, uygulama ve araştırmaların sürdürüldüğü bir yükseköğretim kurumudur" (HATİBOĞLU, 1995, 12) biçiminde tanımlanan, uygulama ve araştırma merkezleri kapsamında yorumlanmaktadır. Uygulama ve araştırma merkezleri doğrudan rektöre bağlı olup, buraların yöneticileri (merkez müdürleri) de rektör tarafından atanmaktadır. Araştırma hastaneleri de sözde aynı mantığa dayandırılarak "araştırma, uygulama merkezi" (hastanesi) biçiminde düşünülmekte, rektörce ataması yapılan bu merkezin (hastanesinin) başındaki yöneticiye de "merkez müdürü" yerine, başhekim denilmektedir. Bu uygulama görünürde akla ve

mantığa uygun düşse de, iki temel nedenle anlamsız ve dayanaksız kalmaktadır. Bir kere yükseköğretim mevzuatında “başhekim” ünvanı (ya da organı) yer almamakta, uygulama ve araştırma merkezleri; üniversitenin önerisi (teklifi) üzerine Yükseköğretim Kurulu’nun verdiği izinle kurulmakta ve üniversitelerin senatolarınca çıkarılan bir yönetmelikle tüzel kişilik kazanırken, ÜAH’leri için böyle bir işlem ya da uygulama bulunmamaktadır. Herhangi bir yönetmelik ya da tüzük gibi bir yasal (hukuksal) düzenlemeye dayanmamaktadır (ÖZCAN, 1994,22).

Bu nedenle bazı ÜAH’lerinin kuruluştan yıllar sonra bir “ yönetmelik” çıkarılma yoluna gittikleri gözlenmektedir. Oysa bu tür düzenlemelerin belli bir yasaya dayanması “hukuk devleti” olmanın gereğidir. Yasal dayanağı olmayan bir düzenleme ile kurulan ya da işletilen bir kuruluş da “boşlukta” kalmakta,çeşitli hukuksal karmaşa ve sorunlara yol açmaktadır.

Öte yandan bir kısım ÜAH’lerinin de her hangi bir yasal dayanak arayışına girmedikleri, bir diğer ÜAH kümesin de Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği hükümlerini öykündüğü (taklit ettiği), böylece Devlet Hastaneleriyle bir koşutluk oluşturmaya çalıştıkları anlaşılmaktadır.

Kuruluş ya da işletme aşamalarında izin alınmadan ve yasal bir dayanağı olmadan, yasal bir işlem sürecini geçirmeden oluşturulmuş bulunan şimdiki ÜAH’lerinin başhekimlik organı ile bu organın kullandığı yetkiler de hukuksal dayanaktan yoksundur. Örneğin, ÜAH’leri başhekimlerinin “ita amirliği” ya da “tahakkuk memurluğu” gibi, parasal kaynak harcama, ödeme yetkileri bir bakıma “gasp edilmiş yetki”, yasaya dayanmayan yetki durumunda görünmektedir.

Yasal düzenleme sorunlarından bir diğeri de hastane başmüdürlüğü organı ile sağlık hizmetlerinin uygulamadaki sorumluları sayılan anabilim dalı başkanlıklarının başhekimlerle olan ilişkileri ve görevlerinden dolayı ortaya çıkan kargaşadır.1983 tarih ve 124 sayılı” Yükseköğretim Üst Kuruluşları ile Yükseköğretim Kurumlarının İdari

Teşkilatı Hakkında Kanun Hükmünde Kararname” de, Üniversitelerin yönetsel yapısı kapsamında Üniversite Hastanesi Başmüdürlüğü”nden sözedilmektedir. Aynı, kararnameye göre üniversitelerin yönetim örgütünün (idari teşkilatının) başı ”genel sekreterler” görünmektedir. Bu durumda üniversite hastanesi başmüdüğü de genel sekretere bağılı bulunmaktadır.

ÜAH’lerinin servis, laboratuvar, poliklinik, ameliyathane, yoğunbakım ve acil gibi birimlerinde görev yapan ve bir anabilim dalının başkanı konumunda olan “işlevsel yöneticiler” , o anabilim dalında görevli en yüksek akademik ünvanı taşıyan öğretim üyeleri arasından atanmaktadır. Bu yöneticiler, “sicil amirleri” olan tıp fakültesi dekanına karşı sorumlu olduklarından, hastane başhekimleriyle olan ilişkileri ve yasal konumları belirsizdir. Rektörlerce atanan başhekimlerin profesör dışında bir ünvana sahip olmaları durumunda (ki bu olasılık her zaman çok yüksektir) bu ilişkileri iyice içinden çıkılmaz duruma sokmaktadır. Bir yanda sorumlu olunan dekan, diğeryanda “yetkisiz yetkili” hastanenin başhekimini.

Yönetsel hizmetlerden (akademik sağıık hizmetleri dışında) sorumlu bulunan hastane başmüdüğü ile anabilim dalı başkanlarının hastane başhekimliğine bağılı bulunmamaları, sözde en üst yönetici olan başhekimleri yetkisiz kılmaktadır. Hiyerarşik bir üst yönetim organı olarak yetkilendirilmeyen başhekimliğin bu belirsiz durumu hem yönetim boşluğu doğurmakta, hem de tıp hizmetlerinin yürütülmesinde karışıklığa yol açmaktadır.

Ancak “yetkisiz yetkili” başhekimlerin bu belirsiz durumu varolan ÜAH yönetimlerini hem yetki karmaşasına, hem verimsizliğe ve hem de “zaaafiyete” (etkisizliğe) itmektir. Diğeryöneticilerin ve çalışan tüm personelin verimliliğini ve moral durumunu da olumsuz yönde etkileyen yasal düzenleme yetersizliği ya da eksikliği, görüşme yapılan ÜAH yöneticileri tarafından da dile getirilmiş ve bu eksikliğin yol açtığı sıkıntılar vurgulanmıştır.

5.2.3. Yöneticilerden Kaynaklanan Sorunlar

Üniversite araştırma hastanelerinde görev üstlenen yöneticiler ile bu yöneticileri atayan ya da denetleyen üst yöneticiler, kimi zaman yeterli uzmanlık ve liyakattan yoksun olabilmektedirler. Kimi zaman da politik, ideolojik, dinsel ya da bölgesel nedenler (hemşehrilik gibi) hastane yöneticilerinin belirlenmesi ve atanmasında etkili olabilmektedir. Hak etmeyen kişilerin, hak etmedikleri yol ve yöntemlerle, hak etmedikleri görevlere (yöneticiliklere) getirilmeleri hastane hizmetlerinin verimsizleşmesine ve yönetimde yetersizliklere yol açmaktadır.

Sözgelişi, hastanenin üst yöneticisi olarak tanımlanan başhekimlerin yasal sıkıntılar yanında, bir de yeteneksiz, yetersiz ve beceriksiz kişilerden, liyakat ilkesinin koşullarını taşımayanlardan atanması, hem hastane yönetimi, hem de kişinin mesleki kariyeri bakımından birçok olumsuzluğa neden olabilmektedir.

Başhekimlik ile yardımcıları, aslında meslek memurluğu niteliğinde bir görev olup, bu görevlere hekim mesleğinden kişilerin atanması gerekirken, hekim olmayan kişilerin de (örneğin, eczacı, sosyal çalışmacı, hemşire, psikolog, fizyoterapist vb) bu görevlere atandıkları görülmektedir. Çeşitli öznel etmenlerin dürtüsüyle yapılan bu tür görevlendirmeler yönetimin niteliği açısından olumsuz sonuçlara yol açmaktadır.

Benzer yanlışlık ve öznel uygulamalar hastane başmüdürlüğü, başhemşirelik ve anabilim dalı başkanlıkları gibi diğer yöneticilikler için de sözkonusu olabilmektedir. Yönetim ve işletmecilik konusunda hiç eğitim alamamış ya da deneyim sahibi olmayan birilerinin başmüdürlük gibi üst düzey bir göreve getirilmesi, o yönetim açısından büyük sıkıntılara yol açmaktadır.

Yöneticilerden kaynaklanan sorunları, temelde iki kümeye ayırmak olanaklıdır. Birincisi yöneticiler nitelik olarak yetersiz (eğitim, yetenek, bilgi düzeyi, beceri, deneyim, tutum ve davranış gibi), ikincisi ise nicelik olarak yetersizlik söz konusu olabilmektedir. Hastanenin yatak sayısı, personel sayısı ve iş yoğunluğu gibi etmenlere

göre değişen yönetici sayısı, kimi zaman yetersiz olmakta, karmaşık örgütler olan hastanelerin yoğun ve ağır yükü altında bir ya da iki yöneticinin ezildiği, işlere yetişemedikleri görülmektedir. Elbette burada sayısal yetersizlikten çok, niteliksel yetersizlik ya da yeterlilik daha önemli olmaktadır.

Yöneticilerin, yeterli ve uygun uzmanlık alanında (hastane yöneticiliği, işletmecilik ve genel yönetim gibi) eğitim görüp, görmedikleri, yeterli bilgi, beceri ve deneyime sahip olup olmadıkları, yöneticilik yeteneğine ve yeterliliğine, mesleki uzmanlığına sahip olup, olmadıkları son derece önemli olup, bir yetersizlik ya da eksiklik sözkonusu olduğunda sorunlar ağırlaşmaktadır. Genel bir eğilimden söz etmek gerekirse, yeterlilik yerine “boyuneğicilik” (itaat), uzmanlık yerine “uymanlık” (varolan ortamın koşullarına göre değişkenlik), deneyim yerine de “bizden” lik gibi genel bürokrasi hastalığının egemen olduğunu söylemek pek de yanlış olmaz.

Görüşülen ÜAH yöneticilerinin en çok yakındığı ve üzerinde durdukları sorunların başında, yöneticilerin profesyonel olmadığı, farklı alanlarda uzmanlaşanların yönetici yapıldığı, özellikle başhekimlerin hekimlik ve tıp hizmetleri dışındaki alanlara karışmalarının pek çok soruna yol açtığı gibi sorunlar gelmektedir.

5.2.4. Çalışanlardan Kaynaklanan Sorunlar

Genelde tüm hastanelerin ortak sorunu olan ve bir bölümü de çalışanlardan kaynaklanan sorunların başında “nitelik” (kalite) sorunu gelmektedir. Üretilen hizmete, yapılan işe ve gerçekleştirilen etkinliğe “en uygun” insan bulunup, görevlendirilmesi gerekirken, bunun her zaman böyle olmadığı (çoğunlukla da tersinin yaygın olduğu) görülmektedir.

Nitelik denildiği zaman da, en başta akla gelen etmen “eğitim” ve “deneyim” olmaktadır. Hastane yöneticilerinin de temel sorunları arasında yer alan, “eğitimli, deneyimli ve uzmanlaşmış olmak” koşulları diğer çalışanlar için de önem taşımaktadır.

Bu bağlamda ÜAH'lerinde çalışan sağlık personeli ya da öteki mesleklerden olanlar; yeterli eğitim, deneyim ve mesleki uzmanlığa (yeterliğe) sahip değildirler. Çalışanlardan önemli bir bölümü "sağlık personeli" kavramı ile adlandırılmakta (ebe, hemşire, hekim, eczacı, sağlık teknisyeni, diyetisyen, fizyoterapist gibi) ve bunlar "...ülke gereksinimleri (ve hastane istemleri)" doğrultusunda bir eğitim almamakta, okul sonrası eğitimleri (işbaşı ve hizmetiçi eğitimleri) oldukça yetersiz kalmaktadır. Ülke düzeyine ve hastanelere dağılımları dengesiz, belirli bir sağlık plan ya da izlencesi olmaksızın açılan çeşitli okullarda ve yeteneksiz ellerde yetiştirilmektedirler. Mesleki tanım ve örgütlenmeleri tam değildir (SAĞLIK BAKANLIĞI, 1993, 53).

Mesleki yeterlilik ve eğitim bakımından ele alındığında "sağlık personeli" sınıfının dışında kalan diğer çalışan mesleki kümeler (memurlar, teknisyenler, hastabakıcılar, aşçılar, sürücüler, terziler, yardımcı hizmetliler vb.) için de nitelik sorunu son derece önemli boyutlardadır. Bir çoğu yaptıkları işe uygun eğitimden geçmemiş, bir bölümü farklı alanda eğitim görüp, uzmanlaştığı halde, çeşitli öznel nedenlerle hastanede çalışmakta, yine bir başka bölümse o alanda eğitim görmesine karşın, kendisini geliştirmediğinden, bilgi ve görgüsünü yenileme yetisine sahip olmadığından ve yeterli bir "hastane bilinci" ne sahip bulunmadığından nitelik sorunu sözkonusu olmaktadır.

Çalışanlardan kaynaklanan sorunlardan birisi de sayısal olarak yetersiz insanla iş yapılması, eksik ve yanlış personelle hizmet üretilmeye çalışılmasıdır. Nitelik yönünden yetersiz personel; bir de uzmanlaşmadığı, gönülsüz ve isteksiz davrandığı, eğitimine pek uymayan bir alanda çalıştırıldığı zaman, üretilen hizmette etkinlik ve verimlilik de düşmektedir.

Çalışanların sayısal olarak eksik olması yanında nitelik olarak yetersiz kalmaları, görüşülen ÜAH yöneticilerinin de paylaştığı ortak sorunlardan biri olmuştur.

5.2.5. Akçalı Sorunlar (Kaynak Yetersizliği)

ÜAH'lerinin en önemli ve öncelikli sorunu belki de parasal kaynak sorunudur. Devletin bütçeden ayırdığı pay sürekli azalırken, hastane harcamalarının dönersermaye gelirlerinden karşılanma oranı sürekli artış göstermektedir. Örneğin 1990 yılında bütçeden ayrılan pay % 40, dönersermaye gelirlerinden ayrılan pay % 60 dolayında iken (TOKAT, 1993, 27), bu oran 1991'de % 35 ile % 64 biçiminde gerçekleşmiştir. Bu oranın günümüzde % 80-85 dönersermaye gelirleri payı ve % 15-20 genel bütçe payı biçiminde olduğu kestirilmektedir.

Özellikle yeni kurulan ve gelişmesini tamamlayamayan ÜAH'leri açısından sorun oluşturan bu kaynak dağılımı, devletin sağlık politikasına verdiği önceliği ve önemi de yansıtmaktadır. Gelişmiş ülkelerde sağlığa verilen önem ile ülkemizdeki duruma bakıldığında da çok belirgin bir farklılık göze çarpmaktadır. Örneğin gelişmiş ülkelerde sağlığa yapılan harcamaların GSMH'ya oranı %15'lere ulaşmışken, bu oran ülkemizde % 4'lerde seyretmektedir (ŞENATALAR, 1992, 16).

ÜAH'leri ileri teknoloji kullanan, pahalı ve kapsamlı yatırımlara öncelik veren, dünyadaki sağlıksal gelişmeleri ve yenilikleri izleyen, bu nedenle de sürekli parasal kaynağa gereksinim duyan eğitim, araştırma kurumlarıdır. Hem tıp öğrencilerine en yeni ve son bilgileri aktarmak, hem de en son sağlık teknolojilerini sağlayarak, kullanmak durumunda olan ÜAH'leri, devletçe yeterli destek sağlanmadığı için, daha çok kendi olanaklarını zorlamakta, dönersermaye gelirlerini artırmak ve gereksinimlerini buradan karşılamak için de, daha çok sayıda hastaya hizmet vermek zorunda kalmaktadırlar. Bu da uluslararası hastabakım ölçünlerinin gerisinde kalan bir sağlatım hizmetlerini getirdiğinden "hasta kaçışına" yol açmaktadır. Hoşnut olmayan müşterinin başka satıcı araması gibi, hoşnut edilemeyen hastalar da başka sağaltım yol, yöntem ve yerlerine yönelmektedirler. Büyücü, üfürükçü, cindar, efsuncu, hoca, ocak, şeyh, tekke, yatır ve benzeri yerlere olan istemdeki (sağlık kaynaklı) artış biraz da bu nedenle özendirilmiş olmaktadır.

Öte yandan kısıtlı ve yetersiz sağlanabilen akçalı kaynaklar (para, kredi, teknoloji, bilgi vb) bir de verimsiz kullanılmaktadır. Kaynakların verimsiz kullanılmasında ÜAH'lerindeki yönetici ve çalışanlarının katkısı kadar, devletçe uygulanan temel sağlık politikasının da payı sözkonusudur. Bir yerleşkede üretilen sağlık hizmetinin uzmanlaşmış tek bir kuruluştan sunulması yerine, her sağlık kuruluşunun aynı hizmeti vermeye kalkışması, hastane hizmetlerinin özel, kamusal hemen herkes tarafından sunuluyor olması, eşgüdüm sorunu kadar, kaynak sorununa da yol açmaktadır.

Bu ve benzeri nedenlerle hastanelerin üretim etkinlikleri verimli ve etkin olamamakta, varolan kaynaklar ve hizmet ölçeği (kapasite) eksik kullanılmakta, parasal ödenek yetersizliği gibi sorunlar da eklenince şimdiki durumu ile hastaneler %' 20 oranında eksik hasta kabulü (sağlık hizmet sunumu) ölçeği ile çalışmaktadırlar (TEKİN, 1987, 293). Elbette bu durum parasal kaynak kaybı anlamına gelmektedir.

Kaynakların verimsiz ve savruk kullanılmasının bir başka göstergesi de; ÜAH'lerinin öngördükleri (ya da öngörmedikleri) hizmet öncelikleri ile gerçekleşen hizmet üretimi arasında bir bağlantı kuramamaları, kurulan bağlantıyı kısa sürede yitirmeleri olup, diğer sağlık kuruluşları gibi bir "kaynak savurma çarkı"na dönüşmeleridir (TTB, 1992, 8).

ÜAH'lerinin akçalı kaynak gereksinim düzeyi ile kullandığı kaynakların etkinlik-verimlilik durumu belli değildir. ÜAH'lerinde üretilip, sunulan hizmetlerin (sağaltım, araştırma, eğitim, tanı vb.) maliyeti ile parasal kaynağı (finansman biçimi) hakkındaki veriler, kayıtlar ve bilgiler de yeterli değildir. Yetersiz olan veriler bu alanda gerçekleşen toplam kaynak kullanım miktarını da belirsizleştirmektedir. Öte yandan ayaktan bakım ve sağaltım hizmetlerinin maliyeti hiç bir hastane tarafından hesaplanmamakta, bu da gerçek kaynak gereksinimini belirlemede güçlükler yol açmaktadır (DÜNYA BANKASI, 1986, 51).

Varolan sağlık ve hastanecilik dizgesi ÜAH'leri için yeni kaynaklar yaratma ve kullanmayı önleyici bir yapı sergilemektedir. Akçalı yönden özeğe bağımlılık, kendibaşına karar verememe ve yeni kaynaklar üretebilecek esnekliğe fırsat tanımama nedeniyle hastaneler sürekli para sıkıntısı çekmekte, bunu çözmeye çalışan yöneticilerse bir biçimde engellenmektedir. Özetle vurgulamak gerekirse kaynaklar hem yetersiz hem de dengesiz dağıtılmaktadır. Varolanlar da verimsiz kullanılmakta, savurganlık ve yanlış kullanımlar olmakta, varolan hastanecilik dizgesi yeni kaynaklar üretmeye kapalı, özeğe bağımlılık ana kural olup denetim düzeneği işlememektedir.

Parasal kaynak sıkıntısı ve yeni kaynak yaratamama, eldeki kaynakları da serbestçe kullanamama ve ita amirlerinin bu konuda engelleyici tavır takınmaları ÜAH yöneticilerin de ortak kaygıları arasında yer almıştır.

5.2.6. Üniversitelerin Özelliğinden Kaynaklanan Sorunlar

ÜAH'lerini diğer kamu hastanelerinden ayıran özelliklerden biri, eğitim ve araştırma etkinliklerine tanıdıkları yer ile ileri basamak sağlık hizmetlerinin ve yüksek teknolojinin buralarda egemen olması gerçeğidir. Bunun nedenlerinden birisi kuşkusuz üniversitelerin bilim ve eğitim kurumları olmaları ve bunu öğrencilerine öğretmeye çalışmalarıdır. En azından bilim, bilgi, teknoloji ve düşünce (özgür düşünce) üretim ve öğretim özeği olma savları, üniversiteleri diğer pekçok kurumdan ayırmaktadır. Bu kapsamda ÜAH'leri de diğer hastanelerden farklı olarak eğitim ve araştırma hizmeti sunma, çağdaş ve gelişmiş sağlık teknolojisi kullanma, daha ileri düzeyde ve ayrıntılı inceleme, tanı ve sağaltım yöntemlerine başvurma gibi etkinlikler yönünden özgül kimi sorunlara konu olmaktadır.

Bu sorunların başında bilim üreten ve öğreten insanların "yöneticilik" (rektörlük, dekanlık, müdürlük, başhekimlik ve başkanlık vb. gibi) ya da "deneticilik" görevleri gibi farklı uzmanlık gerektiren alanlarda kullanılmaları ve gerçek mesleklerinde verimli, başarılı bilimadamı olamamaları gelmektedir. ÜAH'leri bunun

ilginç örnekleri ile doludur.Örneğin, beyin cerrahisi ya da kadın doğum dalında iyice uzmanlaşmış, profesör konumuna ulaşmış bir tıp ve bilimadamının başhekim olarak atanması ya da en azından bölüm başkanı yapılması (çok gerekli bile olsa) o insanı ikiye bölmekte, her iki alanda da verimsiz ve başarısız olmasına neden olmaktadır. Aynı şekilde bir kalp cerrahının ya da göz uzmanının dekan ya da rektör olarak atanması,yönetimsel bir görevin ağır sorumluluğu altına sokulması o kişiyi başarısız ve verimsiz kılabilmektedir.

ÜAH'lerinin yasal sorunları yanında,doğrudan rektöre bağlı olmaları, yönetsel personelin başmüdüre, akademik personelinse tıp fakültesi dekanlığına bağlı olması yönetimsel konularda çift başlılık ya da birden çok sıralı amirle çalışma gibi sorunlara yol açmaktadır.

Üniversiteler bilim özekleri olmalarına karşın,bilimsel yönetim ilkeleri yerine “siyasal” öncelikler ve kişisel birtakım etmenler buralarda da hizmetlerin yürütülmesinde olumsuz etki yaratabilmektedir. Hastanelerdeki yönetici ve çalışan diğer personelin üniversite rektörlerince atanması yerel bir karar olarak olumlu gibi görünürken, bu denli denetimsiz ve aşırı yetki, rektörleri birer yerel (ya da bölgesel) özek konumuna getirmektedir. Bu da hastanelerin yönetimini zorlaştıran etmenlerden birisi olarak değerlendirilmektedir.

Görüşülen ÜAH yöneticilerinden bir kısmı, ÜAH yöneticilerinin rektörler tarafından atanmasının sıkıntılara yol açtığını belirtmiştir. Önemli bir bölümü ise yöneticilik mesleğinin farklı alanda uzmanlaşanlarca kullanılmasının yanlışlığı ve sakıncaları üzerinde durmuştur.

5.2.7. Yönetim Birimleri Arasındaki Kopukluk ve İletişim Sorunları

Genel olarak hastaneler iletişim ve eşgüdüm sağlamada güçlük çekilen örgütlerdir. Birimler ve yöneticilerarası ilişkiler hem dikey, hem de yatay kanalların kullanılmasını gerektirmektedir. Bu iletişim ve haberleşme güçlükleri ÜAH gibi kapsamlı ve büyük kurumlarda daha da ağırlaşmaktadır.

Dikey iletişim ve haberleşmenin en tepesinde bulunan rektör ile ÜAH yönetimi ve ÜAH üst yöneticisi ile en alttaki bir çalışan arasında iletişim kurmak ya da bir ileti alışverişi gerçekleştirmek, çok uzun ve karmaşık bir süreci ya da yolu zorunlu kılmaktadır. Hatta kimi zaman birden çok kanalın (yatay, dikey) kullanılması gerekmektedir. Sürecin ya da yolun uzun ve karmaşık olması, işlerin çoğunlukla ivedilik gerektirdiği hastanelerde çok önemli iletişim, haberleşme ve eşgüdüm sorunlarına yol açmaktadır.

ÜAH yönetimlerinin varolan önemli yönetim sorunlarından birisi de hem yöneticilerin kendi aralarında, hem yönetim birimleri ile hizmet birimleri arasında, hem de yöneticiler ile çalışanlar arasında (ve çalışanların kendi aralarında) iletişimin kopuk ya da yetersiz olması, yanlış ve hatalı iletilerin çokluğu ile birimlerarası eşgüdümün yetersiz olmasıdır.

Serbest görüşme yapılan ÜAH yöneticilerinin de belirttikleri ortak görüşteki gibi başhekimle, akademik işlevsel yöneticiler arası ilişkilerin belirsiz ve kopuk oluşu, başhekimle dekanın herhangi bir bağlarının bulunmaması, başhekimle rektör arasındaki ilişkilerin kurumlaşmış ilişkilerden çok, kişisel ilişkiler düzeyinde seyretmesi, başhekim ve başmüdür ya da müdür arasındaki ilişkilerin yasal anlamda belirsiz olması ve kişisel ilişkilerin burada da ağırlık taşıması, yine başhekimle altdüzey yöneticilerin ve çalışanların ilişkilerinde, sık sık yetki aşımı ve “herşeye karışma hastalığı”nın egemen oluşu gibi nedenler tüm ÜAH yönetim kademelerinde iletişim ve haberleşme

sorunlarına yol açmakta, kopukluk ve eşgüdümsüzlüklere neden olmakta, bu da yönetimleri etkisiz ve verimsiz kılmaktadır.

Görüşülen ÜAH yöneticilerinin tümü, yöneticilerle birimler ve kişiler arasında iletişim ve haberleşme sorunu olduğu konusunda benzer görüşler dile getirmişlerdir.

5.2.8. Çevredeki Toplumsal Kuruluşlar ve Diğer Hastanelerle İlişkilerden Kaynaklanan Sorunlar

ÜAH'ler çevresel etkileri ve toplumsal maliyetleri yüksek kuruluşlar olup, yer aldıkları çevrede iyi ilişkiler kurabildikleri ve çevrenin (çevredeki kuruluşların) katkısını kazandıkları ölçüde başarılı olabilirler. Bu anlamda, varolan sorunlarının önemlice bir bölümü çevreyle olan ilişkilerinin düzgün ve düzeyli olmamasından kaynaklanmaktadır. Bu tür sorunları, aslında kolayca çözümlenebilecek ÜAH'lerin, "iyi ilişki" kurabilecek, kurumlaşmış organları ya da dizgeleri bulunmamaktadır.

Bu eksikliğin bir sonucu olarak, kendi birimleri arasında iletişim ve eşgüdüm sorunları yaşayan ÜAH'ler, çevresel kuruluş ve örgütlerle de aynı sorunları yaşamaktadırlar. Ne sivil toplum kuruluşları, ne resmi kurum ve kuruluşlar ve ne de diğer hastaneler (ve sağlık örgütleri) iyi örgütlenmiş bir bölgesel ya da ülkesel eşgüdüm organının öncülük ve önderliğine sahiptir. Varolan ilişkiler tümüyle kişisel çaba, ilgi ve beceriye bağlı bulunmaktadır. Özellikle hastanelerarası iletişim ve işbirliği olanaklarını artırıcı çabaların eksikliği ve ortak bir organın (eşgüdüm kurulu gibi) bulunmaması, hem ekonomik anlamda kaynak savurganlığına ve kayıplarına yol açmakta, hem de gereksiz yere (birçok alanda) uzman personel kullanımına ya da arandığında uzman bulunamamasına neden olmaktadır.

Sivil ve resmi bir çok kurum ve kuruluşun parasal ya da parasal olmayan (tinsel ve moral) destek ve katkısını sağlama olanağı varken, yeterli düzeyde ve uygun araçlarla kurulamayan iletişim, yapılamayan işbirliği ve çeşitli nedenlerle gereksinim

duyulmayan ya da önemsenmeyen yardımlaşma olanakları, hem ÜAH'leri, hem de diğer hastaneleri sıkıntılara sokmaktadır.

ÜAH'nin bulunduğu bölgede yer alan sivil ya da resmi kurum ve kuruluşlarla ilişkileri geliştirip, hastane adına onların katkı ve yardımlarını sağlayacak, bölgesel çaplı bir eşgüdüm ya da işbirliği organının olmaması, yine o bölgedeki hastanelerarasında kimi alanlarda işbirliği yapmayı sağlayacak ortak bir kurul ya da organın bulunmaması ÜAH yönetimleri açısından sorun oluşturmaktadır.

Görüşme yapılan ÜAH yöneticileri de aynı doğrultuda görüş bildirerek, ÜAH yönetimlerinin sorunları arasında bölgesel eşgüdümsüzlük ve iletişimsizlik sorununu da vurgulamıştır.

5.2.9. ÜAH'ler Arası Eşgüdüm Sorunları

Sadece bölgesel ya da yerel düzeyde değil, ulusal (ya da ülkesel) düzeyde de iletişim sorunları yaşayan ÜAH'ler arasında işbirliği olanakları araştırıp, geliştirecek, belirli temel ölçün ve ölçütler belirleyerek, bunları ÜAH'lere benimsetebilecek, ÜAH'ler arasında bilgi, deneyim, uzmanlık ve teknoloji alışverişi gerçekleştirmede aracılık edebilecek ve kaynak bölüşümünde gerçekçi gereksinimlerin ilkelerini ortaya koyabilecek bir özerk oluşumun bulunmaması önemli sıkıntılara yol açmaktadır. Bu sıkıntılar ekonomik ve parasal boyutlu olabildiği gibi, insansal ve araçsal (teknolojik) da olabilmektedir.

Doğu bölgemizdeki bir ÜAH'ye başvuran bir hasta, başka bir işleme gerek kalmaksızın aynı anda Ankara ya da İstanbul'daki herhangi bir ÜAH'ye başvurmuş gibi kabul edilmediği sürece, insanlar kendilerini sağlık güvenliği içinde hissedemeyecektir. Böyle bir güvenceyi gerçekleştirebilmek için de ülke çapında eşgüdüm gerçekleştirebilecek özerk ve bilimsel bir eşgüdüm özeğine gereksinim duyulmaktadır.

Ülke koşullarına uygun “merkezi bir kurum” bulunmadığından çeşitli sorunlar yaşanmaktadır. Her ÜAH kendi olanaklarıyla ve kendi sorunlarıyla başbaşa kalmakta, birinden diğerine herhangi bir katkı ya da yardım sözkonusu olmamaktadır.

Görüşülen ÜAH yöneticilerin görüş birliği içinde olduğu noktalardan birisi de bu kopukluğun ve eşgüdümsüzlüğün var oluşu, büyük bir sorun olarak hissedilişi, iletişim ve haberleşme olanaklarını geliştirerek bir kurumlaşmanın önemli olduğu gerçeği olmuştur. Hem bölgesel, hem de ülkesel düzeyde örgütlenmiş bir eşgüdüm özelliğinin olmaması tüm yöneticiler tarafından da büyük bir eksiklik olarak benimsenmektedir.

5.2.10. Diğer Sorunlar

ÜAH'lerin yönetimine ilişkin sorunlar, salt yukarıda sıralanan sorunlardan ibaret değildir. Bu sorunlar ile bunların temelinde yatan çeşitli etmenler her bir hastaneye (ÜAH) göre değişebilmektedir. Batıda ya da doğuda, küçük kentte ya da büyük kentte bulunan ÜAH'ler ile yeni açılan ya da yerleşmiş, oturmuş bir ÜAH'nin sorunu ve öncelikleri albette aynı değildir.

Hacettepe, Cerrahpaşa ve İbn-i Sina Tıp Fakültesi hastaneleri gibi kurumlaşmış, kökleşmiş ve birçok sorununu çözmüş hastaneler yanında, henüz kuruluş ve örgütlenme sorununu tamamlayamamış ÜAH'leri de bulunmaktadır. Örneğin; Gaziantep, Malatya, Elazığ, Sivas ve Van gibi doğu bölgemizde yer alan illerdeki ÜAH'leri gibi. Bu ve benzeri yeni hastaneler, henüz kuruluş ve örgütlenmelerine ilişkin temel sorunlarını (fiziksel mekan, altyapı, ulaşım vb) bile çözümlenmiş değildirler.

O halde ÜAH'lerin kuruluş ve işleyişine ilişkin sorunları, yerel ve ulusal güç odaklarının buraları etkileme ve yönlendirme çabaları, yönetimle ilgili alanın dışında uzmanlaşmış kişilerin yönetici yapılmaları, kimi meslek kümelerinin diğerleri üzerinde

egemenlik kurma tavırları, içinde bulunulan bölgenin fiziksel, kültürel ve demografik özellikleri gibi etmenler de ÜAH'lerin yönetimini etkileyen ya da ona kaynaklık eden diğer sorunlardır.

Hastane yönetiminde demokratik ve katılımcı bir anlayışın yer bulması, daha çok katılım, daha özerk ve yerelleşmiş bir yönetim, yerel yönetimlerle daha sıkı ve verimli ilişkiler, çalışanların özlük hakları konusunda söz ve karar sahibi olabilmeleri, eşit ise eşit ücret ilkesinin geçerli kılınması, personel alımında hastane yönetimlerinin de söz sahibi olabilmesi, doğru ve gerekli teknolojinin zamanında sağlanması, bilgi ve iletişim dizgelerinde sağlanan teknolojik gelişmeler ile tıp teknolojisinde elde edilen yeniliklerin zamanında sağlanması gibi önemli sorunlar, ÜAH'lerinin önünde duran ve çözüm bekleyen diğer sorunlardır.



6. TÜRKİYE İÇİN MODEL OLABİLECEK ÖZGÜN BİR ÖRNEK: TURGUT ÖZAL TIP MERKEZİ (TÖTM)

ÜAH'leri, yönetim ve örgütlenme yönünden henüz bir örnek oluşturacak düzeye ulaşamamışlardır. Hemen her üniversite bir tıp fakültesi açma yoluna gitmiş, tıp fakültesini kurar kurmaz da burayla bağlantılı bir araştırma hastanesine sahip olma yolunu seçmiştir. Diğer kamu hastanelerinde olduğu gibi ÜAH'lerini düzenleyen, kuruluş ve işletme kurallarını belirleyen ve ülke düzeyinde genellemeye gidebilecek bir yasal düzenleme (hastane kuruluş yasası) bulunmadığından, bu güne değin kurulan tüm ÜAH'leri sorunlu ve sancılı dönemler yaşamışlardır. Yasal düzenleme boşluğu ve bundan kaynaklanan kargaşa halen sürmekte olup, belli bir ölçün (standart) yakalamak oldukça güç görünmektedir.

Belli bir yasal düzenleme sorunu olmasına ve ÜAH'lerini çeşitli yönlerden sıkıntıya sokmasına karşın, ÜAH'lerinin bir bölümü en azından sağlık hizmeti üretme niteliği yönünden belli bir ölçünün üzerine çıkmayı ve diğer bir çok kamu hastanesine örnek olmayı başarabilmiştir.

Turgut Özal Tıp Merkezi henüz kurulma, oluşma ve kurumlaşma aşamalarını tamamlamadığı halde, örnek olarak alınıp incelenmiş, diğer ÜAH'lerine örnek oluşturabileceği varsayımı öne sürülmüş, bu savın gerekçeleri ve nedenleri aşağıdaki başlıklarda açıklanmaya çalışılmıştır.

Turgut Özal Tıp Merkezi (TÖTM), diğer ÜAH'lerine örnek oluşturan bir özelliğe sahip midir? Diğerlerinden farklı ya da benzer yönleri nelerdir? Neden örnek olabileceği düşünülmüştür? Bu sorular aşağıda kısaca yanıtlanmıştır.

6.1. Turgut Özal Tıp Merkezi'nin Örnek Seçilme Nedenleri

27 üniversite araştırma hastanesi arasından Turgut Özal Tıp Merkezi (Araştırma Hastanesi) gibi henüz kuruluşunu bile tamamlamamış bir hastanenin seçilmesi ve diğer ÜAH'lerine örnek gösterilmesi bir çelişki gibi görülebilir. Ancak bunun nedenleri ve gerekçeleri açıklandığında, konuya daha olumlu yaklaşılacağı ümit edilmektedir.

Turgut Özal Tıp Merkezi, yaklaşık 8 yıllık geçmişi olan, ancak gerçek kimliğine henüz kavuşamayan, bunun sancı ve sıkıntılarını yaşayan bir araştırma hastanesi olmasına karşın, kimi nedenlerle örnek seçilmiştir. Bu nedenler ana başlıklar ve kısa açıklamalar biçiminde aşağıya çıkarılmıştır.

1. TÖTM Özgün Bir Tasarımdır (Projedir): Fizik yapı, mimari ve kullanılan teknoloji ile yapı gereçleri bakımından çok farklı ve ülkemizdeki özgün ilk bina tasarımlarından birisidir. Böylesine görkemli ve dikkat çekici bir fiziksel yapı hiç bir hastane tasarımında kullanılmamıştır.

Hastane binasının büyüklüğü, görkemi ve kapsadığı alanın yanında, tasarımda kullanılan yapı gereçleri; havalandırma, aydınlatma, ısıtma, soğutma, güvenlik, yangın algılama ve önleme dizgeleri ile merkezi müzik yayını, çağırma ve uyarı düzeneği, yüksek katlara iniş, çıkış araçları (asansörler), acil, yoğunbakım, laboratuvar, ameliyathane ve hastabakım birimleri, buralarda kullanılan araç, gereç ve donanımın niteliği başka hastanelerdekilerle kıyaslanamayacak kadar özel ve özgündür. Gerek teknik düzeyde gerekse tıbbi cihaz düzeyinde olsun, tasarlanan ve kullanılan teknoloji hem en son model, hem de uzun erimli, planlı düşünmenin bir ürünü olup, fiziksel yapının salt mimari güzelliği, temizliği ve niteliği değil, yapının sağlamlığı ve dayanıklılığı da ön planda tutulmuştur. ABD'deki Methodist Hospital'ın Türkiye koşullarına uyarlanmış ve daha da geliştirilmiş bir mimari türevidir.

2. TÖTM Çevreye ve Doğaya Saygılı ve Uyumlu Bir Kuruluşur:

Ülkemizdeki tek, dünyadaki sayılı arıtımevine sahip hastanelerden biri olan TÖTM, bina çevresinde yarattığı yeşil alanın büyüklüğü ve güzelliği yanında, evsel ve sağlıksal hastane atıklarının toplanıp, taşınması ve yok edilmesi konularında da özgün tasarımları ve birimleri bulunan bir tıp merkezidir. Arıtımevine ek olarak bir de çöp yakma ve yoketme tesisine sahiptir.

Kent özeğinin 12 km dışında olmasına karşın çevre temizliğine ve güzelliğine özel bir önem veren TÖTM, tüm sıvı atıklarını arıtma dizgelerinden geçirilmeden doğaya bırakmamakta, ısıtma özeğinde kullanılan yakıt, artığının havayı kirletmemesi için özel süzgeçler (filtreler) kullanılmaktadır. Bu anlamda iç ve dış görünümüyle de çevreye örnek bir tasarım sözkonusudur.

3. TÖTM Bölgesel Kalkınma Amaçlı ve Özellikli Bir Ekonomik Tasarımdır

(Yatırımdır): Güneydoğu Anadolu Projesi (GAP)' nden sonra doğu bölgemizde gerçekleştirilen ikinci büyük pahalı yatırım olan TÖTM, kurulduğu bölgenin kalkınması, sağlık olanakları için başka bölgelere giden insanların bu bölgede tutularak büyük bir savurganlığın önüne geçilmesi ve insanların sağlık gereksinimlerini yerinde karşılaması bakımından da önemli bir ekonomik yatırımdır. Üreteceği hizmetlerin türü ve kapsamı yanında, diğer yatırımlara sağlayacağı girdi, sunacağı pazar olanakları ile de bölgesel özellikli bir kalkınma tasarımıdır. Projeyi önemli bulan ve öne çıkaran etmenlerden birisi de kuşkusuz kurulduğu coğrafi bölgenin konumudur, yani Doğu Anadolu'da yer almasıdır.

4. TÖTM, Toplumsal ve Kültürel Etkinlikleri Yüksek Olan Bir Tasarımdır:

Bölgede yaşayan insanlar için "aş" ve "iş" kapısı da olan TÖTM, başlangıçta öngörülen hedeflere ulaştığında yeni bir sağlık kültürünün oluşmasına ve toplumsal dokunun bu tasarım aracılığıyla dönüşmesine katkı yapacaktır. Salt bölgenin değil, ülkenin; hatta ülkelerin kimisine sağlık ve sağaltım hizmeti verme savıyla kurulan TÖTM, tıpkı ABD'deki Methodist Hospital gibi bir sağlık turizmi çekim özeği

yaratabilecek özelliklere sahiptir. Bu nedenle de bölge ölçeğini aşan, ulusal sınırları zorlayan ve uluslararası alanda etkileri bulunabilecek bir tıp merkezi tasarımı olarak değerlendirilmektedir.

5. TÖTM, Örnek Bir Sağlık Tasarımı ve Örnek Bir ÜAH Modelidir:

Kullanılan ve getirilen teknoloji yanında, hedeflenen hizmetler (ki bu hizmetler sağaltımdan öte eğitim ve araştırma hizmetlerini amaçlamaktadır) yönünden de örnek olacağı varsayılan TÖTM, bu varsayımı gerçekleştiriminin önağımı olarak çalıştırdığı personelin büyük bir kısmını (6 ila 12 ay süreli kurslar biçiminde) ABD'ye göndermiş, bilgi, görgü ve deneyimlerinin artırılmasını sağlayarak, daha nitelikli sağlık hizmeti sunma ereğini gerçekleştirme yolunda önemli bir aşama katetmiştir. Bu etkinlik halen düzenli bir biçimde sürdürülmektedir.

6. TÖTM Tüm Araştırma ve Uygulama Hastaneleri İçin Örnek Olabilecek Bir Yönetim ve Yapılanma Tasarımıdır:

Yasal sıkıntılar nedeniyle herbirisi farklı bir yapılanmaya ve işleyişe sahip bulunan ÜAH'lerinin örnek alıp, uygulayacakları bir model yoktu. İşte bu eksikliği tamamlayacak ve genel geçerli bir model olabilecek ÜAH tasarımı gereksinimini TÖTM projesi karşılayacaktır. Bunun içinde başlangıçta öngörülen ilkelerden, yönetim ve örgütsel yapıdan ödün verilmemelidir. Siyasal etkilenmelerden uzak, bilimsel ölçütlerin ve kaygıların egemen olduğu, kayırmacılık ve kolaycılığın yer bulamadığı bir tıp merkezi olarak düşünölen TÖTM, hedefine yaklaştığı ölçüde örnek olma savını ileri sürmeye devam edebilecektir. Aksi halde, çağdaş ve görkemli yapısıyla kocaman görünümlü, "dışı güzel içi yavan" bir tasarım olarak, diğeri bir çokları gibi tarihteki hüznölü yerini alacaktır.

6.2. TÖTM'ni Tanıtıcı Bilgiler

6.2.1. Kuruluş ve Tarihçe

Turgut Özal Tıp Merkezi'nin tarihçesinde iki ayrı tarihin ve iki ayrı açılışın önemi büyüktür. Halen hizmet yürütülen binanın yapımı sürerken, hastane Malatya Devlet Hastanesi'nin ek binalarında, 21 Temmuz 1990 yılında "İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi" adıyla hizmete açılmıştır. Tıp Fakültesi Dekanlığı ile Sağlık Bakanlığı arasında yapılan bir sözleşme (protokol) uyarınca ve geçici süreyle hastaneye devredilen bina ve eklentileri 6 yıl boyunca "Araştırma Hastanesi" olarak bölge halkına hizmet vermiştir.

İlk hizmete alındığında 30 yataklı, küçük bir hastane olan "Araştırma Hastanesi", 1991 yılında 87, 1992'de 96, 1993'de 110, 1994 ve 1995'de 130'ar yatak sayısına ulaşmış, yeni binasında hizmete alındığı 1996 yılında ise önce 316, daha sonra da 340 yatak sayısı ile hizmet vermeye başlamıştır. Kuruluşuyla birlikte sunmaya başladığı kimi hizmetler ve hastanenin kimi temel verileri çizelge 2'de yıllara göre ve topluca sunulmuştur.

Çizelge 2: TÖTM Araştırma ve Uygulama Hastanesinin 1991-1996 Yılları Arası Etkinlikleri ve Kimi Önemli Verileri (*)

	T A R İ H L E R					
	1991	1992	1993	1994	1995	1996
Yatak Sayısı	87	96	110	130	130	316 **
Yatak Kullanım Yüzde (%)	6	18	83.3	95.4	75.2	72.4
Poliklinik Sayısı	17.904	25.206	39.121	79.095	75.169	68.704
Ameliyat Sayısı	176	541	840	1424	2698	2859
Yatan Hasta Sayısı	668	1428	2650	4944	5265	4697
Yönetimsel Personel Sayısı	34	63	90	96	100	148
Hemşire Sayısı	40	74	82	80	102	110
Geçici İşçi ***	20	42	89	94	98	100
Tetkik Sayısı	2504	9266	68.312	73.791	98.402	101.217
Lab. Sayısı	4	5	7	11	11	16
Servis Sayısı	11	17	20	20	20	23
Poliklinik Tür Sayısı	12	14	16	20	20	24
Ameliyathane Sayısı	2	2	3	4	4	6
Döner Sermaye Geliri ****	1.272.213	5.294.832	25.670.298	74.494.454	148.510.352	324.883.715

* Çizelgede sunulan veriler kesinlik içermemekte, hastane çalışma yazanakları ve istatistik dökümlerinden elde edilebilen veriler sergilenmektedir.

** 1996 yılı sonunda bu rakam 340'a ulaşmış olup, 1997 yılına yansıtılmıştır.

(***) Asgari ücret üzerinden çalıştırılıp, ücretleri hastane dönersermaye gelirlerinden ödenen ve daha çok yardımcı hizmetli konumunda çalıştırılan geçici konumlu personeldir.

(****) 1000 TL. Gider rakamlarına ulaşamadığından, yalnızca gelirler verilmiştir.

İlk hizmete açıldığında "Araştırma Hastanesi adıyla bilinen Turgut Özal Tıp Merkezi'nin ikinci asıl hizmete (yeni yerinde) açılması 1996 Temmuz ayında gerçekleşmiştir. Bu tarihten sonraki adı "Turgut Özal Tıp Merkezi" olarak değiştirilmiştir.

6.2.2. Tıp Merkezi Projesinin Kuruluş Amaçları

Tıp merkezi daha tasarı halindeyken, kimi temel amaçlar ve ölçünler öngörülmüştür. Böylesine görkemli ve kapsamlı tasarımın amaçları ve öngördüğü ölçünler, bölge ölçeğinin de ötesinde ulusal ve uluslararası sınırların aşılabilceği beklentisi üzerine oturtulmuştur.

Tıp merkezi tasarımının amaçları:

1. Sağlık hizmetlerinde niteliği (kaliteyi) yükseltmek ve hizmetin ülke yüzeyine yayılmasını sağlamak,
2. Sağlık alanındaki yeni bilgi, bulgu ve teknolojilerin ülkemize aktarımını (transferini) sağlamak,
3. Yeni ve özgün bir "çekim özeği" oluşturarak, bölgesel kalkınmayı hızlandırmak,
4. Sağlık hizmetleri alanında dışa açılmayı ve dünyadaki sağlık hizmeti yarışına etkin bir biçimde katılmayı sağlamak,

5. ABD'nin gelişmiş Tıp Merkezlerinden bilgi, deneyim ve teknoloji aktarımı ile çağdaş sağlık hizmeti için yeni ve çağdaş bir örnek (model) oluşturmak,
6. Sağlık ve sağaltım alanında uluslararası işbirliği ve yardımlaşma ortamı ve anlayışı geliştirmek,
7. Bölgesel kalkınmaya katkıda bulunarak, bölgelerarası dengesizliği gidermeye çalışmak olarak özetlenebilir.

6.2.3. Tıp Merkezinin Teknik ve Fiziksel Özellikleri (Tasarım Bilgileri)

Türkiye'nin 8. Cumhurbaşkanı Turgut ÖZAL tarafından 23 Temmuz 1990 tarihinde temeli atılan ve kendi adını taşıyan Turgut Özal Tıp Merkezi (TÖTM) tasarımı, devletin ÜAH'leri içinde özel bir önem ve öncelik verdiği ender tasarımlardan birisidir.

Malatya'daki İnönü Üniversitesine bağlı olarak kurulan TÖTM, kentin 10 km kadar dışında ve doğrusunda, 309 nolu karayolu (Malatya-Elazığ Karayolu) üzerinde, 7000 dönüm alanı bulunan üniversitenin yerleşim bölgesi içinde yer almaktadır.

Sağlık ve sağaltım hizmetleri alanında ülkemizin önemli ve en çağdaş hastane ve tıp merkezi tasarımı olan TÖTM; dünyadaki sayılı projelerden birisidir ve dünyanın altıncı büyük tıp merkezi sayılmaktadır.

TÖTM, ülkemize teknoloji aktarımı (girişi) sağlayan, dış kredili bir tasarım olup, Avrupa Sosyal Kalkınma Fonundan 60 milyon \$'lık kredi kullanılmıştır. Yeni bir 60 milyon \$'lık kredi sağlanmış durumdadır ve işlemleri bitmek üzeredir.

Tıp merkezi tasarımı (projesi), çağdaş teknolojinin sunduğu tüm olanaklardan yararlanılarak, hastane hizmeti ile eğitim, araştırma ve uygulama etkinliklerinin gerçekleştirilebileceği her türlü altyapı ve ortamı sağlayacak biçimde planlanmış ve tasarlanmıştır. Hastane ve tıp merkezi konusunda kazandıkları deneyimlerden

yararlanmak üzere, ABD'den (Texas houston'dan) DE BAKEY Consulting Group ile Türkiye'deki Tümaş (Mühendislik ve Müşavirlik) firmasından danışmanlık hizmeti alınmıştır.

Önemli teknik özellikleri ve yapı teknolojisi bakımından değerlendirildiğinde tıp merkezinin şu temel nitelik ve ölçünlere sahip olduğu görülmektedir:

1. TÖTM, 24.000 m²'lik bir alan üzerine oturtulmuş olup, birbirine bağlı 26 birleşik yapıdan (bloktan) oluşmaktadır. Toplam kapalı alanı 124.000 m²'dir.
2. 16 katlı hasta yatak kulesi, 5'er katlı yoğun bakım birimleri, 7 katlı ve 3 birleşik yapıdan oluşan araştırma ve uygulama laboratuvarları, 4 katlı poliklinik (hastabakım ve inceleme) birimleri ile tanı, sağaltım, acil servis, ameliyathane, yönetsel birimler ve hasta bekleme salonlarının bulunduğu yapılardan oluşmaktadır.
3. Merkezde dışa açılan pencere bulunmamakta, binanın tüm kapalı alanlarında ısıtma, soğutma ve havalandırma olgusu; değişik çap ve büyüklükte 46 tane iklimlendirme (klima) düzeneği, 28 tane soğutma gereci (grubu) ve 66 tane temizleyici düzenekten (aspiratörden) oluşan gelişkin (yetkin) bir iklimlendirme dizgesi ile gerçekleştirilmektedir.
4. Binanın dış duvarlarında ısı yalıtımı yüksek olan "gaz beton" duvar gereçleri, reflektif (tek yönlü görüntü sunan) camlar ve ısı önlemleri alüminyum taşıyıcılardan oluşan giydirmeye yüzey, iç bölme duvarlarında ise alçıpan bölme yapı gereçleri kullanılmıştır. "Sihhi tesisat" denilen su borusu, lavabo, banyo ve tuvalet yapım düzeneklerinde ses yapmayan ve mikrop barındırmayan özel nitelikli borular ve gereçler kullanılmıştır.
5. Hastanede 600 normal hasta ve 120 yoğun bakım yatağı olmak üzere 720 yatak öngörülmüştür.
6. Acil hastalık ve yaralanmalarda kullanılmak üzere bir tane "Acil Ambulans Helikopter Dizgesi" ve iniş-kalkış alanı tasarlanmıştır.
7. Merkezde 26 tane hijyenik (sağlıklı) ameliyathane planlanmış ve yapılmış olup, bunlar teknik açıdan en çağdaş ve yetkin teknoloji ile donatılmışlardır.

8. Hastane içinde, düşey doğrultuda hasta ve personel dolaşımı, çeşitli ölçekli 27 tane asansörle sağlanmaktadır.
9. Tıp merkezi içerisinde bilgi iletişimini sağlamak ve “internet” gibi bilgi işletim olanaklarından kolayca yararlanmak üzere “Data Network” düzeneği döşenmiş, 1200 m dolayında “fiber optik kablo” (süper iletken) kullanılmıştır.
10. Tıp merkezinde kurulması öngörülen” bina otomasyon sistemi” ve iklimlendirme, orta ve alçak gerilimli elektrik dizgesi ile yangın güvenlik dizgeleri (yangın algılama, uyarma ve söndürme düzeneklerini kapsayan) büyük ölçüde bitirilmiş ve devreye alınmıştır.
11. Hastanedeki, hasta yatak odaları, yoğunbakım birimleri ve ameliyathanelere yönelik olmak üzere,özeysel (Merkezi) tıbbi gaz dizgesi ve çeşitli tipte pendartlar (hasta bakımında gereken ve kullanılan her türlü araç,gereç ve cihazların aynı anda takılarak, kullanılabileceği çok amaçlı teknik bir düzenek) kurularak, hizmete sunulmuştur.
12. Yangın güvenliğini en etkili biçimde sağlamak üzere, son derece gelişmiş ve çok az yapıda kullanılan “adreslenebilir yangın algılama ve uyarım dizgesi”, CO² , Halon gazı ve preaction sprinkler yangın söndürme (kendiliğinden devreye girerek yangının cinsine göre su ya da gaz boşaltan özel söndürme düzenekleri) dizgesi ile “yangın bölgesi” olarak belirlenen alanlara kurulan 1069 tane yangındamperi ve 90 dakika boyunca yangına dayanabilen özel yangın kapıları kurularak, devreye alınmıştır.
13. Hastanenin tüm bölümlerine ve birimlerine ulaşılabilen özeysel çağrı (anons) ve müzik yayın dizgesi bulunmaktadır.
14. Yüksek ölçekli 6 buhar kazanı bulunan özeysel ısı santrali, kesintisiz enerji sunacak biçimde tasarlanmış ve donanmış ana trafo merkezi, 6 jeneratörden oluşan yedek enerji merkezi, 6.000 m³ ‘lük büyük su deposu ve sıcak su dizgesi, 600 araçlık açık ve kapalı otopark ile özeysel arıtım tesisi bulunmaktadır (TIP MERKEZİ TANITIM KİTAPÇIĞI, 1996, 11).

6.2.4. Tıp Merkezi Yerleşim Planı ve Hizmet Birimleri

TÖTM, fiziksel yapı olarak; iki bodrum, bir zemin ve onüç de kule katları olmak üzere onaltı katlı, betonarme bir ana bina ile çeşitli amaçlarla yapılmış 26 birleşik yapı biriminden (bloktan) oluşmaktadır. Hizmet birimleri ile destek yapıların, sosyal amaçlı eklentilerin ve diğer ek yapıların yerleşim durumları şöyledir:

Yukarıdan aşağıya; onüçüncü kat kafeterya; onikinci kat ile altıncı katlar arası yatak katları, beşinci kat intaniye ve nefroloji birimleri, dördüncü kat “tesisat” (makina, cihaz, teknik yapılar) katı, üçüncü kat laboratuvarlar (cam laboratuvarı, kromozom, iyot, insülin, bazal metabolizma, enzim laboratuvarı, hormon, steroid ve kromat laboratuvarı ile asistan laboratuvarı ve öğrenci uygulama laboratuvarından oluşmaktadır) ve pediatri yatakları ile pediatri yoğun bakım yataklarının bulunduğu kattır. İkinci katta biyopsi, histoloji ve embriyoloji laboratuvarları ile yenidoğan ve kadın doğum (jinekoloji) yatakları (servisleri) bulunmaktadır. Merkezin birinci katında ise, radyoloji birimi, kanser (onkoloji) merkezi, yüzme havuzu, konferans salonu ve nükleer tıp birimi yer almaktadır.

En geniş mekana ve en çok hizmet birimine sahip zemin (Z) katta ise, endoskopi birimi, akciğer fonksiyon testleri birimi; iç hastalıkları, üroloji, cildiye, gastro, nöroloji, enfeksiyon hastalıkları, fakülte ofisleri, KBB, göz, plastik cerrahi, kadın doğum, nefroloji, kanser sağaltım birimi, cerrahi, ortopedi, kardiyoloji ve çocuk hastalıkları poliklinikleri ile özel hasta laboratuvarı, poliklinik kabul işlem büroları, kan bankası, tıbbi yoğun bakım ve acil birimi bulunmaktadır.

Birinci bodrum katta, kan bankası, anestezi birimi, yemekhane, kanser merkezi, katater laboratuvarı, cerrahi yoğun bakım ve kardiyovasküler yoğun bakım birimleri yer almaktadır.

İkinci bodrum katta ise, otopsi birimi, patoloji laboratuvarı merkezi araştırma birimi, basımevi, soğuk depolar, kanser merkezi, merkezi sterilizasyon birimi, atölyeler (işlikler), çamaşırhane, mutfak, arşiv depoları, çöp toplama merkezi ve komuta kontrol dairesi gibi hizmet birimleri ile iklimlendirme araçları (klimalar) bulunmaktadır.

Tüm bu bölüm ve birimlere ek olarak; büyük bir toplantı salonu (700 kişilik) deney hayvanları araştırma merkezi (hayvan hastanesi), ısı merkezi, çöp yoketme merkezi, arıtımevi, enerji merkezi, yüzme havuzu, konuk evi, alışveriş merkezi, büfeler, sosyal tesisler (oyun salonları, pastane, spor salonu, TV salonu ve sauna gibi) ile 364 tane konut (personel lojmanı) aynı proje kapsamında yer almaktadır.

6.2.5. Tıp Merkezi Hasta Yataklarının Bölümlere (Servislere) Dağılımı

Toplam 720 yatak kapasitesi bulunan merkezin yataklarının bölümlere göre dağılımı şöyledir:

- Dahili tıp bilimleri bölümüne bağlı anabilim dallarına ait toplam 275 yatak,
- Cerrahi tıp bilimleri bölümüne bağlı anabilim dallarına ait toplam 325 yatak,
- Yoğunbakım birimlerine ait toplam 120 yatak bulunmaktadır.

Yataklardan yoğun bakım birimlerine ait olanlar “zemin kat” ta yer almaktadır ve toplam 12 tane yoğunbakım birimi vardır. Diğer yataklar ise, 13 katlı yüksek binadaki hasta servislerinde yer almaktadır. Yatakların bölümler düzeyinde kliniklere dağılımı Çizelge 3’de sunulmuştur.

**Çizelge 3: TÖTM'deki Hasta Yataklarının Bölümlerdeki Kliniklere (Servislere)
Dağılım Durumu**

Bölümler ve Klinikler	Yatak Sayısı
Dahili Tıp Bilimleri Bölümü	
• Genel Dahiliye	50
• Kalp Damar Hastalıkları	25
• Endokrin + Cildiye	25
• Gastroenteroloji	25
• İntaniye + Nöroloji + Reh.	50
• Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon (FTR)	25
• Psikiyatri	25
• Çocuk Hastalıkları	25
• Yenidoğan	25
TOPLAM	275

Cerrahi Tıp Bilimleri Bölümü	
• Genel Cerrahi	50
• Ortopedi	25
• Beyin Cerrahisi	25
• KBB	25
• Göz	25
• Üroloji	25
• Kalp Damar Cerrahisi	25
• Plastik Cerrahi	25
• Çocuk Cerrahisi	25
• Kadın Doğum	50
• Anestezi	10
• Uyanma Yatağı	15
TOPLAM	325

Yoğun Bakımlar	
• Cerrahi Yoğunbakım Birimi	30
• Koroner Yoğunbakım Birimi	10
• Dahiliye Yoğunbakım Birimi	40
• Çocuk Yoğunbakım Birimi	26
• Yenidoğan Yoğunbakım Birimi	14
TOPLAM	120

KAYNAK: Turgut Özal Tıp Merkezi Proje Tasarımı, 1996, 8

6.2.6. Tıp Merkezinin Yurtdışı Eğitim Çalışmaları

İlk hizmete açıldığı 1990 yılından hemen sonra (1991'de) danışmanlık hizmeti satın alınan Tümaş adlı danışmanlık firması aracılığı ile ABD'deki Baylor Collage of

Medicine (Houston'daki Methodist Hastanesi) adlı tıp merkezine eğitim amaçlı personel gönderilmeye başlanmıştır. Başlıca üç ayrı mesleki dalda gerçekleştirilen personel gönderme tasarımı kapsamında günümüze kadar yaklaşık 150 kişi, çeşitli sürelerde gönderilmişler ve bunların büyük bir kısmı halen TÖTM'inde görev yapmaktadır. Hekim, hemşire ve teknik personel (teknisyen) düzeyinde yurtdışına gönderilen personele ilişkin ayrıntılı bilgi Çizelge 4'de sunulmuştur. Söz konusu personelin yurtdışına gönderilme amaçları; mesleki dallarındaki bilgi, görgü ve deneyimlerini artırmak, oradaki yeni teknoloji ve yöntemleri ülkemize kazandırmak, yetiştikleri alanda iyice uzmanlaşmalarını sağlamak olarak vurgulanabilir.

Çizelge 4: TÖTM Projesi Kapsamında Eğitim Amacıyla Yurtdışına Gönderilen Personelin Dağılım Durumu (1991-1997 Arası)

Yıllar	Kalınan Süre									TOPLAM
	1 ay	2 ay	3 ay	6 ay	9 ay	12 ay	15 ay	18 ay	+↑	
1991			1			10				13
1992			1	2		12	1			16
1993			3	3	1	14	5			28
1994			1	1	1	11	1			15
1995	1		2	2	1	10	2			18
1996			3			1				4
1997			1	9						10
TOPLAM										104

Hemşire, Teknisyen ve Pratisyen Hekim sınıfından olmak üzere 29 kişi daha bunlara eklendiğinde toplam sayı 133 kişi olmaktadır.

Ayrıca, 14 kişilik bir hekim (öğretim üyesi) kafilesinin daha yurtdışına gönderilmesi planlanmış olup, 1997 yılı içinde bu plan gerçekleşmiş olacaktır.

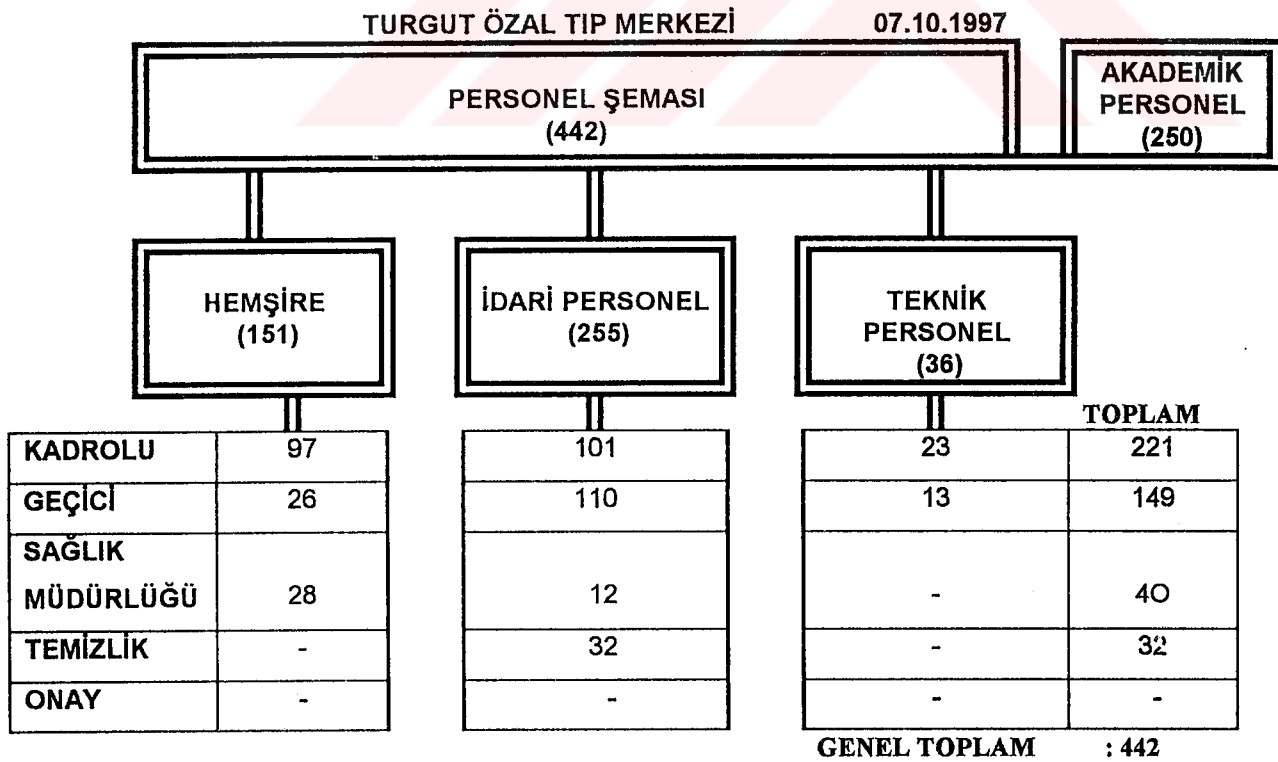
1991'den beri eğitim amacıyla yurtdışına gönderilen personelin %33'ü (yaklaşık 40 kişi) kaldığı sürenin iki katı zorunlu hizmetle yükümlü tutuldukları halde, tıp merkezi projesinden ayrılmışlardır.

6.2.7. TÖTM'nin Şimdiki (Ekim - 1997) Personel Durumu

Tüm proje tamamlandığında yaklaşık 4000 kişinin çalışacağı tıp merkezinde halen (yaklaşık) 700 personel çalışmaktadır. Bunların 250 kadarı "akademik" kökenli hekim ve uzmanlardan oluşurken, geriye kalan 450 kadarı ise "yönetimsel" (idari) personel olup, bunlara hemşire, teknisyen, tekniker ve eczacı gibi diğer sağlık personeli ile geçici işçi konumunda çalışanlar dahildir.

Akademik konumda olmayan personelin genel durumu üç ana sınıfa ayrılarak, çizim 13'de sunulmuştur. Bunlardan geçici işçi olarak adlandırılan ve ücretleri hastane dönersermayesinden (en az ücret üzerinden) ödenen personelin bir kısmı hemşire ya da sağlık teknisyeni, teknisyen, diğer bir kısmı ise yardımcı hizmetli konumunda çalışmaktadırlar.

Çizim 13: TÖTM'nin Varolan Personel Durumu



Çizim TÖTM'nin 7 Ekim 1997 tarihindeki personel durumunu yansıtmakta olup, bu çizim araştırmacı tarafından düzenlenmiştir.

6.2.8. TÖTM'nin Yatırım Maliyeti ve Ekonomik Boyutu

TÖTM, ülkemizin doğu ve güneydoğu bölgesinde bugüne kadar gerçekleştirilen en pahalı ve kapsamlı (GAP'tan sonra) ikinci yatırım projesidir. 1999 yılında tümüyle bitirilmesi planlanan projenin maloluş (proje başlangıç) bedeli 2.765.000.000.000. (2.765 trilyon) TL'dir. Bunun büyük bir kısmı dış kredi ile karşılanmakta olup, Avrupa Kalkınma Fonundan sağlanan 60 milyon dolar ve Dünya Bankasından 20 milyon dolar kadar kredi kullanılmıştır. Ayrıca, 60 milyon dolarlık bir kredi sağlanması çalışmaları bitmek üzeredir. Tüm bu giderlere makina, teçizat ve tıbbi cihaz alım bedelleri dahil değildir. Bu kalemler için harcanacak paralar da katıldığında projenin toplam maliyeti yaklaşık 50 trilyon TL.yi bulmaktadır. Ülkemizdeki hiçbir hastane projesi için bu kadar yüksek bir parasal kaynak bugüne kadar kullanılmamıştır.

6.2.9. TÖTM'nin Günümüzdeki Son Durumu ve Önümüzdeki Olası Gelişmeler

TÖTM halen 350 dolayında hasta yatağı, 700 dolayında çalışanı (akademik + idari), günlük 500 dolayında başvuran hasta sayısı, ortalama günlük 270 dolayında yatmakta olan hastası ve günlük 40 dolayında gerçekleştirilen ameliyatları ile, tasarlanan ve planlanan proje hedeflerine hızla ilerlemektedir.

Temizlik hizmetleri özel bir temizlik firmasına ihale edilen (yaklaşık 102 işçi ile), personel taşıma işi özelleştirilen ve tüm bunların giderlerini, kendi dönersermaye olanakları ile karşılayan TÖTM, yaklaşık aylık 140-150 milyar TL.lik gelir olanaklarına sahiptir.

Önümüzdeki aylar içinde (büyük olasılıkla Aralık 1997'de) 13 katlı hasta yatak kulesinin 8 katı daha bitirilerek, teslim edilecektir. Halen 6 tanesi kullanıma alınan ameliyathane sayısı aynı süre içinde 12'ye çıkarılacaktır. Yine, halen 20 tanesi hizmette olan yoğunbakım yatak sayısı da 40'a çıkarılmış olacaktır.

450 dolayında olan idari personel sayısı, yeni yapılan personel sınavını kazananların bu günlerde işe başlatılmasıyla 640'lara çıkacaktır.

6.2.10. TÖTM'nin Diğer ÜAH'lerinden Farklı Olan Yönleri ve Örnek Gösterilebilecek Özellikleri

TÖTM, diğer ÜAH'lerine örnek gösterilebilecek kadar özgün niteliklere ve üstünlüklere sahip bir tıp tasarımı olup, birçok yönden de diğer ÜAH'lerinden farklılık göstermektedir. Bu farklılık ve özgünlükleri özetleyecek olursak;

- TÖTM, çok yüksek maliyetli (bedelli) bir yatırımdır. GAP'tan sonra bölgede en pahalı ve kapsamlı proje sayılmaktadır.

- TÖTM, yöresel ya da bölgesel bir projeden öte ulusal, hatta uluslararası nitelikte tasarlanan bir sağlık (turizmi) yatırımdır.

- TÖTM, bölgedeki insanlar için yalnızca bir sağlık güvence merkezi değil, aynı zamanda bir geçim ve ticaret kapısıdır. Aynı zamanda özel bir çekim alanı yarattığından, kentin gelişim yönünü kendisine çevirmiştir.

- TÖTM, özgün bir mimariye, estetik bir tasarıma, görkemli bir görünüme, hijyenik (sağlık koşullarına çok uygun) bir yapıya ve yapı malzemelerine, çevredostu ve çevre duyarlı bir planlamaya sahiptir.

- TÖTM, kapsamında bulunan personel konutları, araştırma laboratuvarları, sosyal tesisleri ve alışveriş merkeziyle, çalıştırdığı personelin ve sağlık hizmeti sunduğu insanların hemen hemen tüm gereksinimlerine yanıt verebilecek kadar olanakla donatılmış, bütünleşik bir projedir.

- TÖTM, fiziksel altyapısı, yapımında ve tasarımında kullanılan araç ve gereçlerin sağlıklı ve ergonomik oluşu, ısı, ışık ve havalandırma olanaklarının her mevsimde yaklaşık eşit düzeyde tutulabileceği teknolojiyle donatılması nedeniyle de özgün bir teknik yapıdır.

- TÖTM, sağlık hizmeti vermek üzere çalıştırdığı personelini "yurtdışı eğitim olanakları" ile yetiştiren ve uzmanlaştıran bir sağlık kurumudur.

- TÖTM, tasarlanan hedeflerine ulaştığı takdirde sadece bölgesine değil, bölge dışı ülkelere de sağlık hizmeti sunabilecek olanaklara sahip bir tıp merkezidir ve bu yönüyle de bulunduğu bölge halkının “gurur” ve “moral” kaynağı bir projedir.

- TÖTM, kamusal kaynaklarla gerçekleştirilen bölgesel ekonomik bir yatırım olup, bölgesel kalkınmaya büyük katkıları olacak bir projedir.



7. TÜRKİYE İÇİN “BÜTÜNLEŞİK ÜNİVERSİTE ARAŞTIRMA HASTANESİ YÖNETİMİ” MODEL ÖNERİSİ

Bu bölüm beş altbölümden oluşmaktadır. İlk altbölümde (7.1.'de) önerilen modelin gerekçesi, ikinci altbölümde bütünleşik ÜAH yönetim modelinin (BÜAHYM) ana yapısı, üçüncü altbölümde ise bu yapının işleyiş biçimi ve ilkeleri açıklanmıştır. Dördüncü altbölümde BÜAHYM'nin ÜAH'leri düzeyinde uygulanmış biçimi örneklerle açıklanmış, beşinci altbölümde ise, BÜAHYM'nin sağlayacağı somut parasal ve parasal olmayan yararlar anlatılmıştır.

7.1. “Önerilen Model” in Gerekçesi

Türkiye'deki ÜAH'lerinin yönetimi açısından önerilen “model”in başlangıç noktası, başka bir ifadeyle “gerekçesi”; varolan ÜAH yönetim uygulamalarının verimli ve etkin olmadığı; yetki, görev ve sorumluluklar yönünden belirsizlikler taşıdığı, temel yönetim ilkelerinin uygulanmadığı, genelleştirilebilir (gerçekçi) ölçünlere ve kurallara yer verilmediği, hastane sayısı kadar yönetim biçim ve modelinin varolduğu (yaşandığı) gerçeği olmuştur. Başlangıç noktası ya da gerekçe olarak yukarıda sıralanan bulgular nedeniyle önemli yönetim sorunları yaşayan ÜAH'lerinin, yönetsel uygulamaları arasındaki benzerlik ve ayrılıkları ön plana çıkarıp, anlamsız ve önemsiz farklılıkları geri plana iterek, dünyadaki ÜAH yönetim uygulamalarından esinlenip, Türkiye'deki ÜAH yöneticilerin görüşlerinden ve bir ÜAH yöneticisi olan, uzun yıllar bu işte çalışan bu satırların yazarı olan araştırmacının bilgi, gözlem ve deneyimlerinden de yararlanılarak bir ÜAH yönetim modeli geliştirilmeye çalışılmıştır. Bu model, varolan dizgenin dağınıklığı, çeşitliliği ve kopukluğu nedeniyle “bütünleşik ÜAH yönetim modeli” (BÜAHYM) olarak adlandırılmıştır.

7.2. Bütünleşik ÜAH Yönetim Modelinin (BÜAHYM) Anayapısı

Türkiye koşullarında “geçerli ve uygun” olduğu düşünülen ve önerilen BÜAHYM'nin ana yapısı (örgütsel çizimi) aşağıda açıklanmış ve çizim 16'da sergilenmiştir.

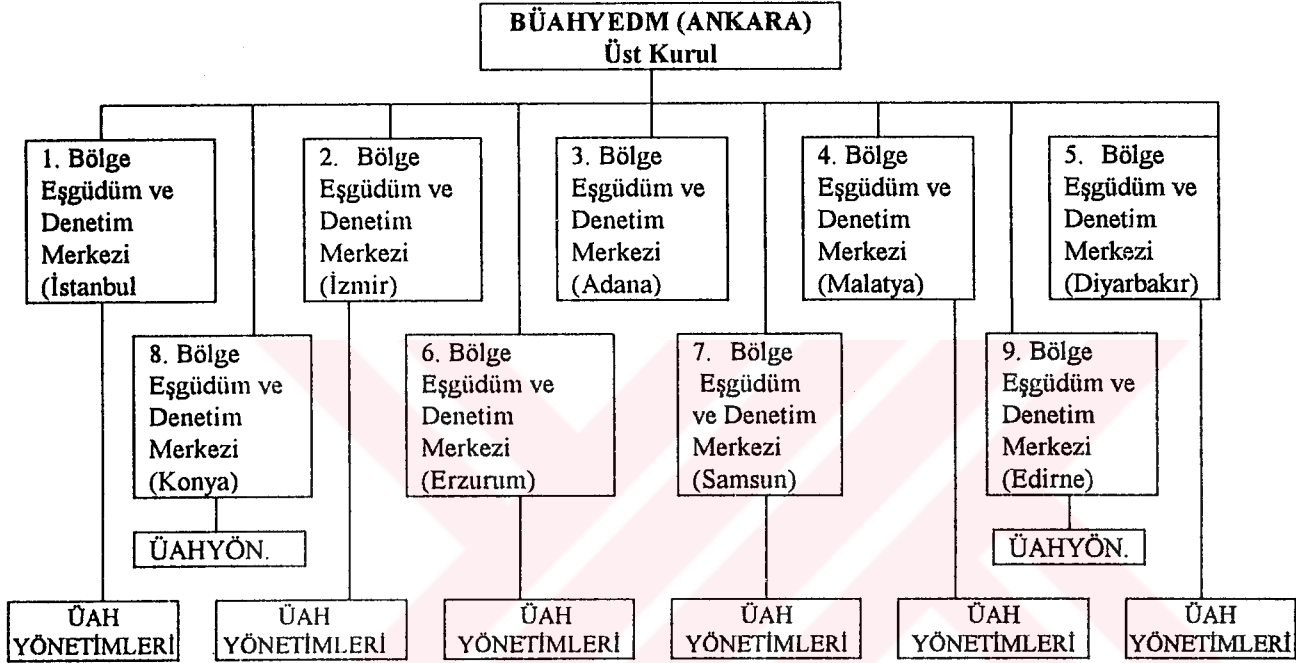
En tepede (ülke düzeyinde) tüm ÜAH'lerinin eşgüdüm ve denetimini sağlayacak, bunlar için ortak tasarım ve izlenceler geliştirip, işbirliği ve dayanışma olanaklarını çoğaltacak, dünyadaki ÜAH'ler ile ülkemizdeki ÜAH'ler arasında ilişkiler geliştirecek bir “Bütünleşik Üniversite Araştırma Hastane Yönetimleri Eşgüdüm ve Denetim Merkezi” (BÜAHYEDM) adlı “üstyönetim” özeği bulunmaktadır. Ankara'da oluşturulacak olan bu özeğin kuruluş, oluşum ve örgütlenişi, çıkarılacak bir yasa ile düzenlenmiş olacaktır. Üstyönetim özeğinin oluşumunda YÖK benzeri bir yapılanmadan esinlenebilecek, özeğin karar ve yürütme organlarında bölgesel ÜAH üstyöneticilerinden ve alanla ilgili diğer kamusal-toplumsal örgüt ve kuruluşlardan yararlanma yoluna gidilecektir.

Üstyönetim özeği oluşturulduktan sonra ülke düzeyinde ve “bölgesel” ölçekte yaygınlaştıracak olan “yöresel” yardımcı BÜAHYEDM özekleri oluşturulmaktadır. Sayısı ve yeri ülkenin coğrafi yapısı, nüfus yoğunluğu, ulaşım olanakları ve üniversite hastanelerinin buldukları yere göre değişecek olan bölgesel “üstyönetim özekleri” nin oluşumu tıpkı tepedeki “eşgüdüm ve denetim” özeğinin yapısı ile benzeşik olacaktır. Yaptığımız öneride bölgesel çaplı eşgüdüm ve denetim özeklerinin sayısı 9 olarak öngörülmüştür. Ancak bu sayı “mutlak” olmayıp, duruma göre artırılıp, azaltılabilecektir.

Bölgesel ölçekli eşgüdüm ve denetim özeklerinin altında üniversite araştırma hastane yönetimleri yer almaktadır. ÜAH yönetimlerinde görev yapan üst düzey yöneticiler (başmüdür, başhekim ve akademik işlevsel yöneticiler gibi) bu modelde rektörlere ya da dekanlara değil, bölgesel ölçekli yönetim ve denetim özeklerine işlevsel olarak bağlı görev yapmaktadırlar. Bölgesel ölçekli “özek” in oluşumunda rektörler ve ilgili dekanlara görev verilebileceğinden, çok önemli bir kopukluk olmayacaktır.

Çizim 14’de, önerilen modelin örgütsel çatısı çok ayrıntıya girilmeden (kabaca) verilmiştir.

Çizim 14: Bütünleşik Üniversite Araştırma Hastane Yönetimleri Eşgüdüm ve Denetim Merkezi (BÜAHYEDM)’nin Örgütsel Yapısı



Bu çizim araştırmacı tarafından düzenlenmiştir.

7.3. BÜHYM’nin İşleyiş (Çalışma) İlkeleri

Bütünleşik ÜAH yönetim modeli kapsamında önerilen ve Ankara’da bulunacak olan “eşgüdüm merkezi” bir bakıma YÖK’ün üniversiteler açısından konumu ne ise benzer konumda bir yapı ve işleve sahip olacaktır.

Öngörülen eşgüdüm ve denetim merkezi, öncelikle “özerk” bir kurum olacaktır. Akçalı yönden; kendine yeterli kaynakları bulunan, yönetsel bakımdan herhangi bir bakanlık ya da özelsel bir kuruluşa bağlı olmayan bu merkez bilimsel, yönetsel ve parasal özerkliğe sahip bir merkez olarak öngörülmüştür. Bu merkezin özerk yapısı ve işleyişi “yasal” düzenleme ile güvence altına alınmış olacaktır.

Özerk nitelikte örgütlenen eşgüdüm ve denetim merkezi; planlayan, yönlendiren, eşgüdümleyen ve denetleyen bir merkez olarak çalışacaktır. İşleyişinde geçerli olan ilkelerin başında bilimsellik, nesnellik, genellik, etkililik ve eşitlik gibi ilkeler olacaktır.

Eşgüdüm merkezinin akçalı ve akçalı olmayan kaynakları yasal düzenlemelerle öngörülmüş olacak ve işlevlerini yerine getirmeye yetecek miktarda ve nitelikte olacaktır. Bir başka deyişle özerk bütçesi bulunacak, somut ve sürekli (yeterli) gelire sahip olacaktır.

Merkezin kendi personelini kendisinin belirleme ve seçme yetkisi bulunacak, hangi özellikte, ne kadar personele gereksinim duyuyorsa, onu bulma, yetiştirme ve yerleştirme yetkisiyle donatılmış olacaktır. Örneğin karar ve yürütme organlarına seçilecek personel ile merkezin günlük (olagan) işlerini yürütecek yardımcı personeli (işçi, memur, teknisyen, uzman, hizmetli vb.) bulup, atamakta tam yetkili olacaktır.

Yeterli parasal kaynak, insangücü, araç, gereç ve donanıma sahip olan ve özerk yapısı yasal güvenceye bağlanan “merkez” in ülke düzeyinde yaygın “bölgesel” ve “yerel” örgütleri (bölgesel eşgüdüm merkezleri) bulunacaktır. Ülkenin koşullarına göre sayısı ve niteliği değişecek olan bölgesel eşgüdüm merkezleri, “merkez” ile yerel örgütler (ÜAH yönetimleri) arasında köprü görevi yapacaklardır. Sorumlu tutuldukları bölgede bulunan ÜAH yönetimleri arasında eşgüdüm sağlamak, parasal ve parasal olmayan kaynakların aynı bölgedeki ÜAH’ler arasında dağılımını düzenlemek ve ÜAH’lerden gelen sorunların çözümünde gerekli yardımları sağlamak gibi görevlerle yükümlü tutulacak olan bölgesel eşgüdüm merkezleri , aynı zamanda ana eşgüdüm merkezinin bölgesel uygulama merkezleri olarak da çalışacaktır. Örneğin, ÜAH yönetimlerini ilgilendiren ve merkezdeki karar organlarınca alınan genel bir karar (bir plan, izlence, ölçün, ilke, vb.) doğrudan bölgesel eşgüdüm merkezlerine, oradan da bu merkezler aracılığı ile ÜAH yönetimlerine iletilecektir. Yine ÜAH yönetimlerince

çözülemeyen ya da bir biçimde bölgesel eşgüdüm merkezlerine iletilen sorunlar, öncelikle buralarca çözümlenecek, bu olanaklı olmadığı durumlarda sorun “bölge” tarafından “merkeze” iletilecektir. Merkezin tartışmalı ve pürüzlü sorunlarda vereceği karar uygulanacaktır.

Merkezde yapılacak olan “denetim” organı da, hem bölgesel eşgüdüm merkezlerini, hem de bunlar aracılığı ile (ya da doğrudan) ÜAH yönetimlerini denetleyecektir. Denetimde, genel uygulamalar ile yönetsel konulara ağırlık verilecek, “cezalandırma” anlayışının dışında “yönlendiricilik” ve “eğitcilik” önplanda tutulacaktır.

Her bölge eşgüdüm merkezi ve her ÜAH yönetimi kendi personelini (yöneticisini ve diğerlerini) kendisi belirleyip, görevlendirecek ve bunların çalışma koşullarını, ücretlerini, özlük haklarını, görev ve yetkilerini belirleme yetkisi de yine sözkonusu yönetimlere ait olacaktır. Örneğin, bir ÜAH başmüdürü, başhekimini ya da başhemşiresini belirleyip, atama görevi (ve yetkisi) o ÜAH'nin yetkisinde olurken, bölgesel eşgüdüm merkezinin yöneticilerini belirleme ve personelini atama yetkisi de yine o bölge eşgüdüm merkezine ait olacaktır.

Böylece her merkez ve her yönetim kendi işleyişinde, kendisi söz ve karar sahibi olacaktır. Özeksel (siyasal) bir organın karışması ve etkisi dışında, bilimsel, yönetsel ve parasal bir özerklik yapısı içinde, daha verimli ve etkili bir ÜAH yönetim modeli gerçekleşecektir.

7.4. Bütünleşik ÜAH Yönetim Modelinin Bölgeler ve ÜAH'ler Düzeyinde Uygulanmış Biçimi (Örneklerle Açıklama)

Bütünleşik ÜAH yönetim modeli' (BÜAHYM) nin uygulama ayağını oluşturan bölgesel eşgüdüm merkezi (BEM) ile ÜAH yönetimlerinin BÜAHYM kapsamında

oluşum ve işleyişi, bir başka söyleyişle BÜAHYM 'nin bölgeler ve ÜAH'leri düzeyindeki uygulanış biçimi şöyle olacaktır:

Her bir “bölge eşgüdüm merkezi” ne en az bir tane ÜAH düşecektir. Her ÜAH, yönetim kurulu, yürütme kurulu, danışma kurulu ve denetim kurulu gibi yönetsel kurullar oluşturacaktır. Bu kurulun üyeleri, ilgili alanda uzmanlaşmış kişilerden seçilecektir. Örneğin, hastane yönetim kurulu; başhekim, başmüdür, bölüm başkanları, en az iki anabilim dalı başkanı, dekan ve rektörden oluşacak, bu kurulun temsilci olarak seçeceği bir üye “bölge eşgüdüm merkezi” nin yönetim kuruluna üye olarak gönderilecektir. Ayrıca bölgenin kendi belirleyeceği ve atayacağı üyeler ile ÜAH'lerin göndereceği üyeler “bölge” nin yönetim kurulunu oluşturacaktır. Bölge yönetim kurulu da üyeleri arasından birini “merkez” e (merkezdeki yönetim kuruluna) üye olarak gönderecek, merkezin kendi belirleyeceği diğer üyelerle birlikte eşgüdüm merkezi yönetim kurulunu oluşturacaktır. Böylece her üç düzeyde oluşan yönetim kurulu ya da diğer kurulların oluşumu demokratik katılıma uygun olacaktır.

Sadece yönetim kurulları değil, yürütme, disiplin, danışma, denetim, eşgüdüm ve benzeri kurulların hepsinin oluşumu, benzer bir yapılanma ve işleyiş biçimi içinde gerçekleşecektir.

Modelin uygulanışını ÜAH'ler düzeyinde somutlaştıracak olursak; ÜAH yürütme kurulunun başı hastane başmüdürü olacak, başmüdür akademik tıp hizmetleri dışındaki tüm hizmetlerin genel sorumlusu olarak ÜAH'lerdeki hizmetlerin etkin ve verimli olarak yürütülmesini sağlayacaktır. Aynı zamanda bölge eşgüdüm merkezinin yürütme kuruluna da üye (temsilci) olarak katılacak olan başmüdür, yürütme yönünden kendi hastanesini “bölge” de temsil edecektir. Aynı uygulama diğer kurullar için de geçerli olacak, bölgedeki kurulların çalışma esasları ve ilkeleri de aynı olacaktır.

Kurulların toplantı sayısı ve süresi, aşağıdan yukarıya doğru giderek azalacak örneğin, ÜAH'ler düzeyinde haftada (ya da 15 günde) bir, bölgede 15 günde (ya da

ayda) bir, merkezde ise ayda (ya da 3 ayda) bir toplantı yapılacaktır. Her toplantının gündemi, o kurulun üyeleri ile o günkü koşullar gereği önem ve öncelik kazanan gelişmeler tarafından belirlenecektir. Alınan kararlar, buyruk ve direktif olmaktan çok, öneri ve öngörü niteliğinde olacaktır.

7.5. Bütünleşik ÜAH Yönetim Modelinin Sağlayacağı Somut Parasal ve Parasal Olmayan Yararlar

Öngörülen bütünleşik modelin sağlayacağı bir çok somut yarar olacaktır. Bunlardan bir kısmı parasal boyutlu, diğer bir kısmı ise parasal olmayan (psikolojik, zamansal ve insansal vb.) yararlar olarak ortaya çıkmaktadır.

7.5.1. Parasal Yararlar

Bütünleşik modelin belki de en önemli işlevi, parasal kaynak sorununun çözümüne sağlayacağı katkı olacaktır denebilir. Özellikle devlet tarafından öngörülecek parasal destek ve bütçenin tüzeğe uygun (adaletli) bir şekilde paylaşılması, her ÜAH'sinin gereksinim duyduğu para miktarının (karşılabilirdiği ölçüde) eşit olarak dağıtılması ve yeni parasal kaynak seçeneklerinin belirlenmesi süreçlerinde (çabalarında) modelin büyük katkıları ve yararları olabilir.

Öte yandan ulusal ve uluslararası düzeyde parasal destek sağlamada (uygun koşullu krediler ve bağışlar vb), hastanelerarası işbirliği ve dayanışma çerçevesinde, para aktarımı ve parasal yardım sağlama durumlarında bütünleşik model önemli bir işlev daha yüklenebilir. Örneğin, aynı bölgede bulunan hastaneler (ÜAH'ler) arasında parasal yardımlaşma sağlanabileceği gibi, bölgeden bölgeye ekonomik destek sağlama etkinlikleri de aynı model çerçevesinde gerçekleştirilebilir.

Aynı şekilde, kimi (ortak) yatırımların gerçekleştirilmesi ve büyük ölçekli tıbbi cihaz ve teknolojilerin sağlanmasında parasal kaynak yardımı ve dayanışma olanakları, bu dizge aracılığıyla yaşama geçirilebilir.

Parasal katkı ve yararları sadece bunlarla sınırlı olmayacağı düşünülen model, ortak tasarımlar, planlar ve yatırımlar yoluyla da kimi gereksiz harcamaları önleyebilir. Pekçok alanda gerçekleşen harcama kalemlerinin maliyetlerini düşürebilir ve uluslararası alanlardan gerçekleştirilecek alım, satım ve kiralamalarda uğranılması olası zararları önleyebilir.

Son olarak, bir ÜAH'sine başvuran herhangi bir hasta (bu modelin getirebileceği parasal kaynak anlaşmaları çerçevesinde) diğerleri ile aynı işlemi görecektir, sağlık güvencesi olan hasta hiçbir ücret ödemediği ÜAH'sinde bakım ve sağaltım hizmeti alabilecektir. Hasta ile birebir para ilişkisine girilmeyecek olan modelde, isteyen hasta istediği ÜAH'de sigorta belgesini göstererek sağlık hizmetinden yararlanabilecektir.

7.5.2. Parasal Olmayan Yararlar

Model amaca uygun olarak işlediğinde, her hasta “korku” ve “endişe” gibi duygulara kapılmadan, istediği hastanede muayene ve tedavi olabilecek, bu olanağın sağladığı ruhsal doyum ve sağlık güvencesi duygusu içinde bulunacaktır. Bu bağlamda, ülkenin herhangi bir bölgesinde, herhangi bir ÜAH'sine başvuran hasta yaşadığı yerleşkede bulunan ÜAH'sine başvurmuş gibi kabul ve işlem görecektir, başkaca bir formaliteye gerek duyulmaksızın hastanın kimliği (beyanı) yeterli sayılacaktır. Örneğin, Van'da bulunan ÜAH'nin beyin cerrahi bölümüne başvuran hasta, İzmir Ege ÜAH beyin cerrahi bölümüne başvurmuş gibi işlem görecektir, orada sağaltım olanağı yoksa ve eğer dilerse İzmir'deki hastaneye (sevke gerek olmaksızın) gidip tedavi olabilecektir. Bu çerçevede modelin sağlayacağı en önemli yararlarından birisi, insanların kendilerini “sağlık güvenliği içinde hissetme” leridir.

ÜAH'ler arası bilgi, deneyim ve teknik destek aktarımı, uzman düzeyinde yardımlaşma (değiş tokuş ya da görevlendirme-rotasyon-gibi yollarla), teknoloji kolaylıkları, eğitim ve araştırma alanlarında işbirliği ve ortak izlenceler geliştirme, ortak bilgi işlem ve iletişim dizgeleri kurup, geliştirme uluslararası ortak etkinlikler düzenleme gibi parasal olmayan katkılar sağlama olanağı olan model, aynı zamanda genel ölçünler, kurallar, ilkeler ve yasal düzenlemeler geliştirerek de yararlı olabilecektir. Her biri “kendi başına buyruk”, kendi başının çaresine bakar durumda olan ve aralarında iletişim sağlama olanağı neredeyse yok diyebileceğimiz (kişisel ilişkiler dışında) ÜAH'lerinin böyle “bütünleşik bir eşgüdüm merkezi” modeline büyük gereksinimleri bulunmaktadır.



8. GENEL DEĞERLENDİRME: BULGULAR, ÖNERİLER VE GENEL SONUÇ

Bu bölüm üç altbölüme ayrılmıştır. Birinci altbölümde (8.1.'de) çalışma sırasında elde edilen bulgular; altbaşlıklar biçiminde özetlenmiştir. İkinci altbölümde, ulaşılabilen bulgular ışığında yapılan öneriler altbaşlıklar biçiminde sıralanmış ve kısa kısa açıklanmış, üçüncü ve son altbölümde bütün çalışmanın katkısı sunulmuş ve yeni araştırma konuları önerilmiştir.

8.1. Bulgular

Üniversite araştırma hastanelerinin yönetimi konulu bu çalışmada ulaşılan önemli bulgular başlıklar halinde aşağıda sunulmuş, çalışma konusunun temel yönlerine vurgu yapmak bakımından belirli bir “sınıflandırma” ve sıralama yapılarak anlatılmıştır.

8.1.1. Çalışma Sırasında Değerlendirilen Kaynaklara İlişkin Bulgular

Çalışma sırasında, genel kitaplık taraması, yazılı ve basılı resmi yazanaklar, döküm ve istatistikler ile her türlü resim, yazı, belge ve bilgilerden yararlanılmıştır. Bu anlamda, üniversite, Sağlık Bakanlığı, SSK ve Devlet Hastaneleri gibi kamu kurum ve kuruluşlarının yazılı ve basılı (resmi) belge, kayıt ve yayınları ile alana yönelik yayınlanmış ve ulaşılabilmemiş her türlü kitap, makale, dergi, gazete, ansiklopedi, tez ve araştırma çalışmalarından yararlanma yoluna gidilmiştir.

Ek olarak çeşitli hastanelere (Malatya Askeri Hastanesi gibi) doğrudan gidilerek ya da telefonla ulaşılarak, yerinden ve yetkililerden bilgi, belge ve kayıtlar alınmış, belirlenen ölçütler ışığında seçilen ÜAH'lerinin yöneticileri ile yapılan görüşmelerde elde edilen görüş ve düşünceler de çalışma sırasında değerlendirilmiş, ayrıca bu alanda uzun yıllardır bir “yönetici” (ÜAH Hastane Müdürü) olarak çalışan bu satırların yazarı

araştırmacının gözlem, deneyim ve görüşleri de çalışmaya katkıda bulunan etmenler arasında yer almıştır.

Tüm bu bilgi, belge, resmi ve özel yayınlar ile kişisel gözlem ve deneyimler ışığında ulaşılan “kaynaklara yönelik bulgular aşağıda özetlenmiştir.

8.1.1.1. Alana Yönelik Kaynaklar Çok Sınırlı ve Yetersizdir

Genel olarak yönetim ve genel sağlık yönetimine (kısmen de hastane yönetimine) yönelik yapılmış çalışma, yayınlanmış yazılı kaynak (kitap, makale vb) ve istatistiksel veriler yeterli miktarda varolmasına karşın, ÜAH’leri ile bu hastanelerin yönetimini konu alan çalışma, tez, kitap, makale, belge, yazanak (rapor) ve istatistik veriler “yok” denecek kadar sınırlı ve yetersizdir. Bu bakımdan da yaptığımız çalışmanın “isabetli” bir seçime dayandığı varsayılmaktadır.

8.1.1.2. Ulaşılan Kaynaklar “Dünya’daki ÜAH’lerinin Yönetimi” Konusuna Işık Tutmaktan Uzaktır

Elde edilen kaynaklar hem sınırlı, hem yetersiz, hem de dünya’daki ÜAH’lerinin yönetimi konusunda yeterince açık ve anlaşılır bilgiler taşımamaktadır. Daha çok genel ve özel hastanelerin yönetiminden sözedeki kaynaklar dışında ayrıca ve özellikle ÜAH’lerini anlatanlara ulaşılamamıştır.

8.1.1.3. Kaynakların Bir Kısmı “Eski” Bilgi ve Verilere Yer Veren Kaynaklardan Oluşmuştur

Özellikle rakam ve sayısal döküm gerektiren kaynaklardan güncel olanlara (yaşadığımız yıla ait olanlara) ne yazık ki pek rastlanmamış, “varolanlara” da ulaşılamamıştır.

8.1.2. Uygulamalı Yönetim Dallarına İlişkin Bulgular

Yönetim olgusunun bilimsel yaklaşımlarla ele alınmasından buyana; bir yandan yönetim kuram ve yaklaşımları gelişmiş, diğer yandan bu gelişime koşut olarak yönetim türleri, yönetim dalları ve alanları çoğalmıştır. Bilim ve teknolojiadaki gelişmeler, toplumsal, kültürel ve ekonomik dönüşümler, göçler, kentleşme, nüfus artışı ve örgütsel bilincin artışı gibi etmenler, yeni üretim alanları ve olanakları, toplumsal örgütlenme, kurumlaşma ve uzmanlaşmaları ortaya çıkarmış, bunlar da uygulamada yeni yeni yönetim dalları ve yaklaşımlarının ortaya çıkmasına neden olmuştur. Özellikle son yıllarda ivme kazanan gelişmeler, uygulamalı yönetim dallarının hızlı bir biçimde artmasına ve gelişmesine zemin hazırlamıştır.

Uygulamalı yönetim dallarıyla ilgili ulaşılan bulgular özetle aşağıdaki başlıklarda sunulmuştur.

8.1.2.1. Uygulamalı Yönetim Dalları Sayı, Tür ve Alan Olarak Çoğalmış, Kapsam Olarak Yaygınlaşmıştır

Toplumsal, siyasal ve ekonomik gelişmeler sonucu ortaya çıkan yeni meslekler, yeni iş ve pazar olanakları, yeni üretim, tüketim ve işletim süreçleri, yeni teknolojiler, yeni bilgi, iletişim ve eğitim olanakları, yeni örgütsel ve yönetsel etkinlikler; yeni yeni yönetim dalları ve yönetim uygulamalarını gündeme getirmiş, uygulamaya dönük yönetim dalları sayıca ve türce çoğalmıştır. Örneğin, eskiden salt yönetimden söz edilirken, daha sonra kamu yönetimi, işletme yönetimi ve para yönetimi gibi yönetim dallarından, daha ileriki dönemlerde sağlık yönetimi, eğitim yönetimi, personel yönetimi ve çevre yönetimi gibi daha özgül yönetim uygulamalarından söz edilir olmuştur. Günümüzde bu yönetim alanları içinden daha da uzmanlaşmış ve özgülleşmiş (incelmiş) yönetim dalları, yönetim türleri ortaya çıkarken, bunların “genel yönetim” kuramına yaptığı katkı ve zenginlik de artmıştır. Örneğin, sağlık yönetimi içinden hastane yönetimi, sağlık eğitimi, çevre sağlığı ve halk

sağlığı yönetimi gibi yeni yeni dallar ortaya çıkarken; eğitim yönetimi alanında da okul yönetimi, eğitim denetimi yönetimi gibi alt dallar ortaya çıkmıştır. Hatta bu ayrışma ve özgülleşme biraz daha incelererek (kurumlaşarak), Yatılı İlkretim Bölge okulları (YİBO) yönetimi, ortaöğretim kurumları yönetimi gibi dallara ayrılmıştır.

Aynı durum hastane yönetimi için de geçerli olup, günümüzde bu yönetim dalı; devlet hastaneleri yönetimi, özel hastaneler yönetimi, SSK hastaneleri yönetimi ve niversite araştırma hastaneleri yönetimi gibi daha alt dallara ayrılarak incelenmektedir.

8.1.2.2. Uygulamalı Yönetim Dallarının Gelişmesi Günümüzde Daha da Hızlanmıştır

Gerek sayı ve tür olarak, gerekse de nitelik olarak gelişen ve çoğalan (aynı zamanda da uzmanlaşan, zgnleşen ve incelen) yönetim dalları, aynı zamanda hızlanan bir seyirle bu süreci yaşamaya başlamıştır. Bu bağlamda gelişimin ivme kazanmasında, çeşitli etmenler (teknolojik, toplumsal, kültürel ve bilimsel) etkili olmuşlardır.

8.1.2.3. Olanaklar Artarken Sorunlar da Artmaktadır

Uygulamalı yönetim dallarının artışı ve hızlı bir biçimde çoğalması , yönetim alanında yeni olanaklar ve yeni fırsatlar yaratırken, bir yandan da yeni sorunların doğmasına neden olmuştur. Her yeni olgunun ve gelişmenin doğasında varolan bu durum, yeni yönetim dalları için de geçerli olup, yeni meslekler, yeni çalışma ve etkinlik alanları, yeni iş ve üretim olanaklarının ortaya çıkması gibi olumlu gelişmeler yanında, yeni yeni sorun ve sıkıntılara da neden olmuştur. Alanın ve sınırlarının tam olarak belirlenmemesi, her yeni olanağın bir bedelinin bulunması ve yeni kaynaklara gereksinim göstermesi gibi.

8.1.3. ÜAH'lerinin Yönetiminde Yaşanan Sorunlara İlişkin Bulgular

ÜAH'lerinin yönetim sorunlarından bir bölümü genel olup, diğer hastane yönetimlerinin sorunları ile ortak paydalara ve benzerliklere sahiptir. Örneğin, parasal kaynak sıkıntısı, yeterli nitelik ve sayıda personel sağlanamaması ve yöneticilerin konumlarından kaynaklanan sorunlar (eğitim durumu, uzmanlık yeterliliğine sahip bulunmama vb) gibi.

Bir başka bölüm yönetim sorunları ise, ÜAH'lerine özgü olup, üniveristelerin ÜAH'lerinin özelliklerinden kaynaklanmakta ya da ağırlıklı olarak ÜAH'lerinin yönetimlerini ilgilendirip, etkilemektedirler. Örneğin, başhekimin konumu, rektör-dekan, rektör-başhekim, dekan-başhekim, başhekim-başmüdür, başhekim-akademik işlevsel yöneticiler ve başmüdür-diğer (yardımcı) müdürler arası ilişkilerden kaynaklanan sorunlar ile eğitim ve araştırma etkinliklerinden kaynaklanan sorunlar gibi.

ÜAH'lerinin yönetiminde yaşanan sorunlara ilişkin bulgular aşağıdaki başlıklarda özetlenmiştir.

8.1.3.1. ÜAH'lerin Tümünü Düzenleyen, Genel Bir Yasa Bulunmamaktadır

ÜAH'lerinin kuruluş, işleyiş ve örgütsel yapıları, başlıca iki yasal düzenlemeye "gönderme" yapılarak oluşturulmuştur. Bunlardan birisi 2547 sayılı YÖK yasasının 3. maddesinde geçen "eğitim ve araştırma merkezlerinin kurulabileceği" öngörüsü, diğeryse 1983 tarihli, Sağlık Bakanlığınca çıkarılan "yataklı tedavi kurumları işletme yönetmeliği" dir.

Ancak, bunlardan 2547'de geçen eğitim ve araştırma merkezlerinden neyin kastedildiği, araştırma hastanelerini kapsayıp, kapsamadığı belli olmadığı gibi,

kapsadığı varsayılsa bile ÜAH'lerin nasıl kurulacağı, nasıl örgütleneceği, nasıl işletileceği ve nasıl bir işleve sahip olacağı vb. açık değildir.

Öte yandan yataklı kurumlar işletme yönetmeliği de, hem bir yasaya dayanmadan çıkarılmış bir yönetmeliktir, hem de ÜAH'leri dışında kalan hastaneleri, özellikle de devlet hastanelerini nitilemektedir. Bu yönüyle de ÜAH'lere yanıt vermesi olanaklı değildir.

ÜAH'leri yasal düzenlemeler açısından bir boşluk ve belirsizlik içinde olup, bir bakıma “yasadışı” olupbittilerin ürünüdür denilebilir.

8.1.3.2. ÜAH Yönetimleri Önemli Parasal Kaynak Sıkıntısı Çekmekte ve Devletten Yeterli Destek Alamamaktadırlar

Parasal kaynak sıkıntısı, aslında tüm kamusal hastanelerin ortak ve süregelen (kronik) sorunudur. Herşeyden önce, siyasal iktidarların politik öncelikleri çerçevesinde paylaştırılan bütçe olanakları, genelde sağlık alanına düşük tutulduğundan hastaneler yeterli pay alamamaktadırlar. Özellikle son yıllarda ÜAH'lerine genel bütçeden gönderilen ödenek tutarları “komik” denecek düzeylerde seyretmekte, ancak; yakıt, su, elektrik ve telefon giderleri gibi bir kısım hizmet alımları ile personel ücretlerini karşılayabilmektedir. Tıbbi cihaz, demirbaş, ulaşım aracı ve yatırım giderleri gibi temel giderler ile genel “sarf” malzeme, ilaç, kırtasiye, tıbbi malzeme ve teknik malzeme, bakım onarım malzemesi gibi malzeme alımları için bütçeden artık ödenek ayrılmaz olmuştur. Tüm bu tür alımlar için yapılan harcamalar hastane dönersermaye olanaklarından karşılanmakta, dönersermaye gelirleri özellikle yeni ÜAH'lerde bu tür harcamalar için yeterli olmamaktadır.

8.1.3.3. Alanında Uzman ve Nitelikçe Yeterli Personel Sıkıntısı Yaşanmaktadır

Para sıkıntısı gibi, yeterli nitelik ve sayıda uzman personel bulmak, ÜAH'ler için önemli sorunların başında gelmektedir. Uzman personel ya da nitelik yönünden işe uygun personel, salt yönetim düzeyinde değil, tıp hizmetleri, yardımcı hizmetler ve teknik hizmetler düzeyinde bulabilmek ve çalıştırabilmek genelde sorun olmaktadır.

8.1.3.4. ÜAH Üst Yöneticileri Arasında Ciddi Sorunlar Vardır

ÜAH yönetiminde ağırlığı olan başhekimlerin rektör, dekan, başmüdür ve akademik işlevsel yöneticilerle olan ilişkilerinde önemli sorunlar ve çatışmalar vardır. Yasal bir düzenlemeye dayalı bir "kadro" görevi ya da "mesleki bir görev" olarak tanımlanmayan başhekimi herne kadar rektör "görevlendirme" yolu ile bu göreve getirmekteyse de, rektörün desteği ya da tercihi çok durumda işe yaramamaktadır. Örneğin, hiçbir akademik personel üzerinde denetim ya da yaptırım yetkisi bulunmayan başhekim, bir bakıma rektörün "tasdik" memuru konumuna düşmekte ve rektörün sağladığı (devrettiği) yetki oranında yetki kullanabilmektedir. Her rektör değişiminde başhekimlerin de değişmesi gibi bir gariplik yaşanmaktadır.

Başhekimle dekan arasındaki ilişkiler genelde pürüzlü ya da "soğuk" olmaktadır. Dekanlar başhekimlerin yönetsel amiri olmamakla birlikte, akademik yönden üstü konumunda olup, ilişkilerin düzgün ve ılımlı olup, olmaması tümüyle kişisel ilişkilere ve "şans" a bağlı olmaktadır. Kimi üniversitelerde başhekim aynı zamanda tıp fakültesi dekan yardımcısı olarak da görev yürüttüğünden, buralardaki sorunlar daha hafif kalabilmektedir.

Başhekim ile başmüdür ya da müdür arasındaki ilişkiler, (yasal olmadığı halde) uygulamada başhekimler lehine seyretmekte, tıp hizmetleri ve hekimlik alanı dışında kalan alanlarda, başmüdüre ait olan yetkilerin büyük bir bölümü "gasp edilerek"

başhekimler tarafından kullanılmaktadır. Diğer yöneticilerle olan ilişkilerde de durum farklı değildir.

Bu ve benzeri nedenlerle ortaya çıkan belirsizlik, çoğunlukla herşeye karışan, herşeye egemen olmaya çalışan ve “ayrıntılarda boğulan” başhekim tiplerine neden olmaktadır.

8.1.3.5. Altdüzey Yöneticilerin ve Memurların Belirlenmesinde ve Atanmasında Başmüdür ya da Müdürlerin Rolü Yok Denecek Kadar Azdır

Çalıştırma sorumluluk ve yükümlülüğü başmüdüre verilen altdüzey yöneticiler (şef, birim sorumlusu vb.) ve memurlar, doğrudan rektörlükçe, kimseye danışılmadan seçilmekte ve atanmakta, bunun bir sonucu olarak kimi altdüzey yönetici ve memurlar hastane müdürü ya da başmüdürünün karşı görüşüne rağmen “tepeden inme” yöntemlerle görev yeri ya da ünvanı değiştirilebilmekte, ÜAH yönetiminin yetkesini (otoritesini) zedeleyebilmektedirler.

8.1.3.6. Sicil Amirliği Sıralamasında Yönetmelikten Kaynaklanan Yanlışlık ve Hatalar Bulunmaktadır

Akademik personel dışındaki tüm çalışanların birinci sicil amiri başmüdür (yoksa müdür), ikinci sicil amiri ise üniversite genel sekreteridir. Oysa genel sekreterin hastaneyle herhangi bir bağı bulunmamaktadır. Dolayısıyla de genel sekreter hastane çalışanlarını uzaktan-yakından tanımamaktadır. Diğer hastanelerde ikinci sicil amirliği yetkisi başhekimlere verilmişken, ÜAH’lerde, başhekimlere bu yetki verilmemiştir ve mantıklı bir uygulama değildir.

Öte yandan başmüdür ya da müdürlerin birinci sicil amiri genel sekreter, ikinci sicil amiri ise rektördür. Bu uygulama da hatalı ve yanlıştır. Genel sekreterin

hastaneyle bağlantısı olmadığı gibi, başmüdür ya da müdürlerin yönetsel amiri başhekim, ancak sicil amiri genel sekreterdir. Oysa diğer hastanelerde bu sıralama başhekim ve sağlık müdürü biçimindedir. ÜAH'lerde sıralamadaki bu yanlışlık düzeltilmelidir.

Sicil yönetmeliğinin hatalı ve yanlış olan bu maddeleri, uygulamada garip sorunlara ve gereksiz bir sürece yol açmaktadır.

8.1.3.7. ÜAH Dönersermaye Sorunları Önemli Boyutlardadır

ÜAH'lerin temel gelir kaynağı olan dönersermaye gelirlerinin harcanması, dağıtımı ve toplanması aşamalarında önemli sorunlar vardır. Bir kere, dönersermaye gelirlerinin harcanmasında "ita" (ödeme) yetkisi rektöre aittir. Rektör bu yetkisini yardımcılarında birine ya da tıp dekanına devredebilir. Ancak başhekime ya da başmüdüre (istese de) devredemez. Yapılacak alım ve satım harcamalarında son karar rektöre ait olunca, işlemin her aşamasında rektöre imza için gidilmekte, her dosya için ayrı bir zaman kaybı ve çoğu zaman da gereksiz engellemeler (geri çevirmeler) olmaktadır.

Dönersermaye katkıpaylarının çalışanlara dağıtımında çok büyük adaletsizlikler yaşanmaktadır. Kadrosu akademik olan personele verilecek katkı payı maaşının yüzde 200'üne kadar olabilirken, diğer personel için bu oran yüzde 50'yi geçmemektedir. Aylık ücreti zaten düşük olan bir yönetim memuru ya da hemşirenin alacağı katkı payı maaşının yüzde %50'sini geçemez, ancak hastaneye kimi zaman hiçbir katkısı olmayan bir uzman ya da öğretim görevlisinin alacağı katkı payı maaşının yüzde 200'üne kadar çıkabilmektedir. Doğaldır ki bu degesiz ve haksız uygulama çalışanlar arasında huzursuzluklara yol açmaktadır. Aynı çerçevede, hastane başmüdürü ya da müdürü de yönetim hizmetleri kadrosunda bulunduğundan yüzde 50 sınırlamasıyla mağdur edilmektedir.

Dönersermaye gelirlerinin kişi ve kurumlardan toplanmasında da sorunlar yaşanmaktadır. Ücretli hastalardan, parası olmayan ya da bir kısmını ödemeyenlerin faturaları çoğunlukla ödetilememektedir. Kurumlardan olan (resmi) alacakların toplanması ise, zamanında ödenek gönderilmediğinden gecikmekte ya da ertesi yıla kalmaktadır. Bu durum hastane için zarar anlamına gelmektedir.

Yine dönersermaye gelirleri için önemli olan faturalandırma ve ücret işleme aşamalarında ciddi kaçaklar olmakta, bu konuda personel her zaman sorumlu davranmayabilmekte, toplanacak gelir miktarı azalmaktadır.

8.1.3.8. Çalışanların Mesleki Yeterlik ve Nitelikleri Konusunda Büyük Sıkıntılar Vardır.

Gerek eğitim, gerek deneyim ve gerekse mesleki bilgi-beceri (yeterlilik) yönünden personelin büyük bir bölümü yetersizdir. Eğitim gördüğü alanla, çalıştığı alan farklı olabilmektedir. Bu durum ÜAH yöneticileri açısından da çok farklı değildir.

8.1.3.9. Çevredeki Resmi ve Sivil Kuruluşlarla İlişkiler Verimli ve Sıcak Değildir.

Diğer hastanelerle ortak sorunlardan biri olan bu sorun, ÜAH'lerin halkla ilişkileri ve toplum örgütlerinin desteğini, katkısını sağlama çabaları açısından önem taşımaktadır.

ÜAH bulunan bir kent ya da bölgede salt hasta (ya da müşteri) yönünden değil, sivil ve resmi tüm kurum, kuruluş ve örgütlerin desteğini kazanmak; parasal, araçsal ve moral yönden katkılarını sağlamak, ÜAH'lerinin etkin ve verimli hizmet üretebilmeleri açısından yaşamsal öneme sahiptir. Ancak, böyle bir desteği ve katkıyı sağlayacak

herhangi bir kurul, organ ya da kurumlaşmış bir yapı bulunmamakta, ilişkilerin boyutu kişisel çabalardan öteye geçmemektedir.

8.1.3.10. Aynı Bölgedeki Diğer Hastanelerle İşbirliği ve Yardımlaşma Olanakları Geliştirilmemiştir.

Amaçları ve işleyiş biçimleri birbirine çok benzeyen hastanelerin herbirisi kendi başına ve kendi adına hareket etmekte, yeterli düzeyde ve oranda işbirliği yapılamamaktadır. Aralarında ortak tasarım ve yatırım gerçekleştirme olanakları var olduğu halde, çeşitli nedenlerle bu olanaklar değerlendirilmemektedir.

Gerek yöneticilerin tutum ve davranışlarından, gerekse sağlık dizgesindeki hatalardan kaynaklanan bu iletişimsizlik, kopukluk ve kendi başınlık, hem yönetimlerin başarısını düşürmekte, hem de kaynak kullanımında savurganlıklara yol açmaktadır. En azından bilgi, deneyim, teknoloji ve kimi uzmanlık alanlarında ortak bir “havuz dizgesi” (ya da hastanelerarası ortak kurul) gerçekleştirip, çok yaşamsal konularda yardımlaşma fırsatları yaratılabilecekken, bu olanak gözardı edilmiştir.

8.1.3.11. ÜAH'leri Arasında Eşgüdüm ve İşbirliği Gerçekleştirebilecek Herhangi Bir Oluşum Bulunmamaktadır.

Gerek bölge düzeyinde, gerekse ülke (hatta ülkelerarası) düzeyinde böyle bir ortak iletişim ve eşgüdüm olanağının bulunmaması, kim ÜAH'leri için önemli sıkıntılara neden olabilmektedir. Daha gelişmiş ve olanakları daha çok olan ÜAH'leri için pek bir anlam taşımayabilen bu kopukluk; yeni kurulan, olanakları sınırlı ÜAH'leri için anlamlı kayıplara ve sorunlara yol açabilmektedir.

ÜAH'leri arası pek çok (yönetimsel) sorunun çözümünde büyük yararları ve katkıları olabilecek bir ülke düzeyli eşgüdüm özeği ile bölgesel çaplı bir örgütlenme

yoluna gidilmiş olmaması, tüm ÜAH'leri için bir eksiklik olmaya devam etmekte, kaynak savurganlıklarına ve verimsizliklere yol açmaktadır.

8.1.4. Parasal ve Araçsal Kaynak Sorunlarına İlişkin Bulgular

Hastanelerin temel sorunu olmayı sürdüren parasal kaynak sorunu ile bunun bir yansıması olan araç, gereç ve malzeme (teknoloji dahil) sağlama güçlüklerinin temelinde “sürekli, yeterli ve yenilenebilir” kaynak üretmemek, bağımsız kaynaklara sahip olamamak yatmaktadır.

Devletin genel bütçesinden ayrılan paranın yetersizliği bir yana, ayrılan ve ÜAH'lerce kullanılan bu kaynakların verimli ve uygun kullanıldığını söylemek de güçtür. Aynı kapsamda olmak üzere, zaten yetersiz olan parasal kaynakların önemli bir bölümüne devletçe, çeşitli nedenlerle “el” konulmakta, ayrılan ödeneklerin ağırlıklı bir bölümü “bloke” edilerek (serbest bırakılmayarak) ya da vergi adı altında geri alınarak yönetimlerin “elleri ayakları” bağlanmaktadır.

Kendi kaynağını kendisi belirleyen, bunun miktarını, türünü ve kaynağını kendisi kararlaştıran ve kaynak alanlarını genişletebilen (yeni kaynaklar yaratabilen) özerk ve güçlü ÜAH yönetimleri henüz kurulamadığı için, varolan parasal sıkıntılar, doğrudan diğer alanlara yansımakta, yeni sıkıntılara kaynak oluşturup, varolan sorunların tür ve boyutunu çoğaltmaktadır.

Parasal ve araçsal kaynaklar ile bu kaynakların sağlanması, kullanılması ve işletilmesi konularındaki bulgular özetle sıralanacak olursa;

8.1.4.1. Parasal ve Araçsal Kaynakların Yeterli Ölçüde Sağlanması

Şimdiki İşleyişte Olanaklı Değildir.

Çünkü varolan ÜAH yönetimleri, hatta genel sağlık alanındaki yetkili üst düzey yöneticiler ile siyasal iktidarlar “kaynak üretici” değil, “kaynak dağıtıcı” ve “kaynak aktarıcı” konumundadırlar. Bir yönüyle de “kaynak kullanıcı” ya da “kaynak tüketici” olan alan yöneticileri bu nedenle parasal ya da araçsal kaynakları ne yeterli oranda bulabilirler, ne de üretebilirler. Bunun temel nedeni ise, şimdiki ÜAH ya da diğer hastane yönetimlerinin böyle “kısır” ve “verimsiz” bir “kaynak kullanım dizgesi” içinde koşullandırılmış olmalarıdır.

Varolan yönetim ve kaynak kullanım anlayışı daha doğrusu “kaynak üretememe hastalığı” sürüdüğü sürece de, parasal ve araçsal kaynaklardan yeterince yararlanmak ya da onları sağlam kaynaklardan üretmek olanaklı olmayacaktır.

8.1.4.2. Sadece Devlet Bütçesinden Ayrılan Ödeneklerle Hastane İşletmek

Günümüzde Olanaksız Hale Gelmiştir.

Gerek devletin “sosyal” yapı ve işlevindeki değişiklikler, gerekse toplumsal gereksinimlerin artarak devlete yeni görevler yüklemesi ve ülke kaynaklarının öznel önceliklere göre dağıtılmaya başlanması (seçmene ya da belli kimselere siyasal iktidarların “diyet ödeme” hastalığına tutulmaları) parasal kaynak dağıtımında büyük sorunlara yol açmaktadır. Bunun bir sonucu olarak da devletin “her” alana ayırdığı pay giderek küçülmekte, ÜAH'lere sıra gelinceye kadar da başka öncelikler devreye girebilmektedir.

Şu ya da bu nedenle, devletçe ayrılan ödeneklerin iyice azalması, bir bölüm harcama kalemine ise hiç ödenek konmaması, ÜAH'leri (diğer hastaneleri de) yeni kaynak arayışlarına itmiş, hastane dönersermaye olanakları artık devlet bütçesinin

yerini almıştır. Aslında bu sonuç hastanelerin uygulamada “özelleştiği” ya da özel işletme mantığı içinde hareket etmeye başladığı anlamında gelmektedir.

Dönersermaye işletmesi ya da hastane yardım derneği, hastane vakfı gibi parasal kaynak sağlama araçlarına sahip bulunmayan hastanelerin varlıklarını sürdürebilmeleri günümüzde olanaksızdır. Sözü edilen araçlardan sağlanan parasal kaynaklarınsa ne miktarı yeterlidir, ne de denetimleri yeterli yapılabilmektedir.

8.1.4.3. Parasal Kaynaklar Verimli Kullanılamamaktadır.

Herhangi bir yolla elde edilen parasal ve araçsal kaynakların yerinde, zamanında ve verimli biçimde kullanıldığını söylemek olanaksızdır. Parasal kaynak üretimi kadar, üretilen bu kaynakları kullanmak ve etkili bir biçimde hizmete dönüştürebilmek de ayrı bir uzmanlık işidir. İyi bir işletmecilik ya da hesap uzmanlığı gerektiren parasal kaynak kullanımı, şimdiki uygulamada rektörlerin yetkisine ve önceliklerine bırakılmıştır. Hiçbir rektör de, bir ÜAH yöneticisi kadar hangi alanda, hangi malzeme ya da aracın alımında, ne kadar kaynak gerekeceğini bilemeyeceğinden, kaynakların etkin ve ussal kullanıldığını söylemek pek olanaklı değildir.

8.1.4.4. Varolan Ek Kaynak Yaratma Olanakları Değerlendirilememektedir.

ÜAH'ler yenilenebilir ve artırılabilir parasal kaynaklara sahip olmakla birlikte, bu olanağı kullanmak kimi köklü değişiklikleri gerektirmektedir. Aslında birçok ÜAH'sinin parasal kaynak gizligücü ve olanakları bulunmaktadır. Ancak bu olanakları etkili bir biçimde kullanarak paraya ya da araç gerece çevirmek için kimi dizgesel ve yasal değişiklikler gerekmektedir. Örneğin, yapılan tetkik ve tedavilerin fiyatlarının ÜAH yönetimlerince belirlenmesi, uzman personelin ücretinin yüksek tutularak hastaneye çok nitelikli personelin çekilebilmesi, hastane varlıklarının (kantin, büfe, konukevi, alışveriş merkezi, kreş, otopark vb.) tecimsel bir anlayışla çalıştırılması gibi

yöntem ve olanaklar bulunmakla birlikte, buralardan yeterince yararlanabilmek kimi yasal düzenlemeleri gerektirmektedir. Ayrıca varolan yöneticilerin de anlayış değişikliğine giderek, en iyi hizmetin nasıl üretilebileceğini ve bunun bedelinin nasıl karşılanacağını düşünmeleri gerekmektedir.

Söz konusu olanaklara ek olarak, çevredeki kurum, kuruluş ve durumu uygun kişilerin katkılarını sağlamak, sağlık sigortası olanaklarından yararlanmak ve çalışanların verimini, katkısını artırmak gibi yol ve yöntemleri de harekete geçirmek önem taşımaktadır. ÜAH'lerin aynı zamanda bir eğitim ve araştırma kurumu olmaları, kaynak üretme olanaklarını artıran bir etmen oluşturmaktadır.

8.1.5. Diğer Bulgular

ÜAH'leri, diğer hastanelerin önemli bir bölümünden farklı olarak, hastalarına daha ayrıntılı ve nitelikli bakım hizmeti veren, hastalık etkenlerini ve nedenlerini daha ciddi biçimde araştıran, hastaya daha çok zaman ve olanak ayıran, bu bağlamda insanlara daha çok güven veren sağlık kuruluşlarıdır. Bunun temel nedeni, ÜAH'lerde çalışan hekimlerin aynı zamanda öğretim üyesi olmaları ve tıp öğrencilerine tedavi ve tanı konularında eğitim veriyor olmalarıdır. Akademik ve bilimsel nitelikleri daha gelişkin olan ve konularında iyice uzmanlaşan hekimler, doğal olarak hastalara daha çok güven vermekte ve bu da ÜAH'lere olan istemi artırmaktadır.

ÜAH'lerin bir başka olumlu yönleri de yüzlerce öğrencinin yetişmesine sağladıkları önemli katkılardır. Kuruluşlarına gerekçe oluşturan ilgili yasa maddesinde sözedildiği gibi ÜAH'leri uygulama ve araştırma kurumları olmaları nedeniyle tıp fakültesi ile diğer sağlık okulu öğrencilerine eğitim, uygulama ve araştırma olanakları sunmaktadırlar. Bu olanaklar; geleceğin hekim, hemşire, teknisyen ve diğer sağlık personelinin yetiştirilmede, onların niteliğini geliştirmede ve daha başarılı hizmet üretmede önemki bir yer tutmaktadır.

ÜAH'lerinden yüksek ölçünlü ve gelişmiş tıp teknolojileri kullanılmaktadır. Diğer hastane türlerinin sağlamakta güçlük çektikleri ya da öncelik sırasına koymadıkları tıbbi cihaz ve dizgeleri ÜAH'leri kullanmakta, gerektiğinde yurtdışından getirme yoluna başvurumaktadırlar. Hem eğitim ve araştırma kurumu olmaları, hem de dünyadaki gelişmeleri izleyebilmeleri bakımından en gelişmiş teknolojiyi sağlamaları ve kullanmaları gerekmektedir.

Yüksek ölçünlü ve gelişmiş teknolojiyi kullanmaları, sundukları sağlık hizmetlerinin düzeyini ve niteliğini yükseltirken, daha ayrıntılı inceleme, araştırma ve çözümleme olanakları yoluyla hastalıkların tanı ve sağaltımında daha başarılı çalışmalar yürütmektedirler.

Birçok üniversite, tıp fakültesi ya da sağlık meslek okulları açmış olup, kendi gereksinim duyduğu sağlık personelini kendisi yetiştirmekte, hatta diğer sağlık kuruluşlarına bu yolla katkı sağlamaktadırlar. Üniversitelerin denetim ve öncülüğünde açılan bu okullarda daha bilimsel ve alana yönelik eğitim ve öğretim verilirken, yüksek lisans ve doktora olanakları da sunularak, daha nitelikli ve uzmanlaşmış personel yetiştirilmektedir.

ÜAH'ler hastalara, hasta yakınlarına ve sağlıklı insanlara, diğer hastanelere oranla daha çok güven vermektedirler. Bu güvenin kaynağında, ÜAH'lerin taşıdığı akademik ve bilimsel hava ile sahip oldukları teknolojik olanaklar yatmaktadır. Sağlıklı insanların güven duymaları ve diğer hastanelere göre daha olumlu bakmaları, hastalığın derecesi ne olursa olsun ÜAH'lerin buna bakmaktan kaçınmayacaklarına olan inançtan kaynaklanmaktadır.

8.2. Öneriler

Çalışma sırasında ulaşılan bulgular ile saptanan sorunların çözümüne yönelik öneriler başlıklar halinde ve kısa açıklamalarla aşağıda sunulmuştur.

8.2.1. Alanı İlgilendiren Çalışmalar ve Kaynakları Kapsayan Öneriler

Tezin konusunu oluşturan ÜAH yönetimi ve bu konuyla yakın bağlantısı olan hastane işletmeciliği, sağlık yönetimi ve sağlık hizmetleri gibi konularda yeterli düzeyde ve sayıda araştırma bulunmadığından, varolanlara da kolay bir yolla ulaşılamadığından büyük sıkıntılar yaşanmıştır. Aynı sıkıntı ve güçlüklerin diğer araştırmacılar tarafından da çekilmemesi için ÜAH'leriyle ilgili çalışmalara ağırlık verilmeli, varolan kaynaklara daha kolay ulaşılabilmesi için de kimi önlemler alınmalıdır. Bu önlem ve öneriler aşağıdaki başlıklarda sunulmuştur.

8.2.1.1. Alana Yönelik Yerli ve Yabancı Kaynakların Sayısı Artırılmalı, Akademik Düzeyleri Yükseltilmelidir

Gerek dünyadaki, gerekse ülkedeki kaynakların sayıları ya da düzeyleri hakkında bilgi olmadığından, çok sınırlı sayıda kaynağa ulaşılabildiğinden, tez konusunu ilgilendiren alandaki kaynaklar hem sayıca çoğalmalı, hem de düzey olarak yükselmelidir.

8.2.1.2. Kaynak Envanteri Çıkarılmalı ve Erişebilirlikleri Artırılmalıdır

Konuyla İlgili Kaynakların Bir "Envanter" i (dökümü) Çıkarılmalı ve Belirli Bir Özekte Toplanarak, Araştırmacıların Yararlanmasına Hiç Bir Sınırlama Olmaksızın Sunulmalıdır. Böyle bir görevi yerine getirebilecek özek, tüm ÜAH'leri ile diğer sağlık kuruluşlarına bilimsel destek sunabilecek nitelikte ve konumda olmalıdır.

8.2.1.3. Alanda Yürütülecek Her Türlü Bilimsel Çalışma ve Yayın Etkinlikleri Özendirilmeli ve Desteklenmelidir

Hastane yönetimi ve ÜAH'ler konusunda yapılan tez çalışmaları ve benzeri tüm bilimsel araştırmalar ile yayınlar, toplantı ve eğitim etkinlikleri parasal yönden desteklenmeli ve çeşitli kolaylık ve özendirici önlemlerle “teşvik” edilmelidir.

8.2.1.4. ÜAH'ler ile İlgili Bilgiler Güncelleştirilmelidir

ÜAH'lerinin Yönetimi Konusunda Varolan Her Türlü İstatistik, Bilgi, Yayın ve Yazanaklar (İster Resmi Olsun, İster Özel) Rakamlar Düzeyinde Güncelleştirilmelidir. Bütünleşik bir ÜAH yönetim özeğinde oluşturulacak bir birim böyle görevle görevlendirilmeli, istatistiksel veriler belirli dönemleri kapsayacak ve günümüze ışık tutacak biçimde güncelleştirilmeli, geçmişle gelecek arasında karşılaştırmalar yapabilecek biçimde zengin bir arşive dönüştürülmelidir.

8.2.1.5. Alan Bilgileri “İnternet” e Sokulmalıdır

Alanı İlgilendiren Tüm Kaynaklar “İnternet” (Dünya Bilgi Ağı) Aracılığı ile Diğer Ülke Araştırmacılarının da Hizmetine Sunulmalıdır. Günümüzde çok önemli aşamalar kateden böyle bir teknolojik bilgi aktarım, kullanım ve saklama dizgesi, çalışma konusunda ortaya çıkan kaynaklar bakımından da yetkin bir araç olarak kullanılmaktadır.

8.2.2. ÜAH'lerin Yönetim Yapısı ve İşleyişine İlişkin Öneriler

ÜAH'lerinin yönetim ve örgüt yapısı ile bu yapının işleyişi konusunda yaşanan sorunların ağırlığı ve ciddiyeti oranında öngörülen çözüm önerileri aşağıda özetlenmiştir.

8.2.2.1. Ülkemizdeki Tüm ÜAH'lerini Düzenleyen Temel Bir Yasa Çıkarılmalıdır.

ÜAH'lerinin pekçok sorunu belirli bir yasal düzenlemenin bulunmamasından kaynaklanmaktadır. Yasal düzenleme (mevzuat) boşluğu, yönetim düzeyinde yaşanan pek çok sorunun da nedeni olmaktadır. Bu nedenle, bütün ÜAH'leri ile yasaya dayanmayan tüm hastanelerin yönetim, örgütsel yapı ve işleyişlerini düzenleyen “genel nitelikli” bir yasa bir an önce çıkarılmalı, bu alandaki yasasızlığa (ya da mevzuat boşluğuna) son verilmelidir.

ÜAH'lerinin kuruluş ve işleyişi, salt bir yönetmelik ya da yönerge vb. düzenleme ile düzenlenemeyecek denli önemli ve karmaşık durumdadır. Tıpkı “Özel Hastaneler Yasası” gibi, tıpkı “Yükseköğretim Kurumları Yasası” gibi bir “ÜAH Kuruluş Yasası” adlı genel bir yasa çıkarılmalıdır.

8.2.2.2. ÜAH'leri Parasal Kaynak Yönünden Desteklenmeli, Bütçe Payları Artırılmalıdır.

Tüm hastanelerin temel sorunlarından birini oluşturan parasal kaynak sıkıntısı, aslında salt devletin para (ödenek) desteği ile ya da bütçe payını artırma yoluyla çözümlenemeyecek kadar ağır ve kapsamlı bir sorundur. Bu nedenle temel çözüm “kendine yetecek” kaynaklarla donatıp, hastaneleri tam anlamıyla “mali özerklik” e kavuşturmaktadır.

8.2.2.3. ÜAH'lerinin Gereksinim Duyduğu “Uzman Yönetici” ve Nitelikli Personel” Sıkıntısı Giderilmelidir.

Tüm hastanelerin genel sorunları arasında yer alan personel sorununu çözebilmek için, öncelikle yönetime getirilen kişiler bu alanda uzman olmalı,

gereksinim duyulan personelin alımı ve yerleştirilmesine uzmanlardan oluşan hastane yönetimi karar vermelidir.

Üretilen hizmetin özelliği gereği, bu tür hastanelerde çalışacak hekim, hemşire, teknisyen, memur ve hizmetli gibi diğer yardımcı personelin sayıca yeterli olması yetmez; eğitim, deneyim, bilgi ve beceri gibi niteliksel yönlerden de yeterli olması gerekmektedir.

8.2.2.4. ÜAH Yönetimleri Kendi Personelini Kendisi Seçmeli ve Kendisi Atayabilmelidir.

Daha demokratik bir yöntem olacağı düşünülen bu yol, hem ÜAH yönetimine ağır bir sorumluluk yükleyerek, daha ciddi çalışmalarını sağlar, hem de çalışanların yönetime karşı takınacağı tavır ve davranışın daha ölçülü olmasına, görevlerini daha ciddi bir biçimde yapmalarına yol açar. Bu da çalışanların verimini artırır.

8.2.2.5. ÜAH Yöneticilerinin Uyumlu Çalışması Sağlanmalıdır.

ÜAH Yöneticileri ile Diğer Üst düzey Yöneticiler Arasında Yaşanan Gereksiz Sorunlar ile ÜAH Yöneticilerinin Kendi Aralarında Yaşanan Çekişmelere Son Verilmelidir. ÜAH yönetimi ile rektörlük ya da dekanlık arasında yaşanan sorunlar genelde rektör-dekan, rektör-başhekim ya da dekan-başhekim arasındaki ilişkilerin “kişiselliği”nden kaynaklanmaktadır.

Rektörle uyumlu olmayan dekan, dekanla uyumlu olmayan başhekim ya da rektörle uyumlu çalışmayan başhekim (ya da bunun tam tersi, yani hastane yönetimiyle anlaşamayan rektör, dekan) önemli yönetsel sorunlara neden olmaktadır. Her rektör değişiminde başhekimin ya da dekanın vs. değişmesi, en azından böyle olması gerektiği inancının giderek yaygınlaşmaya başlaması yönetimlerin etkinliğini düşürmekte, verimini azaltmaktadır. Bu nedenle yöneticiler

arasındaki ilişkiler kişilere bağlı olmaktan çıkarılmalı, yasalarca belirlenen ve hizmetin gereklerine göre biçimlenen (kurumlaşmış) ilke ve kurallara bağlanmalı, nesnel bir işleyiş ölçünü geliştirilmelidir.

8.2.2.6. ÜAH Yönetiminde Yaşanan Yetki ve Görev Karmaşası (Yetki Çatışması) Sona Erdirilmelidir.

Yasal düzenleme eksikliğinin bir yansıması olarak yaşanan ve başhekimlerin görev, yetki ve sorumluluk sınırlarının belirsizliği olarak yansıyan sorun, hastane yöneticilerinin sorumluluk alanlarının açıkça belirlenmesi, görev ve yetkilerinin birbirine karışmayacak biçimde ayrılması sorunun çözümü için yeterlidir.

8.2.2.7. Hastane Başmüdürü ile Başhekimin Yönetimdeki Konumları Yeniden Belirlenmelidir.

ABD ve İngiltere gibi gelişmiş ülkelerde uygulanan dizgede olduğu gibi, ülkemizdeki ÜAH'lerde de başhekimler, öncelikle hekimlerin ve tıp hizmetlerinin bir temsilcisi olarak, şimdiki konumdan geri çekilmeli, herşeye karışan, herşeyi yönlendiren ya da herşeye egemen olma mantığı ile hareket eden yönetici olmak yerine, çerçevesi belli bir alanın (hekimlik hizmetleri ile tıp hizmetleri) işlevsel yöneticisi olarak görev almayı benimsemelidirler. Diğer hizmet alanlarının tümünde (teknik, yönetsel, destek ve yardımcı hizmetler vb.) başmüdürler sorumlu ve yetkili yönetici olmalıdırlar.

Başhekimle, başmüdür ast-üst ilişkisinden çok, alanları belirlenmiş ve ilişkileri nesnel kurallara bağlanmış (kurumlaşmış) yatay ilişkiler düzleminde, yardımlaşarak ve işbirliği içinde çalışmalıdırlar. Ancak, bunun gerçekleşebilmesi ve eşit bir düzlemde dengeye ulaşabilmesi için, başmüdürlerin de en azından doktora düzeyinde akademik kariyere sahip, yönetim uzmanlarından oluşması gerekmektedir. Aksi halde, doğal bir

işleyişle, bir mesleğin diğerine üstünlüğü kendiliğinden gerçekşesecek, salt zorlayıcı bir kural bunu uygulamada işlemez kılacaktır.

8.2.2.8. ÜAH Başmüdürleri Kendine Bağlı Personelin Atanmasında Yetkili Olmalıdır.

Altdüzey Yöneticiler ile Diğer Çalışanların Belirlenmesinde (ve Atanmasında) ÜAH Başmüdürlerine Yetki Tanınmalıdır. En azından gereksinim duyulan personelin nitelik ve mesleki yeterlilik yönünden değerlendirilmesinde, işe alınmasında ve görev değişikliği gibi konularda hastane müdürlerinin belli bir yetkisi bulunmalıdır. Aynı durumda birlikte çalışacağı altdüzey yöneticiler ile birim sorumlularının seçimi ve atanmasında da başmüdürler söz sahibi olabilmelidir. “Tepeden inme” yöntemlerle atanan ve genellikle de hastane koşullarına uymayan personel ve yöneticilerle çalışma, hastane yönetimini başarısız kılan nedenlerden biri olmaktadır.

8.2.2.9. Personelin “Sicil” Yönünden Değerlendirilmesinde Uygulanan Yönetmelik Yanlıları Düzeltilmelidir.

Tüm yönetsel personelin birinci sicil amiri başmüdür, ikinci sicil amiri başhekim olmalı, genel sekreterlerin sicil amirliği konumu değiştirilmelidir. Yönetimde görev yapan müdür, başmüdür gibi yöneticilerinse birinci sicil amiri genel sekreter yerine başhekim, ikinci sicil amiri yine rektör olmalıdır. Ebe ve hemşirelerin birinci sicil amirleri başhemşire, ikinci sicil amirleri ise başmüdür ya da başhekim olmalıdır. Aynı sıralama diğer akademik dışı mesleklerde de uygulanmalı, akademiklerin birinci sicil amirleri ABD başkanı ya da bölüm başkanları, ikinci sicil amirleri ise başhekim ya da dekan olmalıdır.

8.2.2.10. ÜAH'lerde Yer Alan ve Yönetimi İlgilendiren Çeşitli “Kurullar” Etkinleştirilerek, Kurumsal Bir Yapıya Kavuşturulmalıdır.

Hastane yönetim ve yürütme kurulu, eşgüdüm kurulu, denetim kurulu, danışma ve rehberlik kurulu gibi karar oluşturucu ve karar uygulayıcı, araştırmacı ve denetleyici kurullar yasal bir çerçeveye alınarak etkin hale getirilmelidir. Benzer kurulların, benzer hastanelerde, benzer işlevler üstlenerek, etkin biçimde çalışması ve belli ölçünlere göre etkinlikte bulunması sağlanmalıdır.

Adı geçen kurullara üye olacak olanlar ile bu kurulların yöneticisi (başı) olarak görev alacak olanlar, kimi önemli kıstaslara göre seçilmeli, alanlarında uzmanlık ve deneyim sahibi olanlara (ve gönüllü olanlara) öncelik verilmelidir.

8.2.2.11. Çalışanların Hizmetiçi Eğitimleri Yeniden Düzenlenmelidir

Çalışanların Yetiştirilmesi ve Yetkinleştirilmesi İçin, Hizmetiçi ve Hizmet Öncesi Eğitimleri, Alana Uyum ve Uzmanlaşma Etkinlikleri Düzenli Olarak Yerine Getirilmelidir. Hastanede çalışacak olanlar hangi mesleğin ya da alanın personeli ise, o alanda uzmanlaşacak ve yetiyecek biçimde eğitilmeli, bu eğitim çalışmaları konunun uzmanlarınca sürekli olarak sürdürülmelidir. Kurumda hizmetiçi eğitim ya da gerektiğinde kurum dışında kurslar ve uygulamalı eğitimler biçiminde verilmesi gereken eğitimsel etkinlikler, gelişen teknoloji ve yönetim teknikleriyle uyum sağlayacak biçimde gerçekleştirilmelidir.

8.2.2.12. Bir İletişim, Haberleşme ve Eşgüdüm Dizgesi Kurulmalıdır

ÜAH Yönetimleri İçin Önem Taşıyan İletişim, Haberleşme ve Eşgüdüm Sorunlarını Çözecek Bir Dizge Oluşturulmalıdır. Gerek kurum içinde, gerek kurumlararası ve gerekse hastane ile diğer hastaneler arasında yaşanan kopukluk,

iletişimsizlik ve eşgüdüm eksiklikleri ortaklaşa bir çabayla ve bilimsel bir yaklaşımla çözümlenmelidir.

Kurum içinde iyi bir haberleşme ağı, kurumun diğer kurumlarla ilişkilerinde iyi bir diyalog ve işbirliği ortamı ve hastaneler arasında yardımlaşma ve eşgüdüm sağlayabilecek bir “eşgüdüm kurulu” benzeri bir dizge oluşturularak, bu uygulama kurumlaştırılmalıdır.

8.2.2.13. Bölgesel Kurum, Kuruluş ve Örgütlerle Ortak Tasarımlar Geliştirilmeli, Bunların Katkı ve Yardımları Sağlanmalıdır.

ÜAH'ler gibi büyük çaplı yatırımların daha çabuk ve başarılı biçimde gerçekleşmesi, gelişmesi ve uzun ömürlü olabilmesi, bölgesel büyük kuruluş ve örgütlerin katkısı ile olanaklı olabilir. Onun için bu tür kurum, kuruluş ve örgütlerin parasal ve parasal olmayan desteği ve katkısı sağlanmalı, gerektiğinde bunların hastane yönetimlerine katılımları ve ortak tasarım geliştirmeleri özendirilmelidir. Örneğin, belediyeler, özel idareler, kültür ve çevre il örgütleri, çeşitli bakanlık ve KİT'lerin bölgesel kuruluşları gibi “resmi” kuruluşlar ile, işveren dernekleri, ticaret ve sanayi odaları, esnaf ve meslek kuruluşları, vakıflar, sendikalar, dernekler (sivil toplum örgütleri) ve benzeri kuruluşların katkı ve katılımları sağlandığı ölçüde hastane yönetimleri daha başarılı olacaklardır.

8.2.2.14. Tüm ÜAH'ler Arasında Bir Eşgüdüm Merkezi Kurulmalıdır.

Ülkedeki tüm ÜAH'ler arasında eşgüdüm sağlayacak, bilimsel ilke ve ölçünler geliştirecek, işbirliği ve yardımlaşma olanakları yaratacak, bilgi ve teknoloji aktarımında aracılık yapacak böyle bir merkez “özerk” bir yapıda olmalı ve her türlü olanakla donatılmalıdır. Salt ülkedeki ÜAH'ler değil, dünyadaki ÜAH'ler ile ülkemizdekiler arasında da işbirliği ve yardımlaşma olanakları yaratacak bir özellikte

kurulacak eşgüdüm merkezi, başkent olması ve devlet organlarının özeği bulunması nedeniyle Ankara'da olmalıdır.

Demokratik ve özerk bir örgütlenme ile demokratik bir işleyişe sahip olacak olan eşgüdüm merkezi, ÜAH'lerin bölgesel örgütlerinden seçilen üyelere oluşun çeşitli kurul ve organlara sahip olmalıdır.

Bütünleşik ÜAH'leri yönetim modeli adı ile önerdiğimiz bu çözüm önerisi, aralarında pek bir iletişim, ilişki, işbirliği ve eşgüdüm bulunmayan ÜAH'lerin önemli bir gereksinimine yanıt verecektir. Böyle bir merkezin kurulması gerektiği kanısı ile yararlı olacağı inancı, serbest görüşme yapılan ÜAH yöneticileri tarafından da paylaşılmıştır.

Merkezde etkinlik yürütecek olan böyle bir bilimsel örgütün, yeterli sayıda bölgesel örgütü de bulunmalıdır. Bölge eşgüdüm merkezleri, merkez ile ÜAH'ler arasında köprü ve bağlantı noktaları olacaklardır.

8.2.3. Parasal ve Araçsal Kaynak Sorunlarına İlişkin Öneriler

Gerek ÜAH'ler ve gerekse diğer hastanelerin yaşamsal sorunlarında birisi de parasal kaynakların yetersizliği ve yanlış kullanımınıdır. Ne devletin bütçeden bu alan için ayırdığı ödenek miktarı yeterlidir, ne hastane dönersermaye gelirleri gereksinimlerine tam olarak karşılayabilmektedir, ne de toplanan ya da öngörülen kaynaklar "en uygun kaynak kullanım ilkesi" ne göre kullanılabilir. Bu alana ilişkin çözüm önerileri başlıklar ve özet açıklamalar biçiminde, aşağıda sunulmuştur.

8.2.3.1. ÜAH'lere Katma (Genel) Bütçeden Ayrılan Pay Artırılmalıdır.

Şimdiki durumda, devlet bütçesinden ayrılan ödenek miktarı ÜAH'lerin sadece akaryakıt, telefon, su ve elektrik giderlerini ancak karşılayabilmektedir. Diğer harcamalar dönersermaye gelirleri ile karşılanmaktadır.

8.2.3.2. Dönersermaye Gelir Kaynakları Artırılmalı, Yeni Gelir Olanakları Sağlanmalıdır.

Tür ve oran olarak yeterli gelir toplama alanları ayrılmayan dönersermayelerin sağladığı parasal olanaklar, harcama aşamasında ve alım satım süreçlerinde verimli kullanılmamakta, çok önemli kaçak ve kayıplar yaşanmaktadır. Bu nedenle yeni gelir alanları belirlenmeli, bu gelirlerin toplanması, harcanması ve birimlere (harcama alanlarına) dağıtılması aşamalarında verimlilik ilkeleri gözetilmelidir.

8.2.3.3. Kaynak Yaratan ve Kendine Yeterli ÜAH'leri Kurulmalıdır

Kendi Kaynağını Kendisi Belirleyen, Kendine Yeterli Olanaklarla Donatılmış, Parasal Yönden Özerk ÜAH Yönetimleri ve Üstyönetim Örgütleri Kurulmalıdır. Devlete bağımlı ve devletin vereceği parasal kaynaklar ölçüsünde hizmet üreten geleneksel “devlet hastaneciliği” anlayışı terkedilmeli, kendine yeterli kaynakları bulunan, yenilenebilir ve artırılabilir kaynaklarla donatılan, özerk, güçlü ve para sıkıntısı bulunmayan hastaneler kurularak, işletilmelidir.

8.2.3.4. Belli Hizmetler Özelleştirilmelidir

Verimli Olmayan, Yönetimi Zarara Sokan ve Hastanelerce Sunulan Sağlık Hizmetlerini Engellemeyecek Olan Kimi Hizmet Alanları Özelleştirilmelidir. Ekonomik katkı ve hizmet etkinliği yönünden yararlı olduğu denemeyele anlaşılmış olan noktasal özelleştirme uygulamaları yaygınlaştırılmalıdır.

8.2.3.5. Personele Dağıtılan Dönersermaye Katkı Payı Oranları Yeniden Belirlenmelidir.

Akademik personele aylık ücretinin yüzde 200'üne kadar öngörülen katkı payı ödemesi, diğer personele de aynen yansıtılmalı, bu konudaki haksızlık düzeltilmelidir. Aksi takdirde, çalışanların moralini bozan, adalet duygusunu inciten ve haksızlığa uğradıkları inancını pekiştiren şimdiki uygulama hizmet verimliliğini düşürmeye devam edecektir.

8.2.3.6. Genel Sağlık Sigortası Kurulmalıdır

Parasal ve Araçsal Kaynak Sıkıntısını Çözmenin Kalıcı ve Köklü Yollarından Birisi de Genel Sağlık Sigortasına Geçmektir. Bu yolla hem hasta-hekim arasındaki para ilişkisi ortadan kalkacak, hem de üretilen hizmetin niteliği oranında sistemden pay alınacaktır.

8.2.3.7. ÜAH'ler Özel İşletmecilik İlkeleriyle Yönetilmelidir

ÜAH'ler Birer Kamu Kuruluşu Olmalarına Karşın, Özel İşletmecilik Mantığı ve Anlayışı ile Yönetilmeli, Ancak Bu Uygulamadan Yoksul Hastalar Zarar Görmemelidir. Yoksul hastaların mağdur olmaması öncelikle sağlık sigortası güvencesi ile olanaklı olabilecektir. Yoksa “yeşil kart” uygulaması benzeri sulandırılmış uygulamalar çözüm olamamaktadır.

İşletmeciliğin mantık ve felsefesi özel ticaret işletmecilik ilkelerini öngörmeli, ancak ÜAH'lerin toplumsal ve kamusal işlevleri de gözardı edilmemelidir.

8.2.3.8. ÜAH Yönetimlerine Borçlanabilme (Kredi Kullanabilme) ve Üretken Yatırımlar Yapabilme Yetkileri Tanınmalıdır.

Özellikle tıp teknolojisi, gelişmiş cihaz ve araçların satın alınmasında, yeni hizmet birimlerinin yapımında ve para kazandıracak sağlıksal yatırımların gerçekleştirilmesinde ÜAH yönetimleri yetkili olmalı, bu tür işler için gerektiğinde yurtdışı kredi olanakları kullanabilmelidirler. Bu tür yatırım, borçlanma ve teknoloji alımında “eşgüdüm merkezi” öncülük ve yönlendiricilik yapabilir.

Parasal ve araçsal kaynak sorununun önemi ve önceliği üzerinde ortak görüşler sergileyen ÜAH yöneticileri, çözüm önerileri konusunda da benzer görüşler açıklamışlardır.

8.2.4. Diğer Öneriler

ÜAH'lerin dünyadaki sağlık teknolojisini izleme ve en gelişmiş teknolojileri kullanma üstünlüğü diğer hastanelere örnek oluşturmalı, yüksek teknoloji edinme olanağı bulunmayan hastaneler ÜAH'lerdeki bu olanaklardan yararlanabilmelidir.

ÜAH'lerin özellikle tıp öğrencisi yetiştirilmesindeki işlevi ve eğitime sağladığı katkılar artırılarak sürdürülmeli, diğer hastaneler için örnek oluşturmalıdır.

Tanı ve sağaltım (tedavi) hizmetlerini doğrudan yürüten hekim ve hemşire gibi sağlık personeline sağlanan araştırma ve eğitim olanakları daha da artırılmalı, yurtiçi ve yurtdışı eğitim olanaklarından yararlandırma yolları geliştirilmelidir. Diğer hastanelerin ilgili personeli, mesleki bilgi ve becerilerini geliştirmeleri amacıyla ÜAH'lerinin eğitimsel ve teknolojik olanaklarından yararlandırılmalıdır. ÜAH yönetimlerinin etkinlik ve verimliliği yükseltmede büyük katkılar sağlayan bilgi işletim dizgeleri, tıbbi kayıt, arşiv ve istatistiksel veriler ile çalışma (yıllık, aylık vs.) yazanakları

bilimsel bir yaklaşımla yeniden ele alınmalı ve ÜAH'ler arası bilgileşim dizgesi kurulmalıdır.

ÜAH'lere alınacak personelin seçiminde ve çalıştırılmasında verimlilik ölçütleri temel alınmalı, siyasal ve kişisel değerlendirmelere son verilmelidir. Ast-Üst ilişkileri ile yatay ilişkiler belirli ölçülere bağlanarak kurumsallaştırılmalı, sık sık yer değiştirme ya da görev değişikliğine gidilmemelidir.

8.3. Genel Sonuç

Yönetim kavramını betimleyen, biçimlendiren ve ona anlam kazandıran etmenler değiştikçe, kavramın içeriği, kapsamı ve boyutları da değişmektedir. Toplumsal bilimlerdeki gelişmeler, nüfus artışı, göç, kentleşme ve teknolojik yenilik gibi etmenler, ekonomik ve kültürel dokudaki değişiklikler ve tüm bu etmenlerin sonucunda ortaya çıkan yeni üretim ve meslek alanları yönetime ilişkin kuram ve yaklaşımlarda önemli değişikliklere neden olmuştur. Her yeni üretim ya da tüketim etkinliği, her yeni meslek ya da iş alanı, yeni bir yönetim anlayışı ya da yeni bir yönetim yaklaşımını beraberinde getirmiştir. Bütünden parçaya ve genelden özele doğru bir gelişim gösteren bu süreç, genel yönetim kavramından, daha özgün ve somut yönetim türlerinin doğmasına yol açmıştır.

Yönetim kuram ve yaklaşımlarının artışı ve bilimsel yönetim ilkelerinin daha çok alan ya da olaya uygulanmaya başlanması, sözkonusu süreci daha da hızlandırarak; “uygulamalı yönetim dalları”nın ortaya çıkmasına, bunların hızla çoğalmasına ve giderek “kurumsal yönetim” yaklaşımlarının doğmasına önayak olmuştur.

Uygulamalı yönetim dallarından birisi de “hastane yönetimi” olup, süzülme, incelme ve özgülleşme sürecinin doğal sonucu olarak bu yönetim alanından; özel hastaneler yönetimi, devlet hastaneleri yönetimi, SSK hastaneleri yönetimi, askeri

hastaneler yönetimi ve üniversite araştırma hastanelerinin yönetimi gibi yeni (alt) yönetim dalları doğmuştur.

Bu yönetim dallarından birisi olan ve tezimizin konusunu oluşturan “Üniversite Araştırma Hastanelerinin Yönetimi” konusunda ulaşılan temel sorun, bulgu ve sonuçlar aşağıda özetlenmiştir.

Bu alanda yapılmış araştırma sayısı çok az olup, bunlara ulaşılması oldukça zor ve pahalı bir çabayı gerektirmektedir.

ÜAH’leri, yönetim ve hizmet üretimi bakımından diğer hastanelere “örnek” oluşturacak kadar yetkin ve yeterli değildirler.

ÜAH’leri, yasal bir dayanaktan ve düzenlemeden yoksun kuruluşlardır. Kuruluş, işleyiş ve yönetimleri, yasal dayanağı bulunmayan yönetmelik ya da yönerge gibi “idari” düzenlemelere dayandırılmaya çalışılmıştır. Kimi ÜAH’lerde ise Sağlık Bakanlığınca çıkarılan, ancak (bunun da) yasası bulunmayan Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği’ne öykünülmüş, kiminde ise hiç bir düzenleme yapma gereği dahi duyulmamıştır.

ÜAH yönetimleri etkin ve verimli çalışmamaktadır. Çeşitli yönetim sorunları, kaynak ve personel sıkıntıları, kurumsal ve çevresel etmenler yönetimlerin etkin ve verimli çalışmasını engellemektedir.

ÜAH yönetimlerinde uzman ve nitelikli yöneticiler yerine, uzmanlaşmamış ya da başka alanlarda uzmanlaşmış yöneticiler daha ağırlıklı olup, bu da hizmetin niteliğini ve düzeyini olumsuz yönde etkilemektedir.

ÜAH yönetiminde başhekimlerin konumu belirsizdir ve tartışmalara (hatta çatışmalara) neden olmaktadır. Zorlamayla ve öykünme yoluyla (devlet hastaneleri

uygulaması “taklit” edilmiştir) oluşturulup, rektörlerce “idari görevlendirme” sonucu bu göreve getirilen başhekimler, “kişisel beceri” ve “mesleki üstünlük” dışında yasal bir yetkiye sahip değildirler. Kullandıkları yetkilerin tümü bir başka yönetim organının ya da üyesinin yetkisidir.

ÜAH’lerin parasal kaynak sorununun temelinde, iktidarların uyguladıkları yanlış sağlık politikaları ile mali politikalar yatmaktadır. Devlet bu hastanelere yeterli ödenek ayırmadığı gibi, kendi gelirini kazanıp, harcayabileceği olanaklar (gelir elde etme alanları) da sağlamamıştır. Bu bağlamda ÜAH’ler parasal, yönetsel ve bilimsel yönlerden özerk kuruluşlar değildir. Kendine yeterli hastane olgusu halen gerçekleşmemiştir.

ÜAH yönetim uygulamalarının dünyadaki örneklerinde (ABD, İngiltere ve Almanya gibi) görülen “yönetsel kurullar” ülkemizdeki ÜAH’lerde yoktur ya da olanlar yeterince etkin (faal) değildir. Adı geçen ülkelerde genel eğilim bu kurullar aracılığı ile halkın, etkili kişilerin ve kuruluşların katılım ve katkılarını sağlamak, daha güçlü ve kararlı yönetimler gerçekleştirmektir. Bu bağlamda yönetime “profesyonel hastane yöneticileri” getirmekte, başhekimleri ilgili mesleki alanda ve hastane müdürüne karşı sorumlu tutmakta, bu yolla da yönetimin etkinliğini ve verimliliğini artırmaya çalışmaktadırlar.

Ülkemizdeki ÜAH yönetimlerinin çevredeki kurum ve kuruluşlarla ilişki ve iletişimleri kopuk, işbirliği ve yardımlaşma etkinlikleri yok denecek kadar azdır. Bölgelerindeki diğer hastanelerle ilişkilerini düzenleyecek ve işbirliği olanağı geliştirecek bir bölgesel eşgüdüm örgütü de yoktur. Her ÜAH kendi içine kapalı bir bağımsız (bir başına) hizmet sunmaya çalışmaktadır.

ÜAH’ler arasında eşgüdüm sağlayacak, onların hizmet ölçünlerini ve etik ilkelerini belirleyecek, kaynak kullanım ve dağılım politikalarını yönlendirecek, ülkedeki ve dünyadaki diğer ÜAH’lerle aralarında bilgi alışverişi ve bilimsel ortak

tasarımlar (projeler) gerçekleştirecek bir “merkez” bulunmamaktadır. Böyle bir eşgüdüm merkezinin kurulması, bölgesel düzeyde alt örgütlerinin bulunması ve yönetimlerinin tümüyle özerk olması gerekmektedir.

Bütünleşik ÜAH yönetim modeli adı ile önerdiğimiz böyle bir model, tıpkı belediyeler birliği gibi, herbiri kendi içinde özerk kuruluşların (ÜAH'lerinin) bir üst örgütlenme (bir tür konfederasyon) gerçekleştirmeleri temeline dayanan bir model olup, serbest görüşme yapılan ÜAH yöneticileri tarafından da olumlu bulunmuş ve desteklenmiştir.

Bütünleşik ÜAH yönetim modelinin uygulamaya konması, bölge örgütlerinin oluşturularak, buralara her ÜAH'den yeterli sayıda temsilci üye alınması, böylece ÜAH'lere ait kimi önemli sorunların yerinde ya da bölge ölçeğinde çözümlenmesi, bir bölümünün de bölge eşgüdüm merkezleri aracılığı ile Ankara 'daki ana merkeze iletilmesi sonucunu doğuracak, böylece olanaklar kadar, sorunlar da paylaşılmış olacaktır.

Temel bulgulardan birisi de, çalışma yaptığımız alanda çok az sayıda araştırma yapıldığı, kaynak sıkıntısı olduğu ve alanın yeni oluşması nedeniyle de yeni araştırmalara gereksinim duyulduğu gerçeğidir. Yaptığımız tez çalışması bu alanda yapılan ilk çalışmalardan biri olmakla birlikte, konunun kapsamı ve önemi nedeniyle daha pek çok çalışmaya ve araştırmaya gereksinim duyulmaktadır.

Sonuç olarak, ÜAH'lerin yönetimi yeni gelişen yönetim dallarından birisidir. Bu nedenle de henüz kurumlaşma aşamasındadır. Bilimsel ve çağdaş yönetim ilkeleri yeterli ölçüde bu alana uygulanamamaktadır. Bu nedenle de örnek olabilecek ÜAH yönetimleri henüz kurulanmamıştır. Daha verimli, etkin ve çağdaş ÜAH yönetimlerinin oluşmasında, yaptığımız bu çalışma bir katkı sağladığı oranda amacına ulaşmış sayılacaktır.

Bu araştırma yapılırken ÜAH'leri ile ilgili birçok konunun henüz araştırılmamış olduğu görülmüştür. Bu nedenle, genç araştırmacılara önerebileceğimiz yeni araştırma konularından bazıları şunlardır:

1. Tıp eğitimi almış doktorların halkla (hastalarla ve yakınlarıyla vb) ilişkilerini daha başarılı duruma getirmek için neler yapılabilir?
2. "Başhekimlik" görevi verilecek kişilerin taşınması gereken nitelikler (eğitim, deneyim, kişilik özellikleri, mesleki kıdem vb) neler olmalıdır?
3. Hastanelerde (ve bu arada ÜAH'lerde) halkla ilişkiler birimleri nasıl düzenlenmeli ve bu birimler nasıl işlemelidir?
4. ÜAH'lerinin kaynak sorunları nelerdir ve nasıl çözümlenebilir?
5. ÜAH'lerde insan kaynakları yönetimi ve nitelik geliştirme etkinlikleri nasıl olmalıdır?
6. ÜAH'lerin çevresel maliyeti nasıl belirlenebilir ve çevreye yaptıkları olumsuz etkiler nasıl önlenir?
7. ÜAH'lerin yönetim ve denetiminde verimlilik nasıl sağlanabilir?

KAYNAKÇA

- AÇIKALIN, Aytacı** 1996, Çağdaş Örgütlerde İnsan Kaynağının (Personel) Yönetimi, Ankara: Pegem Yayını No:7
- AK, Bilal** 1990, Hastane Yöneticiliği, Ankara: Özkan Matbaacılık
- AK, Bilal** 1984, Hastane İdaresi ve Organizasyonu, Ankara: H.Ü. SİYO Yayını
- AKAR, Çetin**
- KARACA, Harun**
- AKIN, Ülgen** 1985, Sağlık Hizmetlerine Verimlilik Açısından Bir Yaklaşım, Ankara: MPM Yayını, No: 332
- AKSOY, Serap**
- AYDIN, Mustafa** 1991, Eğitim Yönetimi, Ankara: Hatiboğlu Yayınevi
- BARANSEL, Atilla** 1993, Çağdaş Yönetim Düşüncesinin Evrimi, İstanbul Avcıol Basım Yayın
- BİLGİN, Yaşar** 1979, Toplum Hekimliği, Ankara: Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Yayını No:379
- BUECHENER, John C.** 1989, Public Administration, ABD: Colorado
- BURSALIOĞLU, Ziya** 1982, Okul Yönetiminde Yeni Yapı ve Davranış, Ankara: Ankara Üniversitesi Eğitim Fakültesi Yayınları No:107
- BÜYÜK LAROUSSE** 1994, Ansiklopedi, Sağlık, İstanbul: Milliyet Yayınları

- ÇAĞLAR, İrfan** 1996, İşletmelerde Çevre Yönetimi ve Çevre Yönetimini Yaygınlaştıran Dinamiklerin Belirlenmesi-Makale, "Standart" Dergisi, Ankara: Haziran 1995, Yıl:35, S:419, S,86
- ÇEPKEN; Mustafa** 1992, SSK Hastaneleri Yönetimi, Ankara: H.Ü. S.İ.Y.O. Staj Programı semineri
- ÇOKER Ziya,** 1996, Yönetim ve Siyaset, İstanbul: Kazancı Matbaacılık
- DİNÇER, Tevfik** 1988, "Sağlık Hizmetleri Yönetimi" Sağlık Yönetimi Dergisi, Ankara: Yıl:2, Sayı:6 Nisan 1988, S,27-32
- DPT** 1991, Sosyal Güvenlik ve Sağlık Hizmetlerinin Rasyonalizasyonu, Ankara: DPT yayını
- DUYGUN, Z.Abidin** 1980, Sağlık Eğitimi ve Araçları, Ankara: Gevher Nesibe Sağlık Eğitim Enstitüsü Ders Notları
- DÜNYA BANKASI** 1986, Türkiye Sağlık Sektörü Araştırması, Ankara: DPT Yayını
- EFİL, İsmail** 1989, İşletmelerde Yönetim ve Organizasyon Bursa: Sidre Yayıncılık
- ERGUN, Turgay** 1988, "Kamu Yönetimine Giriş" Ankara: TODAİ
POLATOĞLU, Aykut Yayınları, No:222

- GÜLER, Çağatay** 1996, Çevre Sağlığı, Ankara: Sağlık Bakanlığı SPGK
ÇOBANOĞLU, Zakir Yayını
- GÜLER, Çağatay** 1997, Çevre Hekimliği, Satandart Dergisi, Sayı:422,
Şubat 1997, TSE Yayını (35-48)
- HASİRİPİ, Nimet** 1994, The Methodist Hospital System İnceleme ve
Araştırma Raporu, Houston-Texas
- HATIPOĞLU, Tahir** 1995, Yükseköğretim Mevzuatı, Ankara: Selvi
Yayınevi
- KARACA, Harun** 1985, Hastane İdaresi ve Organizasyonu, Ankara:
AK, Bilal SİYO Ders Notları-III
AKAR, Çetin
- KARAKILÇIK, Yusuf** 1994, “Yönetim, Kaynak Yaratma ve Özelleştirme
Açıklarının Hastane İşletmeciliğine Yeni Bir
Yaklaşım” Yayınlanmamış Yüksekisans Tezi,
Malatya
- KAYA, Sıdıka** 1988, Hastanelerde Örgütsel Çatışmanın Yönetimi-
Makale, Sağlık Yönetimi Dergisi, Ankara: Yıl:2,
Sayı:6-Nisan 1988
- KAYA, Yahya Kemal** 1984, Eğitim Yönetimi-Kuram ve Türkiyedeki
Uygulama, Ankara: TODAİ Yayınları, No:208

- KELLEÇİ, Tuncer** 1989, Özel Hastaneler İşletme Yönetimi, Ankara: H.Ü. S.İ.Y.O. Kuramsal Öğretim Programları Seminer Bildirisi.
- KIRAL, Haydar** 1976, Hastane İşletmeleri Yönetiminde Temel Bilgiler, Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayını No:445
- KOÇEL, Tamer** 1989, İşletme Yöneticiliği, İstanbul: İşletme Fakültesi Yayını, No:205
- KÖROĞLU, Ertuğrul** 1987, Sağlık Mevzuatı-Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği, Ankara: Hacettepe Yayın Birliği Yayını
- MENDERES, Münevver** 1996, Hastanelerde Maliyet Muhasebesi ve Mali Analiz, Eskişehir: Anadolu Üniversitesi AÖF Yayını: 812
- ERDOĞAN, Melih**
- NAKTİYOK, Atılhan** 1996, İşletme Yönetiminde Çevresel Faktörler, makale, "Standart" Dergisi, Ankara: Ekim 1996, Özel Sayı: S, 78.
- ÖZCAN, Cemil** 1994, Üniversite Hastanelerinin Yönetim Yapısının İncelenmesi ve Yeni Bir Model Önerisi, 1.Ulusal Sağlık Kuruluşları ve Hastane Yönetimi Sempozyumu, İzmir, Dokuz Eylül Üniv. Yayını
- ÖZTÜRK, Zekai** 1995, "İşletmelerde Personel Seçme Yöntemleri, Verimlilik Dergisi, Ankara: MPM Yayını, Sayı: 1995/2, S, 41-60

- SAĞLIK BAKANLIĞI** 1995, Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yıllığı ,
Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayını No:580
- SAĞLIK BAKANLIĞI** 1993, Ulusal Sağlık Politikası, Ankara: Sağlık
Bakanlığı Yayını Sağlık Projesi Koordinatörlüğü
- SAĞLIK BAKANLIĞI** 1992, “Sağlık Reformu Çerçeve Taslağı, 1.Ulusal
Sağlık Kongresi, Ankara: Sağlık Bakanlığı Sağ.
Projesi Genel Koordinatörlüğü Yayını
- SAĞLIK BAKANLIĞI** 1993, Sağlık Reformu ile İlgili Kanun Tasarısı
Taslakları ve Gerekçeleri Ankara: Sağlık Bakanlığı
Yayını
- SAĞLIK BAKANLIĞI** 1995, Ulusal Sağlık Politikası, Ankara: Sağlık Projesi
(Sağ. Projesi Genel Koordinatörlüğü
Koordinatörlüğü Yayını
- SEÇİM, Hikmet** 1991, Hastane Yönetim ve Organizasyonu, İstanbul:
İşletme İktisadi Enstitüsü Yayını No:252
- SEÇİM, Hikmet** 1996, Hastane Yönetim ve Organizasyonu Eskişehir:
AÖF Yayını No:407
- SEÇİM, Hikmet** 1985, Çeşitli Ülkelerde Hastane Organizasyonu ve
Türkiye’de Hastane Organizasyonunun Temel
Sorunları, Eskişehir Anadolu Üniversitesi İ.İ.B.F.
Dergisi, Cilt:3, Sayı:2

- SERİNKAN, Celalettin** 1996, “İşletmelerin Personel İnsan Kaynakları Yönetimi”, Verimlilik Dergisi, Ankara: MPM Yayını, Sayı: 1996/4, S. 21-36
- SOYSAL, Muzaffer** 1993, Hastanelerde Bilgisayar Kullanımı, Ankara: Milli Prodüktivite Merkezi Yayınları: 486
- KENANOĞLU, Gülnihal**
- EMRE, Aynur**
- HAMEŞOĞLU, Saniye**
- SÖZER, Nazım** 1994, “Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Ekonomik ve Hukuki Açısından Değerlendirilmesi”, 1. Ulusal Sağlık Kuruluşları ve Hastane Yönetimi Sempozyumu-Bildirisi, İzmir: Dokuz Eylül Üniv. Yayını
- DEMİRBİLEK, Sevda**
- SUNGUR, Celal** 1979, Çevre Sağlığı-Toplum Hekimliği, Ankara: Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Yayınları No:379
- SUR, Haydar** 1997, Sağlık Hizmetlerinde Desantralizasyon, Sempozyum Bildirisi; Ankara: TODAİ, 21.44 da Nasıl Bir Kamu Yönetimi Sempozyumu Sağlık Sektöründe Devlet Grubu Bildirileri
- HAYRAN, Osman**
- ŞENATALAR, Burhan** 1992, Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Geliştirilmesi, İstanbul: Finansman ve Örgütlenme Toplantısı Sonuç Bildirisi.
- TABAK, R. Selçuk** 1997, Sağlık Eğitiminde Devlet, 21.yüzyılda Nasıl Bir Kamu Yönetimi Sempozyumu-Sağlık Sektöründe Devlet Grubu Bildirileri, Ankara: TODAİ

- TABAK, Ruhi Selçuk** 1996, "İletişim ve Görsel İşitsel Teknik", İletişim ve Eğitim Araçları, Ankara: Sağlık Bakanlığı Halk Eğitimini Geliştirme Projesi yayını No:2
- TATAR, Mehtap** 1993, Desantralizasyon ve Sağlık Repormları, Makale, TODAİ Amme İdaresi Dergisi, Ankara: Cilt:26, sayı:4, Aralık 1993
- TEKİN, Fazıl** 1987, Türkiye'de Sağlık Hizmetleri ve Finansmanı, Eskişehir Anadolu Üniversitesi İ.İ.B.F. Dergisi, Cilt:5, Sayı:1
- TEKİN, Mahmut** 1995, İşletme Yönetimleri ve Bilgi İşlem Sistemleri İlişkisi, makale, "Standart" Dergisi, Ankara: Haziran 1995, Yıl:34, S:402, S,92
- ÇELİK, Adnan**
- TOKAT, Mehmet** 1995, Türkiye'de Sağlık Sektörünün Finansmanı, Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayını
- TOKAT, Mehmet** 1993, Türkiye'de Sağlık Sektörünün Finansmanı, Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayını
- TOKAT, Mehmet** 1996, Sağlık Ekonomisi, Eskişehir: Anadolu Üniversitesi AÖF, Yayını No:403
- SEÇİM, Hikmet**
- TORTOP, Nuri** 1983, Yönetim Bilimi, Ankara: S Yayınlar
- TORTOP, Nuri** 1995, Kamu Personel Yönetimi, Ankara: S Yayınları

- TURGUT ÖZAL TIP** 1996, Tanıtım Kitapçığı,
MERKEZİ Malatya: İnönü Üniversitesi Basımevi
- TURGUT ÖZAL TIP** 1996, Proje Tasarımı,
MERKEZİ Malatya: İnönü Üniversitesi Basımevi
- TUTUM, Cahit** 1995, Kamu Yönetiminde Yeniden Yapılanma,
Makale,“Yeni Türkiye” Dergisi, Sayı:4, Mayıs-
Haziran 1995, Ankara
- TÜRK TABİPLER** 1992, Sağlıkta Gündem: Herkese Eşit Fırsat mı?
BİRLİĞİ (TTB) Serbest Piyasa Egemenliği mi? Ankara: TTB Merkez
Konseyi Yayını
- VELİOĞLU, Perihan** 1993, Sağlık Kurumları Yönetimi, Eskişehir,
OKTAY, Sevgi Anadolu Üniversitesi Yayını No:715
- VERSAN, Vakur** 1984, Kamu Yönetimi, İstanbul , Fakülteler Matbaası
- YATAKLI TEDAVİ** 1995, Ankara: Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri
KURUMLARI İŞLETME Genel Müdürlüğü Yayını
YÖNETMELİĞİ
MEVZUAT KİTABI
- YUMURTUĞ, Sevim** 1980, Hijyen Koruyucu Hekimlik, Ankara: Ankara
Üniversitesi Tıp Fakültesi Yayını No:393
- WHO/UNICEF** 1978, Primary Halt Care Geneva, Alma-Ata,Who,
1978, 32