



**T.C.
YALOVA ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ**

**İŞLETME ANABİLİM DALI
İŞLETME BİLİM DALI**

**TÜRKİYE’DE TIP FAKÜLTELERİNİN KURULUŞ YÖNETİM VE
ORGANİZASYONU İLE AFİLİASYON ANLAŞMALARI MODELİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

UĞUR DEMİRCİ

DANIŞMAN: PROF. DR. FERHAT SAYIM

**YALOVA
OCAK 2023**



T.C.
YALOVA ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

İŞLETME ANABİLİM DALI
İŞLETME BİLİM DALI

TÜRKİYE’DE TIP FAKÜLTELERİNİN KURULUŞ YÖNETİM VE
ORGANİZASYONU İLE AFİLİYASYON ANLAŞMALARI MODELİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

UĞUR DEMİRCİ
207201038

DANIŞMAN: PROF. DR. FERHAT SAYIM

YALOVA
OCAK 2023

ETİK BEYAN

Yalova Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Tez Yazım Kuralları'na uygun olarak hazırladığım “Türkiye’de Tıp Fakültelerinin Kuruluş Yönetim ve Organizasyonu ile Afiliasyon Anlaşmaları Modeli” başlıklı bu tez çalışmada; tez içinde sunduğum verileri, bilgileri ve dokümanları akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, tez çalışmada yararlandığım eserlerin tümüne uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi, kullanılan verilerde herhangi bir değişiklik yapmadığımı, bu tezde sunduğum çalışmanın özgün olduğunu bildirir, aksinin tespiti halinde doğabilecek her türlü hukuki sorumluluğu kabul ettiğimi taahhüt ve beyan ederim.

Uğur DEMİRCİ





ÖNSÖZ

Yüksek lisans eğitimim boyunca benden yardımlarını esirgemeyen, akademik anlamda bana her zaman destek olan ve doğru yolu gösteren danışmanım Sayın Prof. Dr. Ferhat SAYIM'a teşekkür ederim.

Her daim yanımda oldukları ve benden desteklerini hiçbir zaman esirgemedikleri için kıymetli aileme teşekkür ederim.

Ocak – 2023

Uğur DEMİRCİ





İÇİNDEKİLER

ETİK BEYAN	i
ÖNSÖZ	iii
İÇİNDEKİLER	v
KISALTMALAR LİSTESİ.....	xi
TABLolar LİSTESİ.....	xiii
ŞEKİLLER LİSTESİ	xv
ÖZET.....	xvii
ABSTRACT.....	xix
1. GİRİŞ.....	1
2. SAĞLIK KURUMLARINDA YÖNETİM VE ORGANİZASYON KAVRAMI VE FONKSİYONLARI.....	3
2.1 Yönetim ve Yönetim Kavramı	3
2.2 Yönetimin Fonksiyonları.....	4
2.2.1 Planlama.....	4
2.2.2 Örgütlenme.....	5
2.2.3 Yöneltilme	5
2.2.4 Koordinasyon	6
2.2.5 Denetim	6
2.3 İyi Bir Yönetimin Özellikleri	7
2.4 İnovasyon Kavramı ve Yönetim İnovasyonu	7
2.5 Organizasyon Kavramı	8
2.6 Organizasyon ve Yönetim Arasındaki İlişki	8
2.7 Hizmet İşletmeleri ve Nitelikleri	9
2.8 Stratejik Yönetim Kavramı	10
2.8.1 Sağlık kurumlarında stratejik yönetim	11
2.8.1.1 Dengeli puan kartı	12
2.8.1.2 Kıyaslama	13
2.8.1.3 Değişim mühendisliği.....	13
2.8.1.4 Temel yetenekler	14
2.8.1.5 Toplam kalite yönetimi	15
2.8.1.6 Müşteri ilişkileri yönetimi	16
2.8.1.7 Küçülme	16
2.8.1.8 Misyon ve vizyon ifadeleri.....	16

2.8.1.9	Dış kaynak kullanımı.....	17
2.8.1.10	Stratejik planlama	18
2.8.1.11	Stratejik ortaklıklar	18
2.8.1.12	Sosyal medya araçları ve internet	19
2.8.1.13	Değer zinciri analizi	19
2.8.1.14	İş portföy analizleri	19
2.8.1.15	Tedarik zinciri yönetimi.....	20
2.8.1.16	SWOT analizi.....	20
3.	SAĞLIK HİZMETLERİ VE ÖZELLİKLERİ İLE	
	SINIFLANDIRILMASI	21
3.1	Sağlık Kavramı	21
3.2	Sağlık Hizmetleri.....	21
3.2.1	Sağlık hizmetlerinin özellikleri	22
3.2.2	Sağlık hizmetlerinin sınıflandırılması	23
3.2.2.1	Koruyucu sağlık hizmetleri	23
3.2.2.2	Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri	24
3.2.2.2.1	Birinci basamak sağlık hizmetleri.....	24
3.2.2.2.2	İkinci basamak sağlık hizmetleri	25
3.2.2.2.3	Üçüncü basamak sağlık hizmetleri	25
3.2.2.3	Rehabilitate edici sağlık hizmetleri	26
3.2.2.3.1	Tıbbi rehabilitasyon	26
3.2.2.3.2	Sosyal rehabilitasyon	26
3.2.2.4	Sağlığın geliştirilmesi hizmetleri.....	26
3.3	Sağlık Hizmetleri Piyasası.....	27
3.4	Sağlık Hizmetlerinde Arzı Etkileyen Unsurlar.....	28
3.5	Sağlık Hizmetlerinde Güncel Konu ve Kavramlar.....	29
3.5.1	Değer temelli sağlık hizmetleri anlayışı.....	29
3.5.2	Sağlık hizmetlerinde yalın yönetim kavramı	30
3.5.2.1	Sağlık Hizmetlerinde Yalın Yönetim Anlayışının Önemi.....	31
3.5.3	Sağlıkta kalite ve akreditasyon kavramı.....	32
3.5.3.1	Sağlık hizmetlerinde kalite kavramı	32
3.5.3.2	Akreditasyon kavramı.....	33
3.5.3.3	Sağlıkta akreditasyon.....	33
3.5.3.4	Servqual ölçeği	34
3.5.4	Sağlık harcamalarında ve talebinde genişleme trendi	36

3.5.5	Sağlık kurumları yönetiminde performans değerlendirme sistemi	38
4.	TÜRKİYE’DE HASTANE YÖNETİMİ VE HASTANELERİN SINIFLANDIRILMASI.....	41
4.1	Hastaneler	41
4.2	Hastanelerin Sınıflandırılması.....	41
4.2.1	Hizmet türüne göre hastaneler	42
4.2.1.1	Genel hastaneler	42
4.2.1.1.1	A grubu hastane	42
4.2.1.1.2	B grubu hastane	42
4.2.1.1.3	C grubu hastane	42
4.2.1.2	Özel dal hastaneleri	43
4.2.1.3	Eğitim hastaneleri.....	43
4.2.2	Büyüklüğüne göre hastaneler	43
4.2.3	Kalış süresine göre hastaneler.....	43
4.2.4	Akreditasyon durumuna göre hastaneler.....	43
4.2.5	Dikey entegrasyona göre hastaneler.....	44
4.2.6	Verdiği hizmet türüne göre hastaneler	44
4.2.7	Mülkiyet yapısına göre hastaneler	45
4.3	Hastanelerin Teşkilatı.....	46
4.3.1	Başhekimin görevleri	47
4.3.2	Sağlık bakım hizmetleri müdürünün görevleri	47
4.3.3	İdari ve mali hizmetler müdürünün görevleri	47
4.3.4	Destek ve kalite hizmetleri müdürünün görevleri.....	48
4.3.5	Başhekim yardımcısının görevleri	48
4.3.6	Müdür yardımcısının görevleri	48
4.4	Hastanelerin Fonksiyonları.....	48
4.4.1	Hasta ve yaralıların tedavisi	48
4.4.2	Eğitim fonksiyonu	48
4.4.3	Araştırma ve geliştirme fonksiyonu	49
4.4.4	Toplumun sağlık seviyesinin yükseltilmesi	49
4.5	Matris Organizasyon Yapısı.....	49
4.5.1	Hastanelerin matris organizasyon yapısı.....	50
4.6	Hastane Yöneticiliği ve Önemi	51
4.6.1	Dünyada hastane yöneticiliği	51
4.6.2	Türkiye’de hastane yöneticiliği gelişimi	52

4.7	Üniversite Hastaneleri	53
4.8	Üniversite Hastanelerindeki Organizasyon Modelleri	55
4.8.1	Tam Entegre Model.....	55
4.8.2	Fonksiyonel Entegre Model	56
4.9	Üniversite Hastanelerinin Organizasyon Yapılarına İlişkin Farklılıklar	58
4.10	Üniversite Hastanelerinde Yönetim Sorunu	61
4.11	Üniversite Hastanelerinde Finansman Sorunu	62
5.	AFİLİASYON	65
5.1	Üniversiteler ve Kuruluş Amaçları.....	65
5.1.1	Üniversite işlevleri	65
5.1.2	Üniversitelerin girişimcilik konusundaki rolü.....	67
5.2	Tıp Fakülteleri	67
5.2.1	Tıp fakültelerinin yönetimi.....	67
5.2.2	Tıp eğitimi konusu	69
5.2.2.1	Türkiye’de tıp eğitimi	69
5.2.2.1.1	Türkiye’de tıp eğitimindeki sorunlar	69
5.2.2.2	Dünyada tıp eğitimi	70
5.2.2.2.1	Dünya Tıp Eğitimi Federasyonuna göre tıp fakültesi açılması için gerekli kriterler	71
5.2.2.3	UÇEP ve tıp eğitimindeki yeri.....	72
5.2.2.4	UÇEP ile hedeflenen kazanımlar.....	73
5.2.2.5	Tıp eğitimi sistemleri.....	74
5.2.3	Tıp fakültelerinin kuruluşu.....	75
5.2.3.1	Tıp fakültelerinin eğitime başlaması ve sürdürmesi için gereken asgari koşullar.....	75
5.2.3.2	Sağlık uygulama ve araştırma merkezleri	76
5.2.4	Tıp fakültelerinin akreditasyon konusu.....	76
5.2.5	UTEAK ve tıp eğitimi akreditasyonu konusundaki konumu	77
5.3	Afiliasyon Kavramı	78
5.3.1	Afiliasyonu gerektiren durumlar	79
5.3.2	Afiliasyon türleri	80
5.3.3	Sağlık kuruluşlarının entegrasyonu konusu	81
5.3.3.1	Entegre sağlık hizmetinin paydaşları.....	83
5.3.4	Afiliasyon ile ilgili ülkemizdeki yönetmelikler	84
5.3.4.1	Afiliasyon kapsamındaki yönetmeliklere tarihsel bakış	85

5.3.4.1.1 Sağlık Bakanlığına Ait Kurum ve Kuruluşlar ile Devlet Üniversitelerinin İlgili Birimlerinin Birlikte Kullanımı ile İş birliği Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik.....	87
5.3.4.1.1.1 Birlikte kullanıma ilişkin planlama ve uygulama esasları.....	88
5.3.4.1.1.1.1 Planlama esasları.....	88
5.3.4.1.1.1.2 Birlikte kullanılan sağlık tesislerinin statüsü	88
5.3.4.1.1.1.3 Protokolün imzalanması, feshi ve diğer uygulama esasları.....	88
5.3.4.1.1.1.4 Eğitim hizmetleri	89
5.3.4.1.1.1.5 Sağlık tesisinin işletilmesi	89
5.3.4.1.1.1.6 Eğitim sorumlusu ve idari sorumlunun görev ve yetkileri.....	89
5.3.4.1.1.1.7 Mali hususlar.....	90
5.3.4.1.1.2 İş birliğine ait esaslar.....	90
5.3.4.1.1.2.1 İş birliği protokolünün imzalanması, feshi ve diğer uygulama esasları	90
5.3.4.1.1.2.2 Personelin disiplin ve özlük işlemleri.....	91
5.3.4.1.2 Vakıf üniversiteleri ile özel hastaneler arasındaki iş birliği modellerine bakış	91
5.3.4.1.2.1 Vakıf Üniversiteleri ile Özel Hastanelerin İş Birliği Esasları.....	92
5.3.4.1.2.1.1 Vakıf Üniversiteleri ile Özel Hastaneler Arasındaki İş Birliği Esasları.....	92
5.3.4.1.2.1.2 Hastanenin kapasitesi ve standartları	92
5.3.4.1.2.1.3 Eğitim faaliyetleri	93
5.3.4.1.2.1.4 Disiplin ve özlük işlemleri.....	94
5.3.4.1.2.2 Özel Hastaneler Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik	94
5.3.4.1.2.3 İş birliği protokolünün sonuçları	94
5.3.5 Sağlık Bilimleri Üniversitesi afiliasyon uygulaması	95
5.3.5.1 Sağlık Bilimleri Üniversitesinin genel yapısı.....	96
5.3.5.2 Sağlık Bilimleri Üniversitesi tıpta uzmanlık eğitimi sisteminin yapısı.....	97
5.3.6 Afiliasyonlu hastane örnekleri	99
5.3.6.1 Uludağ Üniversitesi Dış Hekimliği Fakültesi ile Bursa Ağız ve Dış Sağlığı Hastanesi	99

5.3.6.2 Atılım Üniversitesi ile Medicana International Ankara Hastanesi afiliasyon anlaşması.....	100
5.3.7 Afiliasyon sürecinin sonuçları.....	101
5.4 Sağlık Bakanlığı Hastaneleri ve Üniversite Hastaneleri Açısından Afiliasyon Anlaşmalarına Yönelik Daha Önce Yapılmış Araştırma Verileri	101
6. AFİLİASYON ÜZERİNE BİR ÇALIŞMA ÖRNEĞİ.....	105
6.1 Üniversite Sağlık Tesislerinde Afiliasyon Anlaşmaları Sonrası Değişimler	105
6.1.1 Afiliye Hastanelere Yönelik Çalışma.....	105
6.1.2 Amaç	105
6.1.3 Yöntem	106
6.1.4 Kısıtlılıklar	106
6.1.5 Bulgular.....	107
6.1.5.1 Afiliasyon protokollerinin kapsamı	107
6.1.5.2 Afiliasyon protokollerine göre eğitim alanlar ve faaliyetleri	107
6.1.5.3 Hastanelerin asli faaliyetlerindeki gelişmeler.....	108
6.1.5.4 Üçüncü basamak sağlık kuruluşu olmanın sağladığı avantajlar	108
6.1.5.5 Öğretim elemanlarının özlük ve diğer işlemleri	108
6.1.5.6 Kadro ve göreve başlama süreci	109
6.1.5.7 Bireysel hizmet sözleşmesi süresi	109
6.1.5.8 Ücret ödemeleri	110
6.1.5.9 Diğer hususlar.....	110
6.2 Üniversite Sağlık Tesislerine Yapılan Müracaat Sayıları ve Nitelikli Yatak Oranları ile Afiliasyon Arasındaki İlişki Üzerine Bir Çalışma.....	111
6.2.1 Müracaat sayıları ile afiliasyon arasındaki ilişki.....	111
6.2.2 Yıllara göre nitelikli yatak oranının üniversite hastanelerindeki değişim oranı ve afiliasyon ile ilişkisi	113
6.3 İstanbul'daki Tıp Fakültelerinde Öğrenci-Öğretim Elemanı Sayıları ve Yönetime İlişkin Organizasyon Şeması Üzerine Araştırma.....	114
6.3.1 İstanbul'daki devlet üniversitelerindeki durum.....	114
6.3.1.1 Devlet üniversiteleri tıp fakülteleri yönetime ilişkin organizasyon yapısı	116
6.3.2 İstanbul'daki vakıf üniversitelerindeki durum	117
7. SONUÇLAR VE ÖNERİLER.....	121
KAYNAKLAR.....	129
EK.....	141
ÖZGEÇMİŞ	143

KISALTMALAR LİSTESİ

AB	: Avrupa Birliği
DEK	: Danışmanlık ve Eğitim Komisyonu
DİZK	: Değerlendirme ve İzleme Ziyareti Komisyonu
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
ISQUA	: Uluslararası Sağlık Hizmetlerinde Kalite Derneği
JCAHO	: Ortak Sağlık Kuruluşları Akreditasyon Komisyonu
JCI	: Uluslararası Ortak Komisyon
KYS	: Kalite Yönetim Sistemi
MİY	: Müşteri İlişkileri Yönetimi
NASA	: Amerika Ulusal Havacılık Örgütü
SAUM	: Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi
SBGK	: Standartları Belirleme ve Geliştirme Komisyonu
SBU	: Sağlık Bilimleri Üniversitesi
SSK	: Sosyal Sigortalar Kurumu
TEPDAD	: Tıp Eğitimi Programlarını Akreditasyon ve Değerlendirme Derneği
TKY	: Toplam Kalite Yönetimi
TUEK	: Tıpta Uzmanlık Eğitim Kurulu
TUİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
TUS	: Tıpta Uzmanlık Eğitimi Giriş Sınavı
TÜRKAK	: Türk Akreditasyon Kurumu
TÜSEB	: Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı
TÜSKA	: Türkiye Sağlık Hizmetleri Kalite ve Akreditasyon Enstitüsü
TYÇ	: Türkiye Yeterlikler Çerçevesi
UÇEP	: Ulusal Çekirdek Eğitim Programı
UTEAK	: Ulusal Tıp Eğitimi Akreditasyon Kurulu
WFME	: Dünya Tıp Eğitimi Federasyonu
YÖK	: Yükseköğretim Kurumu
YÖKAK	: Yükseköğretim Kalite Kurulu



TABLÖLAR LİSTESİ

Tablo 3.1. Sağlık Hizmetlerinden Memnuniyet Oranı (%).....	22
Tablo 3.2. Sağlık Hizmetleri Sunucusu Türüne Göre Müracaat Başına Ortalama Maliyet, 2011-2020 (TL).....	36
Tablo 4. 1. Yıllara ve Sektörlere Göre Hastane Sayısı, 2002-2019	41
Tablo 4. 2. Dallara Göre Hastane ve Yatak Sayıları, 2019	46
Tablo 5.1. Sağlık Bakanlığı Hastaneleri ve Üniversite Hastaneleri Açısından Afiiliasyonla İlgili Katılımcı Görüşleri,2014	102
Tablo 6.1. Üniversite Sağlık Tesisleri Müracaat Sayıları,2011-2020 (Bin Adet)....	111
Tablo 6.2. Yıllara ve Sektörlere Göre Nitelikli Yatakların Toplam Yataklar İçerisindeki Oranı, 2002-2019 (%).....	113
Tablo 6.3. Devlet Üniversiteleri Tıp Fakültelerinde Öğretim Elemanı, Öğrenci Sayıları ve Öğretim Elemanı Başına Düşen Öğrenci Sayısı, 2020- 2021.....	115
Tablo 6.4. Vakıf Üniversiteleri Tıp Fakültelerinde Öğretim Elemanı, Öğrenci Sayıları ve Öğretim Elemanı Başına Düşen Öğrenci Sayısı, 2020- 2021.....	118



ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 3.1. Sağlık Harcamaları, 2011-2020 (Milyar TL).....	32
Şekil 3.2. Sağlık Kuruluşlarının Hizmetlerinden Duyulan Memnuniyet (%), 2020.....	35
Şekil 4. 1. Tam Entegre Model Örneği, 2015	56
Şekil 4. 2. Fonksiyonel Entegre Model Örneği, 2015.....	57
Şekil 4. 3. Afiliye Üniversite Hastanesi Organizasyon Şeması, 2021	59
Şekil 5. 1. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Organizasyon Yapısı, 2022.....	95
Şekil 5. 2. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıpta Uzmanlık Eğitimi Komisyonlar Şeması, 2017	98





TÜRKİYE’DE TIP FAKÜLTELERİNİN KURULUŞ YÖNETİM VE ORGANİZASYONU İLE AFİLİASYON ANLAŞMALARI MODELİ

ÖZET

Sağlık hizmetleri sunan sağlık kuruluşlarında genellikle sabit yatırım maliyetleri oldukça yüksektir. Bu durumda birim maliyetlerin katlanabilir düzeye getirilmesi için ölçek ekonomisi gerekmektedir. Ölçek ekonomisi hem her bir kurum açısından hem de sistemin bütünü açısından yeterli hasta sayısına ve yeterli tıbbi eğitim imkânlarına sahip güçlü ve asgari şartları sağlamış kurumları gerektirmektedir.

Tıp eğitimi veren üniversitelerin bu eğitimi destekleyici ve tamamlayıcı uygulama alanlarına ihtiyacı vardır. Bu alanlar genel uygulamada tıp fakültesidir. Bu hastanelerde hem ileri teşhis ve tedavi faaliyetlerini yürütülmekte hem de öğretim üyelerinin araştırma yapmalarına imkân tanınmaktadır. Ölçek ekonomisi gereği çok büyük yatırım gerektiren bu hastanelerin kurulması tıp fakültesi açma maliyetlerini hem finansal açıdan hem bürokratik açıdan oldukça artırmaktadır. Tıp fakültesi açılışlarını kolaylaştıran bir uygulama olarak afiliasyon anlaşmaları modeli geliştirilmiştir.

Bu çalışmada Türkiye’deki tıp fakülteleri ile hastaneler arasında yapılan afiliasyon anlaşmaları modellerine değinilmiştir. Afiliasyon anlaşmalarına ilişkin yayımlanan yönetmeliklerin üzerinde durulmuştur.

Çalışmanın ilk bölümünde yönetim kavramı, fonksiyonları, stratejik yönetim ve sağlık yönetimine ilişkin konulardan bahsedilmiştir. Stratejik yönetim uygulamalarının sağlık kurumlara etkilerinden bahsedilmiştir. Sonraki bölümde sağlık hizmetleri, özellikleri ve sağlık hizmetlerine ilişkin diğer kavramlar incelenirken, çalışmanın dördüncü bölümünde ise hastanelerin yönetim ve teşkilat yapıları açıklanmıştır. Beşinci bölümde üniversitelerdeki tıp eğitimi konusuna, afiliasyon kavramına ve modellerine değinilmiştir.

Çalışmanın son bölümünde ise afiliye hastanelere yönelik saha araştırması raporlanmıştır. Bu çalışmada afiliye hastanelerle görüşmeler yapılarak bu anlaşmaların sonuçlarına değinilmiştir. Bu bölümde ayrıca İstanbul ilindeki üniversitelerin tıp fakültelerindeki öğretim elemanı başına düşen öğrenci sayıları hesaplanarak bu verilerin afiliasyonla ilişkisi üzerinde durulmuştur. Yine bu bölümde hastane müracaat sayıları ve nitelikli yatak oranları gibi veriler de incelenerek afiliasyon anlaşmaları sonucu görülen değişimler incelenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Sağlık Yönetimi, Üniversite Hastanesi, Tıp Fakültesi, Afiliasyon



ESTABLISHMENT MANAGEMENT AND ORGANIZATION OF MEDICAL FACULTIES AND AFFILIATION AGREEMENTS MODEL IN TURKEY

ABSTRACT

Fixed investment costs are generally quite high in health institutions providing health services. In this case, economies of scale are required to bring unit costs to a bearable level. Economy of scale requires strong institutions that have sufficient number of patients and adequate medical training opportunities, both for each institution and for the whole system, and which have met the minimum requirements.

Universities that provide medical education need application areas that support and complement this education. These fields are medical school in general practice. In these hospitals, both advanced diagnosis and treatment activities are carried out and faculty members are given the opportunity to conduct research. The establishment of these hospitals, which require huge investments due to economies of scale, increases the costs of opening medical schools both financially and bureaucratically. Affiliation agreements model has been developed as an application that facilitates the opening of medical schools.

In this study, the models of affiliation agreements between medical faculties and hospitals in Turkey are mentioned. The published regulations regarding affiliation agreements are emphasized.

In the first part of the study, the concept of management, its functions, strategic management and issues related to health management are mentioned. The effects of strategic management practices on health institutions are mentioned. In the next section, health services, their characteristics and other concepts related to health services are examined, while in the fourth part of the study, the management and organizational structures of the hospitals are explained. In the fifth chapter, the subject of medical education in universities, the concept of affiliation and its models are mentioned.

In the last part of the study, the field research for affiliated hospitals was reported. In this study, the results of these agreements were discussed with the affiliated hospitals. In this section, the number of students per faculty member in the medical faculties of universities in Istanbul is calculated and the relationship between these data and affiliation is emphasized. Again in this section, data such as the number of hospital applications and the rates of qualified beds were examined and the changes observed as a result of the affiliation agreements were examined.

Keywords: Healthcare Management, University Hospital, Faculty of Medicine, Affiliation



1. GİRİŞ

Sağlık ve sağlık kurumlarının yönetimi alanında yapılan araştırmaların sayısı artmaktadır. Sağlık kurumlarının yönetimi, sağlığın geliştirilmesi ve sağlık sistemleri konularında pek çok çalışma yapılmıştır. Bireysel ve toplumsal faydayı gözetken amaçlarla yapılan bu araştırmalar gelecek adına önem arz etmektedir.

Dünyadaki gelişmelere karşı işletmelerin uyum sağlayabilmesi için uzun vadeli ve etkili bir vizyona sahip olmaları gerekir. Bu açıdan örgüt yapıları yeniliklere açık olmalıdır. Örgüt yöneticileri, yönetim felsefesini sürekli gelişime açık hale getirmelidir. Yöneticiler yenilikleri desteklemesiyle sağlanan başarı arasında ilişki kuranların sayısı az değildir. Yönetim, sistem anlayışı konusunda örgütlere öncülük ederken kısa ve uzun vadeli hedeflere daha kolay ulaşılabilmesini sağlamaktadır. 1950’li ve 1960’lı yıllarda yönetim biliminde önemli gelişmeler yaşanmaya başlamıştır (Güçlü, 2003, ss. 62-64). Yönetim, topluluk halindeki insanların belirlenen amaçları etkin biçimde gerçekleştirebilecekleri ortam ve düzenin yürütülmesi sürecidir. Bu amaçla kaynakların örgütlenmesi, planlaması, yönlendirilmesi ve kontrolü gerekmektedir (Serin ve Çuhadar, 2015, s. 45). Bunlar aynı zamanda yönetim sürecinin temel fonksiyonlarıdır.

Yönetim biliminin alt konularından biri sağlık yönetimi konusudur. Sağlık yönetimi, sağlık kurumlarının yönetimi, organizasyonu ve sağlığa ilişkin faaliyetlerin planlanması süreçlerini kapsamaktadır. Türkiye’deki sağlık sistemi kamu, özel ve gönüllü kuruluşlardan oluşmaktadır. Bu kuruluşlarda sunulan sağlık hizmetleri ise birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri olarak sınıflanmıştır (Erençin ve Yolcu, 2008, s. 121).

Sağlık hizmetlerinin organizasyonu verimlilik açısından önem arz etmektedir. Sağlık kuruluşlarının yapısı, organizasyonu ve hiyerarşik örgütlenme modelinin diğer hizmet işletmelerine göre daha karmaşık yapıda olması yönetim süreçlerini zorlaştırmaktadır. Bunlara artan hasta sayıları, sağlık harcamaları ve kaynak tüketimi de eklendiğinde süreç daha da güçleşmektedir. Bu yüzden sağlık yönetimi konusu hem ulusal hem de uluslararası düzeyde bir çalışma alanı olmuştur (Çimen, 2010, s. 138).

Sağlık hizmeti sunumunda çok önemli roller üstlenen hekimlerin yetiştirilmesi, aldıkları eğitimin kalitesi, bilgi birikim düzeyleri gibi faktörler sağlık hizmetlerinin kalitesini de doğrudan etkilemektedir. Bu sebepten hekimleri yetiştiren temel kurum olan tıp fakültelerinin başarılı eğitim, araştırma ve sağlık hizmeti sunmaları gerekmektedir. Tıp fakültelerinin bu faaliyetlerde başarıya ulaşabilmesi için iç ve dış faktörlerden olumsuz etkilenmemesi önemlidir. Eğitim ve araştırma hizmetleri sunmak için gereken altyapı, araç gereç, hastane binaları, laboratuvar sayıları ve akademik personel sayısı yeterli düzeylerde olmalıdır. Sağlık hizmetleri sunumu gibi sağlık eğitimi ve araştırmaları da maliyetli konulardır. Üniversite hastanelerinin mevcut borç yüklerinin de fazla olması faaliyetleri açısından dezavantaj oluşturmaktadır. Üniversite hastanelerinde mali rahatlama sağlanması için Maliye Bakanlığından sürekli olarak ek ödenek aktarımı yapılabilir. Üniversite hastanelerinde finansal sürdürülebilirliği sağlayacak yeni bir organizasyon yapısı oluşturulabilir. Ayrıca üniversite hastanelerinin işletmesinin Sağlık Bakanlığı tarafından yapılması, eğitim ve araştırma faaliyetlerinin ise üniversite ile afiliye olarak yürütülmesi de düşünülebilir (Sur ve Şentürk, 2018, s. 304).

Finansal rahatlama için üniversiteler ve hastaneler hedefleri doğrultusunda farklı organizasyon modellerine gidebilmektedir. Bunlardan başlıca olanı birlikte kullanım ve iş birliği modellerini içeren afiliasyon protokolleridir. Afiliye olan hastaneler üniversite hastanesi statüsü kazanmakta ve üçüncü basamak sağlık hizmeti sunmaktadır. Bu doğrultuda sağlık bilimini, teknolojisini ve halk sağlığı hizmetlerini ileriye taşımayı hedeflemektedir. Afiliye olan hastaneler böylelikle büyümekte iken tıp fakülteleri de ihtiyaç duyduğu altyapıya, hastane binasına ve araştırma ortamına kavuşmaktadır. Bu sayede üniversite tıp fakülteleri üzerindeki yük hafiflemektedir. Bu yüzden afiliasyon anlaşmalarının yaygınlaştırılması, kapsamının genişletilmesi ve üzerinde daha çok çalışılması önerilmektedir.

2. SAĞLIK KURUMLARINDA YÖNETİM VE ORGANİZASYON KAVRAMI VE FONKSİYONLARI

Bu bölümde yönetim ve organizasyon kavramları ele alınacaktır. Yönetim fonksiyonları, iyi bir yönetimin özellikleri, stratejik yönetim ve yönetim inovasyonu kavramına değinilecektir.

2.1 Yönetim ve Yönetim Kavramı

Yönetim konusunda pek çok tanım mevcut olup bu konu üzerinde uzun yıllardır çalışılmaktadır. Yönetim kısaca insanları belirli bir amaca yönelik sevk ve idare etme anlamına gelmektedir. Yönetim insanların belirli bir konuda ortak hedefleri gerçekleştirmek üzere bir araya getirilmesi ve bu birliktelikte iş birliğinin sağlanması sürecini kapsamaktadır (Yenisu ve diğ., 2019, s. 515).

Yönetim faaliyetleri işletmelerde görüldüğü gibi yaşamın diğer alanlarında da uygulanmaktadır. İşletme dışında, amaç güden sosyal gruplarda da yönetimden söz edilebilir. Yani insan merkezli oluşumların meydana getirdiği grupların hedeflerini uygulayabilmeleri için olmazsa olmaz bir kavramdır.

Yönetim birleştirici ve yönlendirici niteliği dolayısıyla örgütler için hayati öneme sahiptir. İşletmelerin örgütsel hedeflere etkin biçimde ulaşabilmesi için gerekli olan insan ve diğer kaynakların en iyi şekilde birleştirilmesi yönetimin bir sonucudur (Güçlü, 2003, ss. 62-64).

Yönetim konusundan bahsetmek için öncelikle belirli hedeflerin bulunması gerekmektedir. Bu hedefler doğrultusunda düzenin, iş birliğinin ve koordinasyonun sağlanması faaliyetine yönetim denir. Yönetim bir organizasyonun amaçlarına ulaşma sürecindeki örgütsel faaliyetlerin tek bir çatı altında bütünleştirilerek, gerekli birliğin ve idarenin sağlanması sürecidir. Yönetim konusu özellikle de hayatımızın merkezi noktalarından biri olan işletmeler konusunda oldukça önem arz etmektedir. Bu işletmeler de misyon ve vizyonlarına ulaşmak adına yönetime ve yönetilmeye ihtiyaç duymaktadırlar (Arıkboğa, 2007, s. 13).

Yönetim kavramında görülmektedir ki esas faktör insandır. Bu sebepten yönetim kavramından bahsederken insan bulunması gerekliliğinden de söz etmek

gerekmektedir. Yönetilen ve yönetenin de insan olduğu göze alınmalı ve amaca hizmette insan unsurunun önce tutulması sağlanmalıdır (Arslan, 2015, ss. 5-7).

İnsan faktörü örgütsel iş birliği konusunda belirleyici olduğundan örgütsel amaçlara ulaşabilme derecesini etkilemektedir. Bu sebeple yöneticiler tarafından kişilerin içsel koşulları, duygusal durumları vb. dikkate alınmalıdır. Örgütsel faaliyetler profesyonelleşme gerektirdiği için yöneticilerin kişilerin fiziksel, psikolojik, sosyal ve diğer durumları üzerinde destekleyici çalışmaları sağlaması gerekmektedir. Kişilerin bireysel faktörleri dışında kişiler arası diyalog, ekip çalışması bilinci de önem arz etmektedir. Bu nedenle iletişim ağının sağlanması, koordine bir çalışma ortamının hazırlanması, çalışanlar arası sosyal ilişkilerin gelişmesinin sağlanması örgütsel amaçlara ulaşabilme derecesini artıracaktır. Sonuç olarak etkin bir yönetim insan unsurunu ve insana ait faktörleri göz önünde bulundurarak, yönetim sürecini bu doğrultuda ele almayı gerektirmektedir.

2.2 Yönetimin Fonksiyonları

İyi bir yönetimin sağlanması için belirli faktörlere ihtiyaç vardır. Yönetim işini yapan yöneticinin bu faktörleri göz önüne alması ve bunun sonucunda yönetsel süreci bütünleştirerek ele alması beklenmektedir. Yönetim kavramının tarihsel öncülerinden olan Henri Fayol bu faktörleri yönetimin fonksiyonları başlığı adı altında toplamıştır. Temel olarak yönetimin fonksiyonlarını 5 kısma ayırmıştır. Bunlar planlama, örgütlenme, yöneltme, koordinasyon ve denetimdir.

2.2.1 Planlama

Planlama tüm koşullarda gerekli olan bir yönetim fonksiyonudur. İşletmenin geleceği adına son derece önemli bir fonksiyondur. Temel amacı işletmenin amaçlarına ulaşırken ki izleyeceği yolu belirlemektir. Bu yüzden en önde gelen bir yönetim fonksiyonudur. Doğru bir planlama ile işletmenin amaca ulaşması sağlanacaktır (Özalp ve diğ., 2012, ss. 6-8).

Planlama süreci canlı ve devamlılık gerektiren bir süreç olup neyin nasıl ve ne vakit yapılacağını belirleme fonksiyonudur (Arslan, 2015, s. 15). Planlama yapılırken gerçekçi hedefler belirlenmelidir. Bu da hedeflere ulaşma yolunu doğru bir şekilde belirleyerek mümkün olur.

Sağlık kurumlarında planlama fonksiyonu, sağlık hizmetlerinin ihtiyaca yönelik düzenlenmesi, sağlık personellerinin görev dağılım planlamaları ve ileriye dönük stratejik planlamaları kapsamaktadır. Bu bağlamda kaynakların stratejik olarak kullanılması ve optimizasyonu açısından iyi bir planlama yapılması gerekmektedir.

2.2.2 Örgütlenme

İkinci fonksiyon ise örgütlenme ya da örgütlenme işlevidir. Doğru bir planlama yapıldıktan sonra bu fonksiyon önem arz etmektedir. Örgütlenme fonksiyonu uygun bir işletme yapısının oluşturulmasıdır (Arıkboğa, 2007, s. 13).

Örgütlenme fonksiyonunun amacı esasında aynı amaca hizmet etmek üzere çalışan farklı grupları bir arada tutmaktır (Arslan, 2015, s. 16). Farklı grupları bir arada tutmak için öncelikle uygun bir örgüt yapısı ve kültürü olması gerekmektedir. Bunun için de işletmenin kurumsal kimliği, amaçları açıkça ortaya konmalıdır.

Sağlık kurumlarında örgütlenme ise kurum içindeki uyumun ve profesyonelleşmenin artırılması için gereklidir. Özellikle hastanelerin sahip olduğu karmaşık organizasyon yapısından dolayı iyi bir örgütlenme gerekmektedir. Çünkü sağlık kurumlarında genellikle dikey ve yatay örgütlenme birlikte olduğundan diğer işletmelere göre daha karmaşık bir örgütlenme modeli mevcuttur.

2.2.3 Yöneltilme

Yöneltilme, çalışanları ortak hedefler doğrultusunda çalışmak için isteklendirmek ve eyleme geçirmektir (Arıkboğa, 2007, s. 13). Yöneltilme fonksiyonu harekete geçirme odaklı olduğundan dolayı çalışanları yönelten, yönlendiren bir yönetici faktörü öne çıkmaktadır. Çalışanların hedefe odaklanması ve motivasyonunun sağlanması gerekmektedir.

Sağlık kurumları personelleri arasında sürekli iletişim ve iş birliği gerekmektedir. Sağlık hizmetleri emek yoğun işler olduğu için bireysel ve grup olarak fedakârlık ve sağduyu gerektirir. Çalışanların bu bilinçte olması için yönetimin de bu düşünce yapısına sahip olması gerekmektedir. Hasta odaklı düşünce yönetim tarafından benimsenmeli ve çalışanlara aktarılmalıdır. Bu sayede çalışanlar bir amaca yöneltililebilir. Tüm çalışanlarca benimsenen ortak bir hedefin oluşması sağlanarak sağlık kurumlarında hedeflenen stratejik amaçlara ulaşılabilir.

2.2.4 Koordinasyon

İşletmenin hedeflerine ulaşması için gerekli olan tüm faaliyetleri uyumlaştırmak, koordine etmektir (Arıkboğa, 2007, s. 13). Koordinasyon fonksiyonun diğer bir anlamı da eşgüdümlemedir. Eşgüdümleme, işletme faaliyetlerinin senkronize bir şekilde yürütülmesini ifade etmektedir. İşletmeyi bir dişli çark gibi ifade etmek gerekirse her bir işletme faaliyeti de bu dişlinin bir parçasıdır. Bu çarkın kusursuz çalışması için her bir faktörün birbirleriyle uyum içinde olması gerekmektedir.

Günümüzde kompleks bir hale gelen işletme yapılarında koordinasyon fonksiyonu oldukça önem arz etmektedir. Çünkü koordinasyon bu karmaşıklığı gidererek çalışmayı basitleştirmektedir (Arslan, 2015, s. 18).

Sağlık kurumlarında, özellikle de hastanelerde sunulan sağlık hizmetleri ekstra bir ekip çalışması gerektirir. Hizmet sunumunda yer alan ekibin koordinasyonu sağlanması önem arz eder. Örneğin bir cerrah tek başına ameliyat yapamaz. Ameliyat sırasında ameliyathane teknikerlerine, anestezi uzmanlarına vb. sağlık personellerine ihtiyaç duyulmaktadır. Bunun yanında ameliyatta yer alan ekibin birbirleriyle sürekli iş birliği ve iletişim halinde olması gerekir.

2.2.5 Denetim

Denetim adından da anlaşılacağı üzere bir kontrol etme faaliyetidir. Denetim en son gerçekleşen fonksiyondur. Diğer faaliyetlerin doğru yapılıp yapılmadığı hakkında bilgi vermektedir. İşletmenin faaliyetlerini ölçmek, kontrol etmek oldukça önem arz etmektedir. Kişi bazında, işletme departmanlarının çalışma performansları bazında ve işletmenin bir bütün olarak ortaya koyduğu performans bazında bir kontrol süreci olması gerekir (Özalp ve diğ., ss. 6-8).

Denetim, işletme performansını maksimum düzeye çıkarmak için bir görüş belirtmekle birlikte aynı zamanda bir müdahale ve düzeltme imkânı da sunmaktadır. İşletmenin amaçlarına ne düzeyde ulaşıp ulaşmadığını gösterir (Arslan, 2015, s. 21).

Denetim işlevi sağlık kurumları açısından kalite kavramı ile ilişkilendirilebilir. Sağlık kurumlarında kurulan kalite birimleri sürekli denetimin önünü açmıştır. Hizmet verimliliğinin artırılması için verilen sağlık hizmetinin niteliğinin, zamanlamasının, geri bildirimlerinin sürekli olarak değerlendirilmesi gerekmektedir. Hizmet kalitesini geliştirmek için çıktılar sürekli olarak kaydedilmeli, hastalardan

geri bildirimler alınarak hizmet kalitesi değerlendirilmelidir. Aksaklık tespit edilen hizmet birimlerine yönelik çözümler ve düzenli kontrol mekanizmaları geliştirilmelidir.

2.3 İyi Bir Yönetimin Özellikleri

İyi bir yönetim konusu özellikle 1990'lı yıllardan bu yana sıkça konuşulur olmuştur. Fakat bu konu üzerinde yapılmış tek bir tanımdan bahsetmek mümkün değildir (Aktan, 2015, ss. 50-60). İyi yönetim, kişinin hakkı olan beklentilerine yanıt veren, kişinin haklarına saygılı, kişiye güven veren ve aynı zamanda açıklık ilkesine uyan bir yönetim şeklidir (Akyılmaz, 2003). İyi bir yönetimde bazı temel niteliklerin bulunması gerekir. İyi bir yönetimin özellikleri hukukun üstünlüğü, yönetimde açıklık, hesap verme, yönetim ahlakı, rekabete ve piyasa mekanizmalarına işlerlik kazandırma, toplumu güçlendirme, dijital devrime uyum, yerinden yönetim, kurallar ve sınırlamalar, etkin sivil toplum ve katılım, toplam kalite ve denetim şeklinde belirtilmiştir (Aktan, 2015, ss. 50-60). İyi bir yönetim anlayışındaki bu faktörler demokrasi, şeffaflık, adalet ve dinamizm kavramlarının ön planda olduğunu gösterir.

2.4 İnovasyon Kavramı ve Yönetim İnovasyonu

İnovasyon kavramı dilimizde “yenilik” anlamında kullanılmaktadır. Günümüzdeki değişimlere, güncel bilgi ve birikimlere uyum sağlama anlamında kullanılmaktadır. Türkiye’de 2000’li yıllarda popülerliği artan bir kavram olan inovasyon, organizasyonların üretim etkinliğini artırması, kalkınmayı sağlaması ve diğer amaçları açısından önem arz etmektedir. Organizasyonlarda inovasyonun sağlanması araştırma geliştirme faaliyetleriyle yakından ilgilidir. Mevcut teknolojiyi, yenilikleri takip etmek ve daha ileriye götürmek için araştırma geliştirme faaliyetlerine verilen önem artırılmalıdır. Bu doğrultuda yatırımın gerekli kısmını araştırma geliştirme faaliyetlerine ayırmak mantıklıdır (Taş, 2017, s. 101).

Yönetim inovasyonu ise yönetim yapısını, davranışlarını ve felsefesini değiştiren tüm değişimlerdir. Yönetim sürecinin, ilkelerinin örgütsel amaçlar doğrultusunda değişmesini sağlar. Bu değişimler yönetim yapısının temelini değiştirebilecek kadar güçlü etkiye sahip olabilir. Yönetim inovasyonunun kapsamına örgüt yapısını geliştirerek ileriye taşıyacak ve örgütün bu gelişimle beraber ayakta kalmasını sağlayacak yenilik faaliyetleri girmektedir. Yönetim inovasyonu diğer inovasyon

türlerine göre en tepe kısımda yer almaktadır. Yönetim modellerinde genellikle yukarıdan aşağıya doğru yetki ve bilgi akışı olduğundan yönetim inovasyonu köklü değişimlere neden olmaktadır. Örgütün en üst kademesini etkilediğinden dolayı tepeden aşağıya doğru köklü değişimlere olanak tanımaktadır. Bu değişimlerin etkili olabilmesi için örgüt yapısındaki tüm personellere inovasyon fikrinin uygulanabilirliği aktarılmalı ve çalışanlarca benimsenmesi sağlanmalıdır (Soylu ve Öztürk Göl, 2010, ss. 118-121). Yönetim inovasyonu sayesinde modern yönetim teorileri uygulanabilir hale gelmiştir. Birçok yönetici modern yönetim kültürlerini benimsemekte ve uygulamaktadır.

2.5 Organizasyon Kavramı

Yönetimin bir unsuru olan organizasyon kavramı farklı kaynakları aynı amaç için bir araya getirme faaliyetidir. Organizasyon, işletmenin kurulduğu yer, çalışma koşulları, ekonomik araçları ve amaçları gibi faktörler arasında bir ilişki sağlanmasıdır.

Organizasyon sayesinde ekip çalışmasına uygun bir ortam kurulmuş olur. Ekip çalışması sayesinde bireysel olarak başarılması mümkün olmayan hedeflere ulaşılması kolaylaşır. Organizasyonun başarılı olabilmesi için iş bölümü yapılmalı, çalışanlar arasında koordinasyon sağlanmalıdır. Çalışanlarda görev ve sorumluluk bilinci olmalıdır.

Organizasyon işletme açısından birtakım faydalar sağlamaktadır. Bu bağlamda Uğur'un çalışmaları yönlendirici olmuştur (Uğur, 1997, ss. 56-60);

- 1) Çalışanların hepsi hangi işi ya da iş grubunu yapacağını bilmektedir.
- 2) Her çalışan işletme içindeki konumunu bilmektedir.
- 3) Her çalışana yaptığı iş doğrultusunda yetki ve sorumluluk verilmiştir.
- 4) İşlerin çalışanlara göre uygun şekilde dağıtımını sağlar ve iş dağıtımında tekrarı önlemektedir.

2.6 Organizasyon ve Yönetim Arasındaki İlişki

Yönetim ve organizasyon kavramları birbirleriyle yakın ilişki içindedir. Yönetim ve organizasyon birbirlerini tamamlar niteliktedir. Organizasyon yönetim sürecinin ne

şekilde yapılacağı konusunda yol gösterici olur. Yönetim faaliyetinin daha doğru yürütülmesini sağlar. Yönetim başarısının sağlanması için organizasyonda görev alacak çalışanların görev tanımları net bir biçimde yapılmalıdır. Çalışanların görevleri açık bir şekilde kendilerine bildirildiğinde olası karışıklıkların önüne geçilir. Zamanla meydana gelen değişimlere uyum sağlanabilmesi için yöneticiler ve diğer çalışanların gelişmeleri takip etmesi ve kendilerini yenilemesi gerekir. Çünkü yönetim kültürü ve amaçları değişebilir, ileriye dönük ulaşılması planlanan hedefler değişebilir. Dolayısıyla organizasyon yapısında da değişiklikler meydana gelebilir. Örgüt içindeki birimler ayrılabilir ya da birleşebilir. Bazı durumlarda yeni birimler de açılabilir. Fonksiyonel büyüme denilen bu durumda organizasyon hususunda da köklü değişimler yaşanmaktadır (Paşaoğlu ve diğ., 2013, ss. 30-32).

İşletmeler gerek diğer işletmelerle rekabet gerek işletmenin kendisiyle sürdürdüğü rekabet olsun sürekli bir yarış içindedir. Bir işletme varlığını sürdürmek için iyi bir organizasyon yapısına sahip olmak durumundadır. İyi bir organizasyon için iyi bir yöneticinin olması gerekir. Yönetici iyi bir organizasyon yapısı için etkin bir iletişim ağına sahip olmalı, işletme faaliyetlerine ve gruplar arası iletişime hâkim olmalıdır.

2.7 Hizmet İşletmeleri ve Nitelikleri

Hizmet kısa bir tabirle birinin işini görme ve fayda sağlama sürecidir. Hizmet somut olan ürünlerin aksine elle tutulamayan soyut bir iktisadi süreçtir. Hizmetin ilk özelliği soyut olmasıdır. Diğer özelliklerine bakıldığında heterojenlik, alıcı ve satıcı arasında yakın ilişkiler sağlama, denetlenebilirlik, pazar ve pazarlama sistemlerinin farklılığı gibi özelliklere sahiptir (Demirkaya ve Zengin, 2014, s. 110).

Sağlık sisteminde Sargutan'a (2005) göre temel olarak beş olumsuzluk durumu ve bu olumsuz durumlara karşı altı çözüm yönetimi mevcuttur. Bu olumsuz durumlar ölüm, hastalık, sakatlık, rahatsızlık, doyumsuzluk iken bu olumsuz durumlara karşı çözümler koruma, tanı, tedavi, rehabilitasyon, izlem, halkın sağlık eğitimidir (Sargutan, 2005, s. 404).

Hizmet sektörü işletmelerin en temel amacı maksimum faydadır. Maksimum faydanın sağlanması mükemmel yani kaliteli hizmet ve memnun müşteri unsurlarına bağlıdır. Hizmet süreci öznel olduğundan ve somut olmadığından sunumu zor olan bir süreçtir. Bu yüzden hizmet işletmelerinde odak noktasının müşteri olması

gerekmektedir. Hizmet sunumunun başarıya ulaşması için stratejik düşünme ve bu doğrultuda planlamalar yapılması önem arz etmektedir (Şentürk, 2012, ss. 79-80).

Hizmet sektöründeki işletmelerin niteliklerine bakıldığında üretim yönünden soyutluk söz konusu olduğu için esneklik yoktur. Hizmet işletmeleri emek yoğun faaliyet gösterirler. Yani mal üreten işletmelere nazaran insan faktörü daha ön plandadır. İnsan faktörünün ön planda olmasından dolayı hata payı mal üreten işletmelere nazaran daha fazla olabilir. Mal üreten işletmelerde makine ve donanımlar sıkça kullanılmakta iken, hizmet işletmelerinde ise çalışan emeğine ihtiyaç daha fazladır. Bu yüzden veri analizi yapmak zorlaşmaktadır. Bir ürün çıktısı söz konusu olmadığından kaliteyi ve miktarı ölçmek zordur. Hizmet işletmelerindeki hizmetin sunumu yerinde gerçekleştiği için pazara yakın olmak zorundadır. Bu bağlamda tüketici ile hizmet üreticisi arasındaki doğrudan ilişki olması hizmet işletmelerin pazara yakın olmasını gerektirmektedir (Sayım ve Aydın, Hizmet Sektörü Özellikleri ve Sistemik Olmayan Risklerin Sektör Menkul Kıymetleri ile Etkileşimine Dair Teorik Bir Çalışma, 2011, ss. 248-249).

2.8 Stratejik Yönetim Kavramı

Strateji geleceğin yönetimi işi olarak ele alınabilir. Gelecekteki karşılaşılabilecek durumları öngörme, analiz etme işlerini kapsar. İşletmeler açısından strateji hedeflere ulaşmak için iç ve dış çevre koşullarını göz önüne alarak yapılan gelecek planlamalarıdır. Stratejik yönetim, hedefler doğrultusunda değişim gerçekleştirmeyi, güncel gelişmelere ayak uydurmayı, fırsat ve tehditleri analiz ederek geleceğe yönelik planlama yapma sürecini kapsar. Üst yönetim stratejik yönetim sürecini belirler. Bu süreç dinamik bir yapıdadır. Stratejik yönetim işletmenin tümünde geçerli olan bir faaliyet bütünü olmakla birlikte uzun dönemlidir. Uzun dönemde çevresel faktörlere uyumu ve diğer işletmelere karşı rekabet edilebilirliği geliştirmeyi amaçlar (Başol, 2015, s. 136).

Stratejik yönetim, işletmelerin hedeflerinin geleceğe yönelik öngörü ile birlikte planlanması sürecidir. Bu bağlamda gelecekte karşılaşılabilecek muhtemel fırsatlar, tehditler ve diğer risklerin analizleri yapılarak bu durumlara göre hamleler yapılması planlanır. Böylece ileride karşılaşılabilecek durumlara karşı işletmeler hazırlıklı bir hale gelmektedirler.

2.8.1 Sağlık kurumlarında stratejik yönetim

1980’li yıllarda başlayan küreselleşme kavramı ve hizmet sektörlerinde de artan rekabet stratejik değişimleri beraberinde getirmiştir. Sağlık kuruluşlarında yapılan yatırım miktarları artmış ve bunlar kaliteyi de beraberinde getirmiştir. Örneğin koruyucu hekimlik, toplumu sağlık konusunda bilinçlendirme gibi uygulamalar kısa vadede kârlılığı azaltıyor gibi görünse de uzun dönemde geleceğe yönelik olumlu yatırımlardır (Coşkun ve Akın, 2009, ss. 23-28).

Stratejik yönetimin uygulanabilmesi için öncelikle yöneticilerin ve çalışanların stratejik düşünceyi benimsemeleri ve uygulamaları gerekmektedir. Başarılı olunması için iyi bir stratejik plan yapılması, stratejik yönetime yönelik araç ve tekniklerin kullanılması şarttır. Stratejik yönetimde kullanılmakta olan bu araçlar genel olarak iç ve dış çevreye yönelik analizler, giderleri ve israfları azaltmaya yönelik tedbirler ve yöneticilere gelecek durumlar için rehberlik etmesi için kullanılmaktadır (Alan ve Güven, 2018, ss. 166-171).

Sağlık kurumlarında stratejik yönetimin uygulanması için iç ve dış çevre analizini etkili bir şekilde uygulamak gerekir. Dış çevre analizinde ekonomik, politik, kültürel pek çok etkeni göz önünde bulundurmak gerekmektedir. Bu sayede yöneticiler piyasayı daha doğru görebilmekte ve değerlendirebilmektedir. Sağlık kurumlarında iç çevre analizinde ise kurum varlıkları ve becerileri analiz edilmektedir. Genel olarak maddi ve maddi olmayan varlıklar olarak nitelendirilen bu varlıklar işletmeye güç katmaktadır. Sağlık kurumlarında stratejik analizlerin yapılabilmesi için fırsatlar, yetenekler, tehditler değerlendirilerek adım atılması gerekmektedir. Bu amaçla diğer işletmelerde de kullanıldığı gibi sağlık işletmelerinde de yöntem olarak sıklıkla SWOT analizi kullanılmaktadır.

Sağlık kurumlarında uygulanan stratejilerin kontrolünün sağlanması gerekmekte olup matris yapıdan dolayı ölçüm zorluklarıyla karşılaşılabilir. Bunun yanında girdi ve çıktı sayılarının fazla olması da ölçümleri zorlaştırmaktadır. Hastane örneğine bakıldığında girdi olarak bahsedilebilecek hastalar, hekimler, diğer sağlık çalışanları, tıbbi teknoloji, idari personeller, diğer yardımcı personeller gibi pek çok kavram ve çıktı olarak ameliyat sayısı, doğum sayısı, acil servis hasta sayısı, hasta yatış oranları, yatak dolulukları gibi pek çok çıktı bulunmaktadır (Coşkun ve Akın, 2009, ss. 23-28). Bu yüzden gerek performans ölçümü ile gerekse stratejik planlama

modellerinin belirlenmesi açısından sağlık kuruluşları üzerinde spesifik değerlendirmelere ihtiyaç duyulmaktadır. Uygulanan stratejinin başarılı olup olmadığı konusu önemlidir. Bu aşamada bir kontrol süreci başlatılması gerekir. Bir nevi performans ölçümü yapılarak başarı yüzdesi belirlenmiş olur.

Daha önce yapılan çalışmalar geliştirilerek Bilgin Demir ve Uğurluoğlu (2015) tarafından yapılan çalışmada Türkiye için sağlık sistemine uygun ve sağlık kurumları yöneticilerince kullanılması muhtemel olan 16 stratejik yönetim aracı belirlenmiştir (Bilgin Demir ve Uğurluoğlu, 2015, ss. 222-242);

- 1) Dengeli Puan Kartı (Balanced Scorecard)
- 2) Kıyaslama (Benchmarking)
- 3) Değişim Mühendisliği (Business Process Reengineering)
- 4) Temel Yetenekler (Core Competencies)
- 5) Toplam Kalite Yönetimi (Total Quality Management)
- 6) Müşteri İlişkileri Yönetimi (Customer Relationship Management)
- 7) Küçülme (Downsizing)
- 8) Misyon ve Vizyon İfadeleri (Mission and Vision Statements)
- 9) Dış Kaynak Kullanımı (Outsourcing)
- 10) Stratejik Planlama (Strategic Planning)
- 11) Stratejik Ortaklıklar (Strategic Alliances)
- 12) Sosyal Medya Programları ve İnternet (Social Media Programs and Internet)
- 13) Değer Zinciri Analizi (Value Chain Analysis)
- 14) İş Portföy Analizleri (Business Portfolio Analysis)
- 15) Tedarik Zinciri Yönetimi (Supply Chain Management)
- 16) SWOT Analizi (SWOT Analysis)

2.8.1.1 Dengeli puan kartı

Dengeli puan kartı işletmelerde uzun dönemde kullanılmakta olan bir yöntemdir. Bir işletmenin örgütsel hedeflerine ulaşma derecesi hakkında bilgi veren bir metottur. İşletmenin performans hedeflerini diğer birimler arasında yaymayı amaçlar. Bu doğrultuda işletme içi ve dışındaki iletişim ağını geliştirerek iyileştirme faaliyetleri uygular. Bu anlamda dengeli puan kartının sonuçları işletme açısından uzun vadedeki stratejik planlama sonuçlarına ulaşıp ulaşılmadığı hakkında bilgi vermektedir (Alan ve Güven, 2018, ss. 166-171).

Üst yönetimden alt birimlere doğru uygulanacak stratejiler hakkında bilgi verme sürecini ve bunlara yönelik tüm çalışanlarca buna yönelik adımlar atılması sürecini kapsar. İşletme stratejilerinin sürekli olarak değerlendirilmesini sağlar. Ölçü yapısı sistemli olduğundan performans ölçüm değerlerindeki karmaşıklığın ve dağınıklığın önüne geçer (Özyörük ve diğ., 2014, s. 9).

Başlangıçta iş sektöründe kullanılan bu yöntem zamanla sağlık kuruluşlarında uygulanabilir hale gelmiştir. Özellikle sağlık kuruluşlarının mevcut organizasyon yapıları ve maliyet ölçümündeki zorluklar bu yöntemin sağlık kuruluşlarında geniş uygulama alanı bulmasını sağlamıştır (Biçer, 2018, ss. 407-414).

2.8.1.2 Kıyaslama

Kıyaslama tekniği 1970'lerin sonuna doğru ortaya çıkmış bir kavram olmakla birlikte birçok sektörde kullanım alanı bulmuştur (Erdem, 2006, s. 89). Kıyaslama ile sağlık sektöründe kendi alanındaki diğer rakiplerden en iyisiyle kıyaslanma söz konusudur. Bu kıyaslama ile performans analizi ve işletmenin kendini görmesi sağlanabilmektedir (Alan ve Güven, 2018, ss. 166-171). İşletme yapıları olarak her zaman en iyiler örnek alınarak rekabette denge unsurları oluşturulmaya çalışılmaktadır.

Kıyaslama işletmeye geleceğe dönük rehberlik ederek eksikliklerini göstermekte ve neler yapması gerektiği konusunda bilgi sağlamaktadır. Böylelikle işgücü verimliliği ve hizmet kalitesinin yükselmesi sağlanır (Erdem, 2006, s. 89).

Joint Commission International'a (JCI) göre sağlık alanında kıyaslama iç ve dış olmak üzere iki farklı boyutta görülmektedir. İç kıyaslama, işletmelerin birimler arasında yaptıkları kıyaslamadır. İşletmeler bünyesindeki bir bölüm ile bir başka bölümü kıyaslayarak sonuç elde etmeyi amaçlar. JCI tarafından bir diğer kıyaslama boyutu olarak tanımlanan dış kıyaslama ise işletmede uygulanan süreçlerinin başka işletmelerin süreçleriyle kıyaslanmasıdır. Bu anlamda dış kıyaslama süreci bölgesel, ulusal ya da uluslararası düzeylerde olabilmektedir (Bilgin Demir ve Uğurluoğlu, 2015, ss. 222-242).

2.8.1.3 Değişim mühendisliği

Değişim mühendisliği kavramı ilk olarak 1993'te Michael Hammer ve James Champy tarafından tartışılmaya başlanmıştır. Bu araştırmacılara göre değişim mühendisliği maliyet, kalite, hizmet ve hız gibi faktörlerde yeniden tasarımlar yaparak radikal değişimi sağlamaktır (Akçakaya ve Yücel, 2007, ss. 4-7).

Değişim mühendisliği çevresel koşullara uyum sağlayabilmek amacıyla yapılan performans ölçüm kriterlerinden yapılan değiştirme ve iyileştirme faaliyetlerini kapsamaktadır (Biçer, 2018, ss. 407-414). Günümüz koşullarına uygun olmak işletmeler açısından rekabet edilebilirlik konusunda avantaj sağlamaktadır. İnovatif düşünce yapısı ve globalleşmenin gereklerinden birinin değişim mühendisliği olduğu söylenebilir. Sağlık kurumlarının yapılarında gerçekleştirilmek istenen köklü değişimlerin bu disiplin ile yapılması süreci kolaylaştırmaktadır.

Değişim mühendisliği kolayca uygulanabilen basite indirgenebilecek bir yöntem olmamakla birlikte baştan düzenleme, sistemli bir yapı inşa edilmesi demektir. Sürece sıfırdan başlayıp, şundaki koşullara uygun en iyi yapılması gereken faaliyetleri bulmayı amaçlar. İşletmelerde değişim mühendisliğinin amacı yalnızca süreç düzeltme değil yeniden tasarım ile hizmet kalitesinin kökten değişimlerle maksimize edilmesini sağlamaktır (Akçakaya ve Yücel, 2007, ss. 4-7).

2.8.1.4 Temel yetenekler

Temel yetenekler işletmenin daha iyi yapabildiği faaliyetleri tanımlar. İşletmelerin diğer işletmelere göre bir şeyi yapabilme veya daha iyi yapabilme kabiliyetidir. İşletmeler açısından kaynaklar, değerler, fırsat sağlama ve rekabet üstünlüğü açısından stratejik öneme sahiptir. Benzer şekilde sahip olunan işletme yetenekleri de diğer işletmeler karşısında avantaj sağlar. Avantaj sağlayabilecek yeteneklerin tespiti önemlidir. Temel yetenek kavramı 1970'li yılların sonundan sonraki süreçte önem görmüş ve rekabet üstünlüğü konusunda gereklilik olduğu anlaşılmıştır (Bakırtaş ve Bakırtaş, 2008, ss. 102-103).

Sağlık kurumlarında da temel yetenekler diğer sağlık kuruluşlarına göre avantajlar sağlamaktadır. Temel yeteneklerin farkında olunması için öncelikle SWOT analizi yapılmaktadır. Yapılan SWOT analizinde sahip olunan avantajlar görülebilir (Bilgin Demir ve Ugurluoğlu, 2015, ss. 222-242). Örneğin özel bir hastanede görev yapan bir genel cerrah belirli bir ameliyat tipinde yüksek derecede ihtisas sahibi ve alanında

en iyi uzmanlardan biri olsun. Bu ameliyatı en başarılı seviyelerde yapan bir cerrah olması sebebiyle bu alandaki hastalar bu hastaneyi tercih ederler. Hastanenin sahip olduğu genel cerrahın yetenekleri sayesinde diğer özel hastanelere karşı rekabet avantajı elde edilir.

2.8.1.5 Toplam kalite yönetimi

Toplam Kalite Yönetimi (TKY) işletmelerin müşterilerin ihtiyaçlarına en iyi düzeyde yanıt vermesi adına gerçekleştirilen yönetim sistemidir. İşletme yönetimi ve çalışanlarının müşteri istek ve ihtiyaçlarına göre faaliyet sürdürmesi ve bu faaliyetlerinde sürekli iyileştirmeler yapmasıdır. TKY uzun vadeli bir süreç olup tüm işletme çalışanlarının katılımını esas almaktadır.

TKY'nin başarılı olması için bazı gereklilikler bulunmaktadır (Mergen, 1993, ss. 27-28);

- a) Müşteriyi odak noktası olarak belirlemek gereklidir.
- b) Toplam Kalite Yönetimi felsefesine tümüyle bağlı olmak şarttır.
- c) Proses süreçlerine önem verilmelidir.
- d) Önleyici ve koruyucu tedbirlere öncelik tanınmalıdır.
- e) Çalışanların bilgilerinden ve tecrübelerinden faydalanılmalıdır.
- f) Verilere dayalı kararlar verilmelidir.
- g) Ölçme sistemleri kullanılmalıdır.
- h) Geri bildirim sağlanmalıdır.
- i) Ekip çalışmalarına ağırlık verilmelidir.
- j) Eğitim faaliyetlerini önemsenmeli ve her düzeyde eğitim sağlanmalıdır.

TKY için etkin bir liderlik yaklaşımı gerekmektedir. TKY'nin bir planlama faaliyeti olarak değil yönetim felsefesi olarak ele alınması gerekir. Liderlik edecek yöneticinin azimli, sabırlı, inovatif düşünebilen, vizyon sahibi olması gerekmektedir (Doğan ve Kaya, 2004, s. 67).

Sağlık Bakanlığı kalite konusuna oldukça önem vermekte merkez teşkilatında Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğüne bağlı olarak Sağlıkta Kalite, Akreditasyon ve Çalışan

Hakları Dairesi Başkanlığı kurulmuştur. Başkanlık sağlık alanındaki kalite standartlarını ve olması gereken yeterlilikleri belirler. Amacı ise hasta ve çalışan güvenliğinin, memnuniyetinin sağlanarak etkin, zamanında ve adil bir hizmet sunumu gerçekleşmesidir (<https://shgmkalitedb.saglik.gov.tr>, 2020).

2.8.1.6 Müşteri ilişkileri yönetimi

İşletmelerin müşteri odaklı düşünce sisteminin gerekliliklerine yönelik bir yönetim planlaması yapmasını ifade etmektedir. Müşteri İlişkileri Yönetimi (MİY) işletmeye yeni müşteriler katmak, müşterileri elde tutmak yani müşteri sadakati sağlamak ve müşteri değerini artırma yönetimidir. Bunun için de müşteri hakkında bilgi sahibi olunması, müşteri arzının önemsenmesi, müşterinin ne istediğinin tam olarak anlaşılması gerekir. Yönetici işletmeyi müşteri odaklı hale dönüştürmeyi ve bu doğrultuda politikalar uygulamayı başarırsa müşteri bağlılığı sayesinde müşteri portföyünde gelişme olur. Bu sayede işletme hedeflediği kâr marjı ve büyüme oranlarına daha kolay erişebilir (Biçer, 2018, ss. 407-414).

Sağlık kurumlarında da MİY pek çok konuda avantaj sağlamaktadır. Nasıl ki işletmeler için varlığını sürdürebilme müşterilere bağlı ise hastaneler açısından da hastaların varlığına bağlıdır. Hastaneler de var olma açısından hastaların hastaneyi tercih etme durumları, sıklığı, tercih eden hasta sayıları gibi faktörler önemlidir.

2.8.1.7 Küçülme

Küçülme kavramı işletmelerde zarardan kâr etme veya maliyetlerin düşürülmesi gibi konularda sıklıkla uygulanmaktadır. Küçülme çeşitli nedenlere bağlı olarak gelişen yalınlaşma, yeniden yapılanma gibi faaliyetleri içeren bir yönetim stratejisidir. İşletmelerdeki küçülmelerin ekonomik nedenlerinin sosyolojik sonuçları da olabilmektedir. İşletmenin kendi içindeki sonuçlarına bakılırsa çalışanların gelecek kaygıları oluşabilir. Çünkü örgütsel küçülme çalışanların işten çıkarılması süreçlerini içerebilmektedir. Bu sebeple çalışanlara gelecekleri konusunda kendilerinin de işten çıkarılacağı düşüncesinin yerine küçülme politikasının daha doğru şekilde ifade edilmesi ve iş garantilerinin verilmesi gerekmektedir (Öndeş ve diğ., 2011, ss. 124-125).

2.8.1.8 Misyon ve vizyon ifadeleri

Misyon, işletmeler açısından var olma nedenlerini ifade etmekte iken vizyon ise işletmenin varmak istediği konumu ifade etmektedir. Misyon, işletmelere rehber nitelikte olup işletmelerin varlık nedenidir. Bu sebeple diğer işletmelerden farkının açıklanan misyonda açıkça belirtilmesi gerekir. Vizyon konusu ise işletmenin hayalindeki tablo denilebilir. İşletmenin ileride olmak isteyeceği konumu, varmak istediği noktayı belirtir (Biçer, 2018, ss. 407-414). Misyon, işletmeye vizyonu konusunda neler yapabileceğini gösterir. Yönetici ve çalışanların vizyon doğrultusunda nasıl bir misyona sahip olması gerektiğini anlatır. Bu bağlamda işletmenin tüm paydaşlarına düşen görevler vardır. Bu sebepten misyon ve vizyon ortak başarısı için bu kavramlar tüm çalışanlar tarafından benimsenmeli, paylaşılmalı ve her çalışan üzerine düşen görevleri yerine getirmelidir (Bilgin Demir ve Uğurluoğlu, 2015, ss. 222-242).

2.8.1.9 Dış kaynak kullanımı

İşletmeler rekabet koşullarında öne geçmek için kimi zaman mal veya hizmet üretimi yerine dış kaynakları kullanabilir. Bu ihtiyaçları dışarıdan sağlamak daha az maliyetli olabilir. Genellikle işletmeler rekabette geri kalmamak, maliyetleri düşürüp verimliliği yükseltmek gibi amaçlarla dış kaynak kullanımına yönelebilmektedirler. Bu sayede hizmet sunumundaki sürelerde azalma, müşteri memnuniyet artışı ve hizmette yüksek kalite sağlanabilir (Tanyeri ve Fırat, 2005, ss. 272-273).

Sağlık işletmelerindeki örneklerden biri olarak hastanelerin vale, güvenlik gibi hizmetleri bir şirketle anlaşıp bu hizmetlerin o şirket tarafından yerine getirilmesi verilebilir. Benzer şekilde hastane tomografi ya da MR cihazı satın almak yerine bunları bir medikal cihaz firmasından kiralayarak hizmet maliyetlerini azaltabilir.

Dış kaynak kullanımı işletmelerde esas faaliyet alanlarına yoğunlaşmaya yardımcı olmaktadır. Dış kaynak kullanımı hizmet üretimindeki katlanılan maliyetlerde düşüş olmasını sağlamaktadır. Bunun yanında gelişmiş olan teknolojiye erişimi de kolaylaştırmaktadır. Sağlık kurumları açısından bakıldığında hastanelerde sıklıkla dış kaynak kullanımı söz konusudur. Hastanelerdeki temizlik hizmetleri, yemek hizmetleri, güvenlik hizmetleri, görüntüleme hizmetleri, klinik hizmetler ve teknik hizmetler gibi alanlarda sıklıkla dış kaynak kullanılmaktadır (Döğücü ve Sayım, 2009, ss. 265-270).

Gelişmiş ülkelerde sağlık harcamalarının giderek arttığı görülmektedir. Artan bütçe açıklarını düşürmenin bir yolu da dış kaynak kullanımından geçmektedir. Dış kaynaklardan en fazla bilgi teknolojileri konusunda yararlanıldığı söylenebilir. Özellikle hastanede kullanılan yazılım programları ve tıbbi cihazlar konusunda dış kaynak kullanımı sıklığı fazladır. Dış kaynaklardan yararlanmak stratejik olarak sağlık kuruluşlarının uzmanlık alanlarına daha iyi şekilde odaklanabilmelerini sağlar. Maliyetleri azalttığı gibi verimliliği de artırmaktadır. Ancak dış kaynak kullanımının bazı dezavantajları da bulunmaktadır. Kullanılan kaynağın performans düşüklüğü, esneklik kaybı ve tedarikçiye bağlılığı gibi durumlar dezavantaj oluşturabilir (Meral, 2018, ss. 29-31).

2.8.1.10 Stratejik planlama

Stratejik planlama stratejik yönetim konusunun gerekliliklerinden biridir. Yöneticilerin stratejik yönetim uygulamalarında stratejik planlamalar yapmaları gerekmektedir. Böylelikle yöneticiler daha sistemli ve kararlı düşünceye sahip olabilirler. Plan kavramı stratejilerin nasıl uygulanabileceği konusuyla ilgilenir. Stratejik planlama işletmenin daha çok uzun vadeli hedeflerine yönelik stratejilerinin taslağını oluşturma sürecidir. Stratejik planlama işletmenin olduğu nokta ile olmak istediği nokta arasındaki yolu tarifler. Bu tarifi yaparken iç ve dış koşulları analiz ederek etkili bir vizyon oluşturmaya hedeflemektedir (Coşkun ve Pank Yıldırım, 2018, ss. 3-4).

Genel itibarıyla bakıldığında stratejik planlama süreci birbiriyle etkileşim içinde olan aşamaları içermektedir. Bunlar örgütsel değerler ve ilkeler, vizyon, misyon, iç ve dış çevre analizi, SWOT analizi, kritik başarı etmenleri, amaçlar, hedefler, stratejiler ve politikalar, eylem planları, kaynak dağılımı ve performans ölçümüdür (Küçüksüleymanoğlu, 2008, s. 404).

2.8.1.11 Stratejik ortaklıklar

Stratejik ortaklıklar örgütsel iş birliği süreçlerinden biri olup ortak hareket etme işinin paydaşlarından biridir. İşletmelerin büyümek ve rekabette fayda sağlamak için birbirleriyle olan ortaklıklar kurmalarını ifade eder. İşletmeler birbirlerinin güçlü yanlarını birleştirerek gelişim hedeflerine ulaşmayı hedeflerler. Genel anlamda benzer hedeflere sahip işletmeler arasında gerçekleşmektedir (Biçer, 2018, ss. 407-

414). Stratejik ortaklıkların avantajları olduğu gibi dezavantajları da bulunmaktadır. Örneğin uzun dönemde bakıldığında ortaklık yapmış işletmeler açısından birbirlerine bağlılık meydana gelebilir. Bu da işletmelerin tek başına faaliyetlerini sürdürebilmesini güçleştirmektedir (Bilgin Demir ve Uğurluoğlu, 2015, ss. 222-242).

2.8.1.12 Sosyal medya araçları ve internet

İşletmelerin tanınırlığını artıran faaliyetlerin başında tanıtım faaliyetleri ve reklamlar gelmektedir. İşletmenin kurumsal kimliğini yansıtabilmesi, faaliyetlerinden bahsedebilmesi bilinirliği açısından önemlidir. Günümüz dünyasında sosyal medya araçlarının önemli yer tutar. Bu sebepten işletmeler tanıtımlarında internet ve sosyal medya araçlarını kullanmalıdır. Günümüzde kurumsallaşmanın göstergelerinden biri olarak işletmelerin resmi internet sayfaları ve sosyal medya sayfalarına sahip olmaları yer almaktadır. Tanıtım işlevinin yanında işletmenin faaliyetlerindeki değişiklikler, haberleşme ve güncel gelişmeleri takip etme konusunda sosyal medya kullanımı önemli yer tutar.

2.8.1.13 Değer zinciri analizi

Değer zinciri analizi işletme içerisinde farklılık oluşturmayı hedefler. Oluşturulan farklılık sayesinde belirli faaliyetlere yoğunlaşarak o faaliyetleri daha iyi şekilde yürütmeyi sağlar. Böylelikle diğer işletmelere karşı rekabet avantajı oluşması sağlanır. Değer zinciri analiziyle birlikte işletmeler güçlü ve zayıf yönlerini fark etmekte, buna yönelik değer analizi yapmaktadır (Bilgin Demir ve Uğurluoğlu, 2015, ss. 222-242).

Sağlık kuruluşları güvenlik, yemekhane hizmetleri, temizlik hizmetleri gibi konuları dış kaynaklardan sağlayarak tanı ve tedavi hizmetlerine yoğunlaşır. Bu sayede değer zinciri oluşturulması sağlanmaktadır (Biçer, 2018, ss. 407-414).

2.8.1.14 İş portföy analizleri

Portföy analizi matrisler yardımıyla geleceğe dönük yol gösterici faaliyetlerin değerlendirilmesi sürecidir. İşletmenin güçlü ve zayıf yönlerini gösteren bu süreçte bazı matrisler belirlenerek değerlendirme yapılır. Matrislerin belirlenmesinde işletme içi ve dışı analizler yapılmalı ve bilgiler toplanmalıdır (Çetinkaya, 2006, s. 63).

2.8.1.15 Tedarik zinciri yönetimi

Tedarik zinciri yönetimi işletmelerin kullanmış oldukları hammadde ve malzemelerin temin, üretim ve dağıtım dâhil tüm süreçlerindeki yönetimini ifade eder. Bu yönetim elbette işletmeye fayda sağlayarak misyon ve vizyonu ile bağdaşmalıdır. Tedarik zinciri yönetimi kavramının ortaya çıkması 1960'lara kadar dayanmaktadır. Tedarik zinciri yönetiminin amaçları çevrim zamanlarını azaltmak, müşteri memnuniyetini artırmak, stok faaliyetlerindeki ve diğer faaliyetlerdeki maliyetleri düşürmek, hatalı ürün sayılarını azaltmaktır (Özdemir, 2004, s. 89) .

Sağlık kurumlarında tedarik zinciri yönetimi maliyet ve zaman israfını önleme açısından oldukça önemlidir. Sağlık hizmetlerinin sunumunda gereken tıbbi malzeme ve diğer ürünlerin hastaya zamanında ulaşması sağlık açısından son derece önem arz eder. Bu sebeple sağlık kuruluşlarında, özellikle de hastanelerde uygulanmakta olan tedarik zinciri yönetimi tıbbi malzeme ve ilaç temini, stoklanması, zamanında hizmet sunucularına ulaştırılması, tedarik işlemlerinin kolaylaştırılması gibi konuları kapsamaktadır (Özkan ve diğ., 2015, s. 87).

2.8.1.16 SWOT analizi

Bir işletmenin güçlü yanlarını (strengths), zayıf yanlarını (weaknesses), fırsatlarını (opportunities) ve tehditlerini (threats) analiz eden bu sistem SWOT analizi olarak adlandırılmaktadır. SWOT analizi iç ve dış çevrenin analizini yapmaya olanak sağlamaktadır. İşletme bir faaliyette bulunmadan önce SWOT analizi sayesinde risk değerlendirmesi yaparak nihai bir rapora sahip olabilir. Bu da ileriye dönük adımların güvenle atılabilmesini sağlar. Bu sayede yöneticiler mevcut duruma veya geleceğe yönelik planlamalarını daha iyi yapabilir.

İşletmelerde SWOT analizindeki iç çevre faktörleri güçlü ve zayıf yönleridir. Güçlü yönler rakiplere kıyasla olan üstün yönleri, yetenekleri ifade etmektedir. Bunlar işletmenin sahip olduğu avantajlardır. Zayıf yönler ise rakiplere göre daha başarısız olduğu konuları ifade eder. Dış çevre faktörleri ise fırsatlar ve tehditlerdir. Fırsatlar dış çevreye yönelik analizler neticesinde oluşan pozitif durumlardır. Tehditler ise işletmeye zarar getirebilecek durumları ifade ederken kullanılır. Yani rekabet açısından istenmeyen durumları kapsamaktadır (Özköse ve diğ., 2013, ss. 45-48).

3. SAĞLIK HİZMETLERİ VE ÖZELLİKLERİ İLE SINIFLANDIRILMASI

Bu bölümde sağlık hizmetleri konusuna ve ilgili güncel kavramlara değinilecektir.

3.1 Sağlık Kavramı

Sağlık kavramı ile pek çok tanım olmakla birlikte daha çok kabul gören tanım Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından; “Yalnızca hastalığın ve sakatlığın bulunmaması değil, aynı zamanda bireylerin bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik durumu” olarak tanımlanmıştır.

3.2 Sağlık Hizmetleri

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) sağlık hizmetlerini, “belirli sağlık kuruluşlarında değişik tip sağlık personelinden yararlanarak toplumun gereksinim ve isteklerine göre değişen amaçları gerçekleştirmek ve böylece kişilerin ve toplumun sağlık bakımını her türlü koruyucu ve tedavi edici etkinliklerle sağlamak üzere ülke çapında örgütlenmiş kalıcı bir sistemdir” şeklinde tanımlamaktadır. Bir başka ifadeyle sağlık hizmetleri; sağlık kuruluşlarında, farklı nitelikteki sağlık personellerinden yararlanarak, toplumun ihtiyaçlarına binaen oluşan çeşitli amaçları yerine getirmek ve bu sayede birey ve toplumun sağlığını koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerini kapsayan faaliyetleri gerçekleştirmek için, ulusal düzeyde örgütlenmiş bir daimî sistem olarak tanımlanmaktadır (Çıraklı ve Sayım, 2009).

Sağlık hizmetleri, toplumun sağlık düzeyini yükseltmek, sağlığı tehdit eden faktörleri ortadan kaldırmak, hastalıkları tedavi etmek gibi amaçları hedeflemektedir. Bireyin ve toplumun sağlığını gözeterek sağlıklı yaşam sürekliliğini sağlamak için gerekli adımları kapsamaktadır. Birey ve toplumun sağlıklı ve uzun bir yaşam sürdürmesi için verilen tüm hizmetler sağlık hizmetleri kapsamındadır. Sağlık hizmetlerinin bu hedeflere ulaşması için bireyler de kendi sağlıklarını önemsemeli ve sağlıklarına dikkat etmelidir. Sağlık hizmetleri tüm bireylere eşit düzeyde verilmelidir. Bu eşitliğin sağlanması için sağlık hizmeti veren tüm kuruluşların koordine ve dayanışma içinde olması gerekir.

Türkiye’deki sağlık sisteminin sigorta yapısının karma bir yapıya sahip olduğu söylenebilir. Toplumun belirli bir kısmına zorunlu yani sosyal sigorta modeli olan (Bismarck modeli) uygulanmaktayken toplumun diğer kısmına kamu yardımı (genel vergi gelirleri) modeli (Beveridge modeli) uygulanmaktadır (Aytekin ve Aytekin, 2010, s. 175).

Tablo 3.1. Sağlık Hizmetlerinden Memnuniyet Oranı (%)

Kaynak: TÜİK Yaşam Memnuniyeti Araştırması, 2021

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Sağlık hizmetleri																		
Memnun	39,5	46,9	55,3	52,3	66,5	63,4	65,1	73,0	75,9	74,8	74,7	70,6	72,3	75,4	71,7	70,4	67,1	72,1
Orta	39,3	19,9	19,1	18,0	15,3	16,7	15,7	13,8	12,0	13,1	10,6	11,8	12,2	11,6	13,0	13,9	15,4	16,4
Memnun değil	21,2	33,2	25,6	29,7	18,3	19,9	19,3	13,1	12,2	12,0	14,7	16,7	14,5	12,3	14,7	15,1	16,9	10,9
Fikri yok	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,9	0,9	0,7	0,7	0,5	0,6	0,6

Tablo 3.1’de 2003-2020 yılları arasındaki verilen sağlık hizmetlerinden duyulan memnuniyet oranı yer almaktadır. Memnuniyet seçenekleri arasında memnun, orta, memnun değil ve fikri yok seçenekleri yer almaktadır. Çalışmanın yapıldığı ilk yıl olan 2003 yılında sağlık hizmetlerinden memnun olanların yüzdesel oranı 39,5’tir. 2003’ten 2011 yılına kadar bu oranın düzenli olarak arttığı söylenebilir. 2012 yılıyla birlikte bu oran 2015 yılına kadar düşüşe geçmiştir. 2015’ten sonra yıllara göre düzensiz artış ve azalış oranları olsa da hasta memnuniyet oranında bir standart sağlanmıştır. 2003 yılında sağlık hizmetlerinden memnun hasta oranı %39,5 ve memnun olmayanların oranı %21,2 iken, 2020 yılında memnun hasta oranı %72,1’ye yükselmiş, hizmetten memnun olmayan hasta oranı ise %10,9’a kadar düşmüştür.

3.2.1 Sağlık hizmetlerinin özellikleri

Sağlık hizmetlerinin sunumunda bilgi asimetrisi, ölçülememesi ve diğer belirsizlikler sağlık piyasalarında bazı sıkıntılar oluşturabilmektedir. Birinci, ikinci ve üçüncü basamak olarak sınıflandırılan sağlık hizmetleri kapsamına göre farklı niteliklere sahip olabilmektedir (Sayım, Sağlık Piyasası ve Etik, 2011, ss. 18-19). Genel olarak incelendiğinde sağlık hizmetlerinin kendine özgü özellikleri bulunmaktadır. Sağlık hizmetlerinin bazı temel özellikleri şunlardır (Kumbasar, 2016, ss. 9-11);

- a) Sağlık hizmetlerinin tüketimi rastlantısalıdır, yani ne zaman sağlık hizmetine ihtiyaç duyulacağı belli değildir. Her an ihtiyaç duyulabilmektedir.
- b) Sağlık hizmetlerinin ikamesi bulunmamaktadır, yani yerine koyulabilme özelliği bulunmamaktadır. Piyasadaki gibi yeri başka bir ürün veya hizmet ile doldurulamaz.
- c) Sağlık hizmetleri ertelenememektedir. Diğer hizmetler genellikle aciliyet gerektirmezler. Çok kısa sürede tamamlanması gerekmez. Fakat sağlık hizmetleri öyle değildir. Özellikle de acil bakım ve tedavi gerektiren durumlarda ivedi bir şekilde sağlık hizmetinin sağlanması gerekmektedir. Dolayısıyla sağlık hizmetleri vakit olarak da ileriye atılamamaktadır. Ertelendiği takdirde geri dönüşü olmayan kayıplara sebep olmaktadır
- d) Sağlık hizmetinin kapsamını hizmeti veren belirler, şöyle ki sağlık hizmetini alan yani hasta ile hizmeti sunan kişi arasında bilgi dengesizliği vardır. Hasta doğal olarak sağlık personeli kadar bilgi ve donanıma sahip olmadığından hizmetin boyutunu, süresini hizmeti sunan kişi belirler.
- e) Sağlık hizmeti tüketicilerinin davranışları irrasyoneldir, bu davranış düzensizliği de genellikle sağlık hizmetinin hakkında yeterince bilgi sahibi olunamamasından kaynaklanmaktadır.
- f) Sağlık hizmetlerinin bir kısmı kamu malı özelliği taşımaktadır, özellikle de koruyucu sağlık hizmetlerinin tamamen kamu malı niteliğindedir.
- g) Sağlık hizmetlerinin çıktısı paraya çevrilemez, sağlık hizmetleri parasal nitelikte değildir. Toplumsal amaçlı yönüyle diğer hizmetlerden ayrılır. Diğer hizmetlerde kârlılık ön planda iken sağlık hizmetlerinde bu geçerli değildir.
- h) Sağlık hizmetlerinde devlet müdahalesi zorunludur, hizmetin kamusal nitelikte olması nedeniyle gerek kamu gerekse özel kurumlarca sunulan hizmetin kalitesi, sürekliliği devlet tarafından planlanmakta ve kontrol edilmektedir.
- i) Sağlık hizmetlerinde dışsallık niteliği vardır, bu nitelik sağlık hizmetinden sadece hizmeti alanların değil onun dışındakilerin de etkilenmesiyle ilgilidir.

3.2.2 Sağlık hizmetlerinin sınıflandırılması

3.2.2.1 Koruyucu sağlık hizmetleri

İnsana ve çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri olarak ikiye ayrılmaktadır. Birey merkezli olan koruyucu sağlık hizmetleri kişinin hasta olmadan önceki sürecine odaklanır. Bireyin sağlığının korunmasını ve bireysel anlamda sağlığı tehdit eden unsurların erken fark edilmesini amaçlamaktadır. Kişiye zarar verebilecek, hastalık yapabilecek riskleri ortadan kaldırmayı hedefler. Bu amaçla aşılama, erken tanı koyma, sağlıklı beslenme, sağlık konusunda eğitim gibi konuları kapsamaktadır.

Çevreye yönelik olan koruyucu sağlık hizmetleri sağlığa zarar verebilecek dış etkenleri engellemeye çalışır. Çevresel riskleri (kimyasal, biyolojik vb) yok etmeyi ya da zararlı etkileri azaltmayı amaçlamaktadır. Bu doğrultuda insanların soluduğu hava, su kaynakları, diğer durumlarla mücadele gibi konuları kapsamaktadır. Bu amaçla hizmet veren kurumlar sağlık ocakları, verem savaş dispanserleri, toplum sağlığı merkezleri gibi kuruluşları kapsar (Akdur, 2006, ss. 12-15). Koruyucu sağlık hizmetlerinin özelliklerine değinmek gerekirse tedavi hizmetlerine göre daha az maliyetli olduğunu söylemek mümkündür. Personel ve ekipman olarak da daha temel nitelikte donanımla koruyucu sağlık hizmetlerinin sunumu yapılabilmektedir. Hizmet olarak diğer sağlık hizmeti sınıflarına göre basittir. Bu açıdan koruyucu sağlık hizmetlerinin hastanelerin işlerini kolaylaştırdığını söylemek mümkündür (Eren N., 2000, s. 216). Çünkü sağlığın korunması ve hastalıkların mümkün olduğunca engellenmesi insanların hastaneye daha az ihtiyaç duyacağı anlamına gelmektedir.

3.2.2.2 Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri

Birinci, ikinci ve üçüncü basamak tedavi hizmetleri olmak üzere üçe ayrılmaktadır.

3.2.2.2.1 Birinci basamak sağlık hizmetleri

Hastaneye yatış gerektirmeyen, ayaktan tedavi edilebilecek durumlarda verilen sağlık hizmetini kapsamaktadır. Aile sağlığı merkezleri, toplum sağlığı merkezleri, halk sağlığı laboratuvarları, evde bakım hizmetleri, ağız diş sağlığı merkezleri, acil sağlık hizmetleri ve sağlık evleri örnek olarak verilebilir.

Birinci basamak sağlık hizmetleri, hastalıklara karşı tedbirler almayı hedefler. Bu doğrultuda birey ve toplum sağlığını koruyucu tedbirler olarak faaliyet yürütmektedir. Ayrıca birinci basamak sağlık kuruluşları ayaktan hasta tedavisi, hastalıklara karşı bağışıklık oluşturmak için aşılama, kanser tarama testleri, sağlıklı

beslenmeye yönelik çalışmalar, psikolojik ve sosyal destek gibi çalışmalarını yürütmektedir.

3.2.2.2.2 *İkinci basamak sağlık hizmetleri*

İl ve ilçelerdeki hastaneler ikinci basamak sağlık hizmetlerine örnektir. Hastalar birinci basamak sağlık hizmetlerinin yeterli olmadığı durumlarda ikinci basamak sağlık kuruluşlarına sevk edilir (Akdur, 2006, ss. 12-15). İkinci basamak tedavi hizmetlerinde kamu ve özel hastaneleri yer almaktadır. Tedavi hizmetleri doktor, hemşire ve diğer sağlık personellerince verilmekte olup birinci basamak tedavi hizmetlerine göre daha gelişmiş teknoloji kullanır. Tedavide kullanılan cihazlar, ekipmanlar ve diğer tıbbi sarflar daha fazladır (Atlı ve Yücel, 2018, s. 52).

3.2.2.2.3 *Üçüncü basamak sağlık hizmetleri*

Özellikle belirli bir yaş, cinsiyet ya da hastalık durumuna göre hizmet veren (doğum hastaneleri, onkoloji hastaneleri, ruh ve sinir hastalıkları hastaneleri vb.) sağlık kurumlarını kapsamaktadır. Bunlara özel dal hastaneleri denmektedir. Özel dal hastanelerinin dışında eğitim ve araştırma hastaneleri, üniversite hastaneleri de üçüncü basamak sağlık hizmetlerinin verildiği diğer hastanelerdir (Akdur, 2006, ss. 12-15). Üçüncü basamak tedavi hizmeti sunan hastaneler kendi içerisinde 3A ve 3B grubu olarak ikiye ayrılırken bu iki grup arasında bazı farklılıklar bulunmaktadır. 3A grubu üçüncü basamak hastaneler, diğer tanımıyla ileri düzey hastaneler, yüksek kapasiteye ve teknolojiye sahip, en az 600 fiili yatak kapasitesi bulunan hastanelerdir. Bu hastanelerde en az 240 uzman hekim bulunmalıdır. Bunlarla birlikte bünyesinde ileri düzeyde hizmet veren üçüncü derece yoğun bakım üniteleri, cerrahi dalları, kalp merkezi, yanık ünitesi, inme merkezi, replantasyon hizmetleri gibi ileri hizmet veren bölümler bulunmaktadır. 3B grubu üçüncü basamak hastaneler ise üçüncü basamak kamu, özel ve eğitim hastanelerini kapsamaktadır. Sağlık Bakanlığı bünyesindeki eğitim ve araştırma hastaneleri, üniversite hastaneleri bu grup dâhilindedir. Bu hastanelerde en az 300 fiili yatak kapasitesi olmalı ve toplam uzman hekim sayısı en az 120 olmalıdır. Cerrahi alanlarda, üçüncü derece yoğun bakım ünitelerinde, replantasyon hizmetleri, yanık ünitesi, inme merkezi, kalp merkezi gibi ileri sağlık hizmeti birimleri bu tip hastanelerde de yer almaktadır (<https://shgm.saglik.gov.tr>, 2019).

3.2.2.3 Rehabilitate edici sağlık hizmetleri

Rehabilitate edici sağlık hizmetlerini iki başlıkta ele almak mümkündür;

3.2.2.3.1 Tıbbi rehabilitasyon

Tıbbi rehabilitasyondaki temel amaç sağlığı çeşitli nedenlere bağlı olarak bozulmuş insanların sağlığının eskisi gibi olmasını sağlamaktır. Buradaki temel amaç kişinin bedensel ve ruhsal sağlığını olabildiğince düzeltmektir. Bu düzeltme kişinin durumuna bağlı olarak fizyolojik, psikolojik, nörolojik bir süreci kapsayabilmektedir. Örneğin beyin kanaması sonrası kısmi fel geçirmiş ve sekel kalmış hastanın fizik tedavi ile fizyolojik fonksiyonlarının olabildiği kadar eskisi gibi olmasını kapsayan süreç tıbbi rehabilitasyona örnektir.

3.2.2.3.2 Sosyal rehabilitasyon

Kişilerin kaza ya da benzeri durumlar sonucu sakatlık geçiren veya engelli kalan bireylerin topluma adaptasyonunu kapsayan rehabilitasyon çeşitidir. Kişinin sosyal hayata ve çevreye karşı uyum sağlamasını, sosyal çevreden dışlanmamasını ve toplumsal yer edinimini kapsar. Bu süreç eğitim hizmetleri, iş olanakları sağlama gibi hizmetlerle tamamlanır (Akdur, 2006, ss. 12-15).

3.2.2.4 Sağlığın geliştirilmesi hizmetleri

Sağlığın geliştirilmesi kavramına ilk olarak 1997 tarihinde Kanada’da imzalanan Ottawa Sözleşmesi’nde değinilmiştir. Türkiye’de 2004 yılında yrrle girmiş olan bu sözleşmede sağlığın geliştirilmesi kavramı, “Kişilerin sağlıkları üzerindeki kontrollerini artırmayı hedefleyen ve sağlıklarını geliştirmeleri için imkân yaratan bir süreç” şeklinde tanımlanmıştır. Sağlığın geliştirilmesi hizmetlerinin doğru ve etkin bir şekilde sağlanması için birinci basamak sağlık hizmetlerinin kapsamına giren koruyucu ve önleyici sağlık tedbirlerinin üzerinde durulması gerekmektedir (ztrk ve Vardarlıer, 2020, s. 35). Birinci basamak sağlık hizmetlerine yeterince önem verildiği takdirde bireysel ve toplumsal olarak sağlık bilincinin gelişmesi beklenmektedir. Bu hususta sağlık kavramının bilincine varılması bireyin ve toplumun sağlık düzeylerinin geliştirilmesini sağlamaktadır. Sağlığın geliştirilmesi hizmetleri bu amaç doğrultusunda sağlıklı beslenme, su kaynakları, küresel ısınma, hava kirliliği, iklimsel değişiklikler, sağlık konusunda öz bilinç ve eğitim, sosyal

uyum ve eşitlik gibi pek çok konuyu kapsar. Sağlık Bakanlığı bünyesinde bu amaçla “Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü” kurulmuştur. Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü sağlık konularında farkındalık yaratılmasını desteklemek amacıyla çeşitli etkinlikler planlanmıştır. Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü bu amaçla her yıl bir sağlık takvimi yayımlamaktadır. Bu takvimde sağlık konusundaki özel farkındalık günleri belirtilmiştir. Örneğin “9 Şubat Sigarayı Bıraktırma Günü, 24 Mart Dünya Tüberküloz Günü, 7 Nisan Dünya Sağlık Günü” gibi günler ile farkındalık oluşturulması amaçlanmıştır. Müdürlüğün diğer etkinlikleri hastalıklara karşı bilinçlenmek amacıyla kamu spotları, sigarayı bıraktırma çalışmaları, doğru ilaç kullanımıyla ilgili kamu spotları, organ bağışını teşvik, ambulansa yol verme ile ilgili kamu spotları gibi konuları kapsamaktadır (<https://sggm.saglik.gov.tr>, 2021).

3.3 Sağlık Hizmetleri Piyasası

Sağlık ekonomisi sağlık hizmetleriyle ilgili tüm faaliyetleri içeren bir konudur. Sağlık hizmetlerinin sunumu sağlık ekonomisi açısından üretim faktörünü oluşturmaktadır.

Sağlık hizmetlerinin arz ve talebinin olduğu sağlık piyasasının bazı nitelikleri bulunmaktadır. Sağlık hizmetleri piyasasında heterojenlik olduğu söylenebilir. Çünkü hizmet sunumu kişiden kişiye farklılık göstermektedir ve standardize etmek güçtür. Hizmet sunumunda çeşitlilik söz konusu olmakla birlikte hizmet alıcıları yani hastalar hizmet hakkında çok detaylı bilgiye sahip değildir. Hastalar hizmet alımındaki süreçlerde sağlık kuruluşlarına ve çalışanlarına güvenmek durumunda kalmaktadır. Bu durum asimetrik bilgi kavramıyla ifade edilmektedir.

Sağlık piyasasına girişte bazı sınırlamalar bulunmaktadır. Hizmet sunumu için piyasaya herkes girememektedir. Diploma, sertifika, akreditasyon gibi şartlar gerekmekte ve bu şartlar sağlanmadığında sağlık piyasasına girmek zorlaşmaktadır.

Arz ve talep ilişkisinde dengesizlik söz konusudur. Çoğunlukla hastalar verilen hizmete kabuldür, hizmet hakkında yeterli bilgiye sahip değildirler. Hizmet arz ve talebindeki bilgi dengesinin olmaması sağlık piyasasını tam rekabet piyasası olmaktan alıkoymaktadır.

3.4 Sağlık Hizmetlerinde Arzı Etkileyen Unsurlar

Sağlık piyasasında arzı etkileyen faktörler incelendiğinde üretilecek mal veya hizmetin fiyatı, üretim faktörlerinin bulunabilirliği, sermaye gücü, teknoloji devlet teşvikleri, ulusal ve uluslararası kurullardır. Bu faktörler aşağıdaki şekilde özetlenmiştir (Sayım, Sağlık Hizmetleri Arzını Etkileyen Faktörler, 2015, ss. 92-97);

Sağlık hizmetlerinde arzın fiyat artışı ile doğru orantılı olduğu söylenebilir. Maliyetler değişmeden fiyatlarda oluşan artışın, arz konusunda artırıcı bir etkisi olur. Genel üretim faktörlerine bakıldığında olan işgücü, hammadde, girişimci ve sermayenin piyasada bulunabilirlikleri ile fiyatları arasında ters orantı bulunmaktadır. Sık bulunan üretim faktörünün fiyatı düşük olacak ve düşük fiyatlı bu faktörler arzı artırmaktadır. Sağlık kurumlarına bakıldığında sağlık personellerinin işgücü giderleri, girişimci giderleri ve sermaye giderlerini kapsamaktadır.

Sağlık piyasalarında girişimci olmak için yeterli sermaye gücü bulunmalıdır. Yeterli sermaye gücüyle girişimci mevcut finansman olanaklarıyla birlikte sağlık yatırımlarında bulunacak ve arz konusunda büyüme sağlanacaktır. Yeterli sermayeyle birlikte yapılan yatırımlar neticesinde kârlılık beklenmektedir. Bu anlamda diğer hizmet sektörlerinin de sağlık hizmetlerinin arzıyla ilişkisi bulunmaktadır. Kârlılığın azaldığı sektörlerden sağlık hizmetlerinin kârlılığı yüksek olan alanlarına doğru yönelme söz konusudur.

Sağlık hizmetlerinde teknoloji faktörü de arz üzerinde etkilidir. Özellikle de sağlık hizmetleri sunumunda kullanılmakta olan yeni görüntüleme teknikleri, laboratuvar hizmetlerindeki teknolojik gelişmeler bu alanda sağlık yatırımlarını artırmıştır. Yeni geliştirilen yöntem ve teknikler sayesinde sağlık hizmetlerinin arzı ve bununla orantılı olarak talebi artmıştır.

Sağlık hizmetleri arzını devlet teşvikleri ve vergi politikaları da etkilemektedir. Devletin sağlık maliyetlerinin belli kısmını üstlenmesi, sağlık yatırımlarını teşvik etmesi gibi unsurlar sağlık arzının artmasını sağlamaktadır. Bununla birlikte yatırımcılar geleceğe dönük piyasa araştırması yapar. Nüfus yapısındaki değişiklikler, hastalık istatistikleri, yaş ortalaması gibi faktörler sağlık piyasası araştırmasının kapsamındadır. Aynı şekilde piyasanın sahip olduğu özellikler de sağlık yatırımlarını, dolayısıyla arzı etkileyen faktörlerdendir. Piyasada ihtiyaç duyulan alanlarda çok fazla rekabetin olmaması yeni girişimcileri teşvik etmektedir.

Ayrıca devletin otoritesi kontrolündeki ruhsat ve denetim uygulamaları neticesinde belirlenen standartlar da sağlık arzına etki etmektedir. Belirlenen standartların kolaylığı ya da zorluğu piyasadaki arzı etkiler.

Ulusal ve ulusal sağlık kurulları da sağlık piyasalarında arzı etkileyen faktörlerdir. DSÖ, etik kurullar, ülkelerdeki sağlık bakanlıkları sağlık konularına ilişkin kararlar almaktadır. Bu sağlık kurullarının aldığı kararlar sağlık sigortacılığına da etki etmektedir. Bu bağlamda alınan kararlar sigorta kurumlarının ödeme listelerine etki etmektedir. Sağlık piyasasına giren veya piyasadan çıkan ilaçlar ve tedavi yöntemleri sağlık hizmetlerinin arzını etkilemektedir.

3.5 Sağlık Hizmetlerinde Güncel Konu ve Kavramlar

3.5.1 Değer temelli sağlık hizmetleri anlayışı

Değer temelli sağlık hizmetleri anlayışı sağlık bakım modellerini ileriye taşımak için gündeme gelmiştir. Bu konuda tek bir tanımın olmadığı söylenebilir. Değer odaklı sağlık hizmetleri modeli sağlık sonuçlarına yoğunlaşan bir model anlayışıdır (Çavmak, 2020, s. 288). Değer odaklı sağlık hizmetleri anlayışı merkeze bir değer oluşturmayı amaçlamaktadır. Bu anlayıştaki değer kavramının karşılığı hastadır. Bu yüzden değer temelli sağlık hizmetleri modeli hasta odaklı düşünmeyi baz almaktadır. Hizmet sunumundaki tüm paydaşları ortak bir hedef doğrultusunda odaklayarak sağlık hizmeti kalitesini artırmayı hedeflemektedir. Paydaşlar kısmına hastayı da dâhil ederek verilen ve amaçlanan sağlık hizmeti konusunda hastayı bilgilendirir. Hastanın kendi hastalığı ve tedavisi konusunda bilinçlenerek iyileşme sürecinin hızlandırılması hedeflenmektedir. Değer temelli sağlık hizmetleri modeli hasta odaklı bir düşünce sistemini içermektedir. Bu düşünce sisteminin kurum bazında benimsenmesi ve uygulamaya geçirilmesi uzun bir süreçtir. Bütüncül bir bakış açısıyla girdiler değerlendirilmelidir. Tüm hizmet girdileri birleştirilerek hastaların hayat kalitesinin yükseltilmesi amaçlanmaktadır (Özsarı, 2018, s. 7). Birimler arası entegrasyon, sağlam bir sağlık altyapısı ve etkin katılım değer temelli sistem için önemlidir.

Değer temelli sağlık hizmetleri modelinin uygulanabilmesine öncülük eden üç ilkedен bahsedilebilir. Bu ilkeler hizmet sunumu sürecinde öncülük etmektedir. Bunlardan ilki hasta odaklı düşüncedir ve bu ilke hastalar konusunda değer yaratan

faktörleri bulmaya yöneliktir. Hastalar için değer durumlarının neler olduğu, önem arz eden konuların neler olduğunun tanımlanmasıdır. İkinci ilke ise hastalara verilen hizmetin tüm tıbbi durumları değerlendirerek, hastaya faydalı olabilecek bütün tıbbi koşulların ele alınmasını ifade etmektedir. Son olarak üçüncü ilkede ise halkın sağlık düzeyini düzeltmek için tüm tıbbi çıktılardan ölçülmesi ve kaydedilmesi yer almaktadır (Seyfioğlu ve Başdaş, 2021, s. 402). Tıbbi verilerin istatistiklerinin hesaplanması sayesinde toplum sağlığının iyileştirilmesi yönünde daha doğru adımlar atılabilir. Sağlık hizmeti sunumunda kalitenin artması, bu kalitenin minimum girdi maliyetleriyle sağlanması, hastaların aldıkları hizmetten tatmin olması değer temelli sağlık hizmeti gereklerindendir.

3.5.2 Sağlık hizmetlerinde yalın yönetim kavramı

Yalın yönetim anlayışı, bütüncül düşünerek değer yaratmayan faaliyetlerden arınarak, amaç ve sürece odaklanan bir anlayıştır. İşletmelerin tüketici ihtiyaçlarına daha etkili yanıt vermesi, kârlılık ve diğer işletme hedeflerine daha kolay ulaşılabilmesi için benimsedikleri yönetim anlayışıdır.

Sağlık alanında yalın yönetim yalın düşünceyi ifade eder. Hizmet üretiminde yalın araçların kullanılması, yönetimde yalın ilkelerin benimsenmesi gibi konuları içermektedir. Bu bağlamda yalın yönetim anlayışında hasta odaklı düşünce hâkim olmakla birlikte, hastalar konusunda bir değer oluşturma söz konusudur. Sağlık kuruluşlarında yalın yönetim anlayışı hasta memnuniyeti ve bununla orantılı olarak kârlılık konusunda önem kazanmıştır. Dünya genelinde sağlık işletmelerinde yalın araçlar kullanılarak ulaşılan sonuçlar, maliyet ve israflarda azalma, hasta ve çalışan memnuniyetinin artması, teşhis ve tedavi hizmetlerinde hızlanma, verimlilik artışı, hizmetteki aksaklıkların giderilmesi, kapasiteyi daha doğru şekilde kullanma, zaman yönetiminin kolaylaşması ve standardizasyon olmuştur (Yıldız ve Yalman, 2015, s. 15).

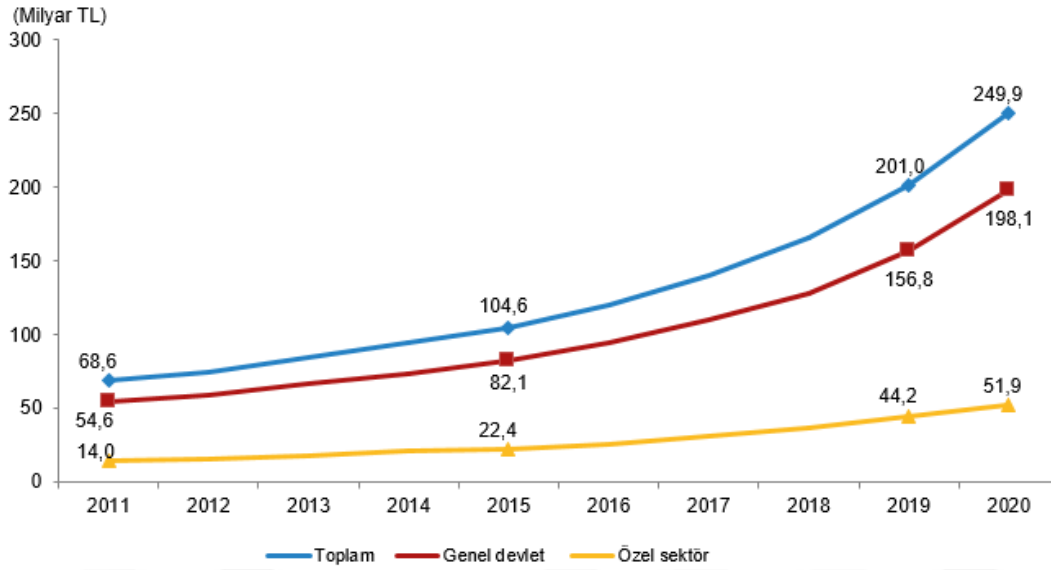
Yalın yönetim anlayışının uygulanması başlıca üç adımda ele alınabilir. Öncelikle yalın yönetim anlayışının üst yönetimce benimsenmesi ve alt çalışanlara aktarılması gerekir. Yönetim anlamında başlayan bu değişim süreci tüm paydaşlara anlatılır ve uygulanır. İkinci adımda ise yalın yönetimin başarılı olması için uygun faktörler oluşturulur. İç ve dış faktör analizleri yapılarak uygun ortam hazırlanır. Üçüncü adım ise yalın yönetim yaklaşımının uygulanması adımıdır. Gereksiz maliyetler, israflar

minimumuna indirgenmeye çalışılarak yalın yönetim gerçekleştirilir ve sonuçlar analiz edilir.

Sağlık kurumlarında, özellikle de hastanelerde yaygın olarak yalın yönetim anlayışı benimsenmiştir. Acil servisler ve yoğun bakım ünitelerinde verimliliği artırmak, işlem sürelerini kısaltmak, tedavi sürecini hızlandırmak ve hizmet sunumunu iyileştirmek amacıyla uygulanmaktadır. Bu nedenle yalın yönetim uygulamalarının sağlık işletmelerinde giderek arttığı söylenebilir (Çilhoroz ve Arslan, 2018, ss. 167-170).

3.5.2.1 Sağlık Hizmetlerinde Yalın Yönetim Anlayışının Önemi

Sağlık hizmetlerinde yalın yönetim maliyet optimizasyonunu sağlamak açısından önemli bir yönetim metodudur. Özellikle de günümüzde giderek artmakta olan sağlık harcamaları değerlendirildiğinde öne çıkan bir kavramdır. Dünya genelinde olduğu gibi Türkiye’de de sağlık konusunda bireysel ve toplumsal bilincin gelişmesi sağlık harcamaları üzerinde etkili olmuştur. Gelişen sağlık teknolojisi ve tıp biliminin vardığı nokta insanları sağlık yatırımları konusunda harcamalar yapmaya itmiştir. Yalnızca sağlık yatırımları değil artan nüfus, hastalık ve kaza sayılarındaki artışlar, sağlık teknolojilerinin gelişimi, tıp biliminin pahalı teknoloji gerektiren tetkik ve tedavileri içerebilmesi, sağlık tercihlerindeki yönelimler (estetik operasyonlar, alternatif tıbbi metotlar vb.) gibi faktörler sağlık harcamalarında artışa neden olur. Sonuç olarak hizmet kullanıcılarının yapmış olduğu sağlık harcamaları giderek artmaktadır. Türkiye’deki hizmet sunucuları açısından değerlendirildiğinde Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) verilerine göre toplam sağlık harcaması 2020 yılında 2019 yılına göre %24,3 artmış ve 249 milyar 932 milyon TL’ye yükselmiştir (<https://data.tuik.gov.tr>, 2021). Şekil 3.1’de Türkiye’deki devlet ve özel sektördeki sağlık harcamalarının 2011 ile 2020 yılları arasındaki değişimi belirtilmiştir.



Şekil 3.1. Sağlık Harcamaları, 2011-2020 (Milyar TL)

Kaynak: TÜİK Sağlık Harcamaları İstatistikleri, 2021

Şekil 3.1’de yer alan veriler sağlık harcamalarının her geçen yıl daha da arttığını göstermektedir. Hizmet sunucularında sadece devlet değil özel sektörde de sağlık harcamaları artmaktadır. Sağlık hizmetlerinin sunumunda ekonomik israflar, önlenabilir zaman kayıpları yaşanmaktadır. Yalın yönetim anlayışı bu kayıpların önüne geçmeyi amaçlamaktadır.

Sağlık hizmetlerinin yönetiminde diğer hizmet merkezli işletmelere kıyasla bir yönetim karmaşası mevcuttur. Karmaşıklığın olduğu sağlık hizmetleri alanındaki yönetimin daha yalın olması gerekmektedir. Yalın düşünce, hizmet sektöründeki karmaşıklığa neden olan faaliyetleri ve rutin israfları engellemeyi, değer yaratmayan işleri kategorize ederek bir sistem oluşturmayı hedefler. Gereksiz maliyet ve zaman kaybını önleyerek kaliteyi iyileştirmeyi esas alır. Yalın yönetim anlayışı sunulan hizmeti hasta odaklı yapmaya çalışır. Bu doğrultuda çalışanları örgütlemekte ve hasta odaklı bir hizmet anlayışının benimsenmesini sağlamaktadır (Önder ve diğ., 2015, ss. 34-36).

3.5.3 Sağlıkta kalite ve akreditasyon kavramı

3.5.3.1 Sağlık hizmetlerinde kalite kavramı

Giderek artan sağlık harcamaları, sağlık hizmetlerinin maliyetleri sağlık alanında kalite konusunu gündeme getirmiştir. Sağlık hizmetlerinde kalite hizmetin

sunumundaki etkinliğini, verimli süreç yönetimini, finansman yönetimini doğrudan etkilemektedir.

Türkiye’deki hastanelerde sağlıkta kalite konusu özel hastanelerde kamu hastanelerine göre daha önceden gündeme gelmiştir. Kamu hastanelerinde özellikle 1995 yılından itibaren Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK) bünyesindeki hastanelerde kalite yönetim sistemi (KYS) konusunda önemli çalışmalar gerçekleştirilmiştir. Hastaneler sağlık standartlarına yönelik verilen kalite belgelerine daha çok önem vermeye başlamışlardır. Hastanelerin ortak amaçlarının maliyete göre daha yüksek fayda ve daha az maliyetle daha etkili bir sağlık hizmeti olduğu söylenebilir (Çıraklı ve Sayım, 2009).

3.5.3.2 Akreditasyon kavramı

Akreditasyon belirli standartları belirlemiş, geçerliliğe sahip bağımsız kuruluşlarca verilen kalite ölçme sistemidir. Akreditasyon hizmeti veren kuruluşlar bu süreçte çeşitli kriterlere göre değerlendirme yaparak bu hizmeti yerine getirmektedirler. Türkiye’de akreditasyon konusunda hizmet veren ulusal kuruluş Türk Akreditasyon Kurumu (TÜRKAK) olmakla birlikte Avrupa’da tanınırlığı ve geçerliliği vardır. TÜRKAK Ankara merkezli olarak 1999 yılında kurulmuştur. Kâr amacı gütmeyen tarafsızlık ilkesine bağlı kalarak değerlendirme ve sertifikasyon sağlamaktadır (<https://www.turkak.org.tr>, et 2022). Kamu ve özel kuruluşların birçoğunda yeterlilik değerlendirmeleri ve kontroller yaparak verilen hizmetin kalitesinin üst seviyede olmasını sağlamaktadır.

3.5.3.3 Sağlıkta akreditasyon

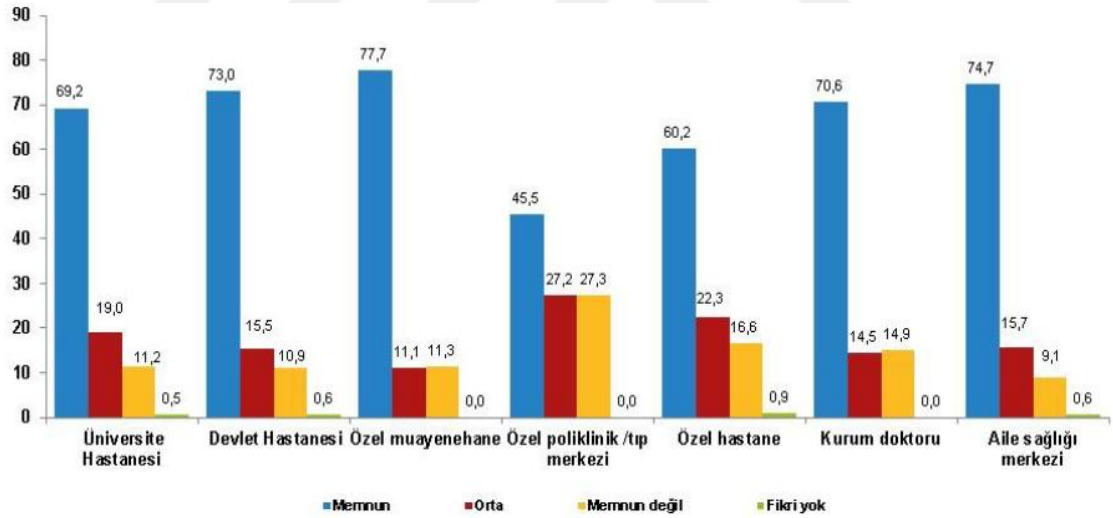
Sağlık alanında akreditasyonun amacı sağlık hizmetlerinin sunumundaki maksimum kaliteye ulaşmayı hedeflemektedir. Sağlık hizmetlerindeki akreditasyon daha önceden belirlenmiş sağlık standartlarına uygunluğu denetlemektedir. Sağlık hizmetlerinin sunumundaki etkinliği artırmak için akreditasyon uygulamaları oldukça önemlidir. Türkiye’de akreditasyon konusunun temelleri 2003 yılında yürürlüğe konulan Sağlıkta Dönüşüm Programı ile atılmıştır. Türkiye’de sağlık hizmetlerinin akreditasyonunda hizmet veren kuruluş Türkiye Sağlık Hizmetleri Kalite ve Akreditasyon Enstitüsü (TÜSKA) olmakla birlikte, dünya genelinde kabul görmüş sağlık standartlarını baz alarak hizmet vermektedir. TÜSKA, Türkiye Sağlık

Enstitüleri Başkanlığı (TÜSEB) bünyesinde hizmet vermekte olan bir enstitüdür. TÜSKA aynı zamanda dünyada sağlık alanında akreditasyon konusunda en üst kuruluş olan The International Society for Quality in Health Care (ISQua)'nın bir üyesidir. ISQua sağlık hizmetlerinde kaliteyi sağlamak amacıyla 1985 yılında kurulmuş olup, Dünya Sağlık Örgütü ile resmi olarak ilişkilerini sürdürmektedir. ISQua diğer kuruluşlara akreditasyon yetkisi verebilmektedir. Bunların en önemlilerinden biri de Joint Commission International (JCI)'dir. Sağlık hizmetlerindeki kaliteyi artırmayı hedefleyen ve bağımsız bir kuruluş olan JCI pek çok ülkede bu alanda denetleme yaparak akreditasyon sağlamaktadır. JCI da ISQua tarafından uluslararası alanda akreditasyon konusunda yetkilendirilmiş bir kuruluştur (Gökmen Kavak, 2018, ss. 14-20). Türkiye'de 2004 yılındaki Sağlık Sektöründe Akreditasyon başlığı adı altındaki toplantıda akreditasyon konusunda JCI ile iş birliği yapılmıştır. Bu bağlamda Sağlık Bakanlığı, JCI ile protokol imzalamıştır (Şahin D., 2020, s. 23). Böylelikle Türkiye'de JCI tarafından akredite edilen sağlık kuruluşları sayısında artış olması sağlanmıştır. Türkiye'de JCI tarafından akredite edilen 40'dan fazla sağlık kuruluşu olduğu bilinmektedir. Sağlık Bakanlığı ISQua ile iş birliği sürecine 2012 yılında başlamıştır. Akabinde TÜSKA'nın kurulması sonrasında Sağlık Bakanlığı akreditasyon ile ilgili yetkileri TÜSKA'ya devretmiştir. TÜSKA uluslararası kabul görmüş standartları ölçüt olarak bir değerlendirme yapmaktadır. Değerlendirme sonucundaki uygunluğa göre kurumlara akreditasyon belgesi verilmektedir. Akreditasyon sağlık kurumlarında kaliteyi korur, sağlık kurumlarına prestij katarak gelişimlerine katkı sağlar. Sağlık kurumlarında maliyet analizi yapılmasını sağlarken kaynakların doğru yönetilmesine de katkıda bulunur. Çalışan personellerin ve hastaların tatmin düzeyini artırır. Hizmet sunumundan kaynaklanan şikayetlerin azalmasına yardımcı olur. Böylelikle sağlık çıktılarının iyileştirilmesine zemin hazırlar (<https://www.tuseb.gov.tr>, et 2022).

3.5.3.4 Servqual ölçeği

Servqual ölçeği hizmetin kalitesini belirlemek amacıyla kullanılan bir ölçektir. Yalnızca sağlık hizmetinde değil diğer alanlarda da hizmet sunumundaki kalite faktörünü değerlendirmek için sıkça kullanılmaktadır. Sağlık alanı dışında özellikle eğitim, finans gibi alanlarda hizmeti alan kişilerce değerlendirme yapmak kolay olduğu için oldukça yaygın kullanılan ölçeklerden biridir. Servqual ölçeği,

Parasuraman, V.A. Zeithaml ve Leonard L.Berry tarafından geliştirilmiş bir ölçektir. Ölçek hizmeti alan kişilerin beklediği hizmetle gerçekleşmiş olan hizmet arasındaki ilişkiyi inceler. Aradaki fark kaliteyi vermektedir. Kaliteden bahsedebilmek için hizmeti alan kişilerce algılanan hizmetin beklenen hizmete ya eşit ya da büyük olması gerekmektedir. Algılanan hizmet beklentiden küçükse bu anlamda bir tatminsizlik oluşacaktır (Fettahlıoğlu ve diğ., 2016, ss. 850-851). Sağlık alanındaki kullanımına bakıldığında ölçeğin sağlık kuruluşunun özelliklerine göre uyarlanabilmesi mümkündür. Servqual ölçeğinin sağlık kuruluşlarına yönelik değerlendirmesine bakıldığında, örneğin sağlık kurumlarının dış yapısı modern olmalıdır. Sağlık hizmeti sunumunda gecikmeler olmamalıdır. Sağlık kuruluşu güncel teknolojiye uygun bir yapıda olmalıdır (Hamza, 2019, s. 30). Bu tarz hasta beklentileri artırılabilir. Bu sorulara verilen evet ya da hayır şeklindeki cevaplar ölçeğin algılanan hizmet ile beklenen hizmet arasındaki farkı göstermesini sağlar. Şekil 3.2’de Türkiye’deki sağlık kuruluşlarında sunulan hizmetlerden duyulan memnuniyet düzeylerine ilişkin 2020 yılındaki veriler yer almaktadır.



Not: Grafikteki rakamlar, yuvarlamadan dolayı toplamı vermeyebilir.

Şekil 3.2. Sağlık Kuruluşlarının Hizmetlerinden Duyulan Memnuniyet (%), 2020

Kaynak: TÜİK Yaşam Memnuniyeti Araştırması, 2021

Şekil 3.2’de yer alan 2020 yılındaki sağlık kuruluşlarının hizmetlerinden duyulan memnuniyet oranı araştırmasında memnun, orta, memnun değil ve fikri yok olarak seçenekler belirlenmiştir. 2020 yılında sağlık hizmeti sunucularından en çok memnuniyet duyulan özel muayenehaneler olmuştur. Özel muayenehanelerin memnuniyet oranı %77,7’dir. En az memnuniyet duyulan sağlık kuruluşları ise özel

poliklinikler ve tıp merkezleridir. Özel poliklinikler ve tıp merkezlerinden memnun olanların oranı %45,5 olup geriye kalan kısmın %27,2'si orta, %27,3'ü memnun değil seçeneklerini belirtmiştir.

3.5.4 Sağlık harcamalarında ve talebinde genişleme trendi

Müracaat başına ortalama maliyet sağlık harcamalarındaki artış ile doğru orantılıdır. Tablo 3.2'de sağlık hizmetleri sunucularından devlet ve özel sağlık kuruluşları ile üniversite sağlık tesislerine 2011 ile 2020 yılları arasında yapılan hasta müracaatı başına ortalama maliyet düzeyleri yer almaktadır. Bu maliyet düzeyleri hastaneler tarafından SGK'ya hasta maliyetlerini kapsamaktadır.

Tablo 3.2. Sağlık Hizmetleri Sunucusu Türüne Göre Müracaat Başına Ortalama Maliyet, 2011-2020 (TL)

Kaynak: SGK Aylık İstatistik Bültenleri,2021

Müracaat Başına Ortalama Maliyet, TL	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Devlet 2. Basamak Sağlık Kuruluşları	46,1	49,5	49,7	50,9	50,0	51,4	52,6	52,3	51,9	71,8
Özel 2. Basamak Sağlık Kuruluşları	71,5	77,0	79,8	86,5	90,2	100,1	110,6	115,2	126,0	181,4
Üniversite Sağlık Tesisleri	169,5	180,0	176,7	180,6	183,8	198,0	208,5	220,2	236,2	358,5

Not 1: Yukarıdaki veriler ilgili fatura dönemlerine ait sağlık hizmet sunucuları tarafından faturalanan tahakkuk verileridir, ödeme verisi değildir.

Not 2: 2015 Yılı itibarıyla 2. Basamak TSK hastaneleri Devlet 2. Basamak Sağlık Tesislerine, 3. Basamak TSK hastaneleri Devlet 3. Basamak Sağlık Tesislerine dâhil edilmiştir.

Tablo 3.2'de yer alan verilerde devlet, özel ve üniversite sağlık kuruluşlarındaki yıllara göre hasta müracaatlarındaki kişi başı maliyetlerin SGK tarafından faturalandırılan tutarları yer almaktadır. Buna göre tabloda belirtilen devlet ikinci

basamak sağlık kuruluşları kapsamında eğitim araştırma hastanesi olmayan devlet hastaneleri, entegre ile devlet hastaneleri, ağız ve diş sağlığı merkezleri, kamuya ait dal ve tıp merkezleri bulunmaktadır. Özel ikinci basamak sağlık kuruluşları kapsamına üniversite veya araştırma hastanesi olmayan özel hastaneler, özel tıp merkezleri, özel dal merkezleri girmektedir. Üniversite sağlık tesisleri kapsamında ise devlet ve vakıf üniversite hastaneleri, sağlık uygulama ve araştırma merkezleri, üniversitelere bağlı diş hekimliği fakülteleri hastaneleri bulunmaktadır (<https://www.sgk.gov.tr>, et 2022).

2011-2015 yılları arasında sağlık harcamalarında müracaat başına oluşan ortalama maliyetin artış oranlarının birbirlerine yakın olduğu görölmüştür. Devlet ikinci basamak sağlık kuruluşlarında 2011-2014 yılları arasında müracaat başına ortalama maliyet düzenli olarak artmıştır. Bu artış oranları birbirine yakındır. 2015 yılında kısmen de olsa düşen maliyet, 2016 yılından 2020 yılına kadar 51-52 TL arasında görölmektedir. Ancak 2020 yılında maliyetin ve maliyet artış oranının maksimum seviyede olduğu görölmüştür. Bu durumun nedeninin dünya geneline etki eden Covid-19 hastalığı ve oluşan pandemi süreci olduğu söylenebilir. Pandemi dolayısıyla artan sağlık maliyetleri, ekonomik tahribatlar ve diğer pek çok faktör yalnızca sağlık sistemleri üzerinde değil bir çok sektörde ve yaşam alanlarında olumsuz durumlara neden olmuştur.

Özel ikinci basamak sağlık kuruluşlarında maliyet oranlarına bakıldığında 2011-2020 yılları arasında düzenli olarak bir artış görölmektedir. 2011 yılında 71,5 TL olan müracaat başına ortalama maliyet 2020 yılında 181,4 TL olmuştur.

Üniversite sağlık tesislerine bakıldığında tablodaki diğer devlet ve özel sağlık kuruluşlarına kıyasla müracaat başına ortalama maliyet en fazla bu sağlık kuruluşlarında görölmektedir. Tablodaki tüm yıllarda üniversite sağlık tesislerindeki maliyet oranları diğer sağlık kuruluşlarına nazaran daha yüksek olmuştur. Bunun nedeni olarak üniversite hastanelerinin eğitim, araştırma ve sağlık hizmetleri olmak üzere kompleks bir hizmet zincirine sahip olması gösterilebilir. Eğitim, araştırma ve sağlık hizmeti sunumu sürecinde laboratuvar, tetkik ve tıbbi cihaz maliyetlerinin daha yüksek olmasının bu sonuca etki ettiği düşünölmektedir.

Üniversite sağlık kuruluşlarında yalnızca 2012-2013 yılları arasında müracaat başına ortalama maliyette düşüş görölmüştür. 2013 yılından sonraki yıllarda sürekli olarak

maliyetlerde artış yaşanmıştır. 2020 yılındaki son maliyet ücreti 358,5 TL'dir. 2019 yılında 236,2 TL olan bu ücret 120 TL'den fazla artarak 358,5 TL olmuştur. Bu artış oranı sonucunda oluşan maliyet tüm yıllardaki en yüksek maliyettir. Pandemi, ekonomi ve diğer koşulların etkileri sonucunda oluşan yüksek maliyet artışları üniversite hastanelerinde finansal yönetimi ve hizmet kalitesini olumsuz yönde etkileyebilmektedir.

3.5.5 Sağlık kurumları yönetiminde performans değerlendirme sistemi

Performans, işletme tarafından önceden belirlenen standartlara ulaşma derecesini ifade etmektedir. Performans günümüzde pek çok işletme tarafından verimlilik analizinde kullanılan bir kavramdır.

Sağlık kurumlarında yönetim işlevinin yerine getirilmesinde performans değerlendirilmesi önemli bir kriterdir. Sağlık yöneticisine sağlık hizmetlerinin sunumuyla ilgili konularda bilgi sağlar. Hizmetin kalitesinin ölçümünde ve hizmet süreleri hakkında yol göstericidir.

Performans değerlendirme sistemi sayesinde çalışanlar ve yöneticiler yürütülen faaliyetler hakkında detaylı bilgi sahibi olabilir. Yöneticiler çalışanlara performans değerlendirmelerine göre hizmette terfi veya ödül verebilirler.

Sağlık hizmetlerindeki performans değerlendirme sistemi öncelikli olarak sağlık sistemindeki amaçlara ulaşılma derecesi hakkında bilgi vermektedir. Sağlıkta performans değerlendirme sistemi, hedeflere ulaşmanın başarılıp başarısız olduğu, hedeflere ulaşmada sistemin içinde ve dışında kullandığı kaynakların ölçülmesi, kaynakların verimli kullanılıp kullanılmadığı ve sistemin farklı fonksiyonlarının hedeflere etkisinin değerlendirilmesiyle ilgilidir (Tanrıverdi ve Teker, 2010, s. 116).

Sağlık kurumlarında performans değerlendirme sistemine bakıldığında performans ölçüm alanları bulunmaktadır. Finansal olarak performans ölçüm analizlerinde birim maliyeti, kurum sermayesi, hasta yatış süreleri dikkate alınmaktadır. Hastaların memnuniyet düzeylerini ölçmek için poliklinik hizmetleri, servis bakımı, evde bakım ve diğer destek bakım hizmetleri esas alınmaktadır. Sağlık Bakanlığına bağlı olarak sağlık hizmeti sunan hastane gibi kurumlarda hizmet sunumundaki performans düzeyini artırmak için performans dayalı katkı payı ödemesi sistemi getirilmiştir. Bireysel performans sisteminde hekim ve diğer sağlık personellerinin hizmet sunumu

belirli kalite ölçütlerine göre değerlendirilerek puanlandırılmaktadır. Kurumsal bazda gerçekleşen performans sistemi ise ödeme sistemine yansıtılmıştır. Bireysel performans düzeyleri kurumsal performans düzeylerini etkilemektedir. Sonuç olarak kurum performans düzeyi oluşmaktadır. Oluşan performans düzeylerine göre puanlama yapılmaktadır. Bu puanlama sonucuna göre ücret payı alınması sağlanmıştır.

Performans değerlendirmelerini ölçme ve kontrol etme faaliyetleri kalite koordinatörlükleri ve kalite birimlerince yapılmaktadır. Performans düzeylerini belirlemek amacıyla yapılan kalite denetimleriyle sistemde aksaklıkların giderilmesi, hasta memnuniyet düzeylerinin üst seviyelerde olması, sağlık hizmeti sunumunda eşitsizliklerin önüne geçilmesi, hizmet sunumundaki zaman kayıplarının engellenmesi ve denetim mekanizmalarının düzgün çalışması amaçlanmıştır (Aydın ve diğ., 2007, ss. 45-50).



4. TÜRKİYE’DE HASTANE YÖNETİMİ VE HASTANELERİN SINIFLANDIRILMASI

Bu bölümde hastanelerin türlerine, teşkilat ve organizasyon yapısına değinilmiştir.

4.1 Hastaneler

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) hastaneleri, “müşahede, teşhis, tedavi ve rehabilitasyon olmak üzere gruplandırılabilir sağlık hizmetleri veren, hastaların uzun veya kısa süreli tedavi gördükleri yataklı kuruluşlar” olarak tanımlamıştır.

4.2 Hastanelerin Sınıflandırılması

Hastaneler belirli kriterlere göre sınıflandırılır. Bu sınıflandırma kriterleri şöyledir;

- 1) Hastanelerin işlevlerine göre
- 2) Hastane mülkiyet yapısına göre
- 3) Hastane büyüklüğüne göre
- 4) Hastanede kalış süresine göre
- 5) Hastane akreditasyon durumuna göre
- 6) Hastanenin verdiği hizmet türüne göre
- 7) Halkın genel kullanımına açıklığına göre sınıflandırılmaktadır.

Tablo 4.1. Yıllara ve Sektörlere Göre Hastane Sayısı, 2002-2019

Kaynak: Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2021

Yıl-Hastane Sayısı	Sağlık Bakanlığı	Üniversite	Özel	Diğer	Toplam
2002	774	50	271	61	1.156
2015	865	70	562	36	1.533
2016	876	69	565	-	1.510
2017	879	68	571	-	1.518
2018	889	68	577	-	1.534
2019	895	68	575	-	1.538

Yukarıdaki tabloda yıllara göre hastane türlerinin sayıları verilmiştir. Tablodaki son yıl olan 2019 yılında Sağlık Bakanlığı hastaneleri sayısı 895'tir. Bir önceki yıla göre 6 hastane daha açılmıştır. Üniversite hastanelerinin sayılarında bir önceki yıl olan 2018 yılına göre değişim olmamıştır. Özel hastanelerde ise 2018 yılında 577 olan hastane sayısı 2019 yılında 575 olmuştur. 2019 yılında toplam hastane sayısı ise 1.538 olmuştur. 2015 yılından itibaren diğer hastaneler kapsamına giren hastanelerden bir kısmı kapanmış bir kısmı ise Sağlık Bakanlığı bünyesine geçmiştir. Bu yüzden 2016 yılında hastane sayılarında azalış olmuştur. Tabloda yer almayıp 2020 yılında bu sayılardan Sağlık Bakanlığı hastane sayısı 900 olmuştur. Üniversite hastane sayısı 68 ve özel hastanelerin sayısı ise 566 olmuştur (<https://sbsgm.saglik.gov.tr>, 2021).

4.2.1 Hizmet türüne göre hastaneler

4.2.1.1 Genel hastaneler

Her türlü acil vaka ile yaş ve cins farkı gözetmeksizin, bünyesinde mevcut uzmanlık dalları ile ilgili hastaların kabul edildiği ve ayaktan veya yatarak hasta muayene ve tedavilerinin yapıldığı yataklı kurumlardır. Genel hastaneler A grubu, B grubu ve C grubu olmak üzere üç tanedir (Söyük, 2015, ss. 64-71);

4.2.1.1.1 A grubu hastane

Bu gruptaki hastanelerde ruhsatlı yatak kapasitesi en az elli olmalı ve bunun yanında en az beş farklı dâhili ve beş farklı cerrahi uzmanlık dalında tam gün boyunca kadrolu uzman hekim çalışması gerekmektedir.

4.2.1.1.2 B grubu hastane

Bu gruptaki hastanelerde ise yatak kapasitesi otuz-elli arasında olmakla birlikte, en az dört farklı dâhili ve dört farklı cerrahi uzmanlık dalında tam gün kadrolu uzman hekim çalıştıran hastanelerdir. Yine günümüzün teknolojisine uygun teşhis, tedavi birimlerine sahip ve tıbbi laboratuvarları içinde barındıran hastanelerdir.

4.2.1.1.3 C grubu hastane

C grubu hastanelerde ise yatak kapasitesi on-otuz arasında olmakla birlikte en az üç farklı dâhili ve üç farklı cerrahi uzmanlık dalında tam gün kadrolu uzman hekim çalışması gerekmektedir. Bunun yanında acil ve yoğun bakım üniteleri ile günümüz

teknolojisine uygun donanıma sahip tıbbi laboratuvarları bulundurması gerekmektedir.

4.2.1.2 Özel dal hastaneleri

Özel dal hastaneleri belirli kriterlere göre hastaların yer aldığı hastaneler olarak tanımlanabilir. Özel dal hastaneleri belirli bir yaş, cinsiyet ya da bir organa yönelik hastalıklarla ilgilenen hastane türüdür. Bu tip hastaneler doğrudan belirli profillerdeki hastalara hizmet vermekte olup o alanda uzmanlaştığı için daha spesifik ve kaliteli bir hizmetin sağlanması açısından önemlidirler.

4.2.1.3 Eğitim hastaneleri

Eğitim hastaneleri bünyesinde eğitim, araştırma gibi faaliyetleri barındıran hastanelerdir. Bunun yanında her türlü hasta muayene teşhis ve tedavi yapan, tam teşekküllü hastanelerdir. Açıklamak gerekirse; bünyesinde üçüncü basamak yoğun bakım ve üçüncü seviye acil servis bulunması gerekmektedir (Söyük, 2015, ss. 64-71).

4.2.2 Büyüklüğüne göre hastaneler

Büyüklüğüne göre hastanelerde yatak sayısı, personel sayısı ya da hasta günü sayısı kriterleri dikkate alınmaktadır. En çok kullanılan belirleyici kriter yatak sayısıdır. Yatak sayısına göre 25, 50, 100, 200, 400 ve daha üstü olabilmektedir (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2012, ss. 119-126).

4.2.3 Kalış süresine göre hastaneler

Bu sınıflandırmaya göre hastaneler kısa süreli ve uzun süreli hastaneler olarak ikiye ayrılır. Yani hastaların hastanede yatış süresine göre bir sınıflandırmayı esas almaktadır. Ölçüt olarak 30 gün esas alınmakta olup 30 güne kadar hastanede kalınan hastaneler kısa süreli hastaneler iken 30 günden fazla hastanede kalınan hastaneler ise uzun süreli hastanelerdir.

4.2.4 Akreditasyon durumuna göre hastaneler

Akreditasyon bir uygunluk ölçümüdür. Akredite olmak terimi sürekli ölçmek anlamındadır. Hastanelerin tedavi hizmetlerindeki kalitesini, hastaların hastanede ortalama kalış sürelerini, tedavi sonrası tekrar aynı hastalıkla hastaneye başvuran

hasta sayısı, diğer kalite verileri gibi kıstasları ölçmek ve bunları sürekli hale getirmektedir Şahin, 1999, aktaran (Danacı, 2010, s. 29). Bu sınıflandırmada hastaneler akredite olan hastaneler ve akredite olmayan hastaneler olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. Bu sınıflandırmadaki hastaneler belirli kriterlere göre akredite edilmektedir. Akreditasyon uygulamasında ABD örneği öne çıkmaktadır. Bu ülkedeki akredite kriterleri ABD’de Sağlık Kurumları Akreditasyon Komisyonu (Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations- JCAHO) tarafından belirlenmektedir. ABD’de hastanelerin akredite olması hastane ekonomisi üzerinde önemli etkiye sahiptir. Bunun yanında akredite olmak hastanelerin kurumsal imajını ve toplumsal saygınlığını artırmaktadır (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2012, ss. 119-126).

4.2.5 Dikey entegrasyona göre hastaneler

Bu sınıflandırma türüne göre hastaneler üç basamağa ayrılmaktadır. Birinci basamak, yani ayaktan tedavi hizmetlerinin verildiği hasta yatışının yapılmadığı hastanelerdir. Birinci basamak hastanelerde poliklinik tabanlı sağlık hizmeti sunulmaktadır. İkinci basamak hastaneler, kısa süreli yataklı tedavi hizmetlerinin verildiği acil tedavi gerektiren hastaların yatışının yapıldığı hastanelerdir. Son basamak olan üçüncü basamak hastaneler ise diğer basamak hastanelere göre çok daha fazla teknolojik imkâna sahip olmakla birlikte, diğer basamaklarda tedavi edilemeyecek hastaların tedavi hizmeti alabildiği hastanelerdir. Üçüncü basamak hastanelere üniversite hastaneleri, eğitim ve araştırma hastaneleri örnek olarak verilebilir.

4.2.6 Verdiği hizmet türüne göre hastaneler

Bu sınıflandırmada hastaneler genel hastaneler ve özel dal hastaneleri olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. Genel hastanelerde yaş, cinsiyet, hastalık ayrımı gözetilmeden tanı ve tedavi hizmetleri verilmekte iken, özel dal hastanelerinde ise belli kriterlere göre hizmet verilmektedir.

Özel dal hastaneleri cinsiyete göre (kadın hastalıkları, doğum), hastalık durumuna göre (kemik hastalıkları, kalp-damar hastalıkları, göğüs hastalıkları ve cerrahisi) farklı kriterlere bağlı olarak sınıflandırılmaktadır (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2012, ss. 119-126).

4.2.7 Mülkiyet yapısına göre hastaneler

Sağlık Bakanlığı Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği'nde hastaneler "Yataklı tedavi kurumları hasta ve yaralıların, hastalıktan şüphe edenlerin ve sağlık durumlarını kontrol ettirmek isteyenlerin, ayaktan veya yatarak müşahede, muayene, teşhis, tedavi ve rehabilite edildikleri, aynı zamanda doğum yapılan kurumlardır." şeklinde tanımlanmıştır. Bu bağlamda hastaneler işlevlerine göre ilçe hastanesi, gün hastanesi, genel hastaneler, özel dal hastaneleri, eğitim ve araştırma hastaneleri olarak kategorize edilmektedir.

Türkiye'de bulunan hastanelere bakıldığında uygulamada en çok görülmekte olan hastanelerin genel hastaneler olduğu söylenebilir. Bununla birlikte genel hastaneler hasta yönelimlerinin de en çok olduğu hastanelerdir. Bu hastaneler sayıca çok olmasından dolayı da genellikle hastalara yakın mesafede bulunmaktadır.

Genel hastanelerden sonra Türkiye'de en çok bulunan hastaneler eğitim araştırma hastaneleri ve özel dal hastaneleridir. Hastalar özellikle genel hastanelerin teşhis ve tedavi olarak yeterli olmadığı durumlarda, ileri düzey araştırma gerektiren hastalık durumlarında bu hastaneleri tercih etmektedirler. Bu hastanelerin ileri düzey teknolojiye ve alanında uzmanlaşmış bir kadroya sahip olması bu konuda avantaj sağlamaktadır.

Tablo 4.2. Dallara Göre Hastane ve Yatak Sayıları, 2019

Kaynak: Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2021

Dallar	Hastane	Yatak
Genel Hastane	1.427	218.989
Entegre İlçe Devlet Hastanesi	289	1.703
Şehir Hastanesi	10	13.120
Belediye Hastanesi	2	333
Genel Eğitim Hastanesi	120	81.494
Diğer Genel Hastaneler	1.006	122.339
Göz Hastalıkları Hastanesi	26	341
Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi	23	3.952
Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Hastanesi	20	2.999
Göğüs Hastalıkları Hastanesi	11	3.510
Psikiyatri Hastanesi	11	3.932
Çocuk Hastalıkları Hastanesi	4	1.409
Kalp ve Damar Cerrahisi Hastanesi	4	599
Kemik Hastalıkları Hastanesi	3	436
Onkoloji Hastanesi	3	907
Meslek Hastalıkları Hastanesi	2	234
Ortopedi ve Travmatoloji Hastanesi	1	33
Lepra Hastanesi	1	34
Lösemili Çocuklar Hastanesi	1	75
Spastik Çocuklar Hastanesi ve Rehabilitasyon Merkezi	1	54
Toplam	1.538	237.504

Tablo 4.2’de 2019 yılındaki dallara göre hastane sayıları ve yatak sayıları belirtilmiştir. Tablo 4.2’ye göre diğer genel hastanelerin sayısı 1.006 olarak en fazla bulunan hastanelerdir. Diğer genel hastaneler kapsamına devlet, özel, üniversite hastaneleri dâhildir. Sayı olarak en az bulunan hastaneler Ortopedi ve Travmatoloji Hastanesi, Lepra Hastanesi, Lösemili Çocuklar Hastanesi ve Spastik Çocuklar ve Rehabilitasyon Merkezidir. Türkiye’de bu hastanelerden birer tane bulunmaktadır.

4.3 Hastanelerin Teşkilatı

Hastaneler başhekim tarafından yönetilmektedir. Hastane yönetiminde en üst yetkili makam başhekimliktir. Başhekimliğe bağlı olarak hizmetleri yürütmek amacıyla müdürlükler bulunmaktadır. Bunlar idari ve mali hizmetler, destek ve kalite hizmetleri ile sağlık bakım hizmetleri müdürlükleridir. Sağlık Bakanlığı Taşra yapısındaki birimlerin görev ve yetkileri Sağlık Bakanlığı Taşra Teşkilatı Kadro

Standartları ile Çalışma Usul ve Esaslarına Dair Yönerge’de belirtilmiştir. Hastane yapılanmasındaki yönetim kadrosunda başhekim, sağlık bakım hizmetleri müdürü, idari ve mali hizmetler müdürü, destek ve kalite hizmetleri müdürü, başhekim yardımcısı ve müdür yardımcısı bulunmaktadır.

Hastane yönetim ekibinin görevleri açıklamaların çoğu yönerge kaynaklı olarak aşağıdaki gibi özetlenebilir (<https://yhgm.saglik.gov.tr>, 2021);

4.3.1 Başhekimin görevleri

Başhekim hastaların ve çalışan personellerin güvenliğinden, hasta memnuniyetinden, tesislerin yönetim ve idaresinden sorumludur. Genel olarak verilen hizmetlerin zamanında ve kaliteli olması için gerekli tedbirleri alır. Bu doğrultuda birimlere yönelik performans değerlendirmeleri yapar.

Sağlık tesislerinin afet ve diğer olağanüstü durumlara karşı planlamalarını yaparak gerekli risk yönetimi yapar ve tedbirler alır. Sürdüğü tüm görevlerden il sağlık müdürlüğüne karşı sorumludur ve rapor vermek durumundadır.

4.3.2 Sağlık bakım hizmetleri müdürünün görevleri

Sağlık bakım hizmetlerinin kalite standartlarına uygun ve etkin bir şekilde verilmesinden başhekime karşı sorumludur. Sağlık bakım hizmetlerinde aksaklığa sebebiyet verilmemesi için gerekli tedbirleri alır. Hizmet sunumunda gerekli olan tıbbi araç gereç, ilaç ve diğer tıbbi sarfların temin edilmesini sağlar. Sağlık bakım hizmetleri ile ilgili takipler yaparak aksaklıkları düzeltmeye yönelik önlemler alır. Personellere hizmet sunumuyla ilgili eğitimler verilmesini sağlar.

4.3.3 İdari ve mali hizmetler müdürünün görevleri

İdari ve mali hizmetler müdürü; muhasebe, finansal kontrol, raporlama, faturalandırma gibi iş ve işlemlere ilişkin hizmetlerin yönetiminden sorumludur. Mali hizmetlerin etkin biçimde sunulmasını, planlanmasını ve diğer birimlere koordine edilmesini sağlar. Hizmet sunumunda gerekli olan ilaç, tıbbi sarf ve araç gereçlerin satın alımını gerçekleştirir. Cihaz, araç ve gereç bakım ve onarım işlemlerinin yapılmasını sağlar.

Sağlık tesislerinin bütçesini hazırlar ve başhekiye bildirir. Gerekli hizmetlerin alımını sağlar. Sorumlu olduğu hizmetlerin sürdürülmesiyle ilgili raporlar hazırlar ve başhekimin onayına sunar. Mali hizmetler dışında idari hizmetlerinde yürütülmesini sağlamaktadır. Maiyetindeki personellerin takibini, eğitimlerini, çalışma düzenlerini planlamaktadır.

4.3.4 Destek ve kalite hizmetleri müdürünün görevleri

Destek ve kalite hizmetleri müdürü, sürdürülen faaliyetlerin gereği olan evrak, arşiv, temizlik, güvenlik, teknik destek gibi hizmetlerin yerine getirilmesinden sorumludur. Bunların yanında tesislerdeki ulaşım, iletişim, otopark, kuaförlük, çevre düzenlemesi gibi hizmetlerin sürdürülmesini sağlar.

4.3.5 Başhekim yardımcısının görevleri

Başhekiye yardımcı olarak görev yoğunluğunun azalmasını sağlar. Hastane klinik ve diğer hizmetlerinin başhekim adına kontrolünü sağlamaktan sorumludur.

4.3.6 Müdür yardımcısının görevleri

Yürüttüğü görevlerde hastane müdürüne karşı sorumludur. Bununla birlikte müdürün iş yükünün hafiflemesine katkıda bulunurken hizmet yönetiminde kolaylık sağlanmasına katkıda bulunmaktadır.

4.4 Hastanelerin Fonksiyonları

Hastanelerin işlevleri hastanelerin amaçlarına göre çeşitlilik gösterse de temel olarak dört işlevden bahsetmek mümkündür. Bu işlevlerden en eski ve en temel olanı tedavi hizmetleridir. Diğer işlevler ise eğitim işlevi, araştırma ve geliştirme işlevi, koruyucu ve geliştirici sağlık hizmetleri işlevidir.

4.4.1 Hasta ve yaralıların tedavisi

Hastanelerin en temel fonksiyonu tedavi hizmetleri fonksiyonudur. Hastanelerin ortak olan fonksiyonudur. Hasta ve yaralıları tedavi etmeyi, iyileştirmeyi hedeflemektedir. Bu yüzden tedavi hizmetleri fonksiyonu hastanelerde esas fonksiyon olarak bilinmektedir.

4.4.2 Eğitim fonksiyonu

Hastanelerin bir diğerk fonksiyonu olan eğitim fonksiyonu yalnızca hastane personelinin eğitimini değil, aynı zamanda hasta ve hasta yakını eğitimi, sağlıkla ilgili konularda halkın eğitimi, hastanede staj yapan öğrencilerin eğitimini de kapsamaktadır. Hastanelerin temel fonksiyonu olan tedavi hizmetlerinin etkinliği için eğitim fonksiyonunun önemi oldukça fazladır. Eğitimin fonksiyonunun tedavi hizmetlerini sunacak personellerin yetkinliğinin, bilgi ve becerilerinin geliştirilmesi açısından önemlidir. Sağlık alanındaki yeni gelişmelere, güncellenen tedavi protokollerine personeller tarafından uyum sağlanması için bu konularla ilgili eğitim alınması gerekir (Söyük, 2015, ss. 64-71).

4.4.3 Araştırma ve geliştirme fonksiyonu

Araştırma geliştirme fonksiyonu tıbbi araştırma ve idari araştırma olarak ikiye ayrılmaktadır. Tıbbi araştırma faaliyetleri de kendi içinde klinik araştırma ve geçmişe dönük araştırma şeklinde ikiye ayrılmaktadır. Klinik araştırmalar hastalar ya da deney hayvanları üzerinde yapılmaktadır. Geçmişe dönük araştırmalarda ise hastaların dosyalarına yönelik olan araştırmalardır. İkinci araştırma faaliyeti olan idari araştırma faaliyeti ise daha yönetsel boyutta olan, hastanelerin daha iyi işletilmesini hedef alan bir faaliyettir. İdari araştırma faaliyeti bu açıdan daha etkin bir yönetimi hedeflemektedir (Söyük, 2015, ss. 64-71).

4.4.4 Toplumun sağlık seviyesinin yükseltilmesi

Diğerk işlevler yerine getirilirken esasında toplumun sağlık seviyesinin yükseltilmesi işlevi de uygulanmış olur. Diğerk işlevlerin de temel hedefi toplumun sağlığını iyileştirmek ve bunu sürekli hale getirmektir. Özellikle de sigara, alkol bağımlılığı, trafik kazaları ve halk sağlığını tehdit eden bazı hastalıklar karşısında insanların kendi başına elinden gelen önlemler kısıtlı olduğu için sağlık kurumları tarafından verilecek eğitimler, radyolojik taramalar, aşı teşvik kampanyaları bu durumlara yönelik önlemler arasındadır. Bu uygulamalar toplumun sağlığını koruyucu tip hizmetlere örnektir (Söyük, 2015, ss. 64-71).

4.5 Matris Organizasyon Yapısı

Matris yapıda ikili komuta zinciri söz konusudur. Organizasyon yapısı dikey ve yatay yapıya sahiptir. Yani yukarıdan aşağıya doğru tek bir komuta söz konusu

değildir. Bu da ast üst ilişkisini sınırlandırmaktadır. Bu durumlar matris yapıda bazen karmaşıklığa neden olmaktadır. Bu karmaşıklık görev dağılımı belirsizliğinden veya astın birden fazla üste bağlı olmasından kaynaklanabilmektedir.

4.5.1 Hastanelerin matris organizasyon yapısı

Hastanelerin örgüt yapısı aynı zamanda matris yapıdadır. Matris örgüt çok boyutlu bir örgütlenme türü olmakla birlikte iki tip ilişkisel bölümlendirme yapmaktadır. Bunlar dikey ve yatay ilişkilerdir. Bu ikili yapı dolayısıyla matris yapılar klasik örgüt yapılarından ayrılmaktadır. Matris yapıya sahip örgütlere 1960 yılından itibaren Amerika Ulusal Havacılık Örgütü olan NASA kuruluşunda rastlanmaktadır (Eren, 2013, ss. 297-302). Matris örgüt yapısı sonrasında diğer işletmelerde, özellikle de hastanelerde ve danışmanlık şirketlerinde uygulanmıştır (Şahin B., 2010, ss. 34-37).

Matris yapı dışında kalan diğer örgüt modellerinde genellikle dikey ilişki esastır ve emir komuta zinciri buna göre yönetilmektedir. Fakat matris yapıda ise dikey ve yatay ilişkiler bulunmaktadır ve bu ilişkiler eşittir. Hastanelerdeki matris organizasyon yapısında iki tür yönetici vardır. Bunlar fonksiyonel yönetici ile vaka yöneticisidir. Vaka yöneticisi işin zamanını ve nedenini belirlerken, fonksiyonel yönetici ise işi yapan kişileri, yerini ve nasıl yapılacağı konusunda ilgilenir. Bu sebepten dolayı işi yapan yani çalışan personel hem fonksiyonel yöneticiye hem de vaka yöneticisine karşı sorumludur. Çünkü yapılan iş ve çalışılan vaka üzerinden değerlendirilmektedir. Bu yüzden vaka yöneticisi ile uzmanlık bölümlerinin birbirlerine karşı üstünlüğü olmaz. Ortak bir çalışma metoduyla çalışmalar yürütülmektedir.

Matris yapının hastanelerdeki özelliklerine baktığımızda başlıca üç maddeden bahsedilebilir (Şahin B., 2010, ss. 34-37);

- 1) Vaka uygulanmasındaki üstlenilen sorumluluk fonksiyonel yöneticiler ile vaka yöneticisi için de ortaktır.
- 2) Vaka yöneticisi ile diğer ekip üyeleri arasında emir verme emir alma durumu söz konusu değildir.
- 3) Vaka ekibi içindeki elemanlar, iki farklı amire karşı da sorumludur.

Matris örgüt yapısının işletmeler üzerinde esneklik katma, proje uygulama esnasındaki teknik problemlere karşı hızlıca çözüm geliştirme, iş birliğine dayalı

ortak bir çalışma sistemi uygulama gibi yararları bulunur. Bunların yanında matris yapının getirdiği bazı sakıncalardan da söz etmek gerekir. Çünkü matris yapı yetki ve sorumluluk çatışması nedeniyle ve hiyerarşik belirsizlik bakımından çatışmalara elverişli bir örgüt yapısıdır. Bu yüzden matris örgütlerdeki mevcut yapısının tüm problemleri çözebilecek bir yapıya sahip olup olmadığı konusunda soru işaretleri vardır. Bununla birlikte karar alma belirsizliği, anarşiye eğilimin oluşması, gruplaşma psikolojisi, etkinlik mücadelesi gibi sorunlar da ortaya çıkabilmektedir (Eren E., 2013, ss. 297-302).

4.6 Hastane Yöneticiliği ve Önemi

Hastane yöneticiliği, hastanelerin nitelikleri ve karmaşık organizasyon yapısı nedeniyle diğer işletmelere göre daha karmaşık bir süreci kapsar. Hastanelerin sahip olduğu karmaşık yapı işin ehli, tecrübeli, yetkin yöneticilerin olmasını gerektirmektedir. Yöneticilerin kaynakları etkin bir biçimde kullanması ve yönetmesi gerekmektedir.

4.6.1 Dünyada hastane yöneticiliği

Dünyada bilinen en eski hastane örneklerinin ibadethane işlevi de bulunan kiliseler olduğu bilinmektedir. Bu sebepten dolayı ilk hastane yöneticilerinin papazlar ya da rahipler olduğu görülmektedir. Hastanelerin kiliselerin etkisinden kurtulması ile tıp hekimleri yöneticilik konusunda söz sahibi olmaya başlamıştır. Sağlık yönetimi 20.yüzyıldan sonra özellikle ABD’de gelişmeye başlamış ve mesleki olarak da bir nitelik kazanmıştır. Sağlık yönetimi alanında eğitim verilmesine yine ABD’de 1914’de Chicago Üniversitesinde gerçekleşmiştir. Avrupa kıtasına bakıldığında ise 1959 yılında ilk defa Almanya’da Hastane Enstitüsü kurulmuştur. Bu enstitü aynı zamanda sağlık yönetimi alanındaki eğitimin temellerinin atılmasına öncü olmuştur.

Hastane yöneticiliğinin gelişimine bakıldığında ilk dönem iş yöneticisi rolü dönemidir. Bu dönem 1920 ile 1950 yılları arasında geçerli olup müdür ve yönetim ekibi mevcuttur. Yönetim ekibinin direktifleri neticesinde müdür hareket etmekte ve hizmet için gerekli tıbbi malzeme ve personellerin tedarik edilmesini sağlar. Bir sonraki dönem olan koordinatörlük kavramının önemli hale geldiği ikinci dönemdir. 1950 yılından itibaren 1960’lı yıllara dek geçerli olmuştur. Bu dönemde hekimlerin ve yönetim kurulunun etkisi biraz daha azalmıştır. Bunun yerine hastane

yöneticisinin koordinatör işlevi önemli hale gelmiştir. 1970’li yılların sonlarında özel işletmelerdekine benzeyen başkan yönetim modeli söz konusu olmuştur. Bu modelde yine yönetim kurulunun işlevi ve yetkisi azalmıştır. Günümüze yakın bir yönetim sürecinin başlangıcı olarak 1980’li yıllar gösterilebilir. Bu yıllarda başkan kavramından yönetim kurulunun etkin rol aldığı ve demokratik yönetim anlayışıyla uygun bir yönetim anlayışı söz konusudur. Bu anlamda günümüzdeki profesyonel hastane yöneticiliğinin ancak 1980’li yıllardan sonra oluştuğu söylenebilir. Bu dönemde ayrıca hastane hiyerarşisinde yine en üst noktada hastane müdürü bulunur. Hastane müdürü yönetim kuruluyla yaptığı istişare sonunda görevleri fonksiyonel yöneticilere aktarmaktadır. Fonksiyonel yöneticiler de verilen tıp hizmetinin sorumlusudur. Bu yöneticiler alt çalışanlara görevleri bildirir ve hizmet sağlanması bu şekilde gerçekleşmektedir. Geçmiş dönemdeki diğer yöneticilik modellerine nazaran bu dönemde hiyerarşik baskının daha az olduğu söylenebilir. Elbette ekibin bir lideri bulunmaktadır fakat diğer birimlerle ve yöneticilerle ortak hareket edilmektedir. Bu nedenle bir iş birliği durumu söz konusudur. Bu sayede alt personel de fikir beyan edebilmektedir. Bilgi aktarımı gerçekleşmesi sayesinde dinamik bir yönetim anlayışı gelişmiştir (Erbaş, 2013, ss. 48-53).

4.6.2 Türkiye’de hastane yöneticiliği gelişimi

Sağlık yöneticiliği kavramı günümüzde hastane yöneticiliği olarak ele alınmaktadır. Hastane yöneticisi hastanelerdeki işlerin düzenlenmesi, planlanması, organize edilmesi ve denetimi gibi konularla ilgilenmektedir. Bu konuda personel planlaması, ilaç ve tıbbi sarf temini, finansal planlama gibi işlevleri yönetmektedir. Bunların yanı sıra tüm işlerin aksaklığa neden olmadan etkili bir şekilde yürütülebilmesi için gereken kontrol ve düzeltme faaliyetleri önemli yer tutmaktadır. Çünkü yanlış planlamaların ve uygulamaların düzeltilmesi gerekmektedir. Bu faaliyetler sonunda hastane yönetiminin temel amacı insan sağlığını önemseyerek birey ve toplumun sağlık düzeyini iyileştirmeyi, geliştirmeyi planlamaktır.

Osmanlı döneminde hastane yöneticiliği ülkemizdeki hastane yöneticiliği tarihinin başlangıcı sayılmaktadır. Osmanlı’da merkezde hekimbaşı denilen diğer ismiyle Seretıbbı-i Sultani bugünkü sağlık bakanı statüsünde olup ülkenin sağlıkla ilgili işlerinden sorumlu kişiydi. Cumhuriyet sonrası dönemde sağlık yönetimi ile ilgili eğitim ve idareci yetiştirme süreci 1963 yılında başlamıştır. Bu dönemde kurulan

Sağlık İdaresi Yüksek Okulu sağlık idarecisi yetiştirme sürecinin başlangıcı olmuştur. Günümüz döneminde ise 2003 yılında Sağlıkta Dönüşüm Programı ile önceki dönemlerde başhekimlerin yaptığı yöneticilik işinin yerini hastane müdürleri almıştır. Bu sayede sağlık yönetimi anlamında yeni bir kavram ve meslek dalı ortaya çıkmıştır (Erbaş, 2013, ss. 48-53). Ayrıca Sağlıkta Dönüşüm Programı ile sağlık hizmetlerinin verilmesiyle ilgili olarak yapılan köklü değişikliklerden biri de kamu hastane birliklerinin kurulmasıdır. 2011 tarihinde yayımlanan 663 sayılı “Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname” ile birlikte Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu kurulmuştur. Bakanlığa ait hastanelerin yönetimleri Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumuna bağlı olmuştur. Hastane yöneticiliği görevini genellikle hastane başhekimleri üstlenmektedir. Başhekim hastanedeki klinik hizmetler, personel planlamaları, tıbbi sarf, araç gereç ve ilaç temin edilmesi gibi faaliyetlerin yönetiminden sorumludur.

Hastane yöneticiliği sektöründe geleceği düşünerek yatırım yapmak gerekmektedir. Özellikle de sağlık hizmetlerinin toplumsal boyutları öncelik tutularak stratejik planlama yapılmalıdır. Sağlık işletmelerinde gelecek yıllarda sağlık sigortacılığı, akreditasyon, malpraktis konusu, evde bakım, sağlık teknolojisi gibi konular daha önemli hale gelecek konular olarak dikkat çekmektedir (Can ve İbicioğlu, 2008, s. 265).

4.7 Üniversite Hastaneleri

Türkiye’deki üniversite hastanelerinin standart tek bir organizasyon yapısı yoktur. Bazı üniversite hastaneleri bünyesinde uygulama ve araştırma merkezi adıyla kurulur. Üniversite hastaneleri hizmet yönetimi konusunda kendi çıkardığı yönetmeliğe bağlı olarak ya da Sağlık Bakanlığı Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliğine bağlı olarak yönetilmektedir. Bir diğer özellik üniversite hastanesi üzerinde tıp fakültesinin büyük etkisinin olmasıdır. Üniversite hastaneleri, hastane hizmeti vermenin yanında tıp eğitimi konusunda uygulama merkezi olarak nitelendirilebilir. Bir diğer özellik olarak üniversite hastanelerindeki idari, mali ve diğer hizmetlerin başhekimliğe bağlı olarak görev yapan bir başmüdür tarafından yürütülmesidir. Son olarak ortak özelliklerinden bir diğeri de katma bütçeli kuruluş olmalarıdır. Üniversite hastanelerinin mali yapısında katma bütçe ve döner sermaye işletmesi yer almaktadır. Mali yönetim konusunda bir önemli nokta katma bütçe ve

döner sermaye yetkisinin ayrıımıdır. Her iki bütçede de ita amiri olarak birinci derecede rektörler yer almaktadır. Katma bütçe yönetimi konusunda rektörlükçe yetki başhekimlere verilmiştir. Böylelikle katma bütçe yapısından başhekimlik birimi sorumlu olmuştur. Döner sermaye işletmesinde ise rektör yine birinci derecede ita amiridir ve yetkiyi yardımcılara veya dekanlara vermektedir (Uğurluoğlu, 2015, ss. 53-62).

Üniversite hastaneleri tıp fakültesiyle birlikte, fakülte öncesinde ya da sonrasında kurulabilmektedir. Üniversite hastaneleri genellikle mevcut tıp fakültesiyle birlikte ya da sonradan açılmaktadır. Üniversite tıp fakültelerinin kuruluşuna zemin hazırlayan durumlar vardır. Bu durumlar arasında personel eksikliği, bölgesel düzeydeki sağlık hizmeti eksikliği, tıp eğitimi, araştırma ve geliştirme faaliyetlerinin artırılmak istenmesi sayılabilir.

Üniversite hastanelerinden beklenen ilk sorumluluk kaliteli bir sağlık hizmeti sunumudur. Sağlık hizmetinin sunumunda yaptığı sağlık araştırmaları ve yeniliklerle öncülük etmesi beklenmektedir. İkinci olarak beklenen sorumluluk ise eğitim konusudur (Uğurluoğlu, 2015, ss. 53-62). Nitelikli hekim yetiştirme konusundaki eğitim, halka yönelik sunulan sağlık eğitimleri gibi konular üniversite hastanesinin kendi içindeki geleceğe yönelik sağlık araştırmalarını kapsamaktadır. Son olarak beklenen misyon ise üniversite hastanelerinin tıbbi araştırmalar yapması, sağlığın geliştirilmesine yönelik hizmet vermesi, sağlık bilimi ve teknolojilerini geliştirmeye yönelik faaliyetlerde bulunmasıdır.

Üniversite hastanelerinin başında en üst makamda rektör bulunur. Genel olarak üniversite tıp fakültelerinin dekanlıklarına bağlı olarak görev yapan bölüm başkanlıkları bulunur ve bunlara bağlı anabilim dalı başkanlıkları mevcuttur. Üniversite hastanelerinin yöneticiliğini üstlenen başhekimlik ise sağlık bakım ve tıp hizmetlerine yönelik faaliyetlerin yönetiminden sorumludur. Başhekimin hiyerarşik olarak alt biriminde teknik ve diğer hizmetlerin yürütülmesi adına fonksiyonel yöneticiler bulunmaktadır. Bu anlamda hiyerarşik anlamda yukarıdan aşağıya doğru dallara ayrılma söz konusudur. Üniversite hastaneleri hastaların muayene, teşhis, tedavi işlemlerini yerine getirmek ve bu doğrultuda gerekecek eğitim, araştırma faaliyetlerini yapmayı kapsamaktadır. Sağlık bakım hizmeti sunmanın yanında

özellikle bilimsel araştırma faaliyetleri doğrultusunda tıp fakültelerinin yönlendirmesi hastanelerin amaçları açısından önemlidir.

Üniversite hastaneleri yönetimiyle ilgili bazı sorunlar ifade edilebilmektedir. Örneğin yönetim ikilemi üniversite hastanelerinin başhekimlerinin bağlı olduğu yönetici hususunda oluşmuştur. Bazı üniversitelerde başhekimlik dekanlığa bazılarında ise doğrudan rektörlük makamına bağlıdır. Sadece üniversite hastaneleri için değil diğer hastaneler için de ortak olan bir başka sorun da başhekimlik konusundadır. Başhekimler hastane yöneticiliği görevini üstlenirken mesleği hekimlik olan başhekimlerin yöneticilik anlamındaki bilgi ve deneyim düzeyleri tartışılmaktadır.

4.8 Üniversite Hastanelerindeki Organizasyon Modelleri

Üniversite hastanelerinin organizasyon şekillerine bakıldığında başlıca iki çeşit organizasyon modelinden bahsetmek mümkündür Wartman, 2007, aktaran (Uğurluoğlu, 2015, ss. 53-62);

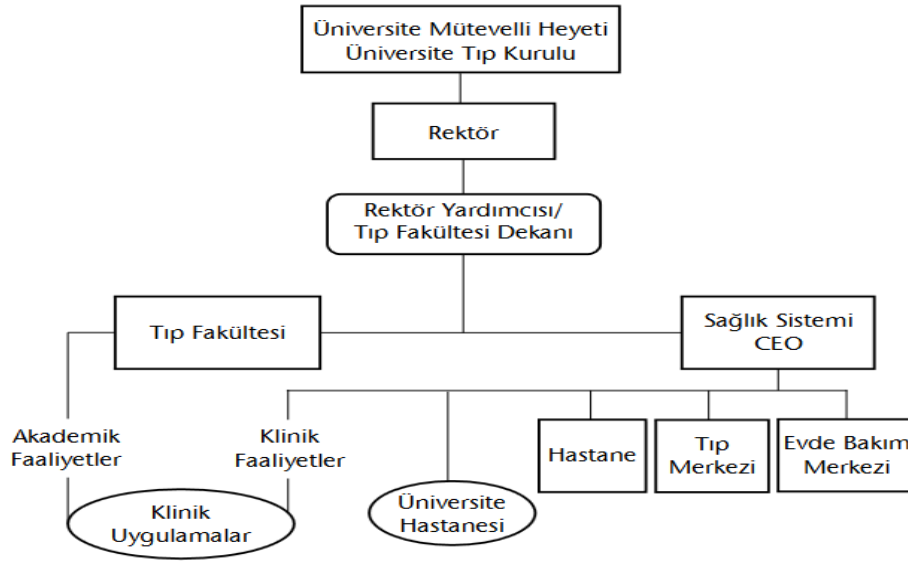
4.8.1 Tam Entegre Model

Üniversitedeki hastanelerindeki tıbbi hizmetler, eğitim ve araştırma faaliyetlerinin tümünün tek yönetici ve tek yönetim kurulu tarafından yönetildiği modeldir. Bu modelde yönetici tüm faaliyetlerden sorumlu kişidir ve üniversite hastanesinin başlıca misyonlarının tamamına hâkim olması beklenir.

Modelin dezavantajının yürütülen tüm hizmetlerin yönetiminin tek kişi tarafından idare edilmesidir. İş yükünün çokluğu idareyi zorlaştırmakta ve aksaklıkların sebebiyet verebilmektedir. Avantajı ise yönetimde ikilik durumunun söz konusu olmaması ve çözüm merciinin tek kişiye bağlı olmasıdır.

Üniversite hastanesindeki faaliyetlerin tek bir elden yönetiliyor olması finansal kaynak dağılımında tercih seçenekleri sunmaktadır. Yönetici finansal kaynak sağlama kararlarını verebildiği için bu hastanelerce verilen hizmetlerin tümünün birlikte ve güçlü ilerlemesi sağlanabilmektedir.

Türkiye'deki örneği olarak Sağlık Bilimleri Üniversitesi (SBÜ) ile afiliye olan hastaneler verilebilir. SBÜ organizasyon yapısında bir rektör, senato ve yönetim kurulu bulunmaktadır. Bunlara bağlı olarak fakülteler, enstitüler, sağlık uygulama ve araştırma merkezleri, daire başkanlıkları gibi pek çok birim bulunur.



Şekil 4.1. Tam Entegre Model Örneği, 2015

Kaynak: Üniversite Hastanelerinde Uygulanan Organizasyon Yapılarının Değerlendirilmesi (Uğurluoğlu, 2015)

Bu sistemde tıp fakültesi ve hastane arasında entegrasyonun daha yakın şekilde sağlandığı söylenebilir. Rektöre bağlı olarak görev yapan rektör yardımcısı yani dekan fakülte ve tıbbi hizmetlerden tek sorumludur. Sorumluluğu altındaki yapıyla ilgili rektöre bilgi sunmaktadır. Rektör ise üniversite mütevelli heyeti ve tıp kuruluna karşı sorumludur. Üniversite Tıp Kurulunun üyeleri, Üniversite Mütevelli Heyeti tarafından atanmaktadır.

Tam entegre modelin artılarından olarak görülen konulardan biri stratejik odaklanma konusudur. Yönetici belirli bir örgütsel stratejiye inanarak ve buna odaklanarak hareket eder. Çalışanları bir strateji etrafında örgütleyerek sistemsiz karmaşa, maliyet ve zaman israfının önüne geçilmesini sağlar. Bu odaklanma sürecine tam entegre modelin yatkın olduğu söylenebilir (Uğurluoğlu, 2015, ss. 53-62).

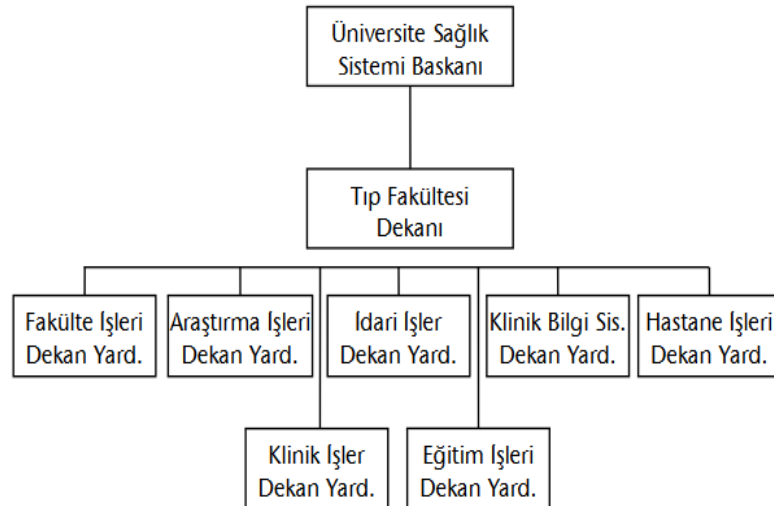
Tam entegre modelde taraflar birleşik liderlik ve yönetim anlayışının mantıklı olabileceğini düşünmektedir. Tek yönetici olmasının ikiliklerin önüne geçebileceğine inanılmaktadır. Ayrıca tam entegre modelin avantajlarından biri de finansal desteklerin daha fazla olmasıyla birlikte klinik hizmetlere verilen desteğin de artmasıdır (Barrett, 2008, s. 804).

4.8.2 Fonksiyonel Entegre Model

Üniversitede başlıca olan tıbbi hizmet, eğitim ve diğer akademik faaliyetlerin farklı bir yönetici tarafından yürütüldüğü organize modeldir. Örneğin klinik hizmetlerden sorumlu yönetici ile eğitim hizmetlerinden sorumlu yönetici farklı kişilerdir. SBÜ dışındaki diğer tıp fakülteleri ile afileye olan hastaneler fonksiyonel entegre modeline göre yapılaşmıştır.

Örgütsel faaliyetlerin tümünün entegre şekilde olması gerekmektedir. Bu yüzden gerek tıbbi bakım hizmetleri gerekse eğitim ve araştırma hizmetlerinin tamamının ortak payda doğrultusunda örgütlenmesi gerekmektedir. Çalışanlara da bu bağlamda ortak amaç için hizmet verdikleri bilinci aşılmalıdır. Yöneticiler birimler arası iş birliğini sağlamak adına entegre programlar, destekleyici eğitimler, klinik takımlar oluşturma gibi faaliyetler planlayabilir (Uğurluoğlu, 2015, ss. 53-62).

Hastalar açısından ise entegre sağlık sisteminin avantaj sağladığı durumlara bakıldığında hastalar sağlık geçmişlerini, kullandıkları ilaçları, reçeteleri hizmet sağlayıcılarına her defasında söylemek zorunda kalmazlar. Ayrıca hastalar bakım hizmetlerinden birindeki yetersizlik nedeniyle o bakım hizmetini beklemek zorunda değildir. Birincil sağlık bakım hizmetlerine kesintisiz ulaşım söz konusudur. Alınan sağlık hizmetinin kalitesi hakkında kolaylıkla bilgi edinilebilir. Bu sayede tanı, tedavi süreçlerinde istenilen zamanda etkinlik sağlanmakla birlikte hastalar sağlıkları ile ilgili bilinçli seçimler yapabilirler (Leatt ve diğ., 2000, s. 16).



Şekil 4.2. Fonksiyonel Entegre Model Örneği, 2015

Kaynak: Üniversite Hastanelerinde Uygulanan Organizasyon Yapılarının Değerlendirilmesi (Uğurluoğlu, 2015)

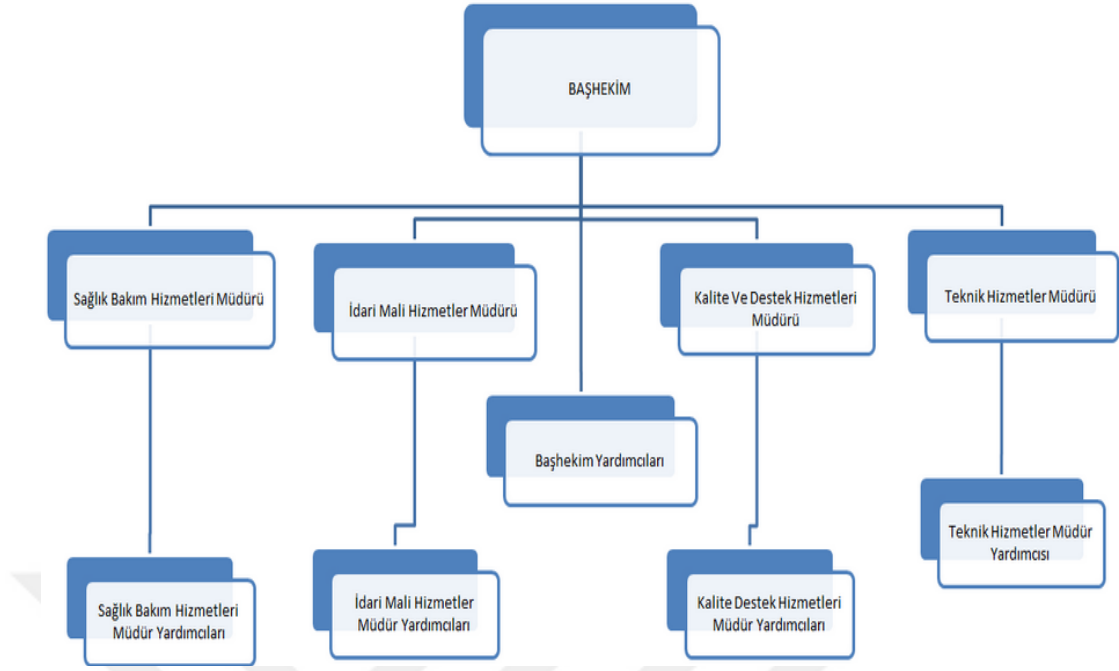
Şekil 4.2’de yer alan fonksiyonel entegre modeli Türkiye’deki üniversite hastanelerinde çok sık uygulanan bir model değildir. Fonksiyonel model yönetim sistemini daha çok dekan ve dekan yardımcıları üzerinden ele almaktadır. Bu modelde hastane başhekimisi ve dekanın hastane yönetiminde entegrasyon ve koordinasyonu daha iyi şekilde sağlayabildiği söylenebilir.

Bu bağlamda Türkiye’deki üniversite hastaneleri genel olarak tam entegre sistemde yer almakta ve klinik anlamdaki yetki amir olarak başhekimlerde toplanmaktadır. Uygulamalarda fonksiyonel birimlere ayrılmış model yapısının daha etkili olabileceği öngörülse de mevcut sağlık sisteminde sorumluluğun tek elde toplanması çalışanlar tarafından kolaylık olarak görülmüştür. Bu modellerin üniversite hastanesi olmayan hastanelerdeki örneğinde hastane müdürü ve başhekim yönetimi yerine sadece başhekimlik biriminin yönetici olarak kalması söz konusudur. Üniversite hastanelerinde ise yönetim mercii olarak başhekimlerin yerine dekanların bu görevi üstlenmesi ve yetkilerin dekanlarda toplanması yer alabilir. Mevcut yetki çokluğunun dezavantajı olarak dekan yardımcılarının sayılarının artırılması ve yetkilerin dağıtılması görülebilir. Hiyerarşik anlamda dekana bağlı olarak işleyen bu sistemde başhekim ile dekan arasındaki yönetsel ikiliğin önüne geçilebilir (Uğurluoğlu, 2015, ss. 53-62).

4.9 Üniversite Hastanelerinin Organizasyon Yapılarına İlişkin Farklılıklar

Türkiye’deki afiliasyon anlaşmaları başlıca iki şekilde olmaktadır. Bunlardan ilki bütün eğitim ve araştırma hastanelerinin Sağlık Bilimleri Üniversitesi ile afiliye olmasıdır. İkinci ise bünyesinde tıp fakültesi olan diğer üniversitelerin hastanelerle yaptığı afiliasyon anlaşmalarıdır.

Erzurum Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi ile afiliye olan eğitim ve araştırma hastaneleri örneklerinden biridir. Şekil 4.3’te Türkiye’deki afiliye olan üniversite hastanelerinden biri olan Erzurum Eğitim ve Araştırma Hastanesi organizasyon şeması yer almaktadır. Sağlık Bilimleri Üniversitesi ile Sağlık Bakanlığı arasında gerçekleştirilen afiliasyon protokolü kapsamında afiliye olan hastanelerden olan Erzurum Eğitim ve Araştırma Hastanesi, SBÜ açısından ismiyle Erzurum Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, SBÜ ile afiliye olan diğer hastanelere benzer bir organizasyon yapısına sahiptir.



Şekil 4.3. Afiliye Üniversite Hastanesi Organizasyon Şeması, 2021

Kaynak: Erzurum İl Sağlık Müdürlüğü, Erzurum Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi,2021

Şekil 4.3'teki organizasyon yapısına bakıldığında afiliye olan üniversite hastanelerinde en üstte başhekim bulunur. Ona bağlı olarak başhekim yardımcısı, sağlık bakım hizmetleri müdürlüğü, destek ve kalite hizmetleri müdürlüğü, idari ve mali işler müdürlüğü bulunmaktadır (<https://erzurumbeah.saglik.gov.tr>, 2021).

İdari ve mali işler müdürlüğü birimine bağlı olarak satın alma birimi, tahakkuk birimi, döner sermaye hizmetleri, istatistik birimi, insan kaynakları birimi, evrak kayıt, fatura birimi, mutemetlik birimi gibi birimler yer almaktadır.

Destek ve kalite hizmetleri müdürlüğü bünyesinde teknik servis hizmetleri, mühendislik hizmetleri, arşiv hizmetleri, kantin hizmetleri, santral, iş sağlığı ve güvenliği, güvenlik hizmetleri, terzihane, morg, çamaşırhane, yemekhane hizmetleri gibi hizmet birimleri bulunmaktadır.

Sağlık bakım hizmetleri müdürlüğüne bağlı olarak acil servis hizmetleri, yoğun bakım hizmetleri, poliklinik hizmetleri, ameliyathane hizmetleri, evde sağlık hizmetleri, kan merkezi, eğitim birimi, endoskopi ünitesi, sterilizasyon hizmetleri, laboratuvarlar gibi hizmet birimleri bulunmaktadır.

Başhekim yardımcısına bağlı olarak ameliyathane hizmetleri, acil servis hizmetleri, diyaliz hizmetleri, sosyal hizmetler birimi, evde sağlık hizmetleri, etik kurul,

psikolog, beyaz kod, pembe kod ve mavi kod gibi birimler bulunmaktadır. Bu birimlerden bir kısmının sağlık bakım hizmetleri müdürlüğü bünyesinde de olduğu, ortak birim olarak bulundukları görülmüştür. Hastanelerde genel olarak hizmet birimlerinin organize olma şekilleri belirtildiği gibi olup hizmet birimlerinde hastaneden hastaneye bazı değişikliklerin olduğu söylenebilir.

Kendi hastanesi olan devlet üniversiteleri tıp fakültelerine bakıldığında bu fakültelere ait üniversite hastanelerinin organizasyon yapısına değinmek gerekir. Bu üniversite hastanelerinin organizasyon yapısında devlet üniversiteleri ile afiliye olan üniversite hastanelerine göre bazı farklılıklar bulunmaktadır. Bu farklılığın özellikle üniversite hastanelerinde merkez müdür, başmüdür gibi statülerin bulunmasıyla olduğu görülmektedir. Bu üniversite hastanelerinde başhekim birimine bağlı olarak başhekim yardımcıları, başmüdür bulunmakta ve başmüdüre bağlı olarak da hastane müdürleri ve hastane müdür yardımcıları bulunmaktadır. Hizmet birimleri başhekim yardımcıları ve hastane müdür yardımcılara bağlı olarak faaliyetlerini yürütmektedir. Bu organizasyon yapısına Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, Pamukkale Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi örnek olarak verilebilir.

Örneğin Pamukkale Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi organizasyon yapısına bakıldığında Rektöre bağlı olarak tıp fakültesi dekanı ve merkez müdürü bulunmakta, merkez müdürüne bağlı olarak kalite direktörlüğü, merkez müdür yardımcıları ve hastane başmüdürü bulunmaktadır. Hemşirelik hizmetleri müdürlüğü tıp fakültesi dekanlığına bağlıyken diğer hizmet birimleri merkez müdür yardımcıları ve hastane başmüdürüne bağlıdır. Hastane yönetiminde çoğu birim hastane merkez müdürüne bağlı olsa da tıp fakültesi dekanın da anabilim dalı başkanlıkları ve diğer tıbbi hizmetlerinin yönetiminden sorumlu olduğu görülmektedir (<https://hastane.pau.edu.tr>, 2021). Hastane yönetiminde dekan ve merkez müdürü tarafından ortak ve koordine bir yönetim modeli benimsenmiş olup matris yapının öne çıktığı söylenebilir. Bazı üniversite hastanelerine göre önemli bir farkın başhekimlik biriminin bulunmayışı konusunda olduğu söylenebilir. Ancak bu durum kendine ait hastanesi olan tüm devlet tıp fakülteleri hastanelerinde geçerli değildir. Bazı üniversite hastanelerinde rektöre bağlı olarak başhekim, başhekime

bağlı olarak başhekim yardımcıları ve başmüdür şeklinde bir organizasyon yapısı da görülebilmektedir.

4.10 Üniversite Hastanelerinde Yönetim Sorunu

Üniversite hastanelerinin organizasyon yapısı değerlendirildiğinde kamu ve özel hastane türlerine göre daha farklı bir yapıda olduğu görülmektedir. Finansal kaynak temini açısından bakıldığında performansa dayalı ödeme sistemi özel hastanelere göre farklılık gösterirken kamu hastaneleri ile aynı döner sermaye yapısına sahiptir. Üniversite hastanelerinin finansal yönetimi ve denetimi döner sermaye müdürlüğünce yapılmaktadır. Döner sermaye müdürlükleri Maliye Bakanlığı kontrolünde yürütülmektedir. Özel hastanelerde ise Maliye Bakanlığı ile ortak bir yönetim yoktur. Bu anlamda özel hastanelerde kendi içinde bir finansal yönetim yapısı mevcuttur (Kuzan Topan, 2015, ss. 52-56).

Üniversite hastanelerinin yapısal düzenine bakıldığında ise hastane yönetimi hususunda yeterli bir hukuki dayanak ve düzenlemenin olmadığı görülmüştür. Birçok üniversite bu konuda kendisi yönetmelik çıkararak bir yönetim şekli üzerinde durmuştur. Bazı üniversiteler de “Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği” üzerinde durarak düzenlemelerini buna göre yapmışlardır. Fakat “Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği” bu konudaki hukuki boşluğu doldurmak için yürürlüğe girmiş olmasına rağmen tam olarak bir kanun ya da tüzük hükmünde değildir. Bu nedenle üniversite hastanelerinin yönetiminde ve organizasyonunda net bir kanun ya da tüzüğün bulunmadığı görülmektedir. Bu durumların neticesinde geleneksel hastane modellerinde zaten mevcut olan matris yapı ve üniversite hastanelerinin akademik yapısı bir araya gelmiş olur. Bu da yönetim karmaşıklığını artırmaktadır (Özcan, 1995, ss. 236-238).

Üniversite hastanelerinde başhekimler ile dekanlar arasında ve başhekimler ile destek hizmetlerinden sorumlu olan başmüdürler arasında hiyerarşik anlamda yetki karmaşası ve sorunlar doğabilir. Bir diğer önemli sorun olarak da üniversite hastanelerinin yönetim birimleri konusunda yaşanmaktadır. Üniversite hastanelerinin üniversiteye bağlı olarak uygulama ve araştırma merkezi olarak kalması ya da hastanelerin tıp fakültelerine bağlanması konusunda ikilemler oluşmaktadır. Hastane yapısının üniversite tarafından, tıp fakültesi tarafından ya da her ikisi tarafından ortak

olarak yönetilmesi gibi çeşitli varyasyonlar üzerinde tartışılmaktadır (Uğurluoğlu, 2015, ss. 53-62).

Üniversite hastaneleri yönetimlerine başhekim atanması ve yetkilendirme konusunda üniversiteden üniversiteye farklılıklar görülmektedir. Bazı üniversitelerin kendi hastaneleri bulunurken bazı üniversiteler ise hastanelerle afiliye olarak bir üniversite hastanesine sahip olmaktadır. Üniversite tıp fakültelerinin yönetimi dekanlık tarafından yerine getirilmekte iken üniversite hastanelerinin diğer adı ile araştırma ve uygulama merkezlerinin yönetimleri ise üniversite hastane yönetimi tarafından yerine getirilmektedir. Yani yaygın sistemde yönetim tek elden yürütülmemekte iki farklı yönetim kurulu görev almaktadır. Öyle ki akademisyenlerce kurulmuş olan üniversite hastanelerinin de eğitim ve araştırma hizmetlerinin akabinde akademik yapıya sahip olması beklenmektedir. Fakat yönetsel farklılığın söz konusu olması nedeniyle hastane yöneticiliği ile tıp fakültesi yöneticiliği arasında bazı kutuplaşmalar ve ikilemler oluşmaktadır. Bu durum genellikle hastane işletmeciliği uygulamalarını ön plana çıkarmakta ve tıp fakültelerinde verilen eğitim ve araştırma hizmetleri arka planda kalmaktadır. Atanan yöneticiler kârlılığı hedeflediğinde bu durum daha da belirginleşmektedir. Dolayısıyla tıp fakültelerinin esas amacı olan eğitim öğretim, tıbbi konulardaki teknolojik buluşlar ve bilimsel anlamda gelişim ve inovasyon amacı haliyle ekonomik kaygıların gölgesinde kalmaktadır. Ayrıca bu yapılanmanın verilecek sağlık hizmetine de yansıması olacaktır. Gerek eğitim ve araştırma faaliyetlerinin gerekse hastanelerde sunulan servis ve poliklinik hizmetlerinin sunumunun planlanmasında fikir ayrılığı ve plan program çakışmaları oluşabilmektedir (Songur, 2016, ss. 14-18).

4.11 Üniversite Hastanelerinde Finansman Sorunu

Üniversitelerde sağlık hizmetini etkileyen olumsuz unsurlardan biri sağlık hizmeti sunumunda bulunan yardımcı sağlık personeli sayısının sayıca eksikliğidir. Döner sermaye kaynaklarından personel eksikliği giderilmeye çalışılmaktadır. Diğer giderler de düşünüldüğünde döner sermaye giderlerini artıran bir faktör olan personel temini finansal yapıya etki etmektedir (Yiğit ve Yiğit, 2016, ss. 265-267). Üniversite hastanelerinde finansman konusundaki ortaya çıkan sorunlar sadece döner sermaye kaynaklarının yetersizliği konusunda değil harcama yönetimi konusunda da oluşabilmektedir. Üniversite hastanelerinde harcamalar konusunda kaynakların

öncelikli olarak eğitim hizmetlerine mi ya da sağlık hizmetlerinin sunumunda mı harcanacağı konusunda görüş farklılıkları oluşabilmektedir. Bu da tıp fakültelerinin gelişimine engel olabilir. Bu sorunlardan kurtulmak adına bazı üniversiteler başhekim atamasında yetkiyi dekanlığa vermiştir. Bazı üniversiteler de dekan yardımcısını başhekim olarak atayarak bu sorunu aşmayı hedeflemiştir. Fakat bu şekilde bir çözüm bulan üniversitelerin sayısı bir hayli azdır. Yönetim anlamındaki bu ikilemlere karşı Songur'un (2016) birtakım çözüm önerileri yönlendirici niteliktedir. Bu bağlamda üniversite hastanelerinin rektörlüğe bağlı merkez değil de tıp fakültelerine bağlı uygulama ve araştırma merkezi olarak yapılandırılması gerekmektedir. İkinci bir öneri olarak tıp fakülteleri ve üniversite hastanelerinin yönetim anlamında entegrasyonun sağlanması gerekmektedir ya da her ikisinin de yönetim organları aynı olmalıdır. Bunların dışında bir diğer çözüm önerisi olarak üniversite hastanelerinin mevcut binası içinde veya farklı bir binada ayrı bir bölüm olarak tıp fakültelerine ait uygulama ve araştırma merkezi olmalı, idari ve finansal yönetimi de tıp fakültelerine bırakılmalıdır. Bu çözümler sonucunda yönetim, planlama, hizmet sunumu, eğitim ve araştırma faaliyetlerinde ikilemlerin ve görüş ayrılıklarının olmaması ya da en az seviyede olması beklenmektedir (Songur, 2016, ss. 14-18).

Türkiye'deki üniversitelerde finansal destek çoğunlukla kamu sektörünce sağlanmaktadır. Vakıf üniversitelerinin öğrenci harç gelirleri kamuyla kıyaslanamayacak kadar yüksektir. Öğrenci harç ücretlerinin normal gelirli bir aileye göre oldukça yüksek olması talebi azaltan bir etmendir. Bu durumda da artan vakıf üniversitesi sayısı kamu üniversitelerinin yükünü hafifletememiştir (Akça, 2012, s. 101). Yani mevcut finansal gelirlerin dağılımı ile ilgili sorunların akabinde gelir kapasitesiyle ilgili farklılıklardan da söz etmek mümkündür.

Üniversite hastanelerinde döner sermaye işletmelerinin giderlerini başta personel olmak üzere, ilaç ve tıbbi sarf malzeme, elektrik, su gibi kaynak kullanımına yönelik giderler oluşturmaktadır. Bu giderler giderek artmaktadır. Tıbbi malzeme ve ilaçların hastaneler tarafından karşılanması gerekliliği ve uygulanan geri ödeme sistemi, üniversite hastanelerinin finansal yapısının yönetimini zorlaştırmaktadır. Bununla birlikte üniversite hastanelerinin Sağlık Bakanlığı hastanelerine göre bütçe desteğinin daha az olması da finansal zorluğa neden olur. Üniversite hastanelerindeki sağlık

hizmeti sunumundaki birim maliyetlerin devlet hastanelerine kıyasla daha yüksek olması da eklendiğinde ekonomik anlamda sürdürülebilirlik güçleşmektedir (Yiğit ve Yiğit, 2016, ss. 265-267). Bu sebeplerden dolayı üniversite hastanelerindeki yöneticilere büyük sorumluluklar düşmektedir. Finansal yapıyı güçlü tutmak için kaynakların verimli kullanılması, düzenli performans ölçümü, stratejik planlamalar gerekmektedir.



5. AFİLİASYON

Bu bölümde tıp fakülteleri yönetimi, afiliasyon kavramı ve örneklerine değinilmiştir.

5.1 Üniversiteler ve Kuruluş Amaçları

Latince universitas kelimesinden gelen üniversite kavramı birliği ve bölünmemeyi ifade etmektedir. Üniversite bütün olarak değerlendirilir. Üniversiteler öğrenciler, öğretim üyeleri, öğretim görevlileri, araştırma laboratuvarları, kütüphaneler ve idari yöneticilerden oluşan bir yapıdır. Sahip olduğu donanım ile birlikte ileri seviyede eğitim ve araştırma hizmeti veren ve bünyesinde fakülte, yüksekokul ve enstitüler olabilen kurumlara üniversite denir. Bütün olarak değerlendirildiğinde üniversitelerin ülkelerin bilim merkezleri olduğunu söylemek yanlış olmaz. Ülkelerin gelişimine yön verecek birçok araştırma yapmış olan ve buluşa imza atan üniversiteler yıllar boyunca yönetim stratejileri açısından yönlendirici olmuştur (Tozlu ve diğ., 2016, s. 498).

Üniversiteler kurum olarak sosyal boyuta da sahiptir. Toplumsal dönüşümler üniversiteleri etkilemekte olup özellikle de 1960'lı yıllardan itibaren dünyadaki toplumsal dönüşümlerin etkileri en çok üniversitelerde ortaya çıkmıştır (Bingöl, 2012, ss. 42-54).

Üniversitelerin kurulma gerekçeleri birden fazladır. Bölgesel ve ulusal istihdamın sağlanması, kurulduğu bölgedeki ticari hayatın canlanması, eğitim hizmetlerinin bölgelere yayılması amacıyla kurulabilmektedir. Üniversiteler kurulum aşamasından sonra gelişimlerini sürekli devam ettirmektedirler. Üniversitelerin kurulduktan sonra yenilik kültürünün benimsenmesi ve inovasyon uygulamalarına yer verilmesi büyümesine yardımcı olmaktadır. Bu yüzden üniversiteler eğitim verirken girişimcilik, yenilik gibi konulara sıklıkla yer vermektedir.

5.1.1 Üniversite işlevleri

Üniversiteler bilime ve teknolojik gelişmelere yön veren temel kurumlardır. Üniversitelerin sahip olduğu işlevler Bolay tarafından şu şekilde nitelendirilmiştir (Bolay, 2011, s. 106);

- a)Yaratıcı düşünceye sahip, disiplinli ve sağlam muhakemeli, tutarlı ve geniş ufuklu, yüksek nitelikli kişiler yetiştirmek,
- b)Bilim ve tekniğin gelişmesine katkı sağlamak,

- c) Ülke ve dünya meselelerine çözümler getirmek,
- ç) Liberal eğitim vererek rasyonel düşünen, akılcı çözümler üreten geniş ufuklu ve hür düşünceli nesiller yetiştirmek,
- d) Tenkitçi düşüncenin yayılmasında, yerleşmesinde öncü vazifesi görmek,
- e) Temel bilimlerin ülkemizde gelişmesine katkı sağlamak,
- f) Uygulamalı araştırmalar yapmak; mevcut bilgi ve fikirleri yenileyip zenginleştirilerek korumak,
- g) Meslek dallarının ihtiyacı olan elemanları yetiştirmek,
- h) Kültürün yenileşmesi ve nesilden nesile aktarılmasını temin etmek.

Üniversitelerin sahip olduğu işlevler geliştirici ve çözümücü boyuttur. Yetiştirdiği öğrencilerle, sahip olduğu akademik personelle farklı bilim dallarına ve teknoloji alanlarına büyük destekler vermektedir. Üniversitelerin belirtilen tüm işlevlerinde daha başarılı olması için belirli yeterliliklere ve niteliklere sahip olması önem arz etmektedir. Her üniversitenin fiziki altyapısı, sahip olduğu donanım, akademik personel niteliği ve finansman durumu farklıdır. Ancak üniversiteler açısından sağlanması gereken ortak nitelikler bulunmaktadır. Bu bağlamda bir üniversitenin karakteristik yapısını niteleyebilecek dört kavram bulunmaktadır. Bunlar, evrensellik, özerklik, bilimsellik ve kurumsallıktır. Bu kavramlar aynı zamanda üniversitelerin işlevsel boyutunu tanımlamaktadır. Üniversiteler kendine has işlerinde kendi başına kararları alabilmektedir. İç işlerindeki bu özgürlük üniversitelere özerklik katmaktadır (Bingöl, 2012, ss. 42-54).

Özerklik bakımından üniversiteler, kendi iç işlerinde özgür olup kendi yönetmeliklerini çıkararak bu yönetmeliklere göre hareket edebilir. Ancak yönetmelikler genel mevzuata aykırı olmamalıdır. Yönetim olarak tabi olunan Yükseköğretim Kanunu bulunmaktadır. Burada belirtilen maddeler üniversiteler açısından hem zorunluluk hem de kılavuz niteliğindedir. Üniversitelerdeki bir diğer nitelik olan evrensellik kavramı ise üniversitelerde mevcut yapının, birikimlerin her yerde geçerliliğini öne sürmektedir. Üniversitelerin pozitif bilimlere yönelmesi evrensellik boyutuna ulaşılmasını sağlamıştır (Tuysuz, 2020, s. 185). Üniversite çeşitli kültür ve fikirleri içinde bulunduran bir yapıdır. Sahip olduğu sosyal çeşitlilik küresel etkileşime olanak sağlamaktadır. Bu durum da üniversitelerde evrenselliğin önünü açmaktadır.

Bilimsellik kavramı üniversitelerdeki bir diğer temel niteliktir. Kanıtlanabilir kuramların ve deneysel araştırmaların uygulandığı üniversitelerde gelecek bilim ve teknoloji adına önemli gelişmeler sağlanmaktadır. Özellikle pozitif bilimlere yönelim

üniversitelerde kanıtlanabilir verilerin oluşması yolunda önemli adımlardan sayılmaktadır.

Üniversitelerin yönetmelik çıkarma, yaptırım uygulama gibi düzenleyici faaliyetleri bulunmaktadır. Üniversitelerdeki kuralların uygulanması, liyakat ve kariyer gelişimi konusundaki önü açıklık gibi kavramlar kurumsal niteliğin gelişmesini sağlar.

5.1.2 Üniversitelerin girişimcilik konusundaki rolü

Üniversitelerin işlevleri yalnızca ulusal değil uluslararası etkilere de sahiptir. Bu anlamda üniversiteler teknolojik buluş, sorunlara getirilen çözümsel yaklaşım, bilimsel yenilikler gibi konularda köklü değişimlerin öncüsü olmuştur. Bu tarz yerel ve küresel tüm eylemlerin temelinde iyi bir eğitim, birikim, çaba, cesaret, yenilikçi düşünceler ve destekler bulunmaktadır. Bilimsel ve teknolojik buluşlarda girişimci ruha sahip olunması tamamlayıcı bir husustur. Girişimci kişi başarı odaklı düşünen, gerektiğinde riskten kaçınmayan, azimli ve yetenekli kişilik özelliklerine sahip olmalıdır. Girişimci üniversite amaç olarak belirli alanlarda ticari aktivitelerde etkinlik göstermeyi, girişimci birey özelliklerine sahip öğrenciler yetiştirmeyi esas almaktadır (İbicioğlu ve diğ., 2010, ss. 71-72).

Girişimci üniversite modeli sürekli olarak ve aktif bir şekilde yenilikler yapmaya yönelik faaliyetlerde bulunan bir üniversite yapısını içermektedir. Üniversite global düşünceye sahip modern bir yapıdadır. Bu yapıda piyasanın ihtiyacı olan niteliklerin eğitim kapsamında öğrencilere kazandırılması söz konusudur. Öğrencilerin girişimci nitelikte olması ve aldığı eğitimi ticari hayatta uygulaması beklenir. Girişimci üniversite modeli öğrenci, öğretim üyeleri ve diğer çalışanlar için de inovasyon, sürekli gelişim ve yaratıcılık gibi konularda ilerlemeyi kolaylaştırmaktadır (Telli, 2020, ss. 45-46). Üniversitelerde girişimciliğin desteklenmesi için üniversite ders müfredatlarına girişimcilik ile ilgili dersler eklenmeli, girişimcilik konusu ile ilgili eğitimler düzenlenmeli ve bu konuda destekler sağlanmalıdır (İbicioğlu ve diğ., 2010, ss. 71-72).

5.2 Tıp Fakülteleri

5.2.1 Tıp fakültelerinin yönetimi

Tıp fakültelerinde temel hedef ülkenin ihtiyacına uygun nitelikte hekimler yetiştirmektir. Bu doğrultuda tıp fakülteleri eğitim ve araştırma faaliyetlerinin yürütülmesi, birincil sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi, tıp eğitiminin ileriye taşınması ve sağlık teknolojisine yönelik faaliyetlerin yürütülmesini sağlamaktadır (Eskiocak ve diğ., 2005, ss. 17-22).

2021 yılındaki “Devlet Yükseköğretim Kurumlarında Tıp ve Sağlık Eğitimi Bağlamında Üniversite Hastaneleri Çalıştayı” kapsamında devlet üniversiteleri tıp fakültelerinin sayısının 91 olduğu belirtilmiştir. Devlet üniversitelerine bağlı tıp fakültelerinde 92 bin 159 öğrencinin, vakıf üniversitelerine bağlı tıp fakültelerinde ise 18 bin 152 öğrencinin eğitim gördüğü ve Türkiye’de toplamda 110 bin 331 öğrencinin tıp fakültelerinde okuduğu belirtilmiştir. Bununla birlikte 44 üniversitenin kendisine ait hastanesi bulunurken diğer üniversitelerin afiliye hastanelerde eğitim ve araştırma hizmetlerini sürdürmekte olduğu belirtilmiştir.

Gelişmiş ülkelerde benimsendiği üzere ülkemizde de tıp eğitimi konusunda faaliyet gösteren özel anabilim dalları tıp fakültelerinin bünyesinde kurulmuştur. Dünyada tıp eğitimiyle ilgili ilk birim Case Western Reserve Üniversitesinde kurulmuştur. Türkiye’de ise 1977 yılında kurulan İstanbul Tıp Fakültesi Tıp Eğitimi Araştırma Enstitüsü bu alanda ilk olma niteliği taşımaktadır. Bu enstitünün ismi sonradan değişerek Tıp Eğitimi Araştırma ve Uygulama Merkezi adını almıştır. Tıp eğitimindeki değişimler anabilim dallarının kurulması ile değişim göstermektedir. Bu değişim olumlu yönde olup, tıp eğitiminin daha sistemli ve anlaşılır olmasını sağlamıştır. Eğitim sisteminin avantajları ve dezavantajları tartışılmaya başlanmıştır. Ayrıca tıp eğitiminin geliştirilmesi, sürekli yenilenmesi amaçlanmıştır. Bu gelişimle birlikte özellikle YÖK’ün kurulmasından sonra tıp fakültelerinin sayısında artış olduğu gözlenmektedir (Başer ve Şahin, 2017, ss. 76-78).

Fakültelerdeki tıp eğitiminden sorumlu kişi dekanıdır. Tıp eğitimi yönetim ve organizasyonunda en tepede bulunan dekanların idari faaliyetlerde, eğitim-öğretim planlamalarında yetkisi bulunmaktadır. Bunların yanında fakültelerin bütçe tasarısını hazırlamak, fakülte yönetimiyle ilgili kararlarda yer almak, öğrenci işleriyle ilgili kararlar vermek gibi görevleri vardır. Tıp öğrencilerinin uygulama eğitimleri genellikle üniversite fakültesine bağlı sağlık uygulama ve araştırma hastanelerinde gerçekleştirilmektedir (Eskiocak ve diğ., 2005, ss. 17-22).

5.2.2 Tıp eğitimi konusu

Tıp eğitiminde öncü olarak ABD'deki Case Western Reserve Üniversitesi olarak görülmüştür. 1958 yılında ilk tıp eğitimi birimi bu üniversite tarafından kurulmuştur. Tıp eğitiminde verilen bilgileri teorik dışındaki uygulanabilir sistemlerle bağdaştıran bir sistem olan “entegre tıp eğitimi” denilen modern bir yaklaşımı benimsemiştir. Bu yaklaşım sayesinde tıp eğitimi alan öğrenciler hastalıklar ve diğer sağlık problemleri üzerinden karşılığı olan örnekler bulabilmiştir. Bu durum tıp eğitiminde aktarılan bilgiler konusunda entegrasyonu sağlamıştır. Bu sistem günümüzde de pek çok üniversite tarafından benimsenmiştir. Türkiye’de ilk olarak Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesinde ardından diğer birçok üniversitenin tıp fakültelerinde de uygulanmaya başlamıştır.

5.2.2.1 Türkiye’de tıp eğitimi

Türkiye’de tıp eğitimi 6 yıl süren bir lisans eğitimi dâhilindedir. Mezuniyet öncesi tıp eğitimi olarak adlandırılan bu dönemdir. Sonrasında ise 4-6 yıl sürebilen uzmanlık ihtisası yer almaktadır. Türkiye’deki tıp eğitimi üniversitelerin tıp fakültelerinde ve hastanelerde verilmektedir (Bilir, Afiliasyonun Tıpta Uzmanlık Öğrenci Eğitimine Etkisi, 2018, ss. 166-167). Tıp eğitimi yaşam boyu sürmesi ve geliştirilmesi gereken bir eğitimidir. Bu nedenle aktif eğitim yöntemi mezuniyet sonrası dönemde de benimsenmeli, mesleki yetenek sürekli geliştirilmeye çalışılmalıdır. Güncel tıp gelişmelerinin takip edilerek yeniliklere uyum sağlanması bunun önemli bir parçasıdır. Gelecek dönemde tıp fakültelerinde hekimlerin gelişmelerini sağlayacak ve bilgilerini yenilemelerine katkıda bulunacak tıp eğitimi komisyonları kurulmalıdır. Bununla birlikte yetiştirilen hekimlerin bilgi birikimlerinin sürekli olarak değerlendirilmesi ve geliştirilmesi sağlanmaya çalışılmalıdır. Gerek Sağlık Bakanlığı gerekse diğer kuruluşlar tarafından kontrol mekanizmalarının oluşturulması sağlanmalıdır (Ercan, 2016, ss. 47-50).

5.2.2.1.1 Türkiye’de tıp eğitimindeki sorunlar

Tıp eğitiminde öğretim üyelerinin yalnızca alanında uzman olması değil bunun yanında iyi bir eğitimci olmaları beklenmektedir. Tıp eğitimi sunan öğretim görevlilerinin aynı zamanda diğer görevlerinin de olması etkinliği azaltabilmektedir. Üniversite hastanelerinde hasta bakmak, tıp öğrencilerine eğitim ve öğretim hizmeti

vermek ve araştırma faaliyetlerine zaman ayırmak sürdürülen görevlerdeki başarı oranını düşürebilmektedir. Bununla birlikte performans sisteminin olumsuz etkilerinin minimize edilmesi gerekmektedir. Çünkü hizmet odaklı düşünce öğretim görevlilerinin bu alana yoğunlaşmasını ve performans kriterlerini düşünerek hareket etmesini sağlar. Fakat bu durum diğer işlevler olan eğitim, araştırma gibi konularda öğretim üyelerinin yetersiz kalmalarına sebep olabilmektedir. Bu yüzden performans sistemi hakkında düzenlemeler yapılması önerilmektedir.

Tıp eğitiminin mezuniyet öncesi dönemdeki son dönemi olan intörnlik dönemi de birtakım sorunların ortaya çıktığı süreçlerden biridir. Tıp fakülteleri öğrencileri, esas işlevi birinci basamak sağlık kuruluşlarına hekim yetiştirmek olan tıp fakültelerinin bu işlevi ile kariyer planlaması dâhilindeki TUS arasında kararsızlıklar yaşayabilmektedir. Başlı başına ciddi bir eğitim ve disiplin gerektiren intörnlik dönemi tıp öğrencilerinin uygulamalı olarak da birçok olguyu öğrendikleri dönemdir. Bu dönemde tıp öğrencilerinin bir kısmı intörnlik konusunda hassasiyet göstererek bu süreçteki öğrenme faaliyetlerine önem vermektedir. Fakat öğrencilerin bir diğer kısmı da TUS düşünerek kariyer planlamasını bu doğrultuda yapmak istemekte ve intörnlik döneminde diğer öğrencilere göre daha pasif olabilmektedir. Bu durum intörnlik öğrenimleri ve TUS rekabeti açısından her iki öğrenci grubunda farklılık gösterebilmektedir. TUS sonuçlarının fakülte başarısının ölçümünün bir göstergesi olması sebebiyle fakülte de bu konuda ikilem yaşayabilmektedir. Fakültenin verdiği intörnlik eğitiminin pratik uygulamaların öğrenildiği yer olmasının gereklilikleri, TUS kaygısı nedeniyle öğrenciler tarafından yeterince aktif geçirilememektedir.

Ayrıca üniversitelerin mezuniyet sonrası uzmanlık eğitiminde de birtakım sorunların meydana gelebildiği görülmektedir. Uzmanlık öğrenci kontenjanlarının azalması ve yeni açılan kontenjanlar arasında üniversite hastaneleri ile eğitim araştırma hastaneleri arasında eşit olmayan bir dağılım olduğu görülmektedir. Bununla birlikte vakıf üniversitelerine de çok az uzmanlık öğrencisi verildiği görülmektedir. Uzmanlık öğrencisi dağılımındaki toplam dengesizlik uzmanlık öğrencisi kabulünde objektif ve standart kriterler getirilmesini zorunlu kılmaktadır. Uzmanlık öğrencisi dağılımında eşitliğin sağlanması gerekmektedir (Ercan, 2016, ss. 47-50).

5.2.2.2 Dünyada tıp eğitimi

Dünyadaki üniversitelerde tıp eğitimine ilişkin pek çok farklı model bulunmaktadır. Probleme yönelik öğrenme, eğitim merkezlerinde senaryoların uygulandığı öğrenci odaklı bir eğitim modelidir. Göreve dayalı öğrenme ise aktif öğrenme metotlarını temelinde barındırması ve öğrenci merkezli olması yönüyle probleme dayalı öğrenme modeli ile benzerlik göstermektedir. Fakat öğrenmenin merkezinde senaryolar yerine, hastanın semptomu veya klinik sorunlarını konu alan görevler bulunmaktadır. Bu model probleme dayalı öğrenme ile entegre sistemi birleştirmesi yönüyle öğreticilik yönünden avantaj sağlamaktadır. Bu modelde öğrenme sürecine yönelik öğrenci çalışma rehberleri gibi öğretim araçları uygulanmaktadır. Bu rehberler öğrenmeye katkı sunarak, öğrenme kaynaklarının öğrenim hedeflerine daha doğru yönlendirilmesini sağlamaktadır. Dünyada tıp eğitimi süreleri ülkeden ülkeye farklılık göstermektedir. Bazı ülkelerde intörnlik dönemi temel tıp eğitiminin süresi içerisinde, bazılarında ise 1 veya 1,5 yıllık ek sürede tamamlanmaktadır. Örneğin Belçika’da tıp eğitimi 7,5 yıl iken Hollanda ve Almanya’da tıp eğitiminin süresi 6 yıldır (Turan Özdemir, 2005, s. 134).

Dünyada tıp eğitimiyle ilgili standartlar üzerine araştırmalar yaparak verilen tıp eğitimin kalitesini geliştirmeyi hedefleyen uluslararası çaplı kuruluşlardan biri World Federation For Medical Education (WFME) yani Dünya Tıp Eğitimi Federasyonudur. WFME hekimlerin eğitim ve öğretim faaliyetleriyle ilgilenmektedir. Uluslararası anlamda geçerliliği olan ve yeterlilik konularıyla ilgili araştırmalar sunan bir kuruluştur. Dünya Tıp Eğitimi Federasyonunun amacı tıp eğitiminin kalitesini sürekli geliştirmektir. Tıp eğitiminin amacı ise insanların sağlıklı hayat sürdürebilmesi için ihtiyaç duyulan hekimleri yetiştirmektir.

WFME tıp eğitiminin gelişmesiyle ilgili kendisini güncelleyerek yeni standartlar yayınlamaktadır. Belirlediği standartlar tıp eğitimi konusunda yol gösterici niteliktedir. Eğitim hizmetleri konusunda bir rehber olmayı hedeflemektedir. Tıp fakültelerinin asgari kalite şartlarını sağlayarak tıp eğitimi konusunda uluslararası düzeyde geçerliliği olan eğitim seviyelerine ve akreditasyon koşullarına sahip olmalarını amaçlamaktadır.

5.2.2.2.1 Dünya Tıp Eğitimi Federasyonuna göre tıp fakültesi açılması için gerekli kriterler

Dünya Tıp Eğitimi Federasyonu yeni bir tıp fakültesi açılırken yedi kriterin olması gerektiğini belirtmiştir. Bu kriterler şöyle açıklanabilir (<https://wfme.org>, et 2022);

- a) İhtiyacın belirlenmesi: Tıp fakültesine ve araştırma faaliyetlerine duyulan gereksinimi ifade eder.
- b) Program taslağı: Tıp fakültesi plan programlar ve nitelikleri, öğrenci sayıları, müfredat gibi konuları içerir.
- c) Klinik tesisler: Sayı olarak yeterli düzeyde klinik eğitim alınabilecek birimlerin olmasını ifade eder.
- d) Ekonomik kaynaklar ve iş planı: Kurulum sırasında yapılacak bina, cihaz ve öğrenci masraflarını baz alarak oluşturulan sermaye yapısını anlatır.
- e) Fiziksel tesisler: Eğitim öğretim verilecek tesisler, laboratuvarlar, kütüphaneler ve diğer binalar, altyapı tesisleri, ulaşım hatları gibi kriterleri kapsar.
- f) Akademik, klinik, idari ve liderlik konuları ve personel alımı: İşe alınan personelleri, destek hizmetlerini, araştırma ve geliştirme konularını ve yöneticilik işlerini ifade eder.
- g) Öğrenciler: Alınacak öğrenci sayıları, öğrenci işleri ve planlamaları gibi konuları içerir.

Bu kriterler tıp fakültesinin sürekliliği konusunda aydınlatıcıdır. Gerek yönetim gerekse finansal anlamda yapılan planlamalar ile birlikte uygun girdilerin sürece dâhil olmasıyla günümüz koşullarına uygun bir tıp eğitimi verilmesi sağlanabilir.

5.2.2.3 UÇEP ve tıp eğitimindeki yeri

Tıp eğitimindeki standartlar ve yenilikler neticesinde Ankara, Dokuz Eylül, Gazi, Hacettepe, İstanbul (İstanbul ve Cerrahpaşa) ve Marmara Üniversiteleri Tıp Fakülteleri temsilcilerinin katılımıyla bir çalışma kurulu oluşturulmuştur. Ulusal Çekirdek Eğitim Programı (UÇEP) bu çalışma kurulun faaliyetleri neticesinde geliştirilmiştir. Ulusal ÇEP ile tıp eğitim programlarında yer alması gereken konuların ve müfredatla ilgili diğer eğitim standartlarının belirlenmesi için çalışılmıştır. UÇEP 2003 yılında yürürlüğe girmiştir. Türkiye'deki tıp eğitimi programlarının ders içerikleri belirlenmesi konusunda önemli bir konuma sahiptir (Altıntaş ve diğ., 2012, s. 7).

Ulusal çekirdek yönetim programı (UÇEP) tıp eğitiminin amacı Türkiye’deki sağlık problemlerini bilen ve birinci basamak sağlık kuruluşlarında bu sorunları çözebilecek hekimler yetiştirmektir. Ayrıca bu kuruluşlarda çalışacak hekimlerden yeterlilik, araştırmacılık, kendini geliştirici faaliyetler ve mesleki etik ilkelerine bağlılık beklenmektedir (Uysal, 2019, ss. 3-4).

Ulusal Çekirdek Eğitim Programı (UÇEP) 2014 yılında güncellenmiş ve her 6 yılda bir yenilenmesi kararlaştırılmıştır. UÇEP’in yenilenmesi ile ilgili çalışmalarda her anabilim dalını temsil eden en az bir kişinin bulunmasına çalışılmıştır. Ayrıca önceki çalışma komisyonlarındaki üyelerin bir kısmı gelecek komisyonlara dâhil edilmiş ve bu üyelerin önerilerinin de gelecek komisyonların çalışmalarına ışık olması sağlanmıştır.

UÇEP kararlarının alınmasının nihai olarak Tıp Eğitimi Programlarını Akreditasyon ve Değerlendirme Derneği (TEPDAD) ve tıp fakültelerinden görüş alınarak gerçekleşmesi sağlanmıştır. UÇEP kararları sonrasında tıp fakültelerine eğitim içerik ve standartları ile ilgili tanımlamalar yapılması sağlanmıştır. Tıp fakültelerinin bu eğitim programlarına göre eklemeler ve katkılar yapılması beklenmiştir (<https://www.yok.gov.tr>, 2020).

Tıp fakültelerinin üzerine düşenlerden biri de tıp eğitimi konusunda UÇEP ile uyum sağlamasıdır. Yapılan eğitim düzenlemeleri ve değişikliklerinin akabinde her fakülte öz değerlendirmesini yapmalıdır. Fakülteler ders sürelerini, eğitim programındaki içeriklerin UÇEP ile uyumunu ve sınav ölçme değerlendirme sistemini tekrar gözden geçirmelidir (Gürpınar ve diğ., 2015, s. 13).

5.2.2.4 UÇEP ile hedeflenen kazanımlar

UÇEP’in kullanılması ile ulaşılması hedeflenen temel kazanımlar şöyle açıklanabilir (<https://www.yok.gov.tr>, 2020);

- 1) Tüm tıp fakültelerinde akreditasyon süreçlerinde de istendiği şekilde özellikle eğitim programlarının UÇEP’e uyum çalışmalarının yapılması hedeflenmektedir.
- 2) Fakültelerin müfredatlarında UÇEP’i ölçüt alması ile aynı temel bilgi ve becerilere sahip hekimler yetişir.

- 3) Öğrencilerin tıp eğitimi süresince kazanacakları bilgi ve beceriler, ilgili konuların toplumun ihtiyaç ve görülme/kullanılma sıklığına göre eğitim programında yer almaktadır.
- 4) Öğrenciler eğitim programlarının UÇEP'e uygunluğunu denetleyebilir.
- 5) UÇEP'in Tıpta Uzmanlık Sınavı içeriği ile uyumu üzerinde başlanılan çalışmanın düzgün devam etmesi ve sınava yansması amaçlanır.

Ulusal düzeydeki tıp eğitiminde geleceğe ışık tutma ve tıp eğitimine yön verme konularında UÇEP'in payı büyüktür. Bu programın tıp eğitimine entegrasyonu hızla sağlanmaktadır. Bu doğrultuda fakülte dekanları, öğretim üyeleri ve öğrenciler kendilerini sürekli geliştirerek ve UÇEP'e uyum sürecinde çaba göstererek tıp eğitiminin gelişmesine katkıda bulunabilirler.

5.2.2.5 Tıp eğitimi sistemleri

Dünyada uygulanan tıp eğitimi modellerine bakıldığında başlıca uygulanan sistemler “klasik tıp eğitimi sistemi, entegre tıp eğitimi sistemi, probleme dayalı tıp eğitimi sistemi” olarak üç tanedir. Ülkemizde ise genellikle entegre tıp sistemi görülürken sayıca az bir kısmı da klasik tıp eğitimi sistemini benimser. Dokuz Eylül Üniversitesi ve Ankara Üniversitesi Tıp Fakültelerinde ise probleme dayalı tıp eğitimi sistemi uygulanmaya başlamıştır.

Klasik tıp eğitimi sistemi, 1900'lü yılların başına görülen en eski tıp eğitimi sistemlerinden biridir. Bu sistemde konular müfredatça belirlenen sıraya göre anlatılmakta ve bütün olarak kavranması zor olmaktadır. Verilen bilgilerin öğrencilerce karıştırıldığı ve hafızada kolay kalmadığı düşünülmektedir. Çünkü derste anlatılan konular arasında kopukluklar meydana gelmektedir. Örneğin bir derste kardiyolojik durumlardan bahsedilirken sonraki ders sinir sistemine yönelik durumlara değinilebilmektedir. Akılda kalması zor olduğu düşünülen bu sistem sonrasında ilerleyen dönemlerde bu eksikliklerin giderilmesi düşünülerek entegre tıp eğitimi sistemi tasarlanmıştır. Bu sistemde anlatılan bir konunun tüm boyutlarıyla birlikte verilip kavranması ardından başka bir konuya geçilmesi sağlanmıştır. Örneğin karaciğer anatomisi ve fizyolojisi bir arada anlatılmış, karaciğerin patolojik durumları da aynı konu içinde verilmiş sonrasında böbrek anatomisi ve fizyolojisi konusuna geçilmiştir. Son olarak ortaya çıkan probleme dayalı tıp eğitimi sistemi örnekler üzerinden konuyu kavratma metodunu kapsar. Bir vaka anlatılarak konu

içeriğindeki klinik tablo ve terminolojik bilgilerin anlaşılması beklenir. Bu sistemde vaka senaryoları aktarılırken simülasyon tarzı uygulamalar ile desteklenebilir (Demirel Yılmaz, 2006, ss. 1-3).

Türkiye’deki tıp fakültelerinde yürütülen eğitim modelinin (klasik, entegre, aktif, hibrit = entegre + probleme dayalı) gereği olan altyapı ve donanımlar sağlanmalıdır (<https://www.yok.gov.tr>, et 2022).

5.2.3 Tıp fakültelerinin kuruluşu

Türkiye’de ilk açılan tıp fakültesi İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi olup sonrasında Ankara, Ege, Atatürk, Hacettepe ve Dokuz Eylül Üniversitelerine bağlı tıp fakülteleri açılmıştır. İlk olarak Dr. Refik Saydam ile modern tıp eğitiminin temelleri atılmıştır. 2010 yılından önce tıp eğitimi YÖK’e bağlı tıp fakülteleri hastanelerinde verilmekteyken sonraki süreçte tıp fakülteleri ve Sağlık Bakanlığı bünyesindeki eğitim ve araştırma hastanelerinin ortak kullanıma başlanmasıyla Sağlık Bakanlığı hastanelerinde de verilmeye başlanmıştır. Sağlık Bilimleri Üniversitesinin (SBÜ) 2015 yılında kurulmasıyla birlikte çok sayıda eğitim ve araştırma hastanesi üniversite çerçevesinde örgütlenerek öğrenci kabulüne başlamıştır (Bilir ve Kaçal, Türkiye’de Afiliasyonun Tıp Eğitimindeki Yeri, 2018, ss. 33-34).

Türkiye’de tıp fakültelerinin kuruluş biçimlerinin üç şekilde gerçekleştiği görülmektedir. İlkinde önce üniversite kurulmaktadır. Kurulu olan mevcut üniversite bünyesine sonradan bir tıp fakültesi kurulmaktadır. İkinci grupta bu kez önce tıp fakültesi kurulmakta ardından üniversite kurumsallaşmaktadır. Son olarak üçüncü grupta hem üniversite hem de tıp fakültesi aynı zamanda kurulmaktadır (Atıcı ve Atıcı, 2013, s. 2).

5.2.3.1 Tıp fakültelerinin eğitime başlaması ve sürdürmesi için gereken asgari koşullar

Tıp fakültelerinde eğitime başlanması ve bu eğitimin sürdürülebilmesi için gerekli olan asgari koşullara yönelik genel ilkeler aşağıdaki gibidir (<https://www.yok.gov.tr>, et 2022);

- 1) Asgari ölçütler, 60 öğrenciye kadar olan kontenjanlar için belirlenmiştir.
- 2) Derslikler, okuma salonları, kütüphane, laboratuvarlar ve yemekhane gibi fiziki mekânlar, öğrenci sayısına göre “Asgari Mekân Standartları” göz önünde

bulundurularak planlanmalıdır. Fiziki mekânlar, büyüklüğüne göre uygun aydınlatma, havalandırma, ses ve görüntü sistemlerine sahip olmalıdır.

3) Kütüphanede her bir program için ilgili alanlarda basılı yayınlar ve ders kitapları bulunmalıdır. Her bir dersle ilgili "Kaynak (Text book)" kitaplarının son baskılarından en az 10'ar tane, ayrıca online erişime açık elektronik veri tabanları olmalıdır.

4) Öğrenciler için gerekli spor tesisleri ve sosyal olanaklar, ayrıca konferans salonları sağlanmalıdır. Öğrenci kulüpleri ve sosyal çalışmalara destek verilmeli, bunlar için uygun alanlar gösterilebilmelidir.

5) Eğitim programları, "Türkiye Yeterlikler Çerçevesi" (TYÇ) ile "Çekirdek Eğitim Programını" (ÇEP) kapsayacak şekilde düzenlenmeli; öğrenci alımından önce ders bilgi paketleri hazırlanmalı ve her bir dersin AKTS karşılıkları belirlenmiş olmalıdır.

6) İngilizce ve Türkçe Programların her biri için asgari öğretim üyesi sayısı ayrı ayrı hesaplanmalıdır.

5.2.3.2 Sağlık uygulama ve araştırma merkezleri

Sağlık uygulama ve araştırma merkezleri üniversite tıp fakültelerine bağlı olarak kurulmaktadır. Sağlık uygulama ve araştırma merkezleri yetkin ve donanımlı tıp ve sağlık personelleri yetiştirmeyi hedeflemektedir. Bunun yanı sıra sağlık hizmetleriyle ilgili eğitim ve araştırma faaliyetleri verilmesini sağlamaktadır. Bu faaliyetlerin amacı birey ve toplum sağlığını korumak ve sağlık hizmetlerini geliştirmektir. Sağlığın geliştirilmesi hizmetleri doğrultusunda eğitimler planlayarak sağlık bilinci oluşturulmasını sağlar. Bu bilincin oluşması için diğer kurum ve kuruluşlarla iş birliği yapar. Tıp fakülteleri sağlık uygulama araştırma merkezi için asgari standartlar şunlardır (<https://www.yok.gov.tr>, et 2022);

1) Üniversitenin öğrenci sayısı ile orantılı şekilde eğitim için gerekli, yılda en az 60 öğrenci alan bir Tıp Fakültesine ve Çekirdek Eğitim Müfredatına uygun eğitimi sağlayacak şekilde sağlık hizmeti veren üniversiteye ait İç Hastalıkları, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, Genel Cerrahi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Dallarında en az 80, diğer uzmanlık dallarında toplamda 90, Yoğun Bakımlarda 30 yataklı olmak üzere en az 200 yataklı Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi (Üniversite Hastanesi) veya aynı özelliklere sahip birlikte kullanım ve/veya işbirliği protokolü Yükseköğretim Kurulu tarafından kabul edilmiş bir hastanesi olmalıdır. Yıllık kontenjanı 60 ile 120 öğrenci arasında olan tıp eğitimi programlarında hastane yatak kapasitesi en az 400 olmalıdır

2) Tıp Fakültesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezlerinde ve afiliye hastanelerde klinik uygulama eğitimlerini yapan 4. ve 5. sınıf öğrencileri için derslikler, kütüphane/okuma salonları, konferans salonu/toplantı salonları bulunmalıdır.

3) Bir üniversite en fazla iki hastane ile afiliye olabilir.

5.2.4 Tıp fakültelerinin akreditasyon konusu

Sağlık alanında olduğu gibi eğitim alanında da akreditasyon konusu gündemdedir. Eğitim kurumlarının akredite olması kurumsallaşma, tanınırlık, başarı göstergesi olarak önemli bir faktördür. Üniversiteler tıpkı sağlık kurumları gibi akreditasyon için başvuruda bulunabilirler. Fakülte olarak ya da program olarak akredite olabilirler. Akreditasyon üniversitenin kurumsallaşması açısından oldukça önemlidir (Demirel Yılmaz, 2006, ss. 1-3). Üniversite tıp fakültelerinin akreditasyonunda geçerli ve yetkili kurumlardan biri olan Tıp Eğitimi Programlarını Akreditasyon ve Değerlendirme Derneği (TEPDAD) tıp eğitiminin akreditasyonu konusunda yetkilidir. Tıp eğitiminde önemli bir statüsü olan TEPDAD 2010 yılında kurulmuş olup Yükseköğretim Kalite Kurulu (YÖKAK) tarafından yetkilendirilmiştir. Aralık 2017’de yayınlanan Tıp Eğitimi Programları Akreditasyonu Başvurusu ve Değerlendirme Esasları Yönergesi akreditasyon değerlendirilmesi süreciyle ilgili koşulları ve süreci açıklamaktadır. Buna göre TEPDAD’a bu konuda düşen görev tanımları ve faaliyetler belirtilmiştir. TEPDAD tıp eğitiminin kalitesinin yükseltilmesi amacıyla hizmet vermektedir. YÖKAK ise yükseköğretim kurumlarının eğitim-öğretim, araştırma ve geliştirme faaliyetlerini geçerliliği olan belirli standartlar ölçüsünde değerlendirerek akreditasyon işlemlerini yerine getiren kuruluştur. TEPDAD’ın esas amacı tıp eğitiminin kalitesini yükselterek, nitelikli hekim yetiştirilmesi ve etkin bir sağlık hizmeti sunulmasına yardımcı olmaktır. TEPDAD bu amaçlarla tıp ve sağlık bilimleri eğitim programlarını değerlendirir ve akreditasyon kararı verir. Akreditasyon konularında ulusal ve uluslararası kuruluşlarla iş birliğinde ve değerlendirmelerde bulunur. Günümüz koşullarına uygun ve ileriye dönük hizmet hedefleyerek sürekli araştırma ve geliştirme faaliyetlerinde bulunarak verilerini günceller (<https://tepdad.org.tr>, 2017).

5.2.5 UTEAK ve tıp eğitimi akreditasyonu konusundaki konumu

YÖKAK tarafından yetkilendirilen ve uluslararası geçerliliği bulunan TEPDAD’ın bünyesinde Ulusal Tıp Eğitimi Akreditasyon Kurulu (UTEAK) bulunmaktadır. UTEAK tıp eğitimi programlarını akreditasyon konusunda değerlendirmektedir. UTEAK akredite olup olmama konularında hizmet verirken rapor sonuçlarını değerlendirir. Hizmetlerini TEPDAD’a bağlı olarak gerçekleştirmektedir. Üniversiteler TEPDAD’a akredite olma isteği ile belirtilen tarihler arasında başvuruda bulunurlar. TEPDAD’a bağlı olarak UTEAK değerlendirme ziyaretlerinde

bulunarak bir rapor hazırlar. UTEAK 2008 yılında kurulmuş olup Dünya Tıp Eğitimi Federasyonu tarafından tanınmıştır. UTEAK bünyesinde üç alt komisyon bulunmaktadır. Bunlar Değerlendirme ve İzleme Ziyareti Komisyonu (DİZK), Standartları Belirleme ve Geliştirme Komisyonu (SBGK) ve Danışmanlık ve Eğitim Komisyonu (DEK) olarak UTEAK'ın görevlerini yerine getirmektedirler. DİZK, akreditasyon için ziyarette bulunan kurumların akreditasyon değerlendirme raporlarını hazırlar. Raporların sonucunu UTEAK'a bildirir. Akreditasyon için aday olan kurumlara periyodik olarak izlemler yapmaktadır. UTEAK'ın diğer birimi olan SBGK ise ulusal veya uluslararası kalite ve akreditasyon standartları belirlemektedir. Kendisini sürekli yenileyerek standartların güncellenmesini sağlar. Diğer birim olan DEK ise akreditasyon konularıyla ilgili ziyaret edilen veya henüz başvurmuş olan kuruluşlarla ilgili danışmanlık, yazışmalar, bilgilendirme işlemlerini yerine getirmektedir. Akredite olmaya hak kazanan kuruluşlara ilgili belgeleri hazırlar ve iletimini sağlar (Layık ve diğ., 2017, ss. 127-129).

5.3 Afiliasyon Kavramı

Afiliasyon yabancı kökenli bir kelimedir. Anlamına bakıldığında “evlat edinme, birleşme, yakın ilişki, üyelik” gibi anlamlara geldiği söylenebilir. Türkiye'deki ilk yasal düzenleme, 30.01.2010 tarih ve 27478 sayılı Resmi Gazetede yer alan 5947 sayılı kanununda yer aldığı şekli ile” 07.05.1987 tarihli ve 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu”na ek madde 9'un ilavesi ile gerçekleşmiştir. Bu maddede Sağlık Bakanlığına bağlı sağlık kurumları ile üniversitelerin ilgili birimlerinin, Bakanlık ve üniversitelerce karşılıklı olarak iş birliği çerçevesinde birlikte kullanılabileceği belirtilmiştir (Yürümez ve diğ., 2018, ss. 38-41). Afiliasyon anlaşmaları sıklıkla ortak kullanım, iş birliği anlamlarına gelmekle birlikte, hastaneler ile üniversiteler arasındaki altyapı, donanım ve diğer olanakların birlikte kullanımını sağlayan anlaşmalardır.

Nitelikli hekimler yetiştirmeyi hedefleyen tıp eğitiminin maliyetli olması, önemli altyapı sistemi gerektirmesi nedeniyle afiliasyon konusu gündeme gelmektedir. Afiliasyonda öğretim üyeleri hastanelerde görev yapmakta ve hem tıp fakültesi öğrencilerinin eğitimine hem de asistanların tıpta uzmanlık eğitimlerine destek olmaktadır (Bilir ve Kaçal, Türkiye’de Afiliasyonun Tıp Eğitimindeki Yeri, 2018, ss. 33-34).

Günümüz sağlık kuruluşları sağlık sistemleri ile ilgili pek çok seçeneği keşfetmek üzere iş birliği ve birlikte kullanım anlaşmalarını da kapsayan iş dönüşüm süreçlerine hazırlanmaktadır. Afiliasyon anlaşmaları fonların veya pahalı yüksek teknolojilerin paylaşımını sağlayarak ekonomik rahatlama sağlamaktadır. Koordine ve iyi yönetilen afiliye kuruluşlarda daha geniş hizmet ağı, tekrarlayan hizmetlerde azalma ve maliyet tasarrufları sağlanmaktadır (Schneider, 2016, ss. 342-345).

Afiliasyon, dünyadaki üniversitelerde uzun zamandır yapılan iş birliği şeklidir. Harvard Üniversitesi de dâhil olmak üzere Amerika'daki birçok üniversitenin hastaneleri afiliyedirler. Birçok Avrupa ülkesinde de afiliasyon modellerinin sıkça tercih edildiği söylenebilir. Türkiye'de de pek çok üniversite tıp fakültesi afiliasyon modellerini uygulamaktadır. Bu anlamda afiliye olan ilk üniversite Sakarya Üniversitesi'dir. Afiliye olan üniversiteler hizmet kalitesini artırmayı hedefler. Bu doğrultuda afiliasyon eğitim ve araştırma hizmetlerine de verilen yoğunluğu artırabilmektedir. Üniversitelerde afiliasyon ile birlikte kaynakların daha verimli kullanılması hedeflenmektedir. Özellikle üniversitelere yüklenen mali yükümlülükler ve oluşan finansal yönetim zorlukları afiliasyon anlaşmalarının ilk nedenlerinden olmuştur. Afiliasyon üniversitelerdeki yöneticilerin, öğretim görevlilerinin yükünün hafifletilmesi, yeni araştırmalar ışığında farklı bilgilerin keşfedilmesi, nitelikli insan gücünün yetişmesi, sağlık hizmetlerinde kalitenin artırılması, hizmet maliyetlerinin azaltılması ve çalışanların bilgi beceri gelişimleri konularında katkılar sağlamaktadır (Ülger ve diğ., 2015, s. 169). Afiliasyon klasik bir birleşmeye benzer ama ortakların ayrı ayrı korunmasına izin vermektedir. Bunun yanında önceki yönetim yetkilerini korur ve belirli miktarda bir özerklik sunmaktadır (Schneider, 2016, ss. 342-345).

5.3.1 Afiliasyonu gerektiren durumlar

Afiliye olan hastaneler tıbbi hizmetlerin bel kemiğidir. Afiliye hastaneler öğrencilerin klinik bilgiye daha kolay ulaşmaları, bilgiye odaklanabilmeleri ve pratik olarak operasyonları gerçekleştirebilmeleri için klinik gerçekliği simüle edebilen bilimsel araştırma ve eğitim ihtiyaçlarına yönelik laboratuvarlar oluşturmalıdır. Afiliye hastanelerde bilimsel araştırma hizmetlerinde süreklilik sağlanmalı ve bu faaliyetler sürekli kontrol edilmelidir (Geng, 2021, s. 132).

Afiliasyonun gerektiği bazı durumlar bulunmaktadır. Sağlık kurumlarında afiliye olmayı gerektirebilecek bu durumlar şunlardır (Songur ve Babacan, 2016, s. 92);

- 1) Büyümeye Yönelik Faktörler: Sağlık kurumlarında yapılan stratejik yatırımlara rağmen pazarda gelişememe veya mevcut pazar payının korunamaması durumu afiliye olma nedenlerindendir.
- 2) Örgütsel Faktörler: Örgütsel faktörler kurumsal bazda olan bazı faktörleri ifade eder. Hekimlerin başka sağlık kurumlarını tercih etmesi, daha kurumsal sağlık kuruluşlarının hekimleri kadrosuna almaları ve personel sayısında ya da niteliğinde problemler yaşanması gibi faktörleri kapsar.
- 3) Finansal Faktörler: Sağlık kuruluşlarının sermayesinin yetersiz kalması ve bunun yapılacak yatırımlara yansımaları, uzun vadedeki finansal analizin olumlu gözükmemesi gibi durumlardır.
- 4) Klinik Faktörler: Hizmet kalitesinin rakiplerin gerisinde kalması, yeterli hekimin sağlık kurumuna çekilememesi ve hastaneye olan erişimin yetersiz olması klinik faktörlerdendir.
- 5) Operasyonel Faktörler: Sağlık kuruluşlarının stratejik hedeflerinin sonucu olarak kârlılığını artırma arzusu, ölçek ekonomisinden yararlanma isteği, çalışan personellerin aldıkları ücretleri yeterli bulmaması ve çalışan personel devir hızının beklenenden daha yüksek düzeyde olması operasyonel faktörlerdendir.

5.3.2 Afiliasyon türleri

Afiliasyon ile ilgili açıklamalar Türkiye’de ilk olarak 1987 yılında yürürlüğe giren “3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu”nda belirtilmiştir. Ek 9. maddesinde Sağlık Bakanlığı ile üniversitelerin tıp eğitimi hususunda protokol kapsamında sağlık tesislerinin birlikte kullanılabileceği belirtilmiştir.

Başlıca afiliasyon türleri şu şekilde belirtilmiştir (Aktan A., 2015, s. 5);

- 1) Akademik Afiliasyon: Hedefin hastalar açısından yarar sağlamaktır. Eğitim, bilgi ve birikimlerin en iyi şekilde kullanılması için yapılan afiliasyondur.
- 2) İnsan Gücü Afiliasyonu: Tüm kademelerde eğitim amacıyla iş gücü değişiminin sağlandığı afiliasyon türüdür.
- 3) Teknolojik Afiliasyon: Bir kurumda bulunmayan teknolojinin diğer kurumca sağlanmasıdır.

Afiliasyon anlaşmaları modelleri genellikle üniversite tıp fakülteleri ile hastaneler arasında gerçekleşmektedir. Hastane bu bağlamda üniversite hastanesi statüsü kazanmaktadır. Afiliye olan hastanenin hizmet kapsamı genişlemekle beraber personel çeşitliliği artmakta ve ileri düzey hizmet vermeye başlamaktadır. Türkiye’de uygulanan afiliasyon anlaşmaları modelleri incelendiğinde tek bir afiliasyon türünden bahsetmek mümkün değildir. Afiliasyon kapsamında hem ortak teknoloji kullanımı söz konusu olmakta hem de insan gücü kullanımı gerçekleşmektedir. Üniversite tıp fakültelerinin mevcut akademik beceri ve donanımlarından afiliye olunan hastanelerin de yararlandığı düşünüldüğünde, Türkiye’deki afiliasyon anlaşmaları modelinin yukarıda belirtilen akademik, insan gücü ve teknolojik afiliasyon türlerinin tamamının bir karması olduğu söylenebilir.

Türkiye’de afiliasyonlarla ilgili ilk çalışmalar 2010 yılından itibaren başlamıştır. Türkiye’de üniversiteler ile hastaneler arasındaki afiliasyon çeşitleri şu şekillerde gerçekleşmektedir (Bilir, Afiliasyonun Tıpta Uzmanlık Öğrenci Eğitimine Etkisi, 2018, ss. 166-167);

- a) Kamu üniversitesi ile Özel hastaneler arasında
- b) Kamu üniversiteleri ile Kamu hastaneleri arasında (Sağlık bakanlığı hastaneleri ile Kamu üniversiteleri arasında)
- c) Özel üniversiteler ile Özel hastaneler arasında
- d) Özel üniversiteler ile Kamu hastaneleri arasında
- e) Sağlık Bakanlığı ile Sağlık Bilimleri Üniversitesi arasında
- f) Şehir hastaneleri ile Üniversite veya Özel kurumlar arasında
- g) Kamu üniversiteleri veya Bakanlık Hastaneleri ile Kişi bazlı (özellikli hizmet satın alımı) anlaşmalar.

Afiliasyon sonucuna ve afiliye olma çeşidine göre hastaneler üniversite eğitim ve araştırma hastanesi şeklinde isim almaktadır. Bazı üniversitelerin kendi üniversite hastaneleri de olabilmektedir. Bunlar üniversite hastanesi veya ilgili üniversitenin “sağlık uygulama ve araştırma merkezi” ismiyle hizmet vermektedir.

5.3.3 Sağlık kuruluşlarının entegrasyonu konusu

Sağlık kurumlarında afiliasyon anlaşmaları sonrası dönemde faaliyetlerdeki entegrasyon önem arz etmektedir. Eğitim ve araştırma hizmetlerinin, sağlık

hizmetleriyle entegre biçimde ilerlemesi sağlanmalıdır. Tıbbi uygulamalarda olduğu gibi diğer alanlar da dâhil tüm paydaşlar arasında iş birliği ve iletişim ağının sağlanması gerekir.

Sağlık hizmetlerinde afiliye sağlık kuruluşlarına uygulanan entegrasyon modelleri ile ilgili Lyngsø ve ark. (2016) göre altı model bulunmaktadır (Lyngsø ve diğ., 2016, ss. 2-9);

- 1) Fonksiyonel entegrasyon modeli: Bu modelde insan kaynakları, finansal planlama, stratejik yönetim gibi kilit fonksiyonlar tüm işletme birimleri arasında koordine edilerek uygulanmaktadır.
- 2) Organizasyonel entegrasyon: Sağlık hizmeti birimleri arasındaki bağlantıya odaklanan modeldir. Birimleri organize ederek birbirleriyle entegre çalışmasını sağlar.
- 3) Profesyonel entegrasyon: Sağlık hizmetinin sunucularının kurum içindeki ve kurum dışındaki ilişkilerine odaklanan sistemdir.
- 4) Klinik entegrasyon: Klinik hizmetler kapsamındaki hasta bakım hizmetlerinin belirlendiği ve klinik bakıma odaklanan entegrasyon sistemidir.
- 5) Normatif entegrasyon: Çalışanlara atfedilen görev, vizyon, kurumsal değerler gibi kavramlara odaklanan entegrasyon modelidir.
- 6) Sistemik entegrasyon: İşletmenin tüm kuralları ve politikalarıyla ilgilenen entegrasyon sistemidir.

Bu entegre sistemler sağlık bakım hizmetlerindeki engelleri kaldırmaya, hizmeti kolaylaştırmaya ve geliştirmeye yönelik modellerdir. Özellikle de klinik, fonksiyonel ve normatif entegrasyon pratik uygulamalarda sağlık bakım hizmetlerinin geliştirilmesi için temel modellerdendir.

Sağlık kuruluşları entegre oluş modelleri ile ilgili bir açıklama da Leutz tarafından 1999 yılında yapılmıştır. Tanımlanan bu modeller şunlardır (Ahgren ve Axelsson, 2005, s. 2);

- 1) Bağlantı modeli: Mevcut işletme birimleri arasındaki bağlantıya dayalı gerçekleşen entegrasyon modelidir. Hastaların doğru birimlere doğru şekilde sevk edilmelerini sağlar. Sağlık bakım hizmetlerinde etkinliği ve koordinasyonu sağlamaktadır.

- 2) Ağ koordinasyonu modeli: Ağ koordinasyon modeli bağlantı modeline göre daha fazla yapılandırılmış bir modeldir. Ancak yine de işletmedeki mevcut organizasyon birimleriyle entegre olmaktadır. Bağlantı modeline göre daha yoğun bir entegrasyon söz konusudur. Amacı farklı sağlık hizmetlerindeki koordinasyonu, klinik bilgi ve hasta akış yönetimlerini sağlamaktır.
- 3) Tam entegrasyon modeli: Entegrasyon düzeyinin maksimum olduğu modeldir. Bu modelde yeni bir organizasyon yapısı oluşturulması amacıyla farklı organizasyon birimlerinin kaynaklarının bir havuzda toplanması söz konusudur. Amaç hasta gruplarının ihtiyaç duyduğu alanlara uygun kapsamlı hizmetler geliştirmektir. Bu da farklı meslek grupları arasındaki iş birliğini gerektirmektedir.

5.3.3.1 Entegre sağlık hizmetinin paydaşları

Sağlık kuruluşlarında hizmet içi entegrasyonun sağlanması için gerekli süreçlerden biri olan entegre hasta bakım hizmetlerinin bazı paydaşları bulunmaktadır (Shaw ve diğ., 2011, ss. 12-13);

- a) Hizmet Sağlayıcılar: Koordine hizmet veren, profesyonel hasta bakımı hizmeti sunan, organizasyonel ve sistemsel hedeflere yönelik yetkileri bulunan hizmet sunucularını kapsamaktadır.
- b) Bakım uzmanları: Hizmet kullanıcıları için destek veren, sağlık hizmeti sağlayan ve koordine eden personellerdir.
- c) Politikalar: Entegrasyona yönelik finansal düzenlemeler, bakım sistemleri ve kalite standartları geliştirme gibi politikalar paydaş olarak görülebilir.
- d) Yöneticiler: Kurum yöneticileri değer ve hasta odaklı kültür oluşturulmasını hedeflemektedirler. Ortak hedefleri koordine ederek personel denetimi yaparlar. Ayrıca karmaşık organizasyon yapılarındaki ilişkileri düzenlerler.
- e) Düzenleyiciler: Bakım hizmetlerini değerlendirirler. Hizmette kalite ve güvenliği sağlarlar.
- f) Hizmet bakımı personelleri: Deneyim paylaşımı yaparak bakım unsurları arasında fiili entegrasyonu sağlarlar. Bu süreçler için bilgi paylaşımı yaparlar.
- g) Değerlendiriciler: Entegrasyon sistemi için değerlendirmelerde bulunurlar. Entegrasyon düzeyine karşı ölçümler yaparlar ve sistemin geliştirilmesine yardımcı olurlar.

- h) Toplum: Hizmet kullanımı gerçekleştirerek ve geri bildirimlerde bulunarak sistemin gelişmesine yardımcı olur.

5.3.4 Afiliasyon ile ilgili ülkemizdeki yönetmelikler

Afiliasyon anlaşmaları konusundaki gelişmelerin çıkış noktasının 7/5/1987 tarihli ve 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu olduğu söylenebilir. Bu kanundaki ortak kullanım ve iş birliği konusunda tanımlamalarla ilgili kanunda 2016 yılındaki eklenen maddeler ve fıkralar ile değişiklik olmuştur. 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanununa afiliasyon anlaşmaları hususunda 2016 yılındaki yapılan ek madde 9'daki değişiklikler şöyle açıklanabilir;

İlgili kanundaki eklenen maddede Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumuna bağlı sağlık tesisleri ile üniversitelerin tıp ve diş hekimliği fakülteleri; faaliyetleri doğrultusunda altyapı, insan gücü, teknoloji ve diğer kaynakları karşılıklı şekilde birlikte kullanabilir. Büyükşehir olmayan illerde ise eğitim ve araştırma faaliyetleri bu maddeyle birlikte Sağlık Bakanlığı eğitim ve araştırma hastaneleri ya da üniversite sağlık uygulama ve araştırma merkezlerinden sadece biri tarafından verilebilmektedir. Bu illerde birlikte kullanım ve iş birliği protokolleri uygulanmakta olup Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Başkanı ile üniversite rektörü arasında protokol akdi gerçekleştirilmektedir.

Ek madde 9'daki iş birliği konusundaki değişimleri ifade etmek gerekirse, öncelikle iş birliği protokollerinin taraflar arasında döner sermayeleri ayrı tutulmak üzere yapılabileceği söylenebilir. Ayrıca iş birliği protokollerinin Bakanlık ve Yükseköğretim Kurulu Başkanlığının onayı alınarak vali ve rektör arasında imzalanması bir başka değişikliktir. Ek madde 9 üzerine eklenen 2018 yılındaki ek fıkralar ile ilgili açıklamalar şöyle özetlenebilir;

Birlikte kullanım kapsamında bir hastane birden fazla üniversite ile protokol yapabilecektir. Birlikte kullanım kapsamındaki hastane, üniversite fakülteleri öğretim elemanları ve diğer personellerle fakülte dekanının onayı ile en fazla üç yıl olmak üzere ayrı ayrı sözleşmeler yapılabilir. Birlikte kullanım kapsamındaki sağlık kurumlarındaki uzmanlık ve lisans eğitimleri, Sağlık Bakanlığı uzmanlık öğrencilerinin eğitimini de kapsamak üzere, dekanının yetki ve sorumluluğunda yürütülmektedir.

Afiliasyon konusunda birlikte kullanım ve iş birliği tabirleriyle ilgili sonrasında da bazı yönetmelikler yayımlanmıştır. Sağlık Bakanlığı ve üniversitelerin yapmış oldukları afiliasyon anlaşmaları yayımlanmış olan bu yönetmeliklere göre yapılmaktadır.

18.02.2011 tarihinde yayınlanan “Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Tesisleri ve Üniversitelere Ait İlgili Birimlerin Birlikte Kullanımı ve İş birliği Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik” afiliasyon tanımı konusunda aydınlatıcı niteliktedir. Bu yönetmelikte iş birliği ve birlikte kullanım kavramları da gündeme gelmiştir. Birlikte kullanım kavramı “Bakanlık sağlık kurum ve kuruluşları ve/veya üniversiteye ait ilgili birimlerin kaynaklarının, sağlık hizmet sunumu, eğitim ve araştırma hizmetleri veya sair ortak gaye ve menfaatlerin gerçekleştirilmesi için Bakanlık ve ilgili üniversite arasında imzalanacak protokol çerçevesinde birlikte kullanılması”, iş birliği ise “Bakanlık ve/veya üniversitelerin görev ve hizmetlerinin yapılması, ortak gaye ve menfaatlerinin gerçekleştirilmesi için tarafların eğitim, hizmet, teknik gibi alanlarda birlikte hareket etmesi, yardımlaşması ve çalışması” diye ifade edilmiştir.

Afiliasyon konusunda Yüksek Öğretim Kurumunun 25.08.2011 tarih ve 2011.17.985 sayılı kararı ile Vakıf Üniversiteleri Tıp fakülteleri ile Özel Hastaneler arasında, eğitim-öğretim, sağlık hizmeti sunumu amacıyla yapılacak iş birliğine ilişkin usul ve esasların açıklaması yapılmıştır. Sağlık Bilimleri Üniversitesi kurulmadan önce, tıp fakülteleri ile en fazla iki eğitim araştırma hastanesi afiliye olabilirken yapılan yönetmelik değişikliğiyle birden fazla afiliasyonun önü açılmıştır (Yürümez ve diğ., 2018, ss. 38-41).

5.3.4.1 Afiliasyon kapsamındaki yönetmeliklere tarihsel bakış

Afiliasyonlar konusundaki yönetmelikler incelendiğinde 2011 ile 2020 yılları arasında yönetmeliklerin olduğu görülmüştür. Yönetmeliklerde afiliasyon kavramı yerine, “birlikte kullanım” ve “iş birliği” kavramları geçmiştir. 2020 yılında yürürlüğe giren ve konu hakkındaki son yönetmelik olan “Sağlık Bakanlığına Ait Kurum ve Kuruluşlar ile Devlet Üniversitelerinin İlgili Birimlerinin Birlikte Kullanımı ile İş birliği Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik” temel olarak bu iki kavramı içermektedir. Uygulamada üniversitelerin daha sıklıkla birlikte kullanım modelini tercih ettikleri görülmüştür.

Öncelikle 18 Şubat 2011 tarihinde Resmi Gazete’de yayımlanan “Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Tesisleri ve Üniversitelere Ait İlgili Birimlerin Birlikte Kullanımı ve İşbirliği Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik” sağlık tesislerinin işletilmesini, eğitim hizmetlerini, mali hususlara, personel işleri ve işbirliği usul ve esaslarına ilişkin konular hakkında bilgi vermektedir. Sonrasında 3 Mayıs 2014 tarihinde Resmi Gazete’de yayımlanan “Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarına Ait Sağlık Tesisleri ve Üniversitelere Ait İlgili Birimlerin Birlikte Kullanımı ve İşbirliği Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik” yayımlanmıştır. Bu yönetmelikle birlikte kendisinden önceki yönetmelik olan 2011 tarihli yönetmelik yürürlükten kaldırılmıştır. Akabinde 16 Haziran 2016 tarihinde konuyla ilgili bir başka yönetmelik çıkarılmıştır. 2014 yılındaki yayımlanan yönetmelikle aynı isimde yürürlüğe giren bu yönetmelikle birlikte 3 Mayıs 2014 tarihli yönetmelik de yürürlükten kalkmıştır.

2016 yılındaki bu yönetmelik sonrasında bir yıl sonra 16 Haziran 2017 tarihinde bu konuyla ilgili başka bir yönetmelik olan “Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarına Ait Kurum ve Kuruluşlar ile Devlet Üniversitelerinin İlgili Birimlerinin Birlikte Kullanımı ile İş birliği Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik” yayımlanmıştır. Yine bu yönetmelikle birlikte 2016 yılındaki bir önceki yönetmelik yürürlükten kaldırılmıştır. Akabinde 8 Mayıs 2018 tarihinde “Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarına Ait Kurum ve Kuruluşlar ile Devlet Üniversitelerinin İlgili Birimlerinin Birlikte Kullanımı ile İş birliği Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelikte Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik” yürürlüğe girmiştir. Bu yönetmelikle 2017 yılındaki yayımlanan yönetmeliğin ismi “Sağlık Bakanlığına Ait Kurum ve Kuruluşlar ile Devlet Üniversitelerinin İlgili Birimlerinin Birlikte Kullanımı ile İş birliği Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik” şeklinde, yönetmeliğin ilk maddesinde yer alan “Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumuna” ibaresi “Sağlık Bakanlığına” şeklinde ve “Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının” ibaresi ise “Sağlık Bakanlığına bağlı” şeklinde değiştirilmiştir. 2018 yılındaki bu yönetmelik ile birlikte kullanım ve iş birliği tanımları da değişmiştir. Birlikte kullanım “Sağlık Bakanlığına bağlı sağlık tesisleri ile üniversitelerin tıp ve diş hekimliği alanında lisans ve uzmanlık eğitimi veren kurumlarının eğitim, araştırma ve sağlık hizmet sunumu için insan gücü, mali kaynak, fiziki donanım, bina, tıbbi cihaz ve diğer kaynaklarının imzalanacak protokol çerçevesinde birlikte kullanılmasını” ifade ederken iş birliği kavramı ise “Sağlık Bakanlığına bağlı sağlık tesisleri ile

üniversitelerin ilgili birimlerinin görev ve hizmetlerinin etkin ve verimli yürütülmesi, ortak gaye ve menfaatlerinin gerçekleştirilmesi için döner sermayeleri ayrı olmak üzere sağlık hizmet sunumu, eğitim, araştırma, halk sağlığını geliştirme ve kurumların diğer faaliyet alanlarında imzalanacak protokol çerçevesinde tarafların birlikte hareket etmesini, yardımlaşmasını ve çalışmasını” ifade etmektedir. Bu yönetmelikle birlikte 2017 yılındaki yönetmelikte isim ve içerik hususunda değişiklikler olmuştur. 2018 yılında yayımlanmış olan yönetmelik de günümüzde yürürlükte olan yönetmelik değildir. Sonrasında Resmî Gazete’de 4 Mart 2020 tarihinde “Sağlık Bakanlığına Ait Kurum ve Kuruluşlar ile Devlet Üniversitelerinin İlgili Birimlerinin Birlikte Kullanımı ile İş Birliği Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik” yayımlanmıştır. Bu yönetmelik ile birlikte kendisinden önceki 2017 yılındaki yönetmelik de yürürlükten kaldırılmıştır.

5.3.4.1.1 Sağlık Bakanlığına Ait Kurum ve Kuruluşlar ile Devlet Üniversitelerinin İlgili Birimlerinin Birlikte Kullanımı ile İş birliği Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik

2020 yılında yürürlüğe giren yönetmelik günümüzde birlikte kullanım ve iş birliği konusunda halen geçerli olan ve yürürlükteki yönetmeliktir. Bu yönetmelikteki döner sermaye hesaplarının birleştirilmesi ve birlikte kullanımdaki sağlık tesisinin Bakanlığın tabi olduğu mevzuat uyarınca işletilmesi konusundaki düzenlemeler iş birliğini ve ortak hareket etme konusundaki yapılaşmayı destekler niteliktedir. Ayrıca daha önce yapılan protokoller gereği üniversite hastanelerinin tıbbi sarf malzemeleri gibi ihtiyaçlarının Bakanlığa bağlı sağlık kurumlarınca temin edilmesi amaçlanmıştır. Bu durumların sağlık kurumlarındaki hizmet etkinliğinin artması ve harcama maliyetlerinin düşürülmesini sağladığı söylenebilir (Arık ve Ertaş, 2021, ss. 164-165).

Yürürlükte olup konu ile ilgili son yönetmelik olan 4 Mart 2020 tarihli “Sağlık Bakanlığına Ait Kurum ve Kuruluşlar ile Devlet Üniversitelerinin İlgili Birimlerinin Birlikte Kullanımı ile İş birliği Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik” konusunda yayımlanmış olan maddelere değinmek gerekir. 4 Mart 2020 tarihli “Sağlık Bakanlığına Ait Kurum ve Kuruluşlar ile Devlet Üniversitelerinin İlgili Birimlerinin Birlikte Kullanımı ile İş birliği Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik” kapsamında yer alan maddeler aşağıda açıklanmaktadır.

5.3.4.1.1.1 *Birlikte kullanıma ilişkin planlama ve uygulama esasları*

İlgili yönetmelikteki birlikte kullanıma ilişkin esaslar aşağıda özetlenmeye çalışılmıştır;

5.3.4.1.1.1.1 *Planlama esasları*

Birlikte kullanım protokolüne ilişkin planlama esaslarına bakıldığında büyükşehir ve büyükşehir olmayan iller arasındaki faaliyet kapsamına değinmek gerekir. Büyükşehirlerde eğitim, araştırma ve uygulama faaliyetleri hem Sağlık Bakanlığı bünyesindeki eğitim ve araştırma hastaneleri hem de üniversite hastanelerince verilebilirken, büyükşehir dışındaki illerde ise bu hizmetler eğitim ve araştırma hastaneleri ile üniversite hastanelerinin yalnızca biri tarafından verilebilmektedir. Birlikte kullanım protokollerindeki bir diğer husus bir sağlık tesisinin birden fazla üniversite ile afiliye olabileceğine ilişkindir. Bu durumlarda afiliye hastanelerdeki döner sermaye hesapları afiliye olan sağlık tesisleri ile üniversiteler arasında sınırlı olarak birleştirilmektedir.

5.3.4.1.1.1.2 *Birlikte kullanılan sağlık tesislerinin statüsü*

Statü olarak afiliye olan hastaneler Sağlık Bakanlığı bünyesindeki eğitim ve araştırma hastanesi, üniversiteler açısından üniversite hastanesi olarak kabul edilmektedir.

5.3.4.1.1.1.3 *Protokolün imzalanması, feshi ve diğer uygulama esasları*

Birlikte kullanım protokolleri, YÖK görüşü de alınarak Rektör ve Kamu Hastaneleri Genel Müdürü tarafından imzalanmaktadır. Protokollerin süreleri altı yıldan daha az olamaz. Protokol imzalandıktan itibaren en fazla altı ay içerisinde fiili olarak birlikte kullanıma geçilmelidir. Aksi durumda protokol otomatik olarak sona ermektedir. Fiili olarak birlikte kullanıma başlanan tarih döner sermaye hesaplarının birleştirildiği tarihtir.

Taraflardan herhangi biri protokol süresinin bitiminden altı ay öncesinden yazılı şekilde sona erdirmeye yönelik bildirimde bulunmadığı takdirde protokol aynı süreyle uzamış sayılmaktadır. Taraflar arasındaki protokol feshedildiğinde döner sermaye payları ve taşınır mallar ait olduğu tarafa göre ayrılır.

Birlikte kullanıma ilişkin uygulama esaslarından bir diğeri de sağık tesislerinin, üniversitelerdeki öğretim elemanları dışındaki diğeri personel ile bireysel sözleşme imzalayabilmesine yöneliktir. Bu esasta ilgili üniversite yönetiminin olumlu görüşü gerekmektedir. Bu sözleşmeler en çok üç yıl olabilmektedir. Sonrasında bu süreler tekrar uzatılabilmektedir.

5.3.4.1.1.1.4 Eğitim hizmetleri

Üniversiteye ait eğitim ve araştırma faaliyetlerinden sorumlu ve yetkili olan dekanıdır. Dekan ve başhekim koordine çalışarak eğitim, araştırma ve sağık hizmetlerinin planlamasından ve uygulanmasından sorumludur.

Üniversite ön lisans, lisans ve lisansüstü öğrencilerinin eğitim faaliyetlerini afileye olunan hastane haricinde iş birliğı protokolü imzalanan diğeri hastaneler ile de yapabilmektedir.

Dekan ya da görevlendirilen kurum eğitim sorumlusu, yıllık eğitim planlarını hazırlayarak başhekime sunar. Klinik derslerin zaman çizelgeleri başhekim tarafından planlanmaktadır. Dekan her yılın sonunda eğitim programına uyum değerlendirmesini başhekime; başhekim de aynı şekilde yıl sonunda performans hedeflerine ulaşmadaki başarı değerlendirmesini dekana karşılıklı olarak bildirir.

5.3.4.1.1.1.5 Sağık tesisinin işletilmesi

Sağık tesisleri, birlikte kullanım yönetmeliğı saklı olmak koşuluyla Bakanlığı tabi olduğı mevzuata göre işletilmektedir. Sağık tesislerindeki sağık hizmeti sunumundan Başhekim sorumludur. Eğitim, araştırma ve sağık hizmetlerine ilişkin faaliyetlerin kalitesi ve sürdürülebilirliğı hususunda başhekim yetkilidir. Bu faaliyetler konusunda dekan ile iş birliğı yaparak çalışmaktadırlar.

5.3.4.1.1.1.6 Eğitim sorumlusu ve idari sorumlunun görev ve yetkileri

Eğitim sorumlusu eğitim faaliyetlerinin uygulanması ve planlanması açısından dekana karşı sorumludur. Protokol kapsamında klinik ve laboratuvar sağık hizmetinin sürekliliğı ve verimli bir şekilde yürütülmesi konusunda ise bir idari sorumlu görevlendirilir ve başhekime karşı sorumludur. Bu görevi eğitim sorumlusu da yürütebilmekte hem eğitim hem de idari sorumlu olabilmektedir.

5.3.4.1.1.1.7 Mali hususlar

Birlikte kullanım protokolündeki sağlık tesisleri 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanununun 72'nci maddesinin kapsamında üniversite hastanesi statüsündedir. Birlikte kullanımdaki sağlık tesislerinin döner sermayeleri yalnızca birlikte kullanılan birimlerle geçerli olmak üzere birleştirilmektedir. Protokol sona erdiğinde ise döner sermaye hesapları da ayrılmaktadır. Personele yapılan ek ödeme konusunda üniversite personeli için 2547 sayılı Yükseköğretim Kanununun 58 inci maddesinde yer alan ek ödeme matrahı ve tavan ek ödeme oranları, Bakanlık personeli için ise 209 sayılı Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Kurumları ile Esenlendirme (Rehabilitasyon) Tesislerine Verilecek Döner Sermaye Hakkında Kanunun 5'inci maddesindeki ek ödeme matrahı ve tavan ek ödeme oranları uygulanmaktadır. Birlikte kullanım kapsamındaki sağlık tesislerindeki üniversite eğitim ve araştırma faaliyetlerine ilişkin giderler ise ilgili sağlık tesisine ait döner sermayeden karşılanmaktadır.

5.3.4.1.1.2 İş birliğine ait esaslar

4 Mart 2020 tarihli "Sağlık Bakanlığına Ait Kurum ve Kuruluşlar ile Devlet Üniversitelerinin İlgili Birimlerinin Birlikte Kullanımı ile İş birliği Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik" kapsamında yer alan iş birliği protokolü Sağlık Bakanlığı kuruluşları ile devlet üniversiteleri arasındaki iş birliği modellerine ilişkindir. İş birliği protokolleri, birlikte kullanım haricindeki döner sermayesi ve kurumları ayrı olmak suretiyle eğitim, araştırma, sağlık hizmeti üretimi ve kamu sağlığını geliştirme gibi alanlarda yapılabilir. Eğitim konusundaki iş birliği, birlikte kullanım protokolleri haricindeki ön lisans, lisans ve lisansüstü eğitimler, doktora sonrası eğitim ve araştırmalar ile tıpta ve dış hekimliğinde uzmanlık eğitimlerini kapsamaktadır.

5.3.4.1.1.2.1 İş birliği protokolünün imzalanması, feshi ve diğer uygulama esasları

Vali ve Rektör iş birliği protokolünü imzalamaktadır. İş birliği protokolü Bakanlığa ve YÖK'e bildirilir. Birlikte kullanım protokolünde olduğu gibi iş birliği protokolünün imzalanmasından itibaren altı ay içerisinde fiilen iş birliğine başlanmaktadır. Altı ay içerisinde fiilen iş birliğine başlanmadığı takdirde protokol feshedilmiş sayılır.

5.3.4.1.1.2.2 *Personelin disiplin ve özlük işlemleri*

Birlikte kullanım protokolü kapsamındaki sağlık tesisindeki öğretim elemanları, uzmanlık öğrencileri ile eğitimde görevli olan Bakanlığa bağlı personel ve kliniklere bağlı olarak çalışan sağlık personelinin özlük işlemleri kadrosunun bulunduğu kurumun mevzuatına göre yürütülür. Birlikte kullanım protokolü kapsamında bulunan iş birliği esaslarına ilişkin maddeler devlet üniversiteleri ile Sağlık Bakanlığı bünyesindeki kurum ve kuruluşlar arasında geçerlidir. Birlikte kullanım modelinde kaynaklar, altyapılar, binalar vb. birlikte kullanılırken, iş birliği modelinde ise tarafların birlikte hareket etmeleri, yardımlaşmaları ve ortak çalışmaları söz konusudur. Vakıf üniversiteleri ve özel hastaneler arasındaki afiliasyon anlaşmaları konusunda ise farklı bir iş birliği protokolü modeli ve buna yönelik esaslar belirlenmiştir.

5.3.4.1.2 *Vakıf üniversiteleri ile özel hastaneler arasındaki iş birliği modellerine bakış*

İş birliği konusunda taraflardan biri vakıf üniversiteleridir. İş birliğinin söz konusu olabilmesi için üniversitenin tıp ya da dış hekimliği fakültesine sahip olması gerekmektedir. Bununla birlikte üniversiteye bağlı sağlık uygulama ve araştırma merkezi bulunmamalıdır. Eğer var ise bu merkezlerde gereken eğitim altyapısı ve yeterli kapasite olmamalıdır. Uygulama ve araştırma merkezinin karşılığı “3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu’nda”, üniversite hastanesi şeklinde nitelenmiştir. Yani vakıf üniversitesi hastanesi denildiğinde uygulama ve araştırma merkezi bünyesinde kurulmuş olan hastane anlaşılmaktadır. İş birliği, üniversite ve hastane arasında protokol yapılması ve yapılan protokolün Sağlık Bakanlığı ve YÖK tarafından onaylanmasıyla gerçekleşmektedir. Genel olarak mevzuatta vakıf üniversiteleri ile özel hastaneler açısından yalnızca iş birliği kavramı kullanılmaktadır. Vakıf üniversitesi ile özel hastane iş birliği ilk olarak “Özel Hastaneler Yönetmeliği”nde düzenlenmiştir. Birlikte kullanım ve iş birliği açısından düzenlemelerin, vakıf üniversitesi ve özel hastanelerin mevcut yapılarına uyacak şekilde karma bir rejim oluşturularak mevzuata yansıtılmıştır. Belirli bir hizmetin yürütülmesi amacıyla kuruluşların insan gücü, akademik, teknoloji, altyapı gibi konularda belirli koşullar dâhilinde ortak faaliyet yürütmesi anlamına gelen afiliasyon vakıf üniversite tıp fakültelerinde de sıkça tercih edilmekte ve kaynak

kullanımında verimliliğin sağlanması hedeflenmektedir (Özdemir ve Seçkin, 2020, s. 124).

17 Mayıs 2017 tarihinde yayımlanan “Vakıf Üniversiteleri ile Özel Hastanelerin İş birliğine İlişkin Usul ve Esaslar” YÖK’ün de görüşleri alınarak yürürlüğe konulmuştur. Yönetmeliğe göre iş birliğine yönelik uygulama esasları aşağıdaki şekilde açıklanmaya çalışılmıştır;

5.3.4.1.2.1 Vakıf Üniversiteleri ile Özel Hastanelerin İş Birliği Esasları

17 Mayıs 2017 tarihindeki bu yönetmelik vakıf üniversiteleri ile özel hastanelerin afiliasyon anlaşmalarını açıklayıcı niteliktedir. Taraflar bu yönetmelik kapsamında iş birliği protokolleri yapabilirler. Üniversitelerin tıp veya diş hekimliği fakülteleri yeterli altyapıya sahip bir sağlık uygulama ve araştırma merkezine sahip olmadığı durumda, yeterli altyapı, kapasite ve donanımına sahip olan aynı ildeki özel hastanelerle iş birliği yapabilirler. Ancak iş birliği kapsamında bütçelerinin ayrı olması şartı bulunmaktadır. İş birliği kapsamında özel hastane, üniversite açısından sağlık uygulama ve araştırma merkezi olarak kabul edilmektedir. İş birliği yapılan hastane üniversite fakültelerinin faaliyetleri haricinde 27/3/2002 tarihli ve 24708 sayılı Özel Hastaneler Yönetmeliği hükümlerine tabidir.

5.3.4.1.2.1.1 Vakıf Üniversiteleri ile Özel Hastaneler Arasındaki İş Birliği Esasları

Üniversitelerin eğitim araştırma faaliyetleri açısından yeterli kapasite ve altyapıya sahip olması durumunda iş birliği anlaşmaları yapılamaz. Eğer ilgili üniversite sonradan bu şartlara sahip olursa iş birliği protokolü Bakanlık tarafından bir ay içinde iptal edilir. İş birliği şartlarından bir diğeri de bir hastanenin birden fazla üniversite ile iş birliği yapamayacağıdır. İş birliği protokollerine uygun şartlar sağlandığı takdirde en fazla altı ay içinde fiili olarak başlanmalıdır. İş birliği protokolü süresi beş yıldır. Taraflar eğer sözleşmeyi sona erdirmek isterse en az bir yıl önce karşı tarafa yazılı olarak bildirmelidir. Eğer bildirim yapılmazsa protokol kendiliğinden uzamış sayılır.

5.3.4.1.2.1.2 Hastanenin kapasitesi ve standartları

Üniversite ile iş birliği yapacak hastane belirli şartları taşımalıdır. Hastane yılda en az 60 öğrenci alabilen bir tıp fakültesi kapasitesine sahip olmalıdır. Bununla birlikte

çekirdek eğitim müfredatına uygun bir eğitime imkân verecek şekilde sağlık hizmeti sunan iç hastalıkları, çocuk sağlığı ve hastalıkları, genel cerrahi, kadın hastalıkları ve doğum dallarında en az 80, diğer uzmanlık dallarında 90, yoğun bakımlarda ise 30 yatak olmak üzere en az 200 yataklı bir hastane olması gereklidir. Toplam yatak sayısı hiçbir koşulda tıp fakültesinin yıllık öğrenci kontenjanının üç katından az olamaz. Dış hekimliği fakülteleri açısından bakıldığında ise iş birliği protokolüne dış hekimliği eğitimi dâhil ise, mevcut dış üniteleri sayısı dış hekimliği fakültesinin yıllık öğrenci kontenjanının iki katından az olamamaktadır.

Hastane kadrosu eğitim standartları açısından yetersiz ise YÖK görüşü ve Bakanlık kadro planlamaları dikkate alınarak, sadece üniversiteden görevlendirilmiş doçent ve profesör unvanlı öğretim üyelerine özgü olmak ve yalnızca iş birliği yapılan hastanede çalışmak üzere, Bakanlık tarafından uzmanlık dalı ilavesi ve ek kadro tahsisi yapılabilir.

5.3.4.1.2.1.3 Eğitim faaliyetleri

Hastane yönetimi eğitim ve öğrencilik faaliyetlerinin yürütülebilmesi için gerekli ders araç gereçlerini temin etmeli, bununla beraber öğrencilere staj ve uygulama ortamları sağlamalıdır. Hastanelerde lisans ve uzmanlık eğitimleri, fakülte dekanının sorumluluğundadır. Dekan, klinik eğitimlerin planlanmasını ve kontrolünü sağlamaktadır. Eğitim faaliyetlerinin etkin olarak sağlanması için iş birliğinin tam olarak uygulanması gerekmektedir. Dekan ile hastane mesul müdürü eğitim, araştırma ve sağlık hizmetleri faaliyetlerinde gerekli koordinasyonu sağlamalıdır. Bu faaliyetlerin izlenmesi ve kontrolü için YÖK tarafından bir denetleme komisyonu görevlendirilmektedir. Bu komisyon iş birliği yapılan hastaneyi her eğitim ve öğretim yılı içinde en az bir defa olmak üzere yönetmelikteki şartlara uygunluk açısından denetlemektedir.

Vakıf üniversiteleri ile iş birliği protokolü yapan özel hastanelerde karşılıklı fayda söz konusudur. Vakıf üniversitesinin hastane ihtiyacı özel hastane ile giderilmektedir. Özel hastane de eğitim ve öğretime katkı sağlamakta ve daha nitelikli sağlık hizmeti sunabilmektedir.

5.3.4.1.2.1.4 *Disiplin ve özlük işlemleri*

Eğitim ve araştırma hizmetleri ile birlikte sağlık hizmetlerinde de etkin görev alan öğretim elemanlarının disiplin ve özlük işlemlerine yönelik açıklamalar ilgili yönetmelikte madde 11’de yer almaktadır. Protokol kapsamında öğretim elemanlarının özlük işlemleri üniversite mevzuatına göre ve disiplin işlemleri 2547 sayılı Yükseköğretim Kanununa göre yürütülmeye devam eder (Özdemir ve Seçkin, 2020, s. 143).

İş birliği yapılan hastanede sağlık hizmeti veren üniversite öğretim üyelerinin maaş ödemeleri ise üniversite tarafından yapılmaktadır. Öğretim üyeleri tarafından yürütülen sağlık hizmetlerinin karşılığı olan ücretler hastane tarafından öğretim üyelerine ödenmek üzere üniversitenin hesabına aktarılmaktadır.

5.3.4.1.2.2 *Özel Hastaneler Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik*

31 Mayıs 2019 tarihinde yayımlanan “Özel Hastaneler Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik” adındaki yönetmelik ile Özel Hastaneler Yönetmeliğinde birtakım değişimler oluşmuştur. İş birliği konusundaki değişim ise ek madde 8 adı altında belirtilmiştir. Özel Hastaneler Yönetmeliğine eklenen ek maddenin ismi “Vakıf Üniversitelerine Ait Hastaneler ve Vakıf Üniversiteleri ile Özel Hastane İş Birliği” şeklindedir. İlgili yönetmelikte yapılan değişikliklerden önemli bir kısmı şöyle açıklanmaya çalışılmıştır;

Vakıf üniversitelerine ait hastanelerin ruhsatları üniversitenin adıyla düzenlenir. Hastane ruhsatında yazılı isim dışında başka bir isim kullanılmamaktadır. İş birliği sonucunda üniversiteden özel hastanelere görevlendirilecek doçent ve profesör unvanlı öğretim üyeleri için ilgili hastane ruhsatında kayıtlı mevcut uzman hekim kadroları kullanılmak zorundadır. Hastane uzman hekim kadrosunun yetersiz olması halinde hastane kendi kadrosunda bulunan başka bir uzmanlık dalı kadrosunu Bakanlık ile becaşış yoluyla değıştirerek asgari eğitim standardını sağlayabilir.

5.3.4.1.2.3 *İş birliği protokolünün sonuçları*

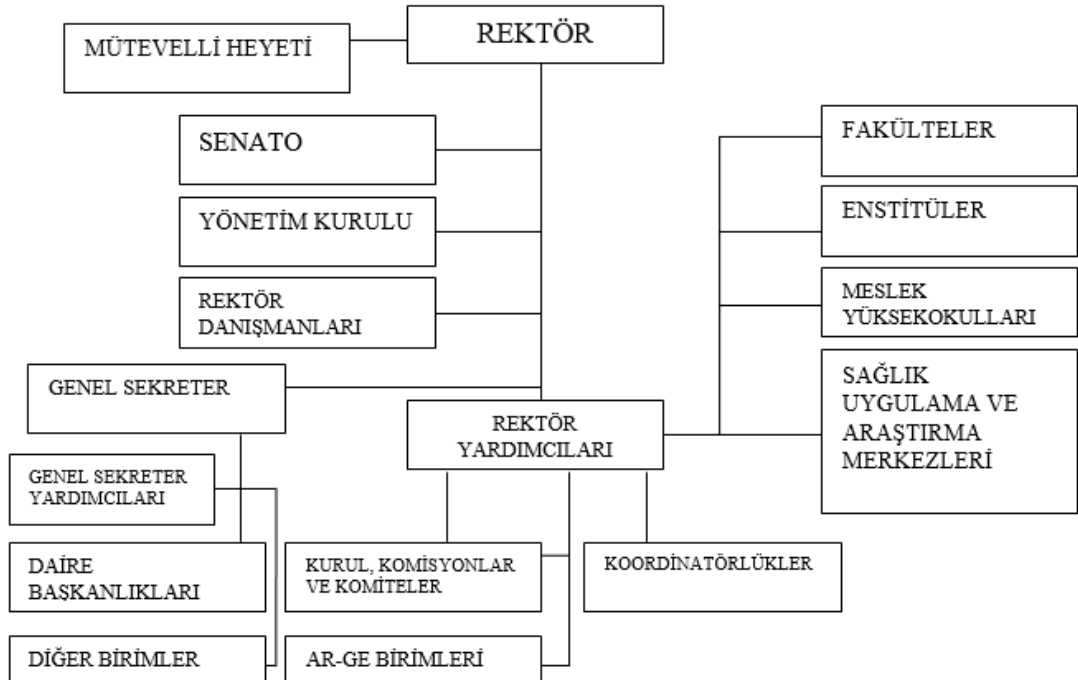
Vakıf üniversitesi sağlık hizmetleri sunumu için gerekli hastaneye kavuşmuş olmaktadır. İş birliği yapan özel hastaneler tesis, hizmet ve personel standartları

açısından Özel Hastaneler Yönetmeliği kapsamında yer almaya devam eder. Özel hastanelerin iş birliği yapması durumunda uzmanlık dalı ilavesi ve ek kadro tahsisi yapılması özel hastaneler açısından bir avantaj olarak görülebilir. İş birliği yapan özel hastane üniversite hastanesi niteliği kazandığından sosyal güvenlik mevzuatının uygulanmasında çokça hukuki sorun ortaya çıkmaktadır. Çözüm için, iş birliği yapan özel hastanenin üniversite hastanesi niteliği ile bu niteliğinden kaynaklı uygulamalara ilişkin olarak mevzuatta gerekli düzenlemelerin daha açık biçimde ifade edilmesi gerekmektedir (Özdemir ve Seçkin, 2020, s. 157).

5.3.5 Sağlık Bilimleri Üniversitesi afiliasyon uygulaması

SBÜ yapısında sağlık bakım hizmetleri ve finansman yapıları her hastanenin kendi yönetimine bırakılırken, eğitim ve araştırma uygulamalarının akademik merkezde toplandığı söylenebilir. Tıp fakültelerinde uzmanlık eğitimi dekana bağlı olarak anabilim dalları akademik kurulu ve onun alt kademesinde anabilim dalları başkanlıkları şeklinde yapılanmıştır (Yürümez ve diğ., 2018, ss. 38-41).

Şekil 5.1’de SBÜ organizasyon şeması ve bünyesindeki birimler açıklanmaktadır.



Şekil 5.1. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Organizasyon Yapısı, 2022

Kaynak: Sağlık Bilimleri Üniversitesi Teşkilat Şeması,2022

Şekil 5.1’de teşkilat şeması verilen Sağlık Bilimleri Üniversitesi mütevelli heyetine karşı sorumlu olarak rektör, rektöre bağlı olarak rektör yardımcıları, senato, yönetim kurulu, rektör danışmanları ve genel sekreter yer almaktadır. Genel sekreterliğe bağlı olan daire başkanlıklarında Bilgi İşlem Daire Başkanlığı, İdari ve Mali İşler Daire Başkanlığı, Personel Daire Başkanlığı gibi başkanlıklar yer almaktadır. Rektör yardımcılara bağlı olmak üzere fakülteler, enstitüler, meslek yüksekokulları, sağlık uygulama ve araştırma merkezleri, kurul, komisyonlar, komiteler, koordinatörlükler ve AR-GE birimleri bulunmaktadır (<https://www.sbu.edu.tr>, et 2022). Yani 19 ilde bulunan 50’den fazla afiliye hastane, tıp fakülteleri, enstitüler ve diğer yüksekokullar rektör yardımcılara bağlanmıştır.

SBÜ afiliasyon modelinin Türkiye’deki diğer tıp fakültelerinin organize olma şekillerinden bağımsız kendine özgü bir organizasyon yapısı vardır. Bu anlamda SBÜ farklı illerdeki pek çok eğitim ve araştırma hastaneleri ve şehir hastaneleri ile afiliyedir. Afiliye olunan hastanelerin büyük çoğunluğu Sağlık Bakanlığı eğitim ve araştırma hastaneleridir. SBÜ ile afiliye olan hastaneler üniversite hastanesi statüsü kazanmışlardır.

5.3.5.1 Sağlık Bilimleri Üniversitesinin genel yapısı

Sağlık Bilimleri Üniversitesi bünyesinde eğitim veren Mekteb-i Tıbbiyye-i Şâhâne Külliyesi tıp eğitimi amacıyla 1903 yılında açılmıştır. Ancak Sağlık Bilimleri Üniversitesi adıyla resmi olarak 2015 yılında kurulmuştur. Türkiye’nin çeşitli illerinde Sağlık Bilimleri Üniversitesi bünyesinde tıp fakülteleri bulunmaktadır. Ülke dışında da eğitim hizmeti veren tek devlet üniversitesidir. Başta İstanbul ve Ankara olmak üzere İzmir, Kocaeli, Bursa, Elâzığ, Konya, Trabzon, Van gibi bazı illerdeki eğitim ve araştırma hastaneleriyle de afiliyedir (<https://sbu.edu.tr/tr>, et 2022). SBÜ kurulana dek bir tıp fakültesinin afiliye olabileceği eğitim ve araştırma hastane sayısı en fazla 2 iken, değişen yönetmelikle birlikte bu sayının daha fazla olabilmesinin önü açılmıştır (Bektemür ve diğ., 2016, ss. 203-208).

SBÜ ile afiliye olan eğitim ve araştırma hastaneleri aynı zamanda uygulama ve araştırma merkezi statüsü kazanır. Sağlık hizmetlerinin yönetimi Sağlık Bakanlığı, eğitim hizmetlerinin yönetimi ise üniversite tarafından sağlanacaktır. Başhekimler aynı zamanda üniversitenin sağlık uygulama ve araştırma merkezi müdürü olarak görev yapmaktadır. Üniversiteye tahsis edilecek öğretim üyesi norm kadro sayısı ise

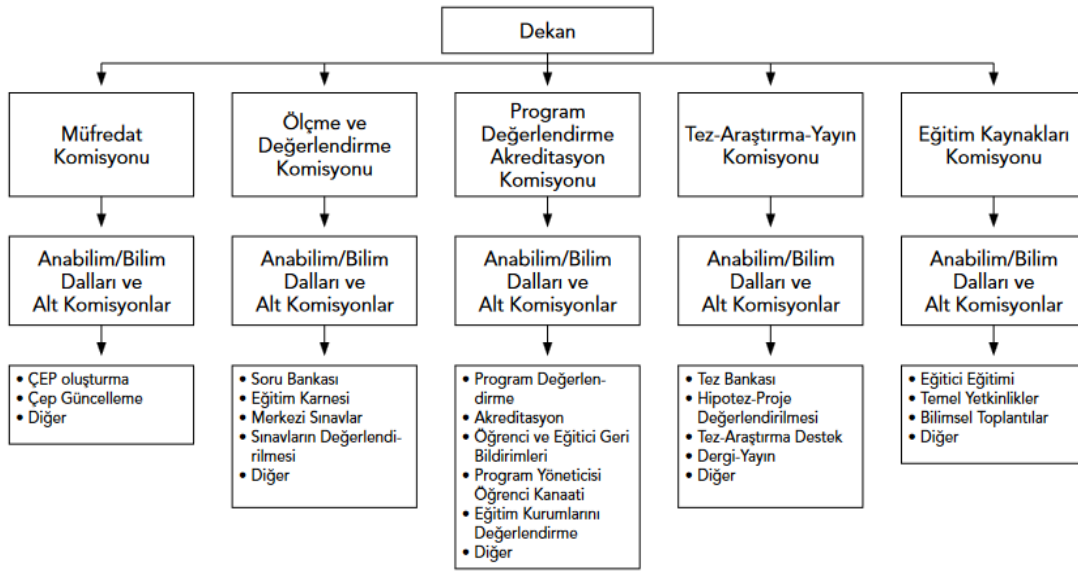
Rektörün önerisi ve Mütevelli Heyetinin onayı ile Yükseköğretim Kurulu tarafından tespit edilmektedir.

Protokol kapsamındaki Eğitim ve Araştırma Hastaneleri 25'i İstanbul'da, 15'i Ankara'da ve 18'i de diğer illerde olmak üzere toplam 50'den fazladır. 20 binden fazla öğrenciye sahip olan Sağlık Bilimleri Fakültesinin merkezi İstanbul'dadır. İlk öğrencilerini 2016-2017 eğitim-öğretim yılında almaya başlamıştır ve bu sayı giderek artmaktadır. Sağlık Bakanlığı ile Sağlık Bilimleri Üniversitesi arasında imzalanan protokol ile afiliasyon anlaşması konusunda ülke genelindeki hastaneleri kapsayan bir süreç başlamıştır. Sağlık Bakanlığı kapsamındaki eğitim ve araştırma hastaneleri aynı zamanda Sağlık Bilimleri Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Merkezi olmuş ve üniversite hastanesi statüsü kazanmıştır (<https://sbu.edu.tr/tr>, et 2022).

Sağlık Bilimleri Üniversitesi yetki ve sorumluluğunun en kısıtlı olduğu alan afiliye olan hastanelerdeki kurum bütçeleri ve sağlık hizmeti sunumudur. Çünkü bütçeler yine hastaneler bünyesinde yönetilmekte ve sağlık hizmeti ile yetkiler hastanelerin tabi olduğu mevzuatlar dâhilindedir. Ancak eğitim konusundaki yetki ve sorumlulukta daha geniş bir uygulama alanı mevcuttur. Bu bağlamda Sağlık Bilimleri Üniversitesi bünyesindeki eğitim ve araştırma hastanelerinde uzmanlık eğitimi veren eğitim klinikleri ve birimleri bulunmaktadır (Bektemür ve diğ., 2016, ss. 203-208).

5.3.5.2 Sağlık Bilimleri Üniversitesi tıpta uzmanlık eğitimi sisteminin yapısı

Sağlık Bilimleri Üniversitesi bünyesinde dekana bağlı anabilim dalları, akademik kurullar oluşturulmuştur. Hastane başhekimine bağlı olarak Tıpta Uzmanlık Eğitimi Kurulu oluşturulmuştur. Tüm sağlık kuruluşlarında eğitim koordinatörleri belirlenmiştir. Sağlık Bilimleri Üniversitesi ulusal düzeyde bir eğitim ve sağlık hizmeti yapısını kapsamaktadır. Eğitim ve araştırma hastanelerinin standardının yükseltilmesine katkı vererek, eğitim ve araştırma hastanelerinin üniversite avantajlarından yararlanmasını sağlamıştır. Ayrıca tıpta uzmanlık eğitimlerini üniversite çatısı altında birleştirmeyi hedeflemektedir. Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezlerinde (SAUM) eğitim hizmetlerini planlamak ve denetlemek üzere bir koordinatör belirlenir. Eğitim hizmetleri koordinatörü iki yıllığına görevlendirilerek çalışmaktadır (Bektemür ve diğ., 2016, ss. 203-208).



Şekil 5.2. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıpta Uzmanlık Eğitimi Komisyonlar Şeması, 2017

Kaynak: SBÜ Tıpta Uzmanlık Eğitimi, 2017

Şekil 5.2’de yer alan SBÜ bünyesinde yer alan ve dekan tarafından görevlendirilen tıpta uzmanlık eğitimi komisyonları, tıpta uzmanlık eğitime dair hizmetlerin planlanması, standardize edilmesi, koordine edilmesi ve kontrol süreçleriyle ilgilenmektedir. Bu amaçla SBÜ dekanlık bünyesinde “Müfredat, Ölçme ve Değerlendirme, Program Değerlendirme ve Akreditasyon, Tez, Araştırma ve Yayın, Eğitim Kaynakları” eğitim komisyonları oluşturulmuştur. Bu komisyonlar ihtiyaç duyulması halinde alt komisyonlar oluşturabilmektedirler. İlgili komisyonların görev alanları şu şekildedir (<https://www.sbu.edu.tr>, 2017);

- Müfredat Komisyonu; müfredatların hazırlanması ve standartların güncellenmesine ilişkin konularla ilgilenir.
- Ölçme ve Değerlendirme Komisyonu; ölçme ve değerlendirme tekniklerinin oluşturulması, soru bankası standartlarının belirlenmesi gibi konularla ilgilenir.
- Program Değerlendirme ve Akreditasyon Komisyonu; eğitim programlarının kontrolü, akreditasyon süreci yönetimi ve geri bildirimlere yönelik değerlendirme görevlerini yürütür.
- Tez, Araştırma ve Yayın Komisyonu; tezlerin, araştırmaların, bilimsel yayınların kalitesinin yükseltilmesi ve standartların belirlenmesini sağlamaktadır.

- e) Eğitim Kaynakları Komisyonu; eğitimin kapsamının belirlenmesi, standartların oluşturulması ve uygulanması, koordinasyonu ve denetimi görevlerini yürütür.

SBÜ bünyesindeki bu komisyonlar eğitim kalitesinin yükseltilmesi, eğitim gören öğrencilerin daha başarılı olabilmesi ve başarı oranlarının izlenmesi açısından önemli bir yere sahiptir. Kaliteye yönelik standartlar oluşturması, ders müfredatlarında planlı ve sistemli metotların uygulanmasını sağlamaktadır. Bu sayede eğitim ve öğretim faaliyetleri daha yakından izlenebilir ve komisyonlardaki kontrol mekanizmaları sayesinde iyileştirmeler yapılabilir.

SBÜ bünyesindeki eğitim ve araştırma faaliyetlerini planlamak ve kontrolünü sağlamak için ‘genel sağlık araştırma ve uygulama merkezlerinde’ yedi, ‘dal sağlık araştırma ve uygulama merkezlerinde’ beş üyeden oluşan ‘tıpta uzmanlık eğitim kurulu’ (TUEK) oluşturulur. TUEK’in başkanı başhekim ve SAUM Eğitim Koordinatörü ise başkan yardımcısıdır. TUEK kurumun eğitim araştırma programlarını hazırlar ve üst yönetime rapor halinde sunar. Kurum içindeki konferans, toplantı, seminer gibi faaliyetlere yönelik istemleri değerlendirir ve üst yönetime iletir. Eğitim faaliyetlerinin kapsamı, süreleri ve koordinasyonu ile ilgilenir. Eğitim hizmetlerinin geliştirilmesi için ihtiyaç duyulan bilimsel kaynaklar ile ilgili önerileri üst yönetime iletir (<https://www.sbu.edu.tr>, 2017).

5.3.6 Afiliasyonlu hastane örnekleri

5.3.6.1 Uludağ Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi ile Bursa Ağız ve Diş Sağlığı Hastanesi

Devlet üniversiteleri Sağlık Bakanlığı kuruluşları ile birlikte kullanım kapsamında afiliye olabilmektedir. Afiliye olan devlet üniversitelerine örnek olarak Uludağ Üniversitesi ile Sağlık Bakanlığı arasında yapılan birlikte kullanım protokolüne değinilmektedir. Bursa Uludağ Üniversitesi Rektörlüğü ve Sağlık Bakanlığı arasında, Bursa Ağız ve Diş Sağlığı Hastanesi ile Bursa Uludağ Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesinin "Birlikte Kullanım Protokolü" 11 Haziran 2020 tarihinde Ankara'da, Bursa Uludağ Üniversitesi Rektörü ile Kamu Hastaneleri Genel Müdürü tarafından imzalanmıştır. Bu protokol Uludağ Üniversitesi açısından "Bursa Uludağ Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Hastanesi", Sağlık Bakanlığı açısından ise

"Bursa Ağız ve Diş Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi" olmuştur (<https://uludag.edu.tr>, 2020). Hastane yönetiminde Başhekimlik ve Dekanlık birlikte görev yapmaktadır. Hastane organizasyon yapısına bakıldığında Başhekimlik birimine bağlı olarak İdari ve Mali Hizmetler, Tıbbi Hizmetler, Sivil Savunma Birimi gibi birimler yer almaktadır. Afiliasyon kapsamında Başhekimlik birimine bağlı tıbbi hizmetler bünyesinde implant hizmetleri, eğitim hizmetleri, yataklı servis hizmetleri, poliklinik hizmetleri, evde bakım hizmetleri, ameliyathane hizmetleri gibi hizmet birimleri yer almakta iken, Dekanlık bünyesinde ise Dekan yardımcıları, anabilim dalları ve klinikleri, öğretim üyeleri, asistanlar, hekimler, öğrenci işleri gibi hizmet birimleri yer almaktadır (<https://bursaadseah.saglik.gov.tr>, 2021).

5.3.6.2 Atılım Üniversitesi ile Medicana International Ankara Hastanesi afiliasyon anlaşması

Vakıf üniversitesi ile özel hastane afiliasyonu örneği olarak Atılım Üniversitesi ile Medicana International Ankara Hastanesi arasındaki afiliasyon anlaşmasına değinilmektedir. 27 Haziran 2018 tarihinde Medicana International Ankara Hastanesi ile Atılım Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi arasında iş birliği protokolü imzalanmıştır. Bu protokol Medicana International Ankara Hastanesi Genel Müdürü ile Atılım Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanı tarafından imzalanmıştır. İş birliği protokolü kapsamında Sağlık Bilimleri Fakültesi öğrencilerinin Medicana hastanelerinde iş bulmaları kolaylaştırılmış ve hastane personellerinin de eğitimleri ile ilgili olarak Üniversite imkânlarından yararlanabilmeleri sağlanmıştır. Sağlık Bilimleri Fakültesi öğrencilerinin Medicana International Hastanesinde uygulama eğitimlerini alabilmeleri sağlanmış ve fakülte bölümlerinde klinik entegrasyonların oluşmasının önü açılmıştır (<https://www.atilim.edu.tr>, 2018). Bunun gibi iş birliği destekleri çalışanlar arasında koordinasyon, güçlü iletişim ağı ve adaptasyon açısından önem arz etmektedir.

25 Ekim 2018 tarihinde ise Medicana International Ankara Hastanesi ile Atılım Üniversitesi Tıp Fakültesi arasında afiliasyon protokolü imzalanmıştır. Üniversitenin Tıp Fakültesinin bu tarihte henüz kurulmamış olduğu ve üniversitenin tıp eğitimi konusunda yeterli birikiminin olmaması nedeniyle afiliasyon modelini tercih ettiği görülmektedir. Bu protokol ile Atılım Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Medicana International Ankara Hastanesi olmuştur. Klinik

dönemlere geçen tıp fakültesi öğrencileri, yani 4, 5 ve 6. sınıftaki öğrencilerin eğitimlerinin büyük bir kısmını Medicana International Ankara Hastanesinde alması sağlanmıştır (<https://www.atilim.edu.tr>, 2018).

5.3.7 Afiliasyon sürecinin sonuçları

Afiliye sağlık kuruluşlarında yönetim sürecinde oluşan karmaşıklıkların eşzamanlı analizi ve çözümünü öngören sistemler geliştirilmelidir. Bu sistemler sağlık kuruluşları için analitik bir süreç sağlamakta, stratejik ve operasyonel karar verme gibi parametreleri içermektedir (Lavy ve Shohet, 2009, s. 117).

Afiliasyonun olumlu sonuçlarından biri üniversite tıp fakültesi açısından yeni bir hastaneye gerek kalmamasıdır. Finansal anlamda tasarruf sağlayarak üniversitelerin eğitim ve araştırma faaliyetlerine yoğunlaşmalarını sağlar. Hastanenin sahip olduğu kaynakların kullanılmasını sağlayarak öğrenci ve öğretim elemanlarına konforlu bir çalışma ortamı oluşturur. Hastanelerde ücret tarifelerindeki değişimlerle birlikte gelir düzeylerinde de yükselmeler görülmektedir.

Afiliasyonun oluşturabileceği olumsuz durumlar özellikle yönetsel ikilikler, çalışanların görev dağılımlarındaki ve hiyerarşik düzeydeki karmaşıklıkların oluşturduğu çatışmalardır. Ayrıca üniversite personellerinin üniversite dışındaki personellerle birlikte çalışması ve çalışan grubu çeşitliğinin oluşturabileceği karmaşıklıklar da olumsuz sonuçlara yol açabilir.

5.4 Sağlık Bakanlığı Hastaneleri ve Üniversite Hastaneleri Açısından

Afiliasyon Anlaşmalarına Yönelik Daha Önce Yapılmış Araştırma Verileri

Üniversiteler ile Sağlık Bakanlığı arasındaki afiliasyon anlaşmalarına yönelik daha önce Gülpınar (2014) tarafından yapılmış bir araştırma örneği incelenebilir. Bu çalışmada afiliasyon konusunda toplam 58 öğretim üyesi katılımcıyla birlikte anket çalışması yapılmıştır. Tablo 5.1’de yer alan verilerde, katılımcıların Sağlık Bakanlığı hastanelerinin üniversiteye afiliye olması konusunda eğitim ve araştırma faaliyetleri açısından neredeyse yarı yarıya bir karar çıkmıştır. Karar olarak olmalı ya da olmamalı diyenler ortadadır. Ancak üniversite hastanelerinin yönetim açısından Sağlık Bakanlığı hastanelerine afiliye olması katılımcıların %86,5’i tarafından desteklenmemiştir.

Tablo 5.1. Sağlık Bakanlığı Hastaneleri ve Üniversite Hastaneleri Açısından Afiliasyonla İlgili Katılımcı Görüşleri,2014

Kaynak: Yükseköğretimi ve Tıp Fakültelerini Yeniden Düşünme, Yarını Planlama, (Gülpınar, 2014, ss. 160-161)

	Sağlık Bakanlığı hastanelerinin eğitim ve araştırma açısından üniversiteye afiliye olmasını			
	Destekliyorum	Desteklemiyorum	Kararsızım	Toplam
Görüş bildiren katılımcı sayısı ve yüzdesi	16 %36.4	17 %38.6	11 %25.0	44 %100.0
	Üniversite hastanelerinin idari açıdan Sağlık Bakanlığına afiliye olması			
	Destekliyorum	Desteklemiyorum	Kararsızım	Toplam
Görüş bildiren katılımcı sayısı ve yüzdesi	3 %8.1	32 %86.5	2 %5.4	37 %100.0

Tablo 5.1’de görüldüğü üzere görüş bildiren katılımcılar Sağlık Bakanlığı hastanelerinin afiliye olması hususunda belirgin bir görüş birliğine sahip değildir. Ancak üniversite hastanelerinin idari açıdan Sağlık Bakanlığına bağlı olmasını katılımcıların büyük çoğunluğu desteklememektedir. Afiliasyon sonrası dönemde üniversite hastanelerinde, kamu hastaneleri mevzuatının uygulanmasının ve bütçe payı dağılımının Bakanlık hükümlerine göre yapılmasının bu durum üzerinde etkili olduğu düşünülmektedir. Görüş bildirenlerin tüm bu durumların üniversite hastanelerinin sahip olduğu özerk yapıya ters düşebileceğini düşünerek böyle bir sonuca vardıkları düşünülmektedir.

Songur ve Babacan (2016) tarafından yapılan bir çalışmada Sağlık Bakanlığı bünyesindeki bazı devlet hastaneleri ve eğitim araştırma hastanelerinde afiliasyon öncesi ve sonrası gelir-gider tahakkukları analiz edilmiştir. 13 hastane üzerinde yapılan çalışmada 7 tanesinin gelir-gider tahakkuku dengesinin pozitif, 6’sının ise negatif yönlü olduğu tespit edilmiştir. Çalışmadaki afiliasyon öncesi devlet hastanesi statüsünde bulunan hastanelere bakıldığında borçlarında afiliasyonla birlikte azalma olmuştur. Afiliasyon öncesinde de eğitim ve araştırma olan hastanelerde ise borçlarda artış söz konusudur. Devlet hastanelerinde gelir-gider tahakkukları eğitim araştırma hastanelerine göre yüksek oranda pozitif eğilim göstermiştir (Songur ve Babacan, 2016, s. 100). Devlet hastanelerindeki farklılığın Sağlık Uygulama Tebliği (SUT) gereğince bu sağlık kuruluşlarına yapılan ödeme farkından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Bilir (2018) tarafından yapılan çalışmada afiliye üniversite hastaneleri ile afiliye olmayan üniversite hastaneleri arasında öğrenci başına, asistan ve yatak sayısı başına

düşen öğretim üyesi sayısında farklılık olup olmadığı araştırılmıştır. Çalışmaya göre farklılık tespit edilmiş olup öğrenci, asistan ve yatak başına düşen öğretim üyesi sayısı afiliye olan hastanelerde daha fazladır. Afiliye hastanelerde öğretim üyesi sayısının daha çok olması hem üniversite hem de hastane imkânlarından yararlanabilme durumu olması sebebiyle bir avantaj söz konusudur (Bilir, Afiliasyonun Tıpta Uzmanlık Öğrenci Eğitimine Etkisi, 2018, ss. 166-167).

Afiliye olan hastanelere yönelik Taşkaya (2019) tarafından yapılan çalışmada Pabon Lasso yöntemine göre hastanelerin 2014-2017 yılı kıyaslanarak verimlilik sonuçları analiz edilmiştir. Pabon Lasso hastanelerde yatak doluluk oranı, yatak devir hızı ve ortalama yatış süresi gibi verilerin kullanılarak verimlilik analizini ölçmeyi sağlayan bir yöntemdir. Bu çalışmada da hastanelerin yatak devir hızlarının ve yatak işgal oranlarının ortalamaları hesaplanmıştır. Sağlık Bakanlığına bağlı kamu hastanelerinin devlet üniversiteleri ile birlikte kullanılmaya başlaması ile birlikte, verimlilik düzeylerindeki değişimler irdelenmiştir. Yapılan tanımlayıcı analizler neticesinde, araştırmada yer alan hastanelerin yatak işgal oranlarının ortalamasının 2014 yılında %77,8 iken, %2017 yılında %81 olduğu saptanmıştır. Afiliye olan hastanelerin verimlilik düzeylerindeki değişimleri araştırmak amacıyla yapılan bu çalışmadan elde edilen sonuçlara göre, 2014 yılı ile karşılaştırıldığında, 2017 yılında hastanelerin verimlilik düzeylerinde artış olduğu gözlemlenmektedir. Söz konusu durumun, henüz tıp fakültelerinin birçoğunun yeni kurulduğu, üniversitedeki akademik kadroların ve öğrencilerin tam kapasite ile hastanelerde henüz çalışmaya başlamamış olduğu gibi etmenler göz önüne alındığında, ileriki yıllarda hastanelerin verimliliklerinin çok daha iyi seviyelere çıkacağı varsayılmaktadır (Taşkaya, 2019, ss. 569-571).

Demirtaş (2016) tarafından yapılan bir çalışmada Sağlık Bakanlığı bünyesindeki afiliye olan bir üniversite hastanesi baz alınmış olup hastanenin afiliasyon öncesi sonrası performans analizi yapılmıştır. Hastane afiliasyon öncesinde elinde daha fazla likit varlık bulundururken afiliasyondan sonra bulundurulmuş likit varlık miktarı azalmıştır. Bunun yanı sıra hastane afiliasyon öncesinde daha fazla yabancı kaynak kullanırken afiliasyondan sonra kurumda yabancı kaynak kullanımı azalmış, özkaynak kullanımı artmış, diğer bir deyişle kurumun mali gücü afiliasyondan sonra

artmaya başlamıştır. Sonuç olarak afiliasyon sonrasında genel olarak hastane kârlılık oranlarının artan bir eğilim gösterdiği belirtilmiştir (Demirtaş, 2016, ss. 71-72).

Topçu (2019) tarafından afiliye hastaneler ve çalışanları üzerine yapılan bir çalışmada ise afiliasyonun avantajları olarak kaynakların verimli kullanımını sağladığı, üniversite çalışanları için ek ödemede ve döner sermayede artış sağladığı, çalışma koşullarında iyileşme sağladığı tespit edilmiştir. Dezavantajlar olarak iş yavaşlatma, iş barışında ve huzurunda bozulma, maaş eşitsizliği, hizmetin aksaması, çift başlılık, motivasyon düşüklüğü gibi durumlara neden olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca afiliye olan üniversite ve hastane çalışanları arasında yapılan çalışmada katılımcıların büyük çoğunluğu afiliasyon uygulamasının motivasyonu ve iletişimi olumsuz etkilediğini dile getirmiştir. Bunun yanında afiliasyon uygulamasının vaka çeşitliliğini artırdığı ve daha çok hasta görme fırsatı sunduğu belirtilmiştir. Katılımcıların hepsi afiliasyonun hastaneye katkısı olduğu görüşünü savunurken, Sağlık Bakanlığı çalışanlarına bir katkısı olmadığını, tıp fakültesi çalışanlarına katkısı olduğunu ve yardımcı sağlık personeli açısından bir katkısı olmadığını savunmuşlardır. Genel olarak katılımcıların büyük çoğunluğu afiliasyon uygulamasını desteklemediklerini bildirmişlerdir (Topçu, 2019, ss. 114-116).

6. AFİLİASYON ÜZERİNE BİR ÇALIŞMA ÖRNEĞİ

Bu bölümde afiliasyon anlaşmaları konusuna yönelik çalışmalara yer verilmiştir.

6.1 Üniversite Sağlık Tesislerinde Afiliasyon Anlaşmaları Sonrası Değişimler

Afiliasyon sürecinin tıp fakülteleri ve hastaneler açısından fiilen 2013 yılından itibaren uygulandığı söylenebilir. 2011 yılından itibaren yapılan yönetmelik değişiklikleriyle afiliasyon anlaşmaları yaygınlaştırılmaya çalışılmıştır. Afiliasyon anlaşmalarının üniversite tarafında yönetim açısından ve finansal anlamda rahatlık sunması söz konusudur. Hastaneler açısından ise bazı hastanelerin ikinci basamak sağlık kurumu niteliğinden üçüncü basamak sağlık kurumu niteliğine yükselmesi gibi sonuçları olmaktadır. İkinci basamak sağlık hizmeti sunan devlet, vakıf hastaneleri afiliasyon kapsamında üniversite hastanesi statüsü kazanmaktadır. Afiliasyon öncesinde eğitim ve araştırma hastanesi olarak faaliyetlerini sürdüren hastaneler afiliye olmadan önce de ileri düzey sağlık hizmeti vermektedir. Afiliye olmadan önce de eğitim ve araştırma faaliyetlerini yerine getirmektedir. Ancak afiliasyon sonrası dönemde bu hastaneler üniversite hastanesi statüsü kazanmakta ve görev yapan akademik personel sayısı artmaktadır. Üniversitenin hastane faaliyetleri sürecine dâhil olması daha sistemli ve bilimsel eğitim ve araştırma çalışmaları yapılmasını sağlamaktadır. Finansal açıdan bakıldığında üniversite hastanesi statüsü olduğu için döner sermaye ödemeleri, gelir alanları da değişim göstermektedir.

6.1.1 Afiliye Hastanelere Yönelik Çalışma

Tezin bu bölümünde Türkiye'deki afiliye olan üniversite hastanelerine yönelik yapılan çalışma yer almaktadır. Çalışmada afiliye olan devlet ve vakıf üniversite hastaneleri yöneticileri ile yapılan görüşmelerde; afiliasyon protokollerinin uygulamaları, afiliasyon sonrası görülen değişimler, afiliye hastaneye avantaj ve dezavantaj yansımaları, afiliye olmayıp kendi hastanesi bulunan fakültelere göre görülen farklılıklara değinilmiştir.

6.1.2 Amaç

Afiliye hastanelerle yapılan bu çalışmadaki amaç hastaneler bazında afiliasyon anlaşmalarının ne gibi çıktıların oluştuğunu irdelemektir. Bu bağlamda afiliasyon sonrası meydana gelen değişimler incelenerek afiliasyon anlaşmalarının uygulamada

oluşturduğu avantaj ve dezavantajların ortaya konması ile önümüzdeki süreçte afiliye olacak hastanelere ışık tutması amaçlanmıştır.

6.1.3 Yöntem

Bu çalışmada yarı yapılandırılmış görüşme yöntemi uygulanmıştır. Görüşmelerin bir kısmı telefon ile bir kısmı yüz yüze gerçekleştirilmiştir. Görüşmelerde daha önce hazırlanan soru formatları kullanılmış olup bununla birlikte görüşülen kişinin cevaplarına bağlı olarak yeni sorular da sorulmuştur. Alınan cevaplar görüşmeler sırasında not edilmiş sonrasında düzenlenmiştir.

Araştırma Türkiye'deki afiliye hastanelerle sınırlıdır. Araştırma kapsamında afiliye hastane başhekim ve başhekim yardımcıları, idari ve mali işler müdürleri, personel birimi, insan kaynakları birimi ve muhasebe birimlerinin sorumluları ile görüşmeler yapılmıştır. Görüşme soru formu 9 sorudan oluşmaktadır. Türkiye'deki afiliye olan hastane gruplarından 6 devlet ve 2 vakıf üniversite hastanesi olmak üzere toplam 8 hastane üzerinde uygulanmıştır.

Araştırma kapsamında alınan cevaplar ile mevcut afiliasyon yönetmeliklerinin uygulamadaki yansımaları tespit edilmiştir. Bu analizlerde araştırma kapsamındaki afiliye Sağlık Bakanlığı hastaneleri için devlet üniversiteleri ile kamu hastaneleri arasındaki afiliasyon yönetmeliği esas alınmıştır. Araştırma kapsamındaki afiliye özel hastaneler için ise vakıf üniversiteleri ile özel hastaneler arasındaki afiliasyon yönetmeliği esas alınmıştır. Araştırma kapsamındaki görüşmelerden elde edilen veriler ile bu yönetmeliklerdeki maddelerin uygulamaya nasıl yansıdığı daha net kavranabilmiştir. Bu sayede afiliasyon anlaşmalarının uygulamadaki yeri ve literatüre göre farklılıkları görülebilmektedir. Araştırmanın afiliasyon anlaşmalarının hastanedeki uygulamalarını göstermesi ile aksaklıklara neden olabileceği düşünülen konuların yeniden düzenlenmesi önerilmektedir. Bu araştırmanın afiliye hastanelerdeki uygulamaları yansıtması sayesinde özellikle yeni afiliye olacak hastanelere ışık tutması hedeflenmektedir.

6.1.4 Kısıtlılıklar

Araştırmaya ilişkin görüşmeler 2022 yılı içerisinde yapılmıştır. Araştırma verilerinin toplanmasında ilgili birim yöneticileriyle 15-30 dakika süren görüşmeler gerçekleştirilmiştir. Görüşme sırasında önceden hazırlanan sorular sorulmuş olup,

cevaplar not alınarak ardından tekrar derlenmiştir. Araştırmanın Covid-19 pandemisinin etkili olduğu döneme denk gelmesi nedeniyle yüz yüze görüşmeler tercih edilememiştir.

Görüşmelerde kurumsal nedenlerden dolayı gerekli izinlerin zor alınması, görüşülen kişilere zor ulaşılması, görüşülen kişilerin çalışmaya katılmayı reddetmesi gibi nedenler araştırmayı kısıtlayıcı durumlar olmuştur. Ayrıca afiliasyon anlaşmaları uygulamalarının Türkiye'deki tarihinin çok eski olmaması ve hastane üniversite organizasyon modeli olarak sisteme tam entegre olmaması bilgi akışını kısıtlayan unsurlardandır.

Afiliasyon anlaşmaları uygulamada hastane ve üniversite arasında ortak kullanımı sağlamıştır. Anlaşmaların kapsamında ortak yönetim modeli, personel işleri, mali hususlar bulunmaktadır. Dolayısıyla afiliasyon anlaşmaları birden fazla alanı kapsadığından bazı durumlarda tek bir yöneticiden bilgi almak yeterli olmamıştır. Bu durumlarda konular hakkında bilgi sahibi olan farklı alanların sorumluları ile görüşülmüştür. Tamamlayıcı bilgi edinilmeye çalışılmıştır.

6.1.5 Bulgular

Görüşmelerde farklı hastane yetkililerinden alınan cevaplar soru bazında bir araya getirilmiş tekrar olan kısımlar kaldırılmıştır.

6.1.5.1 Afiliasyon protokollerinin kapsamı

İlgili Soru: Hastanenizde uygulanan afiliasyon protokollerinin fakülte bazında ve uzmanlık eğitimi çerçevesinde eğitim gören öğrenciler ve eğitim faaliyetleri yönünden kapsamı nasıldır?

Düzenlenmiş Cevaplar: Öğrenci işleriyle ilgili işlemler, öğrencilerin eğitim müfredatları ve ders planlarının belirlenmesi tamamen üniversite tıp fakültesinin kontrolündedir. Öğrenciler hastaneye ait bina, altyapı ve laboratuvar gibi hizmet birimlerini kullanırlar. Bu sayede uygulamalı eğitimlerini daha etkin şekilde alabilirler. Hastane öğrenci giderlerinden yemekhane hizmetlerini üstlenir. Eğitim faaliyetlerine ilişkin diğer giderler üniversiteye aittir.

6.1.5.2 Afiliasyon protokollerine göre eğitim alanlar ve faaliyetleri

İlgili Soru: Hastanenizde eğitim faaliyetleri çerçevesinde kimler eğitim görmekte ve ne tür faaliyetlerde bulunmaktadır?

Düzenlenmiş Cevaplar: Hastanede tıp fakültesi ile afiliasyon kapsamında lisans öğrencileri bulunur. Altı yıllık lisans tıp eğitiminin son yılındaki doktorlar olan intörnler hastanede eğitim görürken aynı zamanda hasta takibi de yaparlar. Hastane bünyesinde tıpta uzmanlık eğitimi dâhilinde görev yapan asistanlar özlük ve disiplin açısından öğretim elemanları gibidir. Asistanlar poliklinikte hocaların yanında görev yaparlar. Bireysel hasta bakamazken servislerde nöbet tutarlar.

6.1.5.3 Hastanelerin asli faaliyetlerindeki gelişmeler

İlgili Soru: Hastaneniz afiliasyon öncesi dönemde de hizmet veriyorduyorsa afiliasyon sonrası dönemde görev alan personellerin hastanenizdeki teşhis, tedavi açısından sağlık hizmetlerine ne gibi etkileri olmuştur?

Düzenlenmiş Cevaplar: Hastanede görev yapan personel sayısının artması sağlık hizmeti kalitesini olumlu etkiler. Nitelikli akademisyenlerin bulunması hastalıklara karşı başarı oranını artırır. Böylece hastaneye karmaşık ve tıbbi açıdan zor görünen vakalar kabul edilebilir. Ayrıca asistanların da 24 saat hasta takibi yapması kesintisiz sağlık hizmeti bakımından önemlidir.

6.1.5.4 Üçüncü basamak sağlık kuruluşu olmanın sağladığı avantajlar

İlgili Soru: Hastaneniz afiliasyon öncesi dönemde de hizmet veriyorduyorsa afiliasyon kapsamında üçüncü basamak sağlık kuruluşu olmanın sağlık hizmetleri açısından ne gibi avantajları olmuştur?

Düzenlenmiş Cevaplar: Özellikle bazı ilaçların ikinci basamak sağlık kuruluşlarındaki hekimler tarafından yazılamayıp sadece üçüncü basamak sağlık kuruluşlarında yazılabiliyor olmasından dolayı hastalar üçüncü basamak sağlık hizmeti sunan bir hastaneye yönelmek durumunda kalırlar. Özellikle büyükşehir olmayan illerde üçüncü basamak sağlık hizmeti sunan bir hastane bulunmadığında teşhis ve tedavi hizmetleri bakımından da çevre illere fazlaca sevk olmaktadır. Üçüncü basamak bir hastanenin bulunması diğer illere yapılan hasta sevklerinin sayısını azaltır. Bu sayede teşhis ve tedavi zamanından tasarruf edilir.

6.1.5.5 Öğretim elemanlarının özlük ve diğer işlemleri

İlgili Soru: Üniversite ile afilyasyon sonrası hastanenizde görev yapan öğretim elemanlarının görev faaliyetleri, özlük ve diğer işlemleri hangi kıstaslara göre belirlenmektedir?

Düzenlenmiş Cevaplar: Öğretim elemanları, hastanede lisans öğrencilerine ve tıpta uzmanlık öğrencilerine eğitim verirler. Öğretim elemanları hastanede poliklinik hizmetleri de sunarlar. İhtiyaca yönelik olarak nöbet ve konsültasyon hizmetleri gerektiğinde bu işleri de yürütürler. Plan ve programlara göre üniversitelerinde ders de verebilirler.

Hastanenin öğretim elemanlarıyla ilgili işlemlerdeki bilgi alma-verme, karar alma gibi tüm işlemler için resmi yazıları üniversite tıp fakültesine yazılır. Öğretim elemanlarının özlük işlemleri ve disiplin işlemleri üniversite dekanlığı tarafından yönetilir. Eğer öğretim elemanlarının hastanedeki görevleriyle ilgili bir disiplin süreci olursa başhekimlik kendi açısından soruşturmayı yönetir ve süreçle ilgili durumları yine dekanlığa bildirir. Kanun olarak da Yükseköğretim Kanununa tabidirler.

6.1.5.6 Kadro ve göreve başlama süreci

İlgili Soru: Üniversite ile afilyasyon sonrası hastanenizde görev yapan öğretim elemanlarının kadroları ve göreve başlama süreci nasıl yönetilmektedir?

Düzenlenmiş Cevaplar: Akademik personel ve diğer personel ihtiyaçları hastanede başhekim ve dekan tarafından ortak şekilde belirlenmektedir. Sağlık Bakanlığı planlamaları ve YÖK kriterleri de dikkate alınarak bir planlama yapılmaktadır. Belirlemeler sonrasında kararlar Sağlık Bakanlığı ve Rektörlüğün onayına sunulmaktadır. Personel ihtiyacı sayısı kadar afiliye olunan üniversite öğretim elemanları ile bireysel sözleşmeler imzalanır. Bu sözleşmeler hastane başhekimi ve üniversite personelleri arasında yapılır. Sözleşme gereği performans kriterleri ve hedefleri belirlenir. Sözleşme kapsamında görevli personellere ilişkin performans değerlendirmeleri başhekim tarafından yapılır.

6.1.5.7 Bireysel hizmet sözleşmesi süresi

İlgili Soru: Afilyasyon kapsamında öğretim elemanları ile yapılan hizmet sözleşmelerinin süresi ne kadardır?

Düzenlenmiş Cevaplar: Öğretim elemanları 2020 yılı öncesine kadar 3 yıla kadar sözleşmeler yapılabilirken, 2020 yılı sonrasındaki yönetmelik düzenlemesiyle birlikte hastanede bir yıllık bireysel sözleşmeler uygulanmaya başlamıştır. Sözleşmeler her yılbaşında yenilenir.

6.1.5.8 Ücret ödemeleri

İlgili Soru: Afiliasyon kapsamında hastanenizde görev yapan öğretim elemanları, asistanlar ve öğrencilerin ücret ödemeleri nasıl düzenlenmektedir?

Düzenlenmiş Cevaplar: Üniversite ile hastane döner sermayesi ayrı olup öğretim elemanlarının maaş ödemeleri üniversite tarafından, döner sermaye ve ek nöbet ücretleri ise hastane tarafından ödenir. Asistanlar ile de bireysel sözleşmeler yapılır. Asistanlarda iki farklı durum söz konusu olur. Sağlık Bakanlığı kadrosunda olan asistanların maaş ödemeleri afiliye olunan hastane tarafından ödenir. YÖK kadrosundaki asistanların maaşları ve ödemeleri ise kadrosunun bulunduğu, yani geldiği hastane tarafından yapılır. Ancak her iki durumda döner sermaye ve ek nöbet ücretleri afiliye hastane tarafından ödenir. Tıp fakülteleri öğrencilerine bakıldığında intörnler asgari ücret kadar maaş alırlar. Bu ödemeleri ise afiliye olunan üniversite tıp fakültesi dekanlığı yapar.

6.1.5.9 Diğer hususlar

İlgili Soru: Afiliasyon anlaşmalarıyla ilgili eklemek istediğiniz diğer hususlar nelerdir?

Düzenlenmiş Cevaplar: Hastanedeki görevli akademisyenlerin özlük ve disiplin işlerinde hastane yerine dekanlığa bağlı olması dezavantaj sayılabilir. Özellikle disiplin işlerinde 2547 sayılı Yükseköğretim Kanununa tâbi olunması hastanenin bu konudaki etkinliği açısından dezavantaj sayılabilir. Görevli akademisyenlerin bireysel performansları da önemlidir. Bireysel performansları düşük olduğunda sağlık hizmetlerine olumsuz etki edebilmektedir. Ayrıca hastanenin kullandığı elektronik belge yönetim sisteminin üniversite tarafından kullanılmaması yani ortak bir yazışma ağının olmaması bazen iletişim konusunda aksamalara yol açabilmektedir. Bu yüzden hastane ile üniversite arasında ortak bir yazışma ağı kurulabilir.

6.2 Üniversite Sağlık Tesislerine Yapılan Müracaat Sayıları ve Nitelikli Yatak Oranları ile Afiliasyon Arasındaki İlişki Üzerine Bir Çalışma

Afiliasyon anlaşmalarıyla birlikte üniversite hastanelerindeki değişimlere yönelik bir çalışma yapılmıştır. Bahsedilen çalışmada yıllara göre üniversite sağlık kuruluşlarına yapılan hasta müracaatları ve üniversite hastanelerindeki nitelikli yatak oranının değişimleri incelenmiş, afiliasyon anlaşmalarının yıllara göre bu verilere olan etkileri bulunmaya çalışılmıştır. İlk bölümde üniversite sağlık tesislerine yapılan müracaat sayıları ve yıllara göre değişimleri gösterilerek afiliasyon anlaşmaları ile ilişkilerine değinilmiştir. İkinci bölümde ise hastanelerdeki nitelikli yatak oranları ve yıllara göre değişimleri gösterilerek, üniversite hastanelerinin diğer hastanelere göre nitelikli yatak oranlarındaki yeri incelenmiştir.

6.2.1 Müracaat sayıları ile afiliasyon arasındaki ilişki

İlk olarak Türkiye’deki üniversite sağlık kuruluşlarına yıllara göre yapılan müracaat sayılarına değinilecektir. Üniversite sağlık kuruluşlarına yapılan müracaat sayıları vakıf ve devlet üniversite hastaneleri ile bu hastanelere bağlı sağlık uygulama ve araştırma merkezlerine, enstitüler ve semt polikliniklerine, üniversitelerin dış hekimliği fakülteleri hastanelerine yapılan müracaat sayılarını ifade etmektedir. Tablo 6.1’de 2011 ile 2020 yılları arasında üniversite sağlık tesislerine yapılan müracaat sayıları ve yıllara göre bu müracaat sayılarının değişim oranları verilmiştir.

Tablo 6.1. Üniversite Sağlık Tesisleri Müracaat Sayıları,2011-2020 (Bin Adet)

Bin Adet	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Üniversite Sağlık Tesisleri	25,17	30,59	34,69	38,45	40,58	41,45	44,87	49,00	51,37	35,14
Yıllara Göre Müracaat Sayıları Değişim Oranları	2011 - 2012 arası +21,4	2012 - 2013 arası 13,4	2013 - 2014 arası 10,81	2014 - 2015 arası +4,7	2015 - 2016 arası +2,1	2016 - 2017 arası +8,2	2017 - 2018 arası +9,2	2018 - 2019 arası +4,8	2019 - 2020 arası -31,5	2020 yılı son

Bu tablo SGK (Aylık İstatistik Bültenleri, 2021) verileri kullanılarak hazırlanmıştır. Tablo 6.1’de üniversite sağlık kuruluşlarına müracaat sayılarına bakıldığında 2011 yılında üniversite sağlık kuruluşlarına müracaat sayısının 25.170.000 civarı olduğu görülmektedir. 2019 yılında bu rakam 51.370.000 civarlarında olmuştur. 2020

yılında ise 35.140.000 dolaylarındadır. 2020 yılında müracaat sayısındaki düşüşün esas nedeni Covid-19 pandemisidir. Covid-19 hastalığının bulaş riskini azaltmak için acil ve mücbir sebepler dışında hastaneye gitme sayıları düşmüştür. Bu nedenle normal hayata dönüş sürecine kadar olan zamanda hastaneye gitme sayıları önemli oranda azalmıştır.

2011-2014 yılları arasındaki hasta müracaat artış oranı %10 ile %21,4 arasında değişmektedir. 2014-2015 yılları arasında hasta müracaat artış oranı %4,7 olmuştur. 2014 yılından sonraki süreçte hasta müracaat artış oranı tek haneli rakamlarda seyretmiştir. Bu anlamda artış oranlarının 2014 öncesi döneme göre azaldığı söylenebilir. Covid-19 pandemisinin en etkili olduğu 2019-2020 yılları arasında müracaat sayısında ilk defa azalış olmuştur. 2019-2020 yılları arasında %31,5 oranında bir azalış olması dikkat çekmiştir.

Sonuç olarak hasta müracaat sayıları nüfusa göre düzenli şekilde artış göstermiştir. Ancak afiliasyon anlaşmalarıyla ilgili yeniliklerin yapıldığı 2011 yılı ve bu anlaşmaların yaygınlaşmaya başladığı yıl olan 2013 yılından sonraki süreçte üniversite sağlık kuruluşlarında belirgin bir müracaat artışı görülmemektedir. Müracaat sayısı oranındaki artışta bariz bir farklılık oluşmamıştır. Ancak 2016-2017 ve 2017-2018 yılları arasında artış görülmektedir. Bunun nedeninin ülke genelindeki SBÜ ile devlet eğitim araştırma ve şehir hastanelerinin arasındaki afiliasyon protokolleri olduğu düşünülmektedir. Böylelikle üniversite hastanesi statüsüne giren hastane sayısı artmış ve değişen hizmet niteliğinin de etkisiyle hasta müracaat sayılarındaki artış oranı yükselmiştir. Ancak geçmiş yıllardan 2012 ile 2014 yılları arasındaki yapılan müracaat artış oranları da benzer şekilde yükselmiştir. Bu yıllar arasındaki artış oranının afiliasyon anlaşmaları ile ilişkisine bakıldığında afiliasyon anlaşmalarının o yıllarda yeni yeni uygulandığı söylenebilir. Buradaki artışın asıl nedeninin afiliasyon ile ilgili olmayabileceği söylenebilir. Çünkü o dönemde afiliasyon anlaşmalarının yeterli yaygınlığa henüz ulaşmadığı bilinmektedir. Ancak SBÜ ile yapılan afiliasyon protokolleri ulusal çapta protokoller olduğundan ve pek çok hastanenin statüsü değiştiğinden bu ilişki kurulmuştur. Covid-19 pandemisi sonrası verilerin analizi ve afiliasyon protokollerinin yaygınlaştırılması sonrası yapılan incelemelerin bu konuda daha aydınlatıcı olacağı düşünülmektedir.

6.2.2 Yıllara göre nitelikli yatak oranının üniversite hastanelerindeki değişim oranı ve afiliasyon ile ilişkisi

Çalışmadaki bir diğer veri yıllara göre üniversite hastanelerindeki nitelikli yatak oranının değişimi ve diğer sağlık kuruluşlarına göre kıyaslanmasıdır. Nitelikli yatak denildiğinde içinde tuvaleti, banyosu, televizyonu ve en fazla iki hasta yatağı bulunan odalardaki hasta yatakları anlaşılmaktadır. Nitelikli yatak oranının artırılması hastanelerdeki sağlık hizmetlerinin sunumu açısından kalite ölçütlerinden biri olarak kabul edilmektedir. Bu yüzden hastanelere yönelik sağlık politikaları hedefleri arasında nitelikli yatak oranının da artırılması bulunmaktadır. Afiliasyon anlaşmaları hastanelerde eğitim, araştırma ve sağlık hizmetlerini bütün olarak ele aldığından eğitim ve araştırma faaliyetlerinde görülen değişimlerin sağlık hizmetleri açısından da olması beklenmektedir. Sağlık hizmetleri sunumuyla ilgili etkenlerden olan hastanelerdeki nitelikli yatak oranları incelemeye değer bulunmuştur. Afiliasyon sonrası dönemde nitelikli yatak oranlarındaki değişim durumları yorumlanmıştır. Bu nedenle Tablo 6.2’de 2002 yılı ve 2015-2019 yılları arasındaki Sağlık Bakanlığı, özel ve üniversite hastanelerindeki toplam yatak sayısı içindeki nitelikli yatak oranları verilmiştir.

Tablo 6.2. Yıllara ve Sektörlere Göre Nitelikli Yatakların Toplam Yataklar İçerisindeki Oranı, 2002-2019 (%)

Kaynak: Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2021

	Sağlık Bakanlığı	Üniversite	Özel	Toplam
2002	6,4	24,6	19,1	11,7
2015	50,8	57,5	89,1	59,7
2016	52,2	61,6	93,7	61,3
2017	60,3	63,8	95,1	67,2
2018	67,4	64,2	96,5	71,9
2019	72,0	64,8	95,1	74,7

Not: Yoğun bakım yatakları dâhil değildir.

Tablo 6.2’de yıllara göre hastanelerdeki toplam yatak sayısı içindeki nitelikli yatak oranında artış olduğu görülmektedir. Özellikle özel hastanelerde nitelikli yatak oranı diğer devlet ve üniversite hastanelerine göre daha fazla artış göstermektedir. Özel hastanelerde otelcilik hizmetlerinin daha görünür kılınması çabası buna sebep olarak gösterilebilir. Üniversite hastaneleri nitelikli yatak oranı 2016 yılından sonraki süreçte %60 düzeylerinde seyretmektedir. Üniversite hastanelerindeki nitelikli yatak

oranlarının yıllara göre sürekli arttığı söylenebilir. 2016 yılında %61,6 olan nitelikli yatak oranı, 2017 yılında %63,8 ve 2018 yılında ise %64,2'dir. Üniversite hastanelerindeki nitelikli yatak oranının 2016 yılından 2019 yılına kadar %60 düzeylerinde devam ettiği söylenebilir.

Sağlık Bakanlığı hastanelerindeki nitelikli yatak oranı sürekli olarak artış göstermektedir. 2015 yılında %50,8 iken 2019 yılında %72'ye yükselmiştir. Özel hastanelerde ise %95 seviyelerinde olduğu görülmektedir.

Üniversite hastanelerinde nitelikli yatak oranı diğer hastanelere göre geride kalmıştır. Üniversite hastanelerinde sağlık hizmetinin yanı sıra eğitim ve araştırma faaliyetlerinin de bulunmasının bu durum üzerinde etkili olduğu düşünülmektedir. Sağlık Bakanlığına bağlı devlet hastanelerinin üniversite hastanelerine göre bu yıllarda daha fazla yeni bina ve sabit sermaye yatırımı yaptığı söylenebilir. Bu çerçevede Sağlık Bakanlığı yatırım harcamalarının üniversite hastanelerine göre çok daha geniş bir bütçe ile yürütüldüğü de ifade edilebilir.

6.3 İstanbul'daki Tıp Fakültelerinde Öğrenci-Öğretim Elemanı Sayıları ve Yönetime İlişkin Organizasyon Şeması Üzerine Araştırma

İstanbul'daki devlet ve vakıf üniversitelerinin 2020-2021 eğitim-öğretim yılında hizmet veren tıp fakültelerinin akademik durumuna ilişkin yapılan bu çalışmada YÖK verileri kullanılarak tıp fakültelerinin öğrenci sayıları, öğretim elemanı sayıları elde edilmiştir. YÖK verileri ile tıp fakültelerinde öğretim elemanı başına düşen öğrenci sayıları hesaplanmıştır.

6.3.1 İstanbul'daki devlet üniversitelerindeki durum

İstanbul ilinde bulunan devlet üniversiteleri tıp fakültelerindeki öğrenci sayısı, öğretim elemanı sayısı ve bu veriler kullanılarak hesaplanan öğretim elemanı başına düşen öğrenci sayıları Tablo 6.3'te hesaplanmaktadır. İstanbul ilinde tıp fakültesi bulunan devlet üniversiteleri olarak İstanbul Üniversitesi, İstanbul Medeniyet Üniversitesi, Marmara Üniversitesi ve Sağlık Bilimleri Üniversitesi yer almaktadır.

Tablo 6.3. Devlet Üniversiteleri Tıp Fakültelerinde Öğretim Elemanı, Öğrenci Sayıları ve Öğretim Elemanı Başına Düşen Öğrenci Sayısı, 2020-2021

DEVLET ÜNİVERSİTELERİ	ÖĞRENCİ SAYISI	ÖĞRETİM ELEMANI SAYISI	ÖĞRETİM ELEMANI BAŞINA DÜŞEN ÖĞRENCİ SAYISI
Kendi Hastanesi Bulunan Tıp Fak.			
İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fak.	2852	1002	2,84
İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fak.	2726	940	2,9
Afiliye Olan Tıp Fak.			
İstanbul Medeniyet Üniversitesi	1009	199	5,07
Marmara Üniversitesi	1527	717	2,12
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hamidiye Tıp Fak. (Tıp Fakültesi ve Uluslararası Tıp Fakültesi olarak gösterilen veriler aynı başlıkta ele alınmıştır.)	1116	174	6,41

Bu tablo YÖK (Yükseköğretim İstatistikleri, 2020-2021) verileri kullanılarak hazırlanmıştır.

İstanbul Medeniyet Üniversitesi Tıp Fakültesinde öğretim elemanı başına düşen öğrenci sayısı 5,07'dir. Araştırma kapsamındaki diğer devlet tıp fakültelerine nazaran sayının yüksek olduğu üniversitelerden biridir.

Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesinde ise öğretim elemanı başına düşen öğrenci miktarı 2,12 olup bu anlamda iyi sayılabilecek düzeydedir. İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesinde öğretim elemanı başına düşen öğrenci sayısı ise 2,84'tür. Öğretim elemanlarının ilgileneceği, eğitim vereceği öğrenci sayısının çok fazla olmaması odağın artması açısından avantaj sağlayabilmektedir.

Cerrahpaşa Tıp Fakültesinde öğretim elemanı başına düşen öğrenci sayısı 2,9 olup İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi ile neredeyse aynıdır.

Sağlık Bilimleri Üniversitesi hem İstanbul'da hem de İstanbul dışında çeşitli illerdeki Sağlık Bakanlığı bünyesindeki eğitim ve araştırma hastaneleri ile afiliye olarak tıbbi, eğitim ve araştırma hizmetlerini sürdürmektedir.

SBÜ Hamidiye Tıp Fakültesi öğretim elemanı başına düşen öğrenci sayısı ise 6,41'dir. Afiliye anlaşması çok eski tarihlere dayanmayan afiliye üniversitelerde öğretim elemanı başına düşen öğrenci sayısındaki yükseklik, bu üniversitelerde kadrolaşma sürecinin çok eski olmadığı ve devam ettiği şeklinde değerlendirilebilir.

6.3.1.1 Devlet üniversiteleri tıp fakülteleri yönetime ilişkin organizasyon yapısı

Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Sağlık Bakanlığı Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi ile afiliye olup kendi hastanesinin inşaatı tamamlanana dek geçici olarak bu hastanede hizmet vermektedir. Bu anlamda Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesinin Sağlık Bakanlığı bünyesindeki bir eğitim ve araştırma hastanesi ile afiliye olduğu söylenebilir.

Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesinin organizasyon yapısına bakıldığında Başhekim birimine bağlı olarak komiteler, başhekim yardımcıları, idari ve mali işler müdürlüğü, destek hizmetleri müdürlüğü, sağlık bakım hizmetleri müdürlüğü, teknik hizmetler müdürü ve sivil savunma birimi yer almaktadır. Tıbbi hizmet ve diğer birimler bu müdürlükler bünyesinde yer almaktadır (<https://marmaraeah.saglik.gov.tr>, 2022).

Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi organizasyon yapısında ise Rektöre bağlı olarak Dekan, Dekana bağlı dekan yardımcıları, yönetim kurulu, fakülte kurulu, bölüm başkanlıkları ve fakülte sekreteri bulunmaktadır (<https://tip.marmara.edu.tr>, 2015). İstanbul Medeniyet Üniversitesi Sağlık Bakanlığı ile birlikte kullanım protokolü yaparak İstanbul Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi ile afiliye olmuştur. İstanbul Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi organizasyon yapısına bakıldığında Başhekim birimine bağlı olarak başhekim yardımcıları, idari ve mali hizmetler müdürlüğü, sağlık bakım hizmetleri müdürlüğü, destek ve kalite hizmetleri müdürlüğü bulunur. Tıbbi hizmet birimleri ve diğer birimler bu müdürlüklere bağlı olarak hizmet sunar (<https://suleymanyalcinsh.saglik.gov.tr>, 2022).

İstanbul Medeniyet Üniversitesi Tıp Fakültesi organizasyon şemasına bakıldığında Dekanlığa bağlı olarak fakülte kurulu, fakülte yönetim kurulu, fakülte sekreteri,

dekan yardımcıları ve bölümler yer almaktadır (<https://tip.medeniyet.edu.tr>, et 2022). İstanbul Üniversitesi bünyesinde İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi ve Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi bulunmaktadır. Her iki tıp fakültesinin de kendine ait hastaneleri bulunmaktadır.

İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi organizasyon şemasında Rektör en üstteki birimde yer almakta, ona bağlı olarak rektör yardımcıları ve dekan bulunmaktadır. Dekanlık birimine bağlı olarak başhekim, fakülte kurulu, fakülte yönetim kurulu, fakülte sekreteri, dekan yardımcıları, bölüm başkanları, mikroorganizma ve kültür koleksiyonları araştırma ve uygulama merkezi bulunmaktadır. Başhekim aynı zamanda rektör yardımcısına da bağlıdır. Rektör yardımcısı ile dekan arasında hiyerarşik olarak üstünlük söz konusu değildir. Her ikisi de Rektörlük bünyesindedir (<https://istanbultip.istanbul.edu.tr>, 2019).

İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi organizasyon yapısında Rektöre bağlı olmak üzere dekan, dekana bağlı olarak başhekim, fakülte sekreteri, kalite yönetim direktörü, komite üyeleri, fakülte kurulu, fakülte yönetim kurulu, dekan yardımcıları ve iş sağlığı ve güvenliği kurulu başkanı bulunmaktadır (<https://hastanecerrahpasa.istanbulc.edu.tr>, et 2022).

6.3.2 İstanbul'daki vakıf üniversitelerindeki durum

Çalışma kapsamında İstanbul ilinde bulunan vakıf üniversiteleri tıp fakülteleri de incelenmiştir. Bünyesinde tıp fakültesi bulunan bu üniversiteler arasında İstanbul Acıbadem Mehmet Ali Aydınlar Üniversitesi, Bezmiâlem Üniversitesi, Maltepe Üniversitesi, Yeditepe Üniversitesi, Biruni Üniversitesi, Koç Üniversitesi, Beykent Üniversitesi, Okan Üniversitesi, Medipol Üniversitesi, Haliç Üniversitesi, Arel Üniversitesi, Atlas Üniversitesi, Demiroğlu Bilim Üniversitesi, İstanbul Sağlık ve Teknoloji Üniversitesi, Yeni Yüzyıl Üniversitesi, İstinye Üniversitesi, İstanbul Aydın Üniversitesi, Altınbaş Üniversitesi, Bahçeşehir Üniversitesi ve Üsküdar Üniversitesi yer almaktadır. Bu vakıf üniversiteleri tıp fakültelerinin öğretim elemanı sayısı ve öğrenci sayısı verileri ile öğretim elemanı başına düşen öğrenci sayısı hesaplanmıştır. Öğretim elemanı başına düşen öğrenci sayısına ilişkin veriler Tablo 6.4'te gösterilmektedir.

Tablo 6.4. Vakıf Üniversiteleri Tıp Fakültelerinde Öğretim Elemanı, Öğrenci Sayıları ve Öğretim Elemanı Başına Düşen Öğrenci Sayısı, 2020-2021

VAKIF ÜNİVERSİTELERİ	ÖĞRENCİ SAYISI	ÖĞRETİM ELEMANI SAYISI	ÖĞRETİM ELEMANI BAŞINA DÜŞEN ÖĞRENCİ SAYISI
Kendi Hastanesi Bulunan Tıp Fak.			
İstanbul Acıbadem Üniversitesi	555	299	1,85
Bezmîâlem Üniversitesi	763	424	1,79
Maltepe Üniversitesi	895	159	5,62
Yeditepe Üniversitesi	685	178	3,84
Biruni Üniversitesi	795	118	6,73
Koç Üniversitesi	345	214	1,61
Beykent Üniversitesi	260	71	3,66
İstanbul Okan Üniversitesi	921	103	8,94
Afiliye Olan Tıp Fak.			
İstanbul Medipol Üniversitesi	1185	389	3,04
Haliç Üniversitesi	309	55	5,61
İstanbul Arel Üniversitesi	7	20	0,35
İstanbul Atlas Üniversitesi	73	63	1,15
Demiroğlu Bilim Üniversitesi	724	99	7,31
İstanbul Medipol Üniversitesi Uluslararası Tıp Fakültesi	240	81	2,96
İstanbul Sağlık ve Teknoloji Üniversitesi	62	41	1,51
İstanbul Yeni Yüzyıl Üniversitesi	633	137	4,62
İstinye Üniversitesi	805	174	4,62
İstanbul Aydın Üniversitesi	522	116	4,5
Altınbaş Üniversitesi	456	60	7,6
Bahçeşehir Üniversitesi	816	117	6,97
Üsküdar Üniversitesi	330	67	4,92

Bu tablo YÖK (Yükseköğretim İstatistikleri, 2020-2021) verileri kullanılarak hazırlanmıştır.

Vakıf üniversitelerinde iş birliği modeli benimsenmiştir. Vakıf üniversiteleri özel hastaneler ile iş birliği protokolü yaparak hastane kullanımına ortak olmuştur. Tablo 6.4'e göre vakıf üniversiteleri tıp fakültelerinden kendi hastaneleri olan üniversiteler, Bezmiâlem Üniversitesi, Koç Üniversitesi, Biruni Üniversitesi, Yeditepe Üniversitesi, Acıbadem Mehmet Ali Aydınlar Üniversitesi, Okan Üniversitesi, Beykent Üniversitesi ve Maltepe Üniversitesidir. Bu üniversite hastanelerinin yatak kapasiteleri Yükseköğretim Kurulu tarafından sağlıklı bir tıp eğitiminin sürdürülmesi için gerekli asgari sayı olan 200 yataklı hastane kapsamındadır.

YÖK 2021 Vakıf Yükseköğretim Kurumları Raporu'na göre İstanbul'da kendi üniversite hastanesi bulunan bu üniversiteler arasından en fazla yatak kapasitesine Bezmiâlem Üniversitesi sahiptir. Buna göre yatak kapasitesi 729'dur. İkinci olarak Koç Üniversitesi gelmekte ve yatak kapasitesi 426'dır. Üçüncü sırada ise 396 yatak ile İstinye Üniversitesi gelmektedir (<https://www.yok.gov.tr>, 2021).

Vakıf üniversitelerinde iş birliği protokolü yaparak afiliye olan veya kendi üniversite hastanesi bulunan üniversiteler arasında öğretim elemanı başına düşen öğrenci sayılarında büyük farklılıklar görülmemektedir. Kendi üniversite hastanesi bulunan üniversitelerin tıp fakültelerinde öğretim elemanı başına düşen öğrenci sayısı diğer üniversitelere kıyasla az da olsa düşüktür.

Örneğin Bezmiâlem Üniversitesinde öğretim elemanı başına düşen öğrenci sayısı 1,79 ve Koç Üniversitesinde 1,61'dir. Kendi hastanesi bulunmasının dışında kurumsallık, mali faktörler gibi değişkenler bu veriye etki etmektedir. Bu nedenle bazı afiliye hastanelerde de bu sayı düşük çıkabilmektedir. Buna örnek olarak İstanbul Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesinde öğretim elemanı başına düşen öğrenci sayısı 3,04'tür.

Bunun dışında bazı üniversite tıp fakülteleri yeni kurulduğundan veya öğrenci alımına yeni başladığından öğrenci sayısı beklenenden düşük çıkmaktadır. Bazı üniversitelerin kontenjanlarının tam olarak dolmaması da sonuca etki etmektedir. Bu yüzden verilerde öğrenci sayıları 200'den fazla olan üniversite tıp fakültelerini ölçüt almak sonuca daha doğru etki etmektedir.

Bu araştırmada değerlendirilen 21 tıp fakóltesi genel olarak incelendiğinde çoğunun yıllardır öğrenci alımına devam ettikleri ve kontenjanlarının büyük çoğunluğunun dolduğu görölmüştür. Öğrenci sayıları olarak da 200'den az olan tıp fakóltesi sayısı yalnızca 3'tür. Bu yüzden bahsedilen durumlar vakıf üniversitelerindeki öğretim elemanı başına düşen öğrenci sayılarında büyük sapmalara neden olmamaktadır. Öğretim görevlisi başına düşen öğrenci sayılarında büyük farklılıklar görölmemektedir.

Öğretim elemanı başına düşen öğrenci sayısındaki esas değişkenin afiliasyon anlaşmaları olduğunu söylemek pek mümkün değildir. Vakıf üniversitelerinin destek aldığı vakıfların büyüklüğü ve sayısı, finansal iş birliği sözleşmeleri, bağışlar, teknoparklar, kurumsal kimliğin avantajı olarak alınan diğer destekler vakıf üniversitelerinin gelişmesine önemli derecede etki eden faktörlerdir.

Örneğin İstanbul'daki vakıf üniversiteleri tıp fakölteleri arasında eğitim-öğretim gelir düzeylerine bakıldığında YÖK 2021 Vakıf Yükseköğretim Kurumları Raporu verilerinde bu vakıf üniversitelerinden en fazla gelire sahip olan Bahçeşehir Üniversitesi (535.048.331,58 TL), ikinci olarak Medipol Üniversitesi (449.731.749,83 TL), üçüncü sırada ise İstanbul Bilgi Üniversitesi (437.124.639,96 TL) gelmektedir (<https://www.yok.gov.tr>, 2021). Finansal faktörler üniversitelerin kendine ait hastanesi olmasını veya iş birliği yaparak bir başka hastane ile afiliye olmasını etkilemektedir.

7. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

Sağlık hizmetlerine ilişkin kurumların ölçek ekonomisi ihtiyacı nedeniyle belli bir büyüklükte olması gerekmektedir. Yüksek maliyet gerektiren bu faaliyetler için iş birliği imkânları ve düzenlemelerin ayrıntılı çalışılmasına ihtiyaç duyulmaktadır. Sağlık hizmeti sunumu, sağlık teknolojilerine yönelik araştırmalar ve laboratuvar çalışmaları önemli yer tutmakta ve yüksek maliyetler gerektirmektedir.

Sağlık kurumları yöneticileri maliyetleri azaltmak, hizmet kalitesini artırmak, hizmetler arası entegrasyonu sağlamak, kurum içi iş verimliliğini artırmak gibi nedenlerden dolayı yönetim modellerinde farklı arayışlara yönelmişlerdir. Bu doğrultuda tercih edilen modellerden biri afiliasyon anlaşmaları modeli olmuştur. Afiliasyon günümüzde hem sağlık hem de eğitim kurumlarında sıklıkla kullanılan bir model haline gelmiştir.

Dünya genelinde pek çok ülkede uygulanan afiliasyon, maliyet optimizasyonu ve hizmet kalitesinin artmasını sağlamaktadır. Sağlık kurumları açısından örgütsel büyüme, finansal yönetim kolaylığı, klinik hizmetlerde büyüme ve stratejik hedefler konusunda avantaj sağlamaktadır. Üniversiteler yönünden ise öğrencilerin klinik deneyimlerden faydalanmalarını, uygulama eğitimlerine yönelik altyapı ve çalışma alanları oluşturulmasını sağlamaktadır. Ayrıca yeni bir hastane binası yapılmasına gerek kalmamaktadır.

Afiliasyon anlaşmaları uygulamalarında birtakım dezavantajların oluşması da muhtemeldir. Afiliasyon sonrası süreçte hastanede görev yapan personellerin bir kesiminin yönetimle ilgili bağlı oldukları birimler konusunda endişe ettikleri görülmektedir. Çünkü yönetim yapısındaki çeşitlilik nedeni ile hastanede görev yapan üniversite personelleri görev sorumluluğu açısından başhekimle bağlı, diğer disiplin işlemleri ile ilgili dekanlığa bağlı olmaktadır. Bunun yanı sıra yönetim alanında da ikilem ve belirsizliklerin oluşabileceği düşüncesi afiliasyon anlaşmalarına yönelik en büyük soru işaretlerindendir. Çünkü afiliye üniversite hastanelerinde karar alıcı olarak hem başhekim hem de dekanın olmasının karmaşıklığa neden olabileceği düşünülmektedir. Daha önce yapılan farklı çalışmalarda da üniversite ve hastane çalışanlarının afiliasyon konusunda kararsızlıklarının olduğu görülmüştür.

Afiliasyon konusunda daha önce yapılan çalışmalara bakıldığında, Songur ve Babacan (2016) tarafından yapılan çalışmada Sağlık Bakanlığı bünyesindeki bazı devlet hastaneleri ve eğitim araştırma hastanelerinde afiliasyon öncesi ve sonrası gelir-gider tahakkukları analiz edilmiştir. Çalışmadaki afiliasyon öncesi devlet hastanesi statüsünde bulunan hastanelere bakıldığında borçlarında afiliasyonla birlikte azalma olmuştur. Afiliasyon öncesinde de eğitim ve araştırma olan hastanelerde ise borçlarda artış söz konusudur. Devlet hastanelerinde gelir-gider tahakkukları eğitim araştırma hastanelerine göre yüksek oranda pozitif eğilim göstermiştir. Devlet hastanelerindeki farklılığın Sağlık Uygulama Tebliği (SUT) gereğince bu sağlık kuruluşlarına yapılan ödeme farkından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Bilir (2018) tarafından yapılan çalışmada afiliye üniversite hastaneleri ile afiliye olmayan üniversite hastaneleri arasında öğrenci başına, asistan ve yatak sayısı başına düşen öğretim üyesi sayısında farklılık olup olmadığı araştırılmıştır. Çalışmaya göre farklılık tespit edilmiş olup öğrenci, asistan ve yatak başına düşen öğretim üyesi sayısı afiliye olan hastanelerde daha fazladır. Afiliye hastanelerde birim ve kişi başına düşen öğretim üyesi sayısı daha fazla olması afiliasyon protokollerinin olumlu yansıdığını göstermektedir.

Afiliasyon protokollerine yönelik Gülpınar (2014) tarafından yapılan çalışmada afiliasyon konusunda toplam 58 öğretim üyesi katılımcıya yönelik anket çalışması yapılmıştır. Ancak üniversite hastanelerinin idari yönetim açısından Sağlık Bakanlığı hastanelerine afiliye olması katılımcıların %86,5'i tarafından desteklenmemiştir. Bunun nedeninin üniversitelerin yönetim özerkliğini kaybedeceği ve faaliyetlerinde entegrasyonu sağlayamayacağı fikrinin olduğu düşünülmektedir. Sağlık Bakanlığı hastanelerinin eğitim ve araştırma faaliyetleri açısından üniversite ile afiliye olmasını katılımcıların %36,4'ünün desteklediği, %38,6'sının desteklemediği ve %25 kararsız kaldığı görülmektedir.

Afiliye olan hastanelere yönelik Taşkaya (2019) tarafından yapılan çalışmada 2014-2017 yılı karşılaştırıldığında afiliasyonla birlikte 2017 yılında hastanelerin verimlilik düzeylerinde artış olduğu görülmüştür. Tıp fakültelerinin yeni oluşu, hastanelerin afiliasyon sonrası kadrolaşmaların henüz tamamlanmamış olması gibi etmenler

nedeniyle ileriki yıllarda hastanelerin verimliliklerinin çok daha iyi seviyelere çıkacağı varsayılmaktadır.

Demirtaş (2016) tarafından yapılan bir çalışmada ise Sağlık Bakanlığı bünyesindeki afiliye olan bir üniversite hastanesinin afiliasyon öncesi sonrası performans analizi yapılmıştır. Buna göre hastanenin mali gücü afiliasyondan sonra artmaya başlamıştır. Ayrıca afiliasyon sonrası dönemde hastane kârlılık oranlarının arttığı görülmüştür.

Topçu (2019) tarafından afiliye hastaneler ve çalışanları üzerine yapılan bir çalışmada ise afiliasyonun kaynakların verimli kullanımını sağladığı, üniversite çalışanları için ek ödemede ve döner sermayede artış sağladığı, çalışma koşullarında iyileşme sağladığı görülmüştür. Ancak iş barışında ve huzurunda bozulma, maaş eşitsizliği, hizmetin aksaması, çift başlılık, motivasyon düşüklüğü gibi durumlara neden olduğu tespit edilmiştir. Katılımcılar afiliasyon uygulamalarının çalışanlar açısından yalnızca tıp fakültesi çalışanlarına katkısı olduğunu belirtmiştir. Bunun yanı sıra hastane açısından ise hizmet verimliliğini ve çeşitliliğini artırdığı görülmüştür.

Türkiye'deki tıp fakültelerinin en yoğun olduğu il İstanbul'dur. Bu sebeple afiliasyon anlaşmalarının uygulamada ne gibi sonuçlarının olduğunun kavranması için İstanbul seçilmiştir. Afiliye olan ve afiliye olmayıp kendi üniversite hastanesi bulunan devlet ile vakıf üniversiteleri konu alınmıştır. Bu üniversitelerin tıp fakültelerinin öğretim elemanı başına düşen öğrenci sayıları değerlendirilmiştir. Bu verinin eğitim öğretim faaliyetleri kalitesini etkileyen faktörlerden olduğu düşünülmüştür. Bu sebeple araştırmaya değer bulunmuştur. Araştırmadan elde edilen sonuçlar şu şekildedir;

- 1) Araştırma sonucunda afiliye olan ve olmayan üniversite tıp fakülteleri arasında büyük bir farklılık görülmemekle birlikte kendi üniversite hastanesi bulunan tıp fakültelerinde kısmen de olsa öğretim elemanı başına düşen öğrenci sayıları daha azdır. Bu durum eğitim faaliyetleri açısından avantaj olarak görülebilir.
- 2) Öğretim elemanı başına düşen öğrenci sayısı diğer üniversitelere göre biraz daha az olan devlet üniversiteleri daha tanınmış ve köklü üniversitelerdir. Yine sayının az olduğu vakıf üniversitelerinin ise daha fazla mali destek alan ve gelir düzeyleri yüksek üniversiteler olduğu görülmüştür.

- 3) Kendi hastanesi olan köklü, gelir düzeyleri yüksek tıp fakültelerinde öğretim elemanı başına düşen öğrenci sayısı, afiliye tıp fakültelerindeki sayılarla birbirine yakındır. Bu durum ülkemizde özellikle son yıllarda yaygın olarak uygulanmaya başlayan afiliasyon anlaşmaları açısından avantaj sayılabilir.

Bu çalışmadaki diğer araştırma yıllara göre üniversite hastanelerine yapılan hasta müracaat sayıları ve yıllara göre üniversite hastanelerinin nitelikli yatak oranındaki değişim oranları üzerinedir. Bu verilerin afiliasyon anlaşmaları ile olan ilişkileri sorgulanmıştır. Verilerden elde edilen sonuçlar şu şekilde yorumlanmıştır;

- 1) Üniversite hastanelerine yapılan müracaat sayılarında 2011-2020 yılları arasında nüfus yoğunluğunun artması, sağlık problemlerinin artması gibi sebeplerden kaynaklı olduğu düşünülerek belli oranlarda artış olduğu görülmektedir.
- 2) Afiliasyon anlaşmalarının uygulanmaya başladığı 2013 yılından 2016 yılına kadar olan süreçteki artışta büyük değişiklik görülmemiştir. Ancak 2016 yılından 2019 yılına kadar olan süreçte hasta müracaat sayılarındaki artış oranı yükselmektedir.
- 3) 2015-2016 yılları arasında üniversite hastanelerine yapılan hasta müracaat sayılarındaki artış oranı %2,11 iken, 2016-2017 yılları arasında bu oran %8,27 ve 2017-2018 yılları arasında ise %9,21'dir. Üniversite hasta müracaatlarındaki bu artışın nedeninin Sağlık Bilimleri Üniversitesi ile ülke genelindeki devlet, eğitim araştırma ve şehir hastaneleri arasındaki afiliasyon anlaşmaları olduğu düşünülmektedir.
- 4) Türkiye genelinde SBÜ pek çok hastane ile afiliye olmuş ve bu hastaneler üniversite hastanesi statüsü kazanmıştır. Bu sebeple tıbbi açıdan zor vakaların da kabul edilmesiyle birlikte hasta müracaatları artmaktadır. Ayrıca sağlık piyasasının özelliklerinden olan talep genişlemesi bu trendi desteklemektedir. Hastanelerin daha fazla nitelik kazanması ve daha fazla öğretim görevlisi sayısına sahip olması hastanelere erişimi kolaylaştırmaktadır. Bu durum sağlık piyasaları için karakteristik bir özellik olan talep genişlemesine yol açmaktadır.

Araştırmadaki bir diğer veri olan üniversite hastanelerindeki nitelikli yatak oranının yıllara göre değişimi incelendiğinde ulaşılan sonuçlar şunlardır;

- 1) 2002 yılında nitelikli yatak oranı %24,6 iken 2016 yılında bu rakam %61,6 ve 2019 yılında ise %64,8'dir.
- 2) Son yıllara bakıldığında, 2016 yılından sonraki dönemde nitelikli yatak oranının %60 ile %65 arasında olduğu görülmektedir. Diğer devlet ve özel hastanelerine kıyasla nitelikli yatak oranı daha geridedir. Bu durumun, üniversite hastanelerinin daha geniş misyonlara sahip olması, eğitim ve araştırma gibi faaliyetlerine odaklanması neticesinde otelcilik hizmetlerine ilişkin iyileştirmeler geri kalabilmektedir.
- 3) Afiliasyon anlaşmalarının uygulandığı dönemden itibaren nitelikli yatak oranlarında belirgin bir değişimin olduğu söylenemez. Bu durum üniversite hastanelerinin nitelikli yatak oranlarının afiliasyon protokolleri ile anlamlı bir ilişkisinin olmadığını göstermektedir.
- 4) Araştırma kapsamındaki yıllarda Sağlık Bakanlığına bağlı devlet hastanelerinin üniversite hastanelerine göre daha fazla yeni bina ve sabit sermaye yatırımı yaptığı söylenebilir. Ayrıca üniversite hastanelerinin yatırım harcamalarının Sağlık Bakanlığı hastanelerine göre daha kısıtlı bir bütçe ile yürütüldüğü de söylenebilir.

Bir diğer araştırma konusu olan afiliye hastanelerle yapılan görüşmelerdeki sonuçlar afiliasyon anlaşmalarının uygulamadaki yeri açısından önemlidir. Bu sonuçlar şöyle açıklanabilir;

- 1) Tıp fakültesi öğrencilerinin uygulamalı eğitimlerini afiliye hastanelerde sürdürmesi üniversitelere eğitim kalitesi açısından avantaj sağlamaktadır. Hastaneler de intörnlerin hasta takibi yapmaları sayesinde kesintisiz sağlık hizmeti sunabilmektedir.
- 2) Hastanelere afiliasyon ile nitelikli akademisyenlerin gelmesiyle birlikte sağlık hizmeti kalitesi artmıştır. Ayrıca asistanların da görev almasıyla birlikte sağlık hizmeti sunucularının çeşitliliği artmıştır. Bu sayede personel yetersizliğinden kaynaklı hizmet sunumundaki aksaklıkların da önüne geçilmiştir.
- 3) Hastanelerde afiliasyon sonrası görev alan personellerin kadro, özlük durumları ile ilgili endişeler oluşabilmektedir. Bu endişelerin giderilmesi için protokollerdeki maddeler net ifade edilmelidir.

- 4) Afiliye hastaneler ile üniversiteler arasındaki resmi yazışmalarda ortak bir sistemin kullanılmadığı görülmüştür. İletişim, mail ve fiziki evrak gönderimi gibi kanallarla sağlanmaktadır. Personellerin iş ve işlemlerinde aksaklık olmaması için entegre bir yazışma ağının kullanılması önemlidir. Bu sebepten tıp fakültesi ve hastanenin ortak resmi yazı programı kullanması önem arz eder.

Türkiye'deki mevcut üniversite tıp fakülteleri baz alındığında afiliasyon anlaşmalarına yönelimin oldukça mantıklı olduğu söylenebilir. Afiliasyon anlaşmaları Avrupa ülkelerinin pek çoğunda yaygın bir şekilde uygulanmaktadır. Uygulanan afiliasyon modellerinin sistemli yürütülmesi ve iş birliği düzeyinin yüksek olması durumunda başarılı olduğu görülmüştür. Türkiye'deki sağlık hizmetlerinden duyulan memnuniyet oranının Avrupa ülkelerinin geneline göre daha düşük çıkması sağlık kurumlarının yönetimi açısından alınacak mesafe olduğunu göstermektedir. Birçok üniversite tıp fakültesinde yeterli eğitim ve araştırma için gerekli binalara, tıbbi cihazlara ve hizmet altyapısına sahip olmak ya da bunları yeterli seviyeye çıkarmak gerekir. Bu yatırımları yapmak ciddi bir mali ve bürokratik külfet gerektirmektedir. Ayrıca hastanedeki ileri düzey sağlık hizmetlerinin sunumunda üniversite bünyesindeki öğretim elemanlarına ihtiyaç duyulmaktadır. Bu yüzden afiliasyon anlaşmaları kendi hastanesi bulunmayan pek çok tıp fakültesi için bir fırsat olarak görülebilir.

Afiliasyon anlaşmalarının etkinliği için yönetim ve hizmet alanında entegrasyonun sağlanması önemlidir. Özellikle fakülte dekanı ve hastane başhekimisi arasındaki iletişim çok yönlü ve sürekli olmalıdır. Başhekim ile dekan arasında iş birliğinin sağlanması önemlidir. Bu yüzden ortak bir yönetim modeli anlayışı benimsenmesi gerekir. Üniversite hastanesindeki eğitim, araştırma ve sağlık hizmetlerinin birlikte yürütülmesi için hastanede yeterli personel bulunmalı, hastane bünyesinde eğitim ve araştırma faaliyetlerini yürütmek üzere uygulama ve araştırma merkezleri olmalıdır.

Afiliasyon sonrası personelde kadro durumuna ve gelir dağılımına yönelik oluşabilecek endişelerin giderilmesi sağlanmalıdır. Afiliasyon sonrası çalışanlar arasındaki belirsizliği gidermek için öncelikle afiliasyon anlaşmalarına yönelik oryantasyon eğitimleri verilmelidir. Afiliasyon anlaşmalarının amaçları ve yol haritası çalışan personellere aktarılmalıdır. Afiliye olan üniversite hastanesindeki

personellerde koordine bir çalışma bilinci geliştirilmesi sağlanmalıdır. Bu konuda tanışma toplantıları, ilgili seminerler, konferanslar ve eğitimler düzenlenebilir. Afiliasyon sonrası süreçte de personellerin kadro garantisi sağlanmalı, iş birliği dâhilinde yer değiştirmek isteyenlere fırsatlar sağlanmalıdır. Ayrıca hastane ile fakülte arasında iş birliği kapsamında üniversite hastanesi çalışanlarına üniversitede eğitim almaları açısından teşvik ve kolaylıklar oluşturulabilir. Üniversite çalışanlarına ise hastaneden alınabilecek hizmetlerde kolaylıklar ve çeşitli haklar sağlanabilir.

Afiliasyon anlaşmaları, yakın zamana kadar Türkiye'deki tarihinin yeni olması, uygulama alanında yaygınlığa ulaşmamış olması ve üzerinde fazla çalışma yapılmamış olması sebebiyle fikir birliğine varılması güç bir model olmuştur. Bununla birlikte afiliasyon anlaşmalarının giderek arttığı görülmektedir. Bu artış aslında afiliasyon anlaşmalarının benimsendiği şekilde yorumlanabilir. Bundan sonraki çalışmalarda afiliasyon anlaşmaları modellerinin verimliliği konusunda daha kapsamlı ve geniş ölçümlü çalışmalar yapılabilecektir.



KAYNAKLAR

- Ahgren, B., & Axelsson, R. (2005). Evaluating Integrated Health Care: A Model for Measurement. *International Journal of Integrated Care*. DOI: 10.5334/ijic.134
- Akça, H. (2012). Yükseköğretimin Finansmanı ve Türkiye İçin Yükseköğretim Finansman Modeli Önerisi. *Yönetim ve Ekonomi Dergisi*, 19(1), 101.
- Akçakaya, M., & Yücel, N. (2007). Değişim Mühendisliği ve Türk Kamu Yönetiminde Uygulanabilirliği. *Sayıştay Dergisi*, (66), 4-7.
- Akdur, R. (2006). *Sağlık Sektörü "Temel Kavramlar Türkiye ve Avrupa Birliği'nde Durum ve Türkiye'nin Birliğe Uyumu"*. Ankara: Ankara Üniversitesi.
- Aktan, A. (2015). <https://docplayer.biz.tr/>. docplayer.biz.tr Web Sitesi: <https://docplayer.biz.tr/9088523-Afiliasyondan-beklentiler-ve-deneyimler.html> adresinden alınmıştır.
- Aktan, C. C. (2015). İdeal Devlet ve İyi Yönetim: Temel İlkeler, Kurallar ve Kurumlar. *Hukuk ve İktisat Araştırmaları Dergisi*, 7(1), 50-60.
- Akyılmaz, B. (2003). İyi Yönetim ve Avrupa İyi Yönetim Yasası. *Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi*, 7(2). <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/789860> adresinden alınmıştır.
- Alan, Ç., & Güven, A. (2018). Sağlık Kurumlarında Stratejik Yönetim Araçları Üzerinden Değerlendirme: Kamu Hastaneleri Kurumu Örneği. *2. Uluslararası El Ruha Sosyal Bilimler Kongresi*, Şanlıurfa, 166-171.
- Altıntaş, L., Alimoğlu, M., Alvur, T., Yıldız, G., & Diri, S. (2012). Ulusal Çekirdek Eğitim Programı'nın Tıp Eğitimi Programına Entegrasyonunda Yazılım Destekli Uygulama Örneği; Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Deneyimi. *Tıp Eğitimi Dünyası*, 34(34), 7.
- Arık, Ö., & Ertaş, H. (2021). Türkiye'de Sağlık Market Uygulaması. *Journal of Academic Value Studies*, 7(2), 164-165.
- Arıkboğa, F. Ş. (2007). Yönetim ve Organizasyon. İstanbul. <http://auzefkitap.istanbul.edu.tr/kitap/kok/yonetimveorgau242.pdf> adresinden alınmıştır.
- Arslan, B. (2015). *Hastane Yönetiminde Liderlik ve İş Doyumu* [Yayımlanmış yüksek lisans tezi]. Beykent Üniversitesi.
- Atıcı, T., & Atıcı, E. (2013). Bursa Tıp Fakültesi'nden Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi'ne: Kuruluş Öyküsü. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 39(1), 2.
- Atlı, Y., & Yücel, N. (2018). Sağlık Kurumları, Sağlık Kurumlarında Marka ve Elazığ İli Sağlık Sektörü. *Fırat Üniversitesi Uluslararası İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 2(2), 52.

- Aydın, S., Demir , M., Güler, H., Yücel, M., Demir, B., Kapan, S., & Yılmaz , E. (2007). *Sağlıkta Performans Yönetimi Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi*. Ankara: Sağlık Bakanlığı Yay. https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/200801212155410_performans2.pdf adresinden alınmıştır.
- Aytekin, A. G., & Aytekin, S. (2010). Türkiye'de Sağlık Hizmetleri ve Kamu Sağlık Harcamalarının Finansmanı. *Gümüşhane Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Elektronik Dergisi*, 1(2), 175.
- Bakırtaş, İ., & Bakırtaş, H. (2008). Firmaların Sürdürülebilir Rekabet Üstünlüğünün Bir Kaynağı Olarak Temel Yetenek:Genel Bir Değerlendirme. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 0(19), 102-103.
- Barrett, D. (2008). The Evolving Organizational Structure of Academic Health Centers: the Case of the University of Florida. *Academic medicine : journal of the Association of American Medical Colleges*, 83(9), 804.
- Başer, A., & Şahin, H. (2017). Atatürk'ten Günümüze Tıp Eğitimi. *Tıp Eğitimi Dünyası*, 16(48), 76-78.
- Başol, E. (2015). Gelişmekte Olan Ülkelerde Strateji:Sağlık Sisteminde Sevk Zinciri. *Balkan Sosyal Bilimler Dergisi*, 4(8), 136.
- Bektemür, G., Taşcı, A., & Adaş, G. (2016). Eğitimde Farklı Bir Makro Organizasyon Modeli Olarak Sağlık Bilimleri Üniversitesi. *JAREM*, 6(3), 203-208.
- Biçer, E. (2018). Sağlık Kurumları Yöneticilerinin Stratejik Yönetim Tekniklerine Bakış Açılarının ve Yaklaşım Tarzlarının Belirlenmesi:Sivas İli Örneği. *Yönetim ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi*, 16(4), 407-414.
- Bilir, F. (2018). Afiliasyonun Tıpta Uzmanlık Öğrenci Eğitimine Etkisi. *Journal Of Human Rhythm*, 4(4), 166-167.
- Bilir, F., & Kaçal, Z. (2018). Türkiye’de Afiliasyonun Tıp Eğitimindeki Yeri. *Journal of Human Rhythm*, 4(1), 33-34.
- Bingöl, B. (2012). Üniversite Özerkliğinin Değişen Tanımı ve Üniversitelerin Yeniden Yapılandırılması. *Hacettepe Hukuk Fakültesi Dergisi*, 2(2), 42-54.
- Bolay, S. (2011). Çağdaş Üniversitede Neler Önem Kazanmaktadır? *Yükseköğretim ve Bilim Dergisi*, 1(3), 106.
- Can, A., & İbicioğlu, H. (2008). Yönetim ve Yöneticilik Yönünden Üniversite Hastanelerinin Değerlendirilmesi. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 13(3), 265.
- Coşkun , A., & Akın, A. (2009). *Sağlık İşletmeleri Yönetim Rehberi*. İstanbul: Seçkin Yayıncılık.

- Coşkun, B., & Pank Yıldırım, Ç. (2018). Türkiye’de Stratejik Planlama: Son Dönem Gelişmelerin İncelenmesi. *Strategic Public Management Journal*, 4(8), 3-4.
- Çavmak, Ş. (2020). Değer Odaklı Sağlık Hizmetlerinin Sunumu: Türkiye Sağlık Sistemi İçin Öneriler. *IAAOJ Health Sciences*, 6(3), 288.
- Çetinkaya, Ö. (2006). Rekabet Stratejilerinin Belirlenmesinde Portföy Analizi ve Tarih Üzerine Bir Araştırma. *Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 8(3), 63.
- Çilhoroz, Y., & Arslan, İ. (2018). Yalın Yönetim Yaklaşımı ve Sağlık Hizmetlerinde Uygulamaları. *Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 1(32), 167-170.
- Çimen, M. (2010). Sağlık Yönetimi ve Sağlık Yönetim Eğitimi. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1(3), 138.
- Çıraklı, Z., & Sayım, F. (2009). Hastanelerdeki Sağlık Hizmetlerinde Kalite Yönetim Sistemlerinin Maliyet Fayda, Maliyet Etkililik Analizi Göstergelerinin İncelenmesi. *Uluslararası Sağlıkta Kalite ve Performans Kongresi*, Antalya.
- Danacı, B. (2010). *Sağlık Bakanlığı, Üniversite ve Özel Hastanelerin Yataklı Birimlerinde Görev Yapan Hemşirelerin İş Tatminlerinin Karşılaştırılması* [Yayımlanmış yüksek lisans tezi]. Dumlupınar Üniversitesi.
- Demir, İ., & Uğurluoğlu, Ö. (2015). Sağlık Kurumlarında Stratejik Yönetim Araçları. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 18(2), 222-242.
- Demirel Yılmaz, E. (2006). Tıp Eğitimi Sistemleri, Yöntemleri ve Tıp Fakültelerinin Sorumlulukları. *Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 23(1), 1-3.
- Demirkaya, H., & Zengin, R. (2014). Hizmet İnovasyonu ve Bir Uygulama Örneği. *Elektronik Mesleki Gelişim ve Araştırma Dergisi*, 2(1), 110.
- Demirtaş, M. (2016). *Bir Sağlık Bakanlığı Hastanesinin Afiliasyon Öncesi ve Sonrası Finansal Performans Analizi* [Yayımlanmış yüksek lisans tezi]. Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi.
- Doğan, S., & Kaya, S. (2004). Aksaray’daki Sağlık Bakanlığı Hastane Yöneticilerinin Toplam Kalite Yönetimi Konusundaki Algıları. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 7(1), 67.
- Döğücü, M., & Sayım, F. (2009). Hastanelerde Dış Kaynak Kullanımı Kocaeli Örneği. *Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi*, Antalya, 265-270.
- Erbaş, A. (2013). *Hastane Yönetimi, Sorunları ve Çözüm Önerileri* [Yayımlanmış yüksek lisans tezi]. Beykent Üniversitesi.

- Ercan, S. (2016). Tıp Fakültelerinin Yüz Yüze Kaldığı Genel Sorunlar ve Tıp Fakültelerinde Eğitim Kalitesinin İyileştirilmesi. *Tıp Eğitimi Dünyası*, 15(45), 47-50.
- Erdem, B. (2006). İşletmelerde Yeni Bir Yönetim Yaklaşımı: Kıyaslama (Benchmarking) (Yazınsal Bir İnceleme). *Balıkesir Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 9(15), 89.
- Eren, E. (2013). *Yönetim ve Organizasyon (Çağdaş ve Küresel Yaklaşımlar)*. İstanbul: Beta Yay.
- Eren, N. (2000). *Sağlık Yönetimine Giriş*. Ankara: Somgür Yay.
- Erençin, A., & Yolcu, V. (2008). Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Dönüşümü ve Yerinden Yönetimi. *Memleket Siyaset Yönetim*, 3(6), 121.
- Eskiocak, M., Sarıdoğan, K., Tezel, A., Adalı, M. K., Çağlar, T., Otkun, M., Özdemir, F., Şahin, M., Mert, S., & Kutlu, A. K. (2005). Tıp Eğitiminde Değişim ve Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesinde Değişim Süreci Üzerine Notlar. *Tıp Eğitimi Dünyası*, 20(20), 17-22.
- Fettahlıoğlu, Ö. O., Polat, M., & Demir, S. (2016). Hizmet Kalitesinin Servqual Analizi ile Ölçümü: Kahramanmaraş İlinde Bir Uygulama. *Ordu Üniversitesi Sosyal Bilimler Araştırmaları Dergisi*, 6(3), 850-851.
- Geng, W. (2021). Analysis of Medical Education Management in Affiliated Hospital under the New Situation. *Advances in Educational Technology and Psychology*, 5(6), 132.
- Gökmen Kavak, D. (2018). Türkiye Sağlık Hizmetleri Kalite ve Akreditasyon Enstitüsü Sağlıkta Akreditasyon Standartları . *Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Dergisi*, 1(1), 14-20.
- Güçlü, N. (2003). Stratejik Yönetim. *Gazi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 23(2), 62-64.
- Gülpınar, M. (2014). Yükseköğretimi ve Tıp Fakültelerini Yeniden Düşünme, Yarını Planlama. *Yükseköğretim ve Bilim Dergisi*, 4(3), 160-161.
- Gürpınar, E., Coşkun, H., Şenol, Y., Boneval, C., Alimoğlu, M., & Gültekin, M. (2015). Mezuniyet Öncesi Tıp Eğitimi Programını Ulusal Çekirdek Eğitim Programına Göre Gözden Geçirme: Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Deneyimi. *Akdeniz Tıp Dergisi*, 1(1), 13.
- Hamza, S. (2019). *Sağlık Hizmetlerinde Kalite Yönetimi Açısından Çalışan ve Hasta Beklentileri* [Yayımlanmış yüksek lisans tezi]. Üsküdar Üniversitesi.
- İbicioğlu, H., Taş, S., & Özmen, H. (2010). Üniversite Eğitiminin Girişimcilik Düşüncesinin Değişimine Etkisi: Üniversite Öğrencileri Üzerine Bir Uygulama. *Uluslararası Alanya İşletme Fakültesi Dergisi*, 2(1), 71-72.

- Kavuncubaşı, Ş., & Yıldırım, S. (2012). *Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi*. Ankara: Siyasal Kitabevi.
- Kumbasar, A. (2016). Sağlık Politikaları. İstanbul. http://auzefkitap.istanbul.edu.tr/kitap/saglikkurumlariisletmeciligi_ao/saglikpolitikalari.pdf adresinden alınmıştır.
- Kuzan Topan, F. (2015). *Sağlık Kurumlarında Yönetimsel Zorluklar ve Yönetim Algısı* [Yayımlanmış yüksek lisans tezi]. Beykent Üniversitesi.
- Küçüksüleymanoğlu, R. (2008). Stratejik Planlama Süreci. *Kastamonu Eğitim Dergisi*, 16(2), 404.
- Lavy, S., & Shohet, I. (2009). Integrated Healthcare Facilities Maintenance Management Model: Case Studies. *Facilities*, 27(3/4), 117.
- Layık, M., Karahocagil, M., & Kalem, P. (2017). Tıp Eğitiminde Akreditasyonun Önemi. *Van Tıp Dergisi*, 24(2), 127-129.
- Leatt, P., Pink, G., & Guerriere, M. (2000). Towards a Canadian Model of Integrated Healthcare. *Healthcare Papers*, 1(2), 16.
- Lyngsø, A., Godtfredsen, N., & Frølich, A. (2016). Interorganisational Integration: Healthcare Professionals' Perspectives on Barriers and Facilitators within the Danish Healthcare System. *International Journal of Integrated Care*, 16(1), 2-9.
- Meral, Y. (2018). *Sağlık Kuruluşlarında Dış Kaynaklardan Yararlanmanın (Outsourcing) Hasta Memnuniyetine Etkisi* [Yayımlanmış yüksek lisans tezi]. İstanbul Üniversitesi.
- Mergen, E. (1993). Toplam Kalite Yönetimi. *Anadolu Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 11(1), 27-28.
- Önder, N., Arslan, E., Kayalı, S., Keskin, Z., & Yiğit, Ö. (2015). Sağlık Kuruluşlarında Yalın Yönetim Anlayışının Değerlendirilmesinde Bir Eğitim Araştırma Hastanesi Örneği. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 2(1), 34-36.
- Öndeş, T., Kaygın, E., & Yerdelen Kaygın, C. (2011). Örgütsel Küçülmeye Stratejik Bir Bakış. *Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 25(2), 124-125.
- Özalp, İ., Ağlargöz, O., Paşaoğlu, D., & Şakar, N. (2012). *Yönetim ve Organizasyon-1*. (C. Koparal, Dü.) Eskişehir. <https://mircafar.files.wordpress.com/2014/02/yonetim.pdf> adresinden alınmıştır.
- Özcan, C. (1995). Üniversite hastanelerinin yönetim yapısının incelenmesi ve yeni bir model önerisi. *Turgut Özal Tıp Merkezi Dergisi*, 2(2), 236-238.

- Özdemir, A. (2004). Tedarik Zinciri Yönetiminin Gelişimi, Süreçleri ve Yararları. *Erciyes Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 0(23), 89.
- Özdemir, H., & Seçkin, S. (2020). Vakıf Üniversiteleri ile Özel Hastaneler Arasında İşbirliğinin Hukuki Rejimi. *İstanbul Medipol Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi*, 7(1), 124-157.
- Özkan, O., Bayın, G., & Yeşilaydın, G. (2015). Sağlık Sektöründe Yalın Tedarik Zinciri Yönetimi. *AJIT-e:Bilişim Teknolojileri Online Dergisi*, 6(18), 87.
- Özköse, H., Arı, S., & Çakır, Ö. (2013). Uzaktan Eğitim Süreci İçin SWOT Analizi. *Middle Eastern & African Journal of Educational Research*, 5(41), 45-48.
- Özsarı, H. (2018). Değer Temelli Yönetim Anlayışının Sağlık Yönetimindeki Yeri. *Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Dergisi*, 1(2), 7.
- Öztürk, C., & Vardarlier, P. (2020). Sağlığın Geliştirilmesi ve Sağlık İletişimi: Sağlık Kurumlarının Sosyal Medya Mecra Kullanımının İncelenmesi. *Modern Leisure Studies*, 2(1), 35.
- Özyörük, B., Şirin, Y., Yoksulabakan, T., Şanver, M., & Saraç, M. (2014). Performans Ölçümünde Dengelenmiş Skor Kart ve Analitik Hiyerarşi Prosesi Entegrasyonu. *TÜBAV Bilim Dergisi*, 7(1), 9.
- Paşaoğlu, D., Tokgöz, N., Şakar, N., Ergun Özler, N. D., & Özalp, İ. (2013). *Yönetim ve Organizasyon*. (C. Koparal, & İ. Özalp, Dü) Eskişehir: Anadolu Üniversitesi. https://www.ders.es/yonetim_organizasyon.pdf adresinden alınmıştır.
- Sargutan, A. (2005). Sağlık Sektörü ve Sağlık Sistemlerinin Yapısı. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 8(3),404.
- Sayım, F. (2011). *Sağlık Piyasası ve Etik*. Bursa: MKM Yay.
- Sayım, F. (2015). Sağlık Hizmetleri Arzını Etkileyen Faktörler. *Akademik Arge-Sosyal Bilimler Dergisi*, 15(1), 92-97.
- Sayım, F., & Aydın, V. (2011). Hizmet Sektörü Özellikleri ve Sistematik Olmayan Risklerin Sektör Menkul Kıymetleri ile Etkileşimine Dair Teorik Bir Çalışma. *Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 0(29), 248-249.
- Schneider , M. (2016). Affiliation and Its Benefits to the Hospital and Community. *Nursing Administration Quarterly*, 40(4), 342-345.
- Serin, G., & Çuhadar, M. (2015). İş Güvenliği ve Sağlığı Yönetim Sistemi. *Teknik Bilimler Dergisi*, 5(2),45.
- Seyfioğlu, E., & Başdaş, N. (2021). Değer Temelli Sağlık Hizmetlerinde Bir Değer Bileşeni Olan Hasta Sonuçlarının Ölçümü ve Önemi. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 24(2), 402.

- Shaw , S., Rosen, R., & Rumbold , B. (2011). *What is integrated care?* An overview of integrated care in the NHS research report.Nuffield Trust. <https://www.nuffieldtrust.org.uk/files/2017-01/what-is-integrated-care-report-web-final.pdf> adresinden alınmıştır.
- Songur, A. (2016). Tıp Eğitimindeki Çıkmazlardan Biri: Fakülte Yönetimi ile Hastane Yönetimi İkilemi. *Tıp Eğitimi Dünyası*, 15(46), 14-18.
- Songur, C., & Babacan, A. (2016). Sağlık Hizmetlerinde Afiliasyon ve Mali Yönetim Üzerine Etkisi. *Yönetim ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi*, 14(4), 92-100.
- Soylu, A., & Öztürk Göl, M. (2010). Yönetim İnovasyonu. *Sosyoekonomi*, 11(11), 118-121.
- Söyük, S. (2015). Sağlık İşletmeleri Yönetimi. İstanbul. http://auzefkitap.istanbul.edu.tr/kitap/saglikkurumlariisletmeciligi_ao/saglikisletmeleriyonetimi.pdf adresinden alınmıştır.
- Sur, H., & Şentürk, S. (2018). Türkiye’de Üniversite Hastanelerinde Ölçek Ekonomileri Yaklaşımına Bakışlar. *Üsküdar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 0(7), 304.
- Şahin, B. (2010). *Hastane Yönetim Süreçleri ve Sağlık Yönetim Bilgi Sistemleri* [Yayınlanmış yüksek lisans tezi]. Kadir Has Üniversitesi.
- Şahin, D. (2020). JCI Akreditasyonu ile Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Kalite ve Akreditasyonu İlgili Kuruluşların Çalışmalarına İlişkin Araştırma. *Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Dergisi*, 3(1), 23.
- Şentürk, B. (2012). Hizmet Yönetimine Yeni Bir Bakış:HMK Stratejik Hizmet Yönetimi Süreci. *Marmara Üniversitesi Öneri Dergisi*, 10(37), 79-80.
- Tanrıverdi, H., & Teker, Ç. (2010). Eğitim Hastanelerinde Asistan Doktorların Klinik İş Yükleri Bakımından Performans Ölçütlerinin Karşılaştırılması. *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi*, 1(1), 116.
- Tanyeri, M., & Fırat, A. (2005). Rekabet Değişkeni Olarak Dış Kaynak Kullanımı (Outsourcing). *Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 7(3), 272-273.
- Taş, S. (2017). İnovasyon, Eğitim ve Küresel İnovasyon Endeksi. *Bilge Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 1(1), 101.
- Taşkaya, S. (2019). Sağlık Bakanlığı ve Üniversite Ortak Hastanelerinin Verimliliğinin Pabon Lasso Modeli ile Değerlendirilmesi. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 22(3), 569-571.
- Telli, S. G. (2020). Girişimci Yenilikçi Üniversite. *Üniversite Araştırmaları Dergisi*, 3(1), 45-46.

- Topçu, T. (2019). *Sağlık Çalışanlarının Afiliasyon Uygulamasına Yönelik Tutumlarının Araştırılması* [Yayımlanmış yüksek lisans tezi]. Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi.
- Tozlu, N., Taşdelen, V., & Önal, M. (2016). *Dünyada ve Türkiye’de Üniversite*. Ankara: Bayburt Üniversitesi Yay.
- Turan Özdemir, S. (2005). Tıp Eğitimi ve Standartlar. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 31(2), 134.
- Tuysuz, S. (2020). Dönüştürücü Bir Mikro-Coğrafya Alanı Olarak Üniversiteler ve Yerellik-Evrensellik Paradoksu. *Ege Coğrafya Dergisi*, 29(2), 185.
- Uğur, A. (1997). *Yönetim ve İşletmecilik Bilgileri*. Sakarya: Sakarya Üniversitesi.
- Uğurluoğlu, Ö. (2015). Üniversite Hastanelerinde Uygulanan Organizasyon Yapılarının Değerlendirilmesi. *İşletme Bilimi Dergisi*, 3(1), 53-62.
- Uysal, O. (2019). Tıp Fakültelerinde Tıp Eğitimi Anabilim Dalı İşlevi. *Tıp Fakültesi Klinikleri Dergisi*, 2(1), 3-4.
- Ülger, N., Baldemir, E., & Battaloğlu İnanç, B. (2015). Employee Satisfaction in Hospitals with Afilasyo; Sample of Training and Research Hospital of University of Muğla Sıtkı Koçman. *Journal of Clinical and Analytical Medicine (JCAM)*, 6(150), 169.
- www.atilim.edu.tr Erişim Tarihi: 17.01.2022.
<https://www.atilim.edu.tr/tr/home/news/3644/medicana-international-ankara-hastanesi-ile-is-birligi-protokolu-imzalandi> adresinden alındı.
- www.atilim.edu.tr Erişim Tarihi: 18.01.2022.
<https://www.atilim.edu.tr/tr/home/news/3732/tip-fakultemiz-ve-medicana-international-ankara-hastanesi-arasinda-afiliasyon-protokolu-imzalandi> adresinden alındı.
- www.istanbul.edu.tr Erişim Tarihi: 17.01.2022.
<https://istanbul.tip.istanbul.edu.tr/tr/content/organizasyon-semasi/istanbul-tip-fakultesi-organizasyon-semasi> adresinden alındı.
- www.istanbulc.edu.tr Erişim Tarihi: 27.03.2022.
<https://hastanecerrahpasa.istanbulc.edu.tr/tr/content/misyon-vizyon/organizasyon-semasi> adresinden alındı.
- www.marmara.edu.tr Erişim Tarihi: 12.01.2022.
<https://tip.marmara.edu.tr/idari/organizasyon-semasi> adresinden alındı.
- www.medeniyet.edu.tr Erişim Tarihi: 08.04.2022.
<https://tip.medeniyet.edu.tr/tr/yonetim/organizasyon-semasi> adresinden alındı.
- www.pau.edu.tr Erişim Tarihi: 15.02.2022. <https://hastane.pau.edu.tr/kurum-matris-yapisi> adresinden alındı.

www.saglik.gov.tr Erişim Tarihi: 20.01.2022. <https://shgmkalitedb.saglik.gov.tr/TR-12454/hakkimizda.html> adresinden alındı.

www.saglik.gov.tr Erişim Tarihi: 23.01.2022.
<https://khgmsaglikhizmetleridb.saglik.gov.tr/TR-75086/saglik-bakanligi-ile--universitesi-rektorlugu-arasinda-birlikte-kullanım-protokoludocx.html> adresinden alındı.

www.saglik.gov.tr Erişim Tarihi: 11.02.2022.
<https://sbsgm.saglik.gov.tr/Eklenti/41611/0/haber-bulteni-2020pdf.pdf> adresinden alındı.

www.saglik.gov.tr Erişim Tarihi: 18.02.2022
https://bursaadseah.saglik.gov.tr/Eklenti/219927/0/organizasyon-semasipdf.pdf?_tag1=A12410018E09BB86F74CA0705BB4E236AB8A7F54 adresinden alındı.

www.saglik.gov.tr Erişim Tarihi: 19.02.2022
<https://www.saglik.gov.tr/TR,10510/ozel-hastaneler-yonetmeligi.html> adresinden alındı.

www.saglik.gov.tr Erişim Tarihi: 21.02.2022. <https://sggm.saglik.gov.tr/TR-3954/genel-mudurlugun-gorevleri.html> adresinden alındı.

www.saglik.gov.tr Erişim Tarihi: 26.02.2022.
<https://sbsgm.saglik.gov.tr/Eklenti/40564/0/saglik-istatistikleri-yilligi-2019pdf.pdf> adresinden alındı.

www.saglik.gov.tr Erişim Tarihi: 29.03.2022.
https://marmaraeah.saglik.gov.tr/Eklenti/264533/0/organizasyon-semasi.pdf?_tag1=094956FBAA6735D0A1BB7185EC90A24EA0422AB0 adresinden alındı.

www.saglik.gov.tr Erişim Tarihi: 18.04.2022. <https://bursaadseah.saglik.gov.tr/TR-552609/tarihcemiz.html> adresinden alındı.

www.saglik.gov.tr Erişim Tarihi: 20.04.2022.
https://suleymanyalcinsh.saglik.gov.tr/Eklenti/168740/0/geahyonetimorganizasyonpdf.pdf?_tag1=0D3B3816DE1C20E80F865E8080EDCF2604911099 adresinden alındı.

www.saglik.gov.tr Erişim Tarihi: 25.04.2022.
<https://shgm.saglik.gov.tr/TR,58484/201918-saglik-hizmet-sunucularinin-basamaklandirilmesi-genelgesi.html> adresinden alındı.

www.saglik.gov.tr Erişim Tarihi: 11.05.2022.
<https://yhgm.saglik.gov.tr/Eklenti/11823/0/saglik-bakanligi-tasra-teskilati-kadro-standartlari-ile-calisma-usul-ve-pdf.pdf> adresinden alındı.

www.saglik.gov.tr Erişim Tarihi: 15.03.2022. <https://erzurumbeah.saglik.gov.tr/TR-484382/hastane-organizasyon-semasi.html> adresinden alındı.

- www.saglik.gov.tr Erişim Tarihi: 16.03.2022. <https://pydb.saglik.gov.tr/TR-32162/yetki-gorev-ve-sorumluluklar.html> adresinden alındı.
- www.sbu.edu.tr Erişim Tarihi: 13.01.2022.
https://www.sbu.edu.tr/FileFolder/Dosyalar/226a44f5/2017_7/tuek2017-c2a7ffe3.pdf adresinden alındı.
- www.sbu.edu.tr Erişim Tarihi: 23.03.2022.
<https://sbu.edu.tr/tr/universitemiz/kurumsal-bilgilerimiz/tarihcemiz> adresinden alındı.
- www.sbu.edu.tr Erişim Tarihi: 15.04.2022.
<https://www.sbu.edu.tr/tr/universitemiz/kurumsal-bilgilerimiz/teskilat-semasi> adresinden alındı.
- www.sgk.gov.tr Erişim Tarihi: 15.02.2022.
https://www.sgk.gov.tr/wps/portal/sgk/tr/kurumsal/istatistik/aylik_istatistik_bilgileri adresinden alındı.
- www.tepdad.org.tr Eriim Tarihi: 15.01.2022.
<https://tepdad.org.tr/uploads/files/Belgeler%20ve%20formlar/6-Y%C3%B6nerge-Aral%C4%B1k%202017.pdf> adresinden alındı.
- www.tuik.gov.tr Erişim Tarihi: 13.02.2022.
<https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Saglik-Harcamalari-Istatistikleri-2020-37192> adresinden alındı.
- www.tuik.gov.tr Erişim Tarihi: 23.02.2022.
https://www.tuik.gov.tr/media/announcements/yasam_memnuniyeti_arastirmasi_2020.pdf adresinden alındı.
- www.turkak.org.tr Erişim Tarihi: 12.01.2022.
<https://www.turkak.org.tr/akreditasyon/akreditasyon-nedir> adresinden alındı.
- www.tuseb.gov.tr Erişim Tarihi: 12.01.2022.
<https://www.tuseb.gov.tr/tuska/akreditasyon-size-ne-saglar> adresinden alındı.
- www.tuseb.gov.tr Erişim Tarihi: 22.01.2022. <https://www.tuseb.gov.tr/hakkimizda> adresinden alındı.
- www.uludag.edu.tr Erişim Tarihi: 11.02.2022.
<https://uludag.edu.tr/dis/haber/view?id=8702> adresinden alındı.
- www.wfme.org Erişim Tarihi: 18.03.2022. <https://wfme.org/home/projects/criteria-for-a-new-medical-school/> adresinden alındı.
- www.yok.gov.tr Erişim Tarihi: 22.01.2022.
https://www.yok.gov.tr/Documents/Kurumsal/egitim_ogretim_dairesi/Ulusal-cekirdek-egitimi-programlari/mezuniyet-onesi-tip-egitimi-cekirdek-egitimi-programi.pdf adresinden alındı.

www.yok.gov.tr Erişim Tarihi: 15.02.2022.
https://www.yok.gov.tr/Documents/Yayinlar/Yayinlarimiz/2021/vakif-
yuksekogretim-kurumlari-raporu-2021.pdf adresinden alındı.

www.yok.gov.tr Erişim Tarihi: 02.03.2022. https://istatistik.yok.gov.tr/ adresinden
alındı.

www.yok.gov.tr Erişim Tarihi: 19.03.2022. :
https://www.yok.gov.tr/Documents/Kurumsal/egitim_ogretim_dairesi/Yok-
tarafindan-Asgari-Kosullari-Belirlenen-Programlar/tip_fakultesi_ek.pdf
adresinden alındı.

Yenisu, E., şahin, F., & Öztekkeli, H. (2019). Yönetim Düşüncesinin Evriminde
Sistem Kuramının Etkileri: Kavramsal Bir Çözümleme. *Akademi Sosyal
Bilimler Dergisi*, 6(18), 515.

Yiğit, V., & Yiğit, A. (2016). Üniversite Hastanelerinin Finansal Sürdürülebilirliği.
Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 8(16), 265-
267.

Yıldız, S., & Yalman, F. (2015). Sağlık İşletmelerinde Yalın Uygulamalar Üzerine
Genel Bir Literatür Taraması. *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri
Araştırma Dergisi*, 1(1), 15.

Yürümez, Y., Yücel, M., & Ercan, B. (2018). Türkiye'deki Afiliasyon Modelleri.
Journal Of Human Rhythm, 4(1), 38-41.



Araştırma Konusu

Afiliasyon Sonrası Hastanelerde Meydana Gelen Değişimler

Merhaba, ben Uğur DEMİRCİ, Yalova Üniversitesi İşletme Tezli Yüksek Lisans öğrencisiyim. Üniversitelerin tıp fakültelerinin hastanelerle yaptıkları afiliasyon anlaşmalarının uygulamadaki yeri ve etkileri üzerine bir araştırma yapıyorum.

Görüşme Soruları:

- 1) Hastanenizde uygulanan afiliasyon protokollerinin fakülte bazında ve uzmanlık eğitimi çerçevesinde eğitim gören öğrenciler ve eğitim faaliyetleri yönünden kapsamı nasıldır?
- 2) Hastanenizde eğitim faaliyetleri çerçevesinde kimler eğitim görmekte ve ne tür faaliyetlerde bulunmaktadır?
- 3) Hastaneniz afiliasyon öncesi dönemde de hizmet veriyorduyorsa afiliasyon sonrası dönemde görev alan personellerin hastanenizdeki teşhis, tedavi açısından sağlık hizmetlerine ne gibi etkileri olmuştur?
- 4) Hastaneniz afiliasyon öncesi dönemde de hizmet veriyorduyorsa afiliasyon kapsamında üçüncü basamak sağlık kuruluşu olmanın sağlık hizmetleri açısından ne gibi avantajları olmuştur?
- 5) Üniversite ile afiliasyon sonrası hastanenizde görev yapan öğretim elemanlarının görev faaliyetleri, özlük ve diğer işlemleri hangi kıstaslara göre belirlenmektedir?
- 6) Üniversite ile afiliasyon sonrası hastanenizde görev yapan öğretim elemanlarının kadroları ve göreve başlama süreci nasıl yönetilmektedir?
- 7) Afiliasyon kapsamında öğretim elemanları ile yapılan hizmet sözleşmelerinin süresi ne kadardır?
- 8) Afiliasyon kapsamında hastanenizde görev yapan öğretim elemanları, asistanlar ve öğrencilerin ücret ödemeleri nasıl düzenlenmektedir?
- 9) Afiliasyon anlaşmalarıyla ilgili eklemek istediğiniz diğer hususlar nelerdir?



ÖZGEÇMİŞ

İlk, orta ve lise eğitimini Yalova’da tamamladı. 2015 yılında Anadolu Üniversitesi Sağlık Kurumları İşletmeciliği ön lisans bölümünden ve 2019 yılında Anadolu Üniversitesi Sağlık Yönetimi lisans bölümünden mezun oldu. 2021 yılında Atatürk Üniversitesi Sağlık Yönetimi tezsiz yüksek lisans bölümünden mezun oldu.

TEZDEN TÜRETİLEN YAYIN VE ESERLER

Demirci, U. & Sayım, F. (2023). Türkiye’de Tıp Fakültelerinin Kuruluş Yönetim ve Organizasyonunda Afiliasyon Anlaşmaları Modeli. *Yalova Sosyal Bilimler Dergisi*, 13(1).

