

# Üniversite Hastanelerinde Uygulanan Organizasyon Yapılarının Değerlendirilmesi

Doç. Dr. Özgür UĞURLUOĞLU

*Hacettepe Üniversitesi, İ.İ.B.F., Sağlık İdaresi Bölümü  
ougurlu@hacettepe.edu.tr*

## Özet

Üniversite hastanelerinden sağlık hizmeti sunumu yanında eğitim ve araştırma gibi önemli misyonları yerine getirmesi beklenmekte ve bu da üniversite hastanelerinin akademik ve klinik faaliyetleri bir arada yürütmek zorunda kaldıkları karmaşık bir yapıya sebep olmaktadır. Üniversite hastanelerinden beklenen sağlık hizmeti sunumu, eğitim ve araştırma fonksiyonlarını müşterek olarak organize etmek için çeşitli modeller geliştirildiği görülmektedir. Bu modellerden en çok kabul gören ikisi, tam entegre model ve fonksiyonel entegre modeldir. Bu çalışmanın amacı, bu iki farklı modeli inceleyerek olumlu ve olumsuz yönlerini ortaya koyarak Türkiye’de üniversite hastanelerinin organizasyon yapısını ve bu yapıdaki eksiklikleri incelemek ve bu modellerin Türkiye’de uygulanabilirliğini tartışmaktır.

**Anahtar Kelimeler:** Üniversite hastanesi, organizasyon yapısı, hastane yönetimi

## EVALUATION OF ORGANIZATIONAL STRUCTURES APPLIED IN UNIVERSITY HOSPITALS

### Abstract

It is expected that university hospitals carry out important missions such as education and research along with delivery of health care and this causes a complicated structure for university hospitals in which they carry out both academic and clinical activities. It is seen that various models are developed in order to organize collectively the expected delivery of health care from university hospitals, and their education and research activities. The two most accepted models among all are full integration model and functional integration model. The aim of this study is to reveal the advantages and disadvantages of these two models by examining them, and then to discuss the applicability of these models in Turkey by analyzing the organization structure of university hospitals in Turkey and the lacking in this structure.

**Key Words:** University hospital, organizational structure, hospital management

### I. Giriş

Üniversite hastanelerinden üç önemli misyonu yerine getirmeleri beklenmektedir. Bunlardan ilki sağlık hizmeti sunumudur. Her sağlık kuruluşu; en iyi sağlık hizmeti sunumu için çaba harcamalıdır; ancak üniversite hastaneleri bu konuda daha geniş sorumluluklara sahiptir. Üniversite hastanelerinden yalnızca belirli bir

bölge halkına sağlık hizmeti sunması beklenmez; aynı zamanda hizmet sunduğu bölge ya da tüm ülke için sağlık hizmetleri ve sektördeki yenilikler konusunda liderlik etmesi de beklenir. Bununla birlikte ilgilendiği her bir sağlık problemi ile ilgili olarak en kapsamlı çözümleri sunması da beklenmektedir. Bu konuların üstesinden gelebilmek ise, çeşitli becerilere sahip ve çeşitli disiplinlerden gelen sağlık hizmet sunucularını kapsayan bir takım olarak çalışmayı gerekli kılar. Üniversite hastaneleri en iyi sağlık hizmeti sunumu için çaba harcamalı, temel sağlık hizmetleri ve ikinci basamak tedavi hizmetlerinde mükemmellik yanında acil ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerine cevap verebilme kapasitesine sahip olmalıdır.

Üniversite hastanelerinden beklenen ikinci önemli misyon, mümkün olan en iyi sağlık hizmet sunucusunu yetiştirme kabiliyeti yani eğitimidir. Son olarak üniversite hastaneleri tüm topluma tıbbi araştırma faydasını sağlar ve çok geniş bir alana yayılan sağlık sorunları için teşhis ve tedavi yöntemlerinde iyileştirmeler üretmeleri beklenir.

Bu farklı misyonlar ya da bileşenler, Dünya’da ki çeşitli merkezlerde ve çeşitli örgütsel yapılarda “hizmet sunumu”, “eğitim” ve “araştırma” üçlü ayağını temsil ederek bir araya gelirler. Bu bileşenleri ve bunlarla bağlantılı kuruluşları müşterek olarak organize etmek için çeşitli yaklaşımlar geliştirilmiştir. Bu konuda literatürde en çok tartışılan iki örnek ülke olan Birleşik Krallık ve Amerika Birleşik Devletleri (ABD) bu bileşenleri organize ve kontrol etme konusunda kendi yönetim ve temsil şekillerine, sağlık kurumlarının aktivitelerine yön veren kendi yasal ve finansal ilkelerine göre hareket etmektedirler. Üniversite hastanelerinin organizasyon yapısındaki farklılıklar genellikle yerel kurumsal koşulların ve tarih, coğrafya, gelenek, sağlık hizmetleri pazarı ve liderler tarafından ve verilen zamanla değişen stratejik kararların bir sonucu olarak görülmelidir. Farklı organizasyonel yapılar yaşanan ekonomik zorlukların ve baskıların bir sonucu da olabilmektedir (Pardes ve Pincus, 2010).

Üniversite hastaneleri için uygulanan ve git gide gelişen organizasyon yapıları tıp fakültelerinin klinik uygulamaları, eğitim programları, araştırma faaliyetleri ve bununla bağlantılı hastaneler arasındaki formal ve informal ilişkilere bağlı olarak zaman içerisinde değişim göstermiştir.

## II. Yöntem

Üniversite hastanelerinin organizasyon yapıları, gerçekleştirmeleri beklenen farklı misyonlarından dolayı diğer sağlık kuruluşlarından farklılaşmaktadır. Üniversite hastanelerinden sağlık hizmeti sunma yanında eğitim ve araştırma faydalarının da beklenmesi organizasyon yapılarının incelenerek var olan sorunların belirlenmesini ve bu sorunları giderici çözüm yolları geliştirilmesini gerekli kılmaktadır. Türkiye’de üniversite hastanelerinin organizasyon yapısı ile ilgili birtakım aksaklıkların olduğu düşünülmektedir. Bu çalışmada uluslararası literatürde üniversite hastaneleri için önerilen organizasyon modelleri incelenerek üniversite hastanelerinin Türkiye’de ki organizasyon yapıları ve bu yapılarındaki eksiklikleri tartışılacak ve sonrasında incelenen organizasyon modellerinin Türkiye’de ki uygulanabilirliğine ilişkin öneriler geliştirilecektir. Uluslararası literatürde konu ile ilgili yapılan taramalarda “üniversite hastanesi organizasyon yapısı”, “üniversite hastanesi organizasyon modeli”, “üniversite hastaneleri entegrasyon modelleri” ve “üniversite hastanesi yapılanması”

anahtar kelimeleri kullanılmış ve elde edilen kaynaklar incelenerek üniversite hastanelerinde en sık kullanılan ve en çok kabul görmüş modeller üzerinden hareket edilmiştir.

### III. Üniversite Hastaneleri Organizasyon Modelleri

Uluslararası çalışmalar incelendiğinde üniversite hastanelerinin organizasyonu konusunda "entegrasyon" kavramının sıklıkla kullanıldığı ve bu kavramın da akademik faaliyetler (eğitim ve araştırma) ve klinik faaliyetler (hastane ve hekim uygulamaları) arasındaki ilişki düzeyini ifade ettiği söylenebilir.

Üniversite hastanelerinin örgütlenmesi ile ilgili olarak çok sayıda organizasyonel modelden söz edilmesine karşın, genel olarak iki farklı organizasyonel modelin geçerli olduğu görülmektedir (Wartman, 2007):

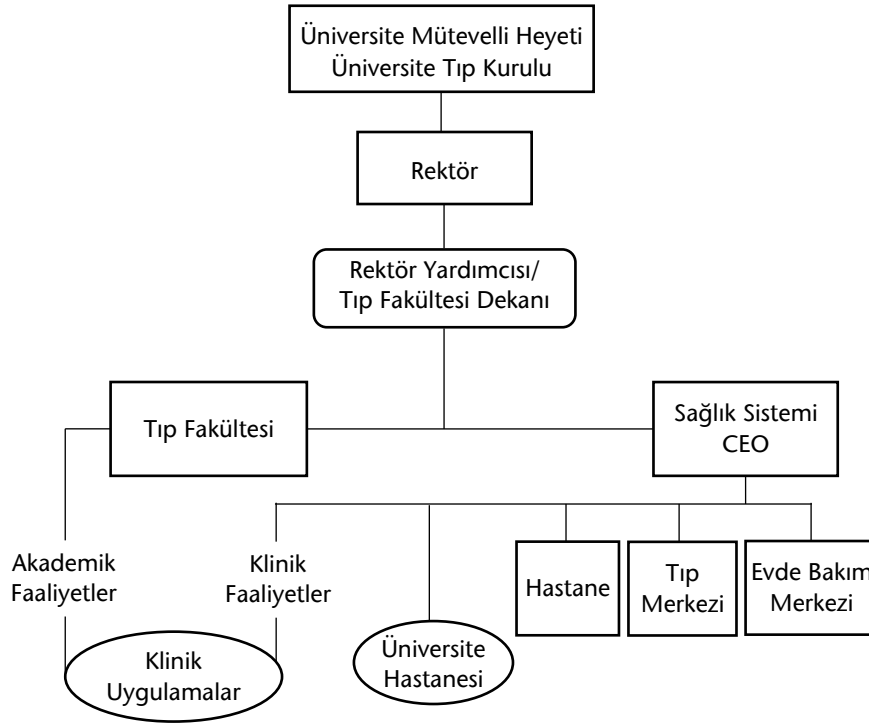
**(1) Tam entegre model:** Üniversite hastanelerine ilişkin ortak misyonların yani hizmet sunumu, eğitim ve araştırma faaliyetlerinin tek bir yönetici ve kapsayıcı tek bir yönetim kurulu tarafından yönetildiği modeldir.

**(2) Fonksiyonel entegre model:** Fonksiyonel entegre model, üniversite akademik faaliyetleri, tıp fakültesi hekim uygulamaları ve bağlı hastane operasyonlarının her birinin farklı liderler, ayrı ve bağımsız kurullar tarafından yönetildiği daha esnek bir afilliye modeldir. Bileşenler arasındaki entegrasyon yapılandırılmış olmaktan öte fonksiyoneldir.

Her bir modelin faydaları ve yararları konusunda üniversite hastanelerinin kuruluşundan bu yana devam eden bir tartışma vardır. Örneğin ABD'de 1960'larda tam entegre bir sisteme sahip olmak oldukça gerekli olarak görülmekte iken 1980'lerde geri ödeme sisteminde yaşanan değişikliklerle, klinik faaliyetlerin diğer fonksiyonlardan ayrılması yoluyla etkililik ve verimliliğin artacağı algısı giderek artmıştır. Zaman zaman bazı üniversite hastanelerinin organizasyonu, bu iki model arasında yerel ekonomi, sağlık piyasası eğilimleri ve üniversite politikalarına da bağlı olarak dönüşümlere uğramıştır (Wartman, 2007). Özellikle ABD'deki üniversite hastaneleri incelendiğinde, her iki uçtaki entegrasyon modelinin de başarılı örnekleri bulunduğu görülmektedir.

### IV. Tam Entegre Model

Tam entegre modelin uygulandığı Üniversite Sağlık Sistemlerinde üç önemli misyon olan eğitim, araştırma ve hizmet sunumunun tek bir yönetsel liderin sorumluluğu altında olduğu ve bu kişinin de direkt olarak üniversite rektörüne rapor verdiği görülmektedir. Temel amaç üç farklı misyonu dengeleyebilmektir. Fakat doğru entegrasyonu organize etmek kolay değildir (Phillips ve Rubenstein, 2008).



Şekil 1: Tam Entegre Model Örneği

Üniversite Sağlık Sistemi'nden sorumlu bir rektör yardımcısı direk rektöre bağlı olarak çalışmaktadır. Tıp fakültesi ve sağlık sistemi birbiri ile ilişkili iki organizasyonu kapsayan sanal bir holding şirketi olarak kurulmaktadır. Bu birleştirici tüzel kişiliğin oluşumu ve her iki oluşumdan sorumlu tek bir yöneticinin var olduğu bir yönetsel yapının oluşturulması ile sağlık sistemi, tıp fakültesi ve üniversite arasında daha yakın bir entegrasyon ve koordinasyon yürütülebilmektedir. Şekil 1'de organizasyon yapısı görülen bu modelin önemli bir özelliği Üniversite Sağlık Sisteminden sorumlu olan rektör yardımcısının aynı zamanda tıp fakültesinin de dekanı olması ve sağlık sistemi CEO'sunun direk olarak dekana rapor verme sorumluluğunun olması, dolayısıyla üniversite, tıp fakültesi ve sağlık sistemi arasında yönetsel olarak güçlü bir koordinasyonun sağlanmış olmasıdır.

Bu modelde rektör yardımcısı/dekan ve CEO; bu büyük kuruluşun eğitim, araştırma ve hizmet sunumundan oluşan üç önemli misyonunu koordineli bir şekilde başarı ile yönetebilmek için oldukça yakın bir şekilde çalışmak zorundadırlar. Bu yakın çalışma ilişkisi finansal yönetim, hasta bakımı, temel ve klinik araştırmaların entegrasyonu gibi pek çok konuda muazzam bir esneklik sağlamaktadır. Bu yönetsel işbirliği yanında Şekil 1'de de görüldüğü gibi, Üniversite Tıp Kurulu da Üniversite Mütevelli Heyeti ile oldukça entegre bir yapı içerisinde yer almaktadır. Tıp Kurulunun tüm üyeleri, Üniversite Mütevelli Heyeti tarafından münferit olarak atanmaktadır.

Ayrıca Tıp kurulunda yer alan üyelerin çoğunluğu da aynı zamanda Üniversite Kurulunda yer almaktadır (Phillips ve Rubenstein, 2008).

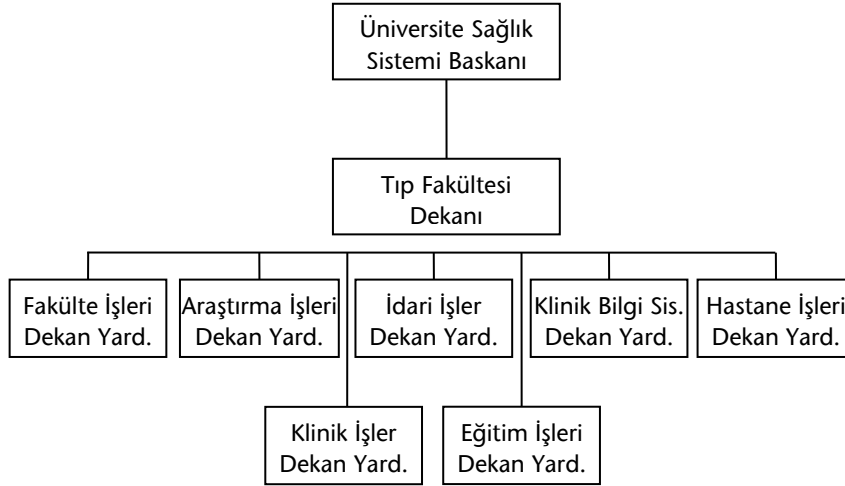
Birleşik bir liderlik ve yönetim anlayışına dayanan tam entegre modelin pek çokları tarafından mantıklı ve uygulanabilir bulunmasının stratejik odaklanma ve finansal disiplin gibi farklı sebepleri bulunmaktadır (Barrett, 2008).

- **Stratejik Odaklanma:** Tam entegre model stratejik odaklanmayı kolaylaştırır. Böyle bir odaklanma ve disiplin olmadan, üniversite hastanelerinin üç farklı misyonu farklı çıkarların peşinde koşabilir, sınırlı programlara yatırım yapabilir ve tüm sistem tarafından paylaşılan ortak misyona fayda sağlamayan ancak bahsedilen misyonlardan birisine ekonomik ya da akademik değer katan faaliyetlerle meşgul olabilirler. Tam entegre model içerisinde beklenen sağlam bir stratejik odağın olmaması, sınırlı kaynakların paylaşılması konusunda bir kargaşaya neden olabilir. Tam entegre modelde adına “kirpi konsepti” denilen bir avantaj sağlanır ki bu da örgütün temel çekirdek işlerine nokta atışı odaklanmayı ve bu odakla doğrudan ilişkiye sahip olmayan fırsatlara da “hayır teşekkürler” diyebilme disiplini ifade eder.
- **Finansal Disiplin:** Tam entegre modelin sağladığı bir diğer avantaj ise, üniversite hastanelerinin akademik misyonunun finansal olarak, önemli oranda klinik faaliyetler tarafından desteklenmesidir. Eğitim ve araştırma faaliyetlerine fon ayrılması bu kapsamda değerlendirilebilir. Üniversite hastanelerinin daha entegre yapılara sahip olması bu anlamda üç farklı misyonun gelir ve harcama dağılımının rasyonel bir şekilde dengelenmesini, üstün performansların uygun şekilde teşvik edilmesini ve ödüllendirilmesini, mali sorumluluk düzeyinin iyileştirilmesini sağlayabilir. Ayrıca birleştirilmiş tek bir yönetim yapısı, bu teşviklerin akademik ve klinik girişimler arasında mümkün olan en uygun şekilde dağılımını sağlayabilir.

Diğer taraftan biçimsel olarak tam entegre olmuş bir model belirli sınırlılıklara da sahiptir. Bir kurumsal hiyerarşi içerisinde akademik özerklik ilkelerinin karşısına sadık bir takım çalışması beklentisi ve akademik uygulayıcı ve araştırmacılar arasındaki zorlu bireysellik uygulamaları yan yana koyulduğunda, kurumsal kültür ile akademik kültür çatışabilir Akademisyenlerin kurumsal kültür içerisindeki hiyerarşik yapılanmaya tepkileri olabilir. Genel bir organizasyonel yapı altında bile, hekim kökenli liderler ve hastane idarecileri arasındaki stratejik vurgu ve temel ilkelere farklılıklar tüm örgütün etkililiğini maksimize edebilmek için dikkatlice yönetilmelidir. Buna ek olarak belirli derecede özerklik, liderlerin ve belirli becerilere sahip yöneticilerin girişimciliğini kolaylaştırabilir ve hekim uygulamalarının yönetilmesini, hastanelerin idare edilmesini ve akademik programların geliştirilmesini kolaylaştırabilir. Tersine, tek parçalı bir organizasyonel yapı yaratıcılığı azaltabilir ve risk alma cesaretini kırabilir. Bunun temel sebeplerinden birisi tek parçalı bir yapının “grup düşüncesini” teşvik etmesi ve farklı fikirlerin ortaya çıkabileceği tartışmaları engellemesi olarak görülebilir (Barrett, 2008; Wartman, 2007).

## V. Fonksiyonel Entegre Model

Fonksiyonel entegre modele ilişkin örnekler incelendiğinde (bkz. Şekil 2), Üniversite Sağlık Sistemlerinde dağıtılmış bir organizasyonel yapı bulunduğu görülmektedir. Üniversite hastanelerine ilişkin her bir misyonun (sağlık hizmeti sunma-araştırma-eğitim) başarısının birlikte çalışmaya bağlı olduğuna inanılır. Her bir bileşen farklı yönetici ve kurulların sorumluluğu altındadır. İçinde bulunulan koşullar (pazar rekabeti, bütçe kısıtlamaları, maliyetleri azaltma, erişimi artırma, kalite ve hasta güvenliğini iyileştirme gibi güçlükler) klinik ve akademik faaliyetlerin daha fazla birlikte çalışmasını gerektirmektedir. Dolayısıyla temel vurgunun formal örgütsel entegrasyondan daha çok fonksiyonel entegrasyon üzerinde olduğu söylenebilir. Fonksiyonel entegrasyon stratejik ve operasyonel düzeyde işletilir. Stratejik düzeyde, "biz kimiz", "ne yapacağız", "birbirimizi nasıl destekleyeceğiz" konularında anlaşmaya varmayı ve bunu sürdürmeyi içerir. Operasyonel düzeyde ise, fonksiyonel entegrasyon, anlaşmaya varılan amaçlar çerçevesinde disiplinlerarası takımlar oluşturmakla ve organizasyonları ve liderleri sonuçlardan sorumlu tutmakla ilgilidir (Barrett, 2008).



Şekil 2: Fonksiyonel Entegre Model Örneği

Fonksiyonel entegrasyon modelini benimseyen üniversitelerde; tıp fakültesi, hekimlerin klinik uygulamaları ve hastane sistemi arasında fonksiyonel bir entegrasyonun oluşturulabilmesi için birtakım girişimlerde bulunulduğu dikkat çekmektedir. Bunlardan bazıları aşağıdaki gibi özetlenebilir (Barrett, 2008):

- Florida Üniversitesi'nde yıllardan bu yana, hastane sistemi kendisini "Shands" markası ile tanıtmakta reklam ve promosyon çalışmalarında bu ismi kullanmaktadır. Fakat kim oldukları ile ilgili daha iyi bir ahenk yakalayabilmek amacıyla; şimdilerde tüm halkla ilişkiler ve pazarlama çalışmalarında "Florida Üniversitesi & Shands -Florida Üniversitesi Sağlık Sistemi" adıyla yeni bir marka kimliğini benimsemişlerdir. Bu marka kimliği

ile içinde buldukları pazarda temel rollerinin, ileri derecede uzmanlaşmış ve yenilikçi sağlık hizmetleri üretmek olduğu kadar *"en yüksek kalitede kapsayıcı hizmet"* olduğunu vurgulamaktadırlar.

- *"Sağlık Sistemi"* ve *"Tıp Fakültesi"*; hastaneden tıp fakültesine aktarılan akademik gelişim fonlarında önemli artışlar sağlayan resmi anlaşmalar yaparak da fonksiyonel entegrasyonun sağlanmasına katkıda bulunmaya çalışırlar. *"Akademik ve Kalite Destek Anlaşması"* gibi adlar verilen bu anlaşmalar ile hastane sistemi fakülteye ulusal kıyaslamalara dayalı olarak ve klinik kalite ölçütlerindeki iyileştirmelere bağlı olarak finansal destek sağlar. Bu tür anlaşmalar, akademik programların iyileştirilmesi için ayrılan fonlarda artış sağlar; klinik programlar, çeşitli araştırmalar ve biyomedikal çalışmalara yatırım yapmak için dekanın var olan fonları kullanması konusunda esneklikler getirir. Dolayısıyla bu tip anlaşmalar, tıp fakültesi ve sağlık sisteminin fonksiyonel düzeyde daha fazla entegre olabilmek için nasıl birbirlerini destekleyeceklerinin resmi ve somut örneği olabilir.
- Fonksiyonel entegrasyonun sağlanmasındaki bir diğer önemli girişim, belirli bir hizmetin sunulmasıyla ilgili olarak farklı hizmet sunucu grupları arasında bütünleşmeyi sağlayacak disiplinlerarası *"klinik takımların"* oluşturulmasıdır. Bu tip takımlar ilgili tıbbi, cerrahi ve yardımcı hizmet sunucuları özel klinik merkezlerde sağlık hizmetlerinin etkili ve yüksek kalite sunumu amacı etrafında organize ederek bir araya getirir. Üniversite hastaneleri kampüslerinde yer alan kanser merkezleri bu yaklaşımın en iyi örneklerindedir. Tıp Fakültesi, hastane sistemi ve kanser merkezi arasında entegre kanser programları tasarlanarak bölgede sunulan hizmetlerin kalitesinin yükseltilmesi hedeflenebilir.

#### VI. Türkiye'de Üniversite Hastanelerinin Yapılanması

Türkiye'de 2013 yılı Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistik Yıllığı'na göre 69 üniversite hastanesi ve bu hastanelerde toplam 36.056 fiili yatak bulunmaktadır. 2002 yılında 50 olan üniversite hastanesi sayısı artarak 2013 yılında 69'a ulaşmış ve Türkiye'deki fiili yatak kapasitesinin %17,85'ini karşılar hale gelmiştir. 2013 yılı itibarıyla üniversite hastaneleri hastanelere yapılan toplam müracaatların %8'ini, yatan hasta sayısının %13'ünü, ameliyat sayısının %15'ini karşılamakta; sağlık personelinin ise yaklaşık %10'unu istihdam etmektedir. Bu oran hekimlerde %21, hemşire ve ebelerde ise %11,5'dir (Sağlık Bakanlığı, 2013). Türkiye'de sağlık hizmet sunumunda önemli bir rol oynamakla birlikte üniversite hastanelerinin organizasyon yapısı ile ilgili yasal düzenlemeler oldukça yetersizdir.

2547 sayılı Yüksek Öğretim Kanunu'nda üniversite hastaneleri ile ilgili herhangi bir düzenleme bulunmamasına karşın, bu hastaneler ilgili Yasanın 3. maddesinin (j) fıkrasında *"yükseköğretimin kurumlarında eğitim öğretimin desteklenmesi amacıyla çeşitli alanların uygulama ihtiyacı ve bazı meslek dallarının hazırlık ve destek faaliyetleri için eğitim-öğretim, uygulama ve araştırmaların sürdürüldüğü bir yükseköğretim kurumudur"* şeklinde tanımlanan *"araştırma merkezi"* hüviyetinde kurulurlar ve bu kapsamda değerlendirilirler.

Üniversite hastaneleri tarafından uygulanan tek tip bir organizasyon yapısı bulunmamaktadır. Fakat birtakım ortak özelliklere sahip oldukları söylenebilir. Bunlardan ilki, yukarıda da ifade edildiği gibi üniversite hastanelerinin üniversite teşkilatı içerisinde birer araştırma merkezi olarak kurulmasıdır. Uygulama ve araştırma merkezleri doğrudan rektöre bağlı olup yöneticileri rektör tarafından öğretim üyeleri arasından ve “merkez müdürü” unvanı ile atanmaktadırlar. Üniversite hastaneleri de rektörler tarafından üst yönetici olarak atanan “başhekimler” tarafından yönetilir. Başhekimler hastanelerde tıbbi tedavi ve bakım hizmetleri ile birlikte araştırma ve eğitim faaliyetlerini de düzenlerler. Başhekimlik hastanenin en üst yönetim makamı olmasına karşın, başhekim unvanının yükseköğretimi düzenleyen mevzuatlarda yer almaması sebebiyle bir unvan kadro ya da yasal yönetim olarak görülmemektedir. Bununla birlikte üniversite hastanelerinde Sağlık Bakanlığı organizasyon yapısı temel alınarak başhekimlik uygulaması sürdürülmektedir (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2010; Özcan, 1995).

Üniversite hastanelerinin kuruluş ve organizasyonunda üniversitelere bağlı araştırma ve uygulama merkezlerine ait prosedürlerin izlendiği söylenebilir. Öte yandan bazı üniversitelerin hastanelerine ilişkin bazı yönetmelikler çıkardığı ve işletme faaliyetlerini kendi özel işletme yönetmeliklerine, bu yoksa Sağlık Bakanlığı Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliğine uygun olarak yürüttüğü görülmektedir. Bir işletme yönetmeliğine sahip üniversite hastanelerinde yönetim yapısının belirlenmesinde, çalışma ve hizmetlerin yürütülmesinde bu yönetmelikler uygulanır.

Bir diğer ortak özellik, üniversite tıp fakültelerinin hastanelerin tıp hizmetlerinin yönetimi üzerinde büyük etkilere sahip olmasıdır. Üniversite hastaneleri rektörlüklere bağlı araştırma ve uygulama merkezleri olmalarının yanında aynı zamanda tıp fakültelerinin uygulamalı eğitimlerinin yürütüldüğü yerlerdir. Üniversite hastanelerinin servis ve laboratuvarlarında görev yapan çalışanlar üniversitenin öğretim elemanlarıdır ve değişik anabilim dallarının kadrolarında bulunurlar. İlgili anabilim dalının yöneticisi olan anabilim dalı başkanları hastanelerde servis ya da laboratuvarların yöneticileri olmalarına karşın sicil amirleri olan dekanlara karşı sorumludurlar. Üniversite hastanelerine başhekimler atanmakta ancak yasal yetkileri sınırlı kalmaktadır. Çünkü hizmet sunan öğretim üyeleri ve araştırma görevlileri kadro olarak dekanlığa bağlı bulunmaktadır. Başka bir ifade ile servis/laboratuvarların yöneticileri ile başhekimler arasındaki ilişkiler belirsizdir ve profesör dışındaki akademik unvanlı başhekimlerin atanması ile bu belirsizlik daha da artmaktadır (Özcan, 1995; Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2010; Küçükilhan ve Lamba, 2007).

Üniversite hastanelerinin bir diğer ortak özelliği, hastanelerin idari, mali, teknik hizmetleri yönetiminin üniversite genel sekreteri ve başhekime bağlı olarak çalışan bir başmüdür tarafından yürütülmesidir. Üniversite hastanelerinin organizasyonuna yönelik bir başka yasal düzenleme de “Yükseköğretim Üst Kuruluşları ile Yükseköğretimin Kurumlarının İdari ve Teşkilatı Hakkında Kanun Hükmünde Kararname” de yer almıştır. Buna göre, üniversite idari teşkilatı kapsamında “üniversite hastanesi başmüdürlüğü” kavramı ortaya atılmıştır. Başmüdür hastanenin idari, mali ve teknik konularında planlama, örgütleme, koordinasyon ve denetim gibi temel yönetim işlevlerinde yetkilidir ve başhekim ile genel sekretere karşı

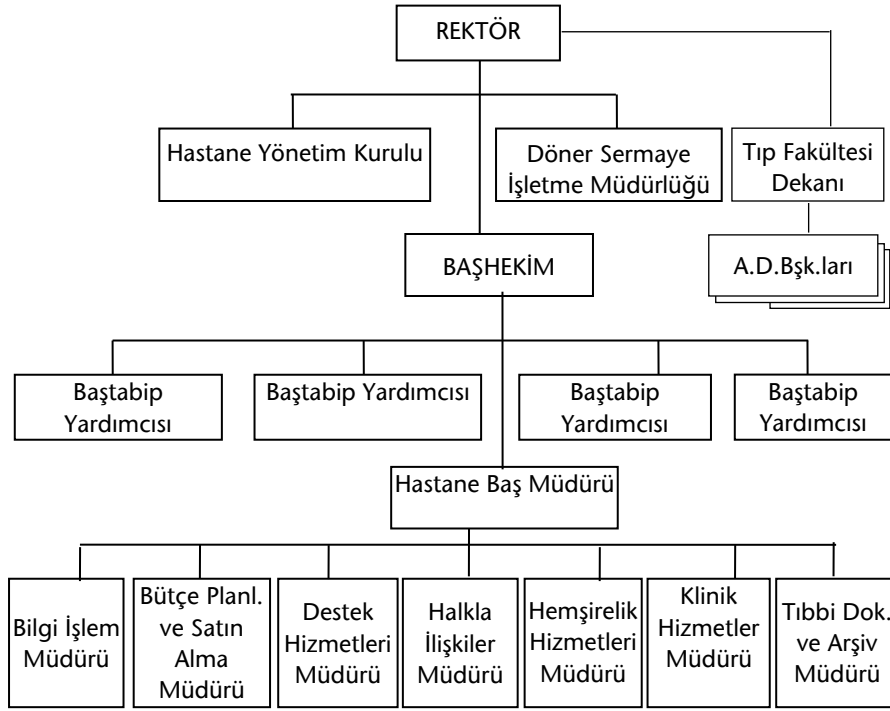


sorumluluğu bulunmaktadır. Bahsedilen işlevler başmüdürlere bağlı hastane müdürleri kanalı ile yerine getirilir. Başmüdürler başhekimin görüşü de alınarak rektör tarafından atanırlar. Hastane de çalışan idari personelin de başmüdür üzerinden rektörlüğe bağlı olduğu söylenebilir (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2010; Özcan, 1995).

Üniversite hastanelerinin son ortak özelliği ise, katma bütçeli kuruluşlar olarak kurulmaları ve hizmetleri ile ilgili dönersermaye işletmesine sahip olmalarıdır. Dolayısıyla üniversite hastanelerinin finansal organizasyon yapısında katma bütçe ve dönersermaye işletmesi bulunmaktadır. Katma bütçeli yapıda ita amiri olarak birinci derecede rektörler ve ikinci derecede hastane başhekimleri; tahakkuk memuru olarak da hastane müdürleri yer alırlar. Dönersermaye işletmesinde ise, ita amiri rektördür ve bu yetkisini uygun gördüğü şekilde yardımcılara, dekanlara ve diğer yürütme kurulu üyelerinden birisine devredebilir; tahakkuk memuru olarak ise dönersermaye işletme müdürü bulunur. Bu yapı iki ayrı sistemde yer alan bir finansal organizasyon oluşmasına neden olur (Can ve İbicioğlu, 2008).

Bazı üniversite hastanelerinde küçük farklılıklar olmasına karşın, Türkiye’de üniversite hastanelerinin temel organizasyon yapısı Şekil 3’de görüldüğü gibi özetlenebilir.

Üniversite hastanelerinin organizasyon yapısı ile ilgili ulusal literatürdeki tartışmalara bakıldığında, genellikle yönetsel hiyerarşideki boşluklar etrafında yoğunlaştığı dikkat çekmektedir. Özellikle dekan ve başhekim ile başhekim ve başmüdür arasındaki hiyerarşinin belirsizliği üzerinde durulmaktadır. Hastanelerin destek hizmetlerinden sorumlu olan hastane başmüdürleri ile tıbbi hizmetlerden sorumlu olan anabilim dalı başkanlarının başhekimle olan ilişkilerindeki belirsizlikler hastanenin tepe yöneticisi olan başhekimlerin yetki ve sorumluluklarını tartışmalara da açık hale getirmektedir. Hastanede sunulan hizmetlerden sorumlu başhekimlerin bu hizmeti üreten hekimlerin bağlı bulunduğu anabilim dalı başkanlarının hiyerarşik olarak üstü olmamasının yönetim boşluğu doğurduğu düşünülmektedir (Özcan, 1995; Küçükilhan ve Lamba, 2007; Can ve İbicioğlu, 2008).



**Şekil 3:** Türkiye’de Üniversite Hastanelerinin Organizasyon Şeması Örneği (Tengilimoğlu, vd., 2014’den uyarlanmıştır)

Bahsedilen yönetim sorunlarının giderilmesi için ise hastanelerin tıp fakültelerine bağlanması bir çözüm yolu olarak önerilmektedir. Can ve İbicioğlu (2008) tarafından yürütülen bir çalışmada Süleyman Demirel Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi sağlık çalışanlarına hastane yönetiminin nasıl olması gerektiği sorulmuş ve çalışanların %22,5’i üniversiteye bağlı araştırma ve uygulama merkezi olarak kalması gerektiğini; %26,9’u tıp fakültesine bağlanması gerektiğini; %10,4’ü üniversite ve tıp fakültesinden ayrı bağımsız bir hastane olarak yönetilmesi gerektiğini; %9,9’u üniversite ve tıp fakültesinin ortak bir kurulunun yönetmesi ve %28,6’sı hangi yapı tercih edilirse edilsin sağlık kurumları işletmeciliği esaslarına göre yönetilmesi gerektiğini ifade etmiştir.

## VII. Sonuç ve Öneriler

Türkiye’de üniversite hastanelerinin organizasyon yapısının iyileştirilmesi ile ilgili olarak uzun vade ve kısa vadede olmak üzere iki farklı çözüm önerisi getirilebilir. Uzun vadede Türkiye’de üniversite hastanelerinin sağlık hizmeti sunumu ve eğitim faaliyetlerinin birbirinden fonksiyonel olarak ayrıldığı daha afiliye ve esnek organizasyon yapılarına ihtiyaç duyduğu söylenebilir. Bunun yolu da üniversitelerin/tıp fakültelerinin afiliye hastaneler ile anlaşmalar yapması olabilir. Fakat

elbette bu sürecin çok dikkatli şekilde planlanması gerekir. Örneğin; afilyasyon sürecinde eğitim faaliyetleri tıp fakültelerinin kontrolü altında kalmalı, tıp fakültesi öğretim üyesi ile afiliye hastane klinik şeflerinin bu süreçteki rolleri iyi belirlenmeli, afiliye hastanedeki hasta bakım hizmetlerinin tıp fakülteleri öğrencilerinin eğitim sürecini aksatmamasına dikkat edilmeli kısacası eğitim faaliyetleri ve hizmet sunumu dengesi hem yapısal ve hem de yasal olarak dikkatli bir şekilde düzenlenmelidir.

Bununla birlikte, Türkiye’de üniversite hastanelerinin fonksiyonel entegre modelleri uygulayabilmesinin önünde bazı engeller olduğu söylenebilir. Ulusal literatürde yapılan tartışmalarda, üniversite hastanelerinin organizasyon yapısı ile ilgili yapılan temel vurgu daha önce de ifade edildiği gibi hiyerarşi ve yönetim boşluğu kavramları üzerinedir. Hiyerarşik örgüt yapılarının ülkemiz kültürel yapısına daha uygun olduğu düşünülmektedir. Tek ve güçlü bir liderin varlığı hemen her tür örgüt tipinde aranan bir özelliktir. Sağlık Bakanlığı hastanelerinde daha önce ayrı yönetim basamakları olarak dizayn edilen hastane yöneticiliği ve başhekimlik görevlerinin yapılan düzenlemelerle tek bir kişide toplanması da bunun bir örneği olarak düşünülebilir. Henüz Türkiye’de üniversite hastanelerinin tüm bileşenleri bir sağlık sistemi mantığı içerisinde çalışmamakta ve hastane bileşeninin üniversiteden ayrı ve bağımsız bir kimliğe ve marka değerine sahip olması için zaman gerekmektedir. Dolayısıyla pek çok ülkenin yöneldiği daha esnek organizasyon modellerinin uygulanması günümüz koşullarında zor olduğu söylenebilir.

Türkiye’de tam entegre model uygulanmakla birlikte yetkilerin toplandığı kişinin yani başhekimin yetkileri ve erki sistemi yönetmek için yetersiz kalmaktadır. Bu anlamda kısa vadeli çözüm önerisi olarak sistemi yönetecek kişinin rektör tarafından atanan ve yetki karmaşası yaşayan bir başhekim yerine, tıp fakültesi dekanı olması önerilebilir. Dekanın anabilim dalı başkanlıkları üzerindeki otoritesi ve aynı zamanda hastane sisteminin de başında olması bu yetki karmaşasını ortadan kaldırabilir. Dekanın aynı zamanda başhekim görevini de yürüttüğü bu yapılanmanın örnekleri günümüzde bazı üniversite hastanelerinde görülmekle birlikte bu örnekler sınırlı sayıdadır. Bu model elbette dekanın sorumluluklarını oldukça artıracaktır. Ancak dekan bu sistem içerisinde yetkilerini yardımcıları ile paylaşarak yükünü hafifletebilir. Ayrıca dekanın rektör yardımcısı gibi pozisyona sahip olması da akademik yetkinliğini artırabilir.

Üniversite hastanelerinin tümünün işleyişini ve organizasyonunu düzenleyen ortak bir mevzuat çalışmasının (ortak bir işletme yönetmeliğinin) yürütülmesi ve bu mevzuat içerisinde bahsedildiği gibi güçlü bir tam entegre model ve güçlü bir lider figürü geliştirilmesi yaşanan sorunların ortadan kaldırılmasına katkıda bulunabilir. Ayrıca üniversite hastanelerinde bulunan ortak kurulların sayısının artırılması ve bunlara işlerlik kazandırılması da sağlık profesyonelleri arasındaki entegrasyonun güçlendirilmesine katkıda bulunabilir.

## Kaynaklar

Barett, D. J. (2008). The Evolving Organizational Structure of Academic Health Centers: The Case of the University of Florida, *Academic Health Centers*, 83(9): 804-808.

Can, A. ve İbicioğlu, H. (2008). Yönetim ve Yöneticilik Yönünden Üniversite Hastanelerinin Değerlendirilmesi, *Süleyman Demirel Üniversitesi İ.İ.B.F. Dergisi*, 13(3): 253-275.

Kavuncubaşı, Ş. ve Yıldırım, S. (2010). *Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi*. Siyasal Kitabevi, Ankara.

Küçükilhan, M. ve Lamba, M. (2007). Üniversite Hastanelerinde Örgütsel Yapıdan Kaynaklanan Sorunlar (Hasta Hakları Örnek Olayı). *Afyon Kocatepe İ.İ.B.F. Dergisi*, 9(11): 111-138.

Özcan, C. (1995). Üniversite Hastanelerinin Yönetim Yapısının İncelenmesi ve Yeni Bir Model Önerisi. *Journal of Turgut Özal Medical Center*, 2(2): 236-240.

Pardes, H. ve Pincus, H.A. (2010). Models of Academic-Clinical Partnership: Goods, Better, Best. *Academic Medicine*, 85(8): 1264-1265.

Phillips, S.E. ve Rubenstein, A.H. (2008). The Changing Relationship Between Academic Health Centers and Their Universities: A Look at the University of Pennsylvania, *Academic Health Centers*, 83(9): 861-866.

Sağlık Bakanlığı (2013). *Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2013*. Ankara.

Tengilimoğlu, D., Işık, O. ve Akbolat, M. (2014). *Sağlık İşletmeleri Yönetimi*. Nobel Yayın Dağıtım, Ankara.

Wartman, S. A. Academic Health Center: Evolving Organizational Models. [http://aahci.org/policy/reddot/AAHC\\_Evolving\\_Organizational\\_Models.pdf](http://aahci.org/policy/reddot/AAHC_Evolving_Organizational_Models.pdf). Erişim Tarihi: 05.03.2015.

2547 sayılı Yüksek Öğretim Kanunu. Resmi Gazete, 17506, 04.11.1981.