

Kamu hastanelerinin özerkleştirilmesi ve ülkemizdeki gelişmelere yönelik bir araştırma

Safiye Şahin



1981 yılında Ankara'da doğdu. 2000 yılında Keçiören Süper Lisesi'nden, 2004 yılında Gazi Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu'ndan mezun oldu. Mayıs 2010'da İstanbul Üniversitesi İşletme Ana Bilim Dalı Hastane ve Sağlık Kuruluşlarında Yönetim Bilim Dalı'nda yüksek lisans eğitimini tamamladı. 2004-2008 yılları arasında Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde görev yaptı. 2008 yılından beri İstanbul Sağlık Müdürlüğü Eğitim Şubesi'nde Hemşirelik Hizmetleri İl Hizmet İçi Eğitim Koordinatörü olarak görev yapmaktadır.

Prof. Dr. Haydar Sur



1986'da İstanbul Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. London School of Hygiene and Tropical Medicine'de Halk Sağlığı Yüksek Lisansı yaptı. 1996'da İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü'nden doktora derecesi aldı. 1998'de Halk Sağlığı Doçenti, 2003 yılında profesör oldu. Halen Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü'nde öğretim üyesi ve bölüm başkanı olarak çalışmaktadır.

Bir topluluğun, bir kuruluşun ayrı bir yasaya bağlı olarak kendi kendini yönetme hakkı" olarak tanımlanan özerklik kavramı; muhtariyet ve otonomi sözcükleri ile de karşılanabilmektedir (www.tdk.gov.tr). Otonomi sözcüğü; kendi kurallarınca yönetilen manasına gelen

Yunanca "autonomos" kavramından gelmektedir (Soysal, 1991). Anayasa Mahkemesi tarafından özerklik, sosyal bir topluluğun ya da tüzel kişiliğin kendilerini yöneten kuralların tümünü ya da bir bölümünü bizzat saptayabilmeleri ve anayasa ve yasaların çizdiği sınırlar içinde hareket edebilme özgürlüğü ve yetkisi olarak tanımlanmıştır (Resmi Gazete, 26.11.1988, No: 20001).

Birçok ülkede sağlık hizmetleri reformlarının bir parçası olan hastane özerkliği ise, sağlık sektörünün verimlilik, adalet ve etkililiğinin geliştirilmesi amacıyla (Evelyn, 2004) taşıyan bir uygulama olarak belirmektedir. Kamu hastanelerinin, sağlığa ayrılan kısıtlı kamu kaynaklarının büyük kısmını tükettiği ve çoğunlukla bu kaynakların verimli kullanılmadığı gelişmekte olan ülke-





Kamu Hastane Birlikleri Kanun Tasarısı'nın hastane yönetimi üzerine olumlu etkileri hakkında sağlık yöneticilerinin görüşlerini incelediğimizde; hastanelere tüzel kişiliğin verilmesi, bölgesel planlamanın daha iyi yapılması ve Sağlık Bakanlığı'nın hastaneleri daha iyi denetlemesine imkân tanınması, tasarının olumlu etkileri olarak değerlendirilmiştir.

lerde (Collins ve arkadaşları, 1999) hastanelerin acil reform ihtiyacından bahsedilmektedir (Evelyn, 2004). Diğer yandan kaynakların verimli kullanımını konusunda, reformlar kapsamında vurgulanan hususlardan biri olarak hastanelerin özerkliği ve özerklik seviyelerinin yükseltilmesi de uluslararası platformlarda oldukça sık tartışılan konulardan biri olmaktadır.

Kamu hastanelerinin özerkleştirilmesi; anılan hastaneleri kamu alanının sahip olduğu bürokratik karakteristiklerden daha özgür ve katılımcı bir tarza doğru kaydırma amacı taşımaktadır (Collins, 1999). Casasnovas ve arkadaşlarına göre bu; siyasal ve sosyal değerler ile zorlanması gereken bir durum olarak karşımıza çıkmaktadır (Casasnovas ve arkadaşları, 2006). Hastanelerde özerkliğin sağlanabilmesine ya da artırılmasına yönelik ortaya koyulan yöntemler aynı zamanda olası sorunlar hakkında ve hastane özerkliğini değerlendirmekte de ipucu vermektedir.

Aşağıda sunulan aşamalar; bu süreçte takip edilmesi gereken basamakları göstermektedir (Chawla ve Govindaraj, 1996):

- Hastanenin ve sahip olduğu özerkliğin tanımlanması
- Hastane özerkliğinin ve hastaneye uyarlanacağı sürecin tanımlanması
- Özerklik ile birlikte hastane yapısında, idaresinde, organizasyonunda, iç sistem ve pratiklerinde meydana gelecek gelişim ve değişimlerin tanımlanması
- Özerkliğin sağlayacağı verimliliğin, adaletin, kalitenin ve kaynak politikasının analizi
- Hastane özerkliği sürecinde gelişen çıkışların teşhisi ve tanımlanması, ana derslerin çıkarılması

Castano ve arkadaşlarına göre, hastane özerkliği başarılı bir biçimde uygulanırsa, hastanelere merkezi bütçeden verilenin dışında kaynak artışı da sağlanacaktır (Castano ve arkadaşları,

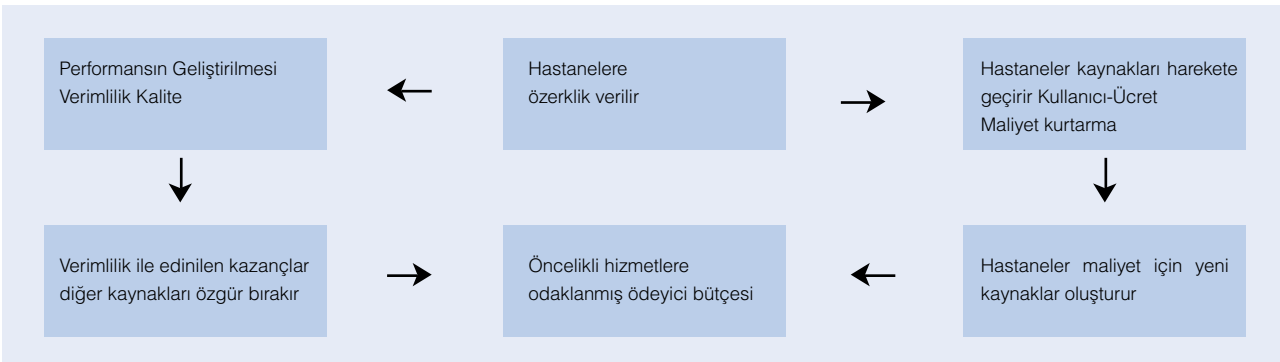
2004). Aşağıdaki şekilde hastane özerkliği ile öncelikli sağlık hizmetleri arasındaki ilişki verilmektedir:

Hastane özerkliği bağlamında yetkinin devri ihtiyacına karşın özellikle odaklanılan beş ana alan aşağıda sıralanmaktadır (Chawla ve Govindaraj, 1996):

- Stratejik veya genel idare
- Mali idare
- İnsan kaynakları idaresi
- Tedarik
- Yönetim

Özerkleştirmenin mali ve yönetsel açımları ile birlikte tartışılan bir diğer boyutu hastanelerin mülkiyet yapısı ile ilgilidir. Bu bağlamda özerkleştirme ile özelleştirme arasındaki farkları göz önünde bulundurarak her iki durum arasındaki ilişkileri ortaya koymak büyük önem taşımaktadır. Kamu hastanelerinde özerklik arttıkça karar alma süreçlerinin niteliğinde ve yönetsel

Hastanelerin özerkleştirilmesi ve öncelikli sağlık hizmetleri



Kaynak: Roman Castano ve arkadaşları, *Monitoring and Evaluating Hospital Autonomization and Its Effects on Priority Health Services*, *Partners for Health Reformplus*, September 2004, s. 19.

Sağlık yöneticilerine göre tasarının hastane yönetimi üzerindeki olumsuz etkileri ise, sağlığın ticarileşmesi, hastane yönetim kadrosunun sözleşmeli olarak çalıştırılması sonucu kadrolaşma riskinin artması, mevcut olan kamu alım mevzuatının aynen sürdürülmesi, tasarıda personele fazla mesai için ek ödeme yapılmayacağı belirtilmesi ve tasarıda yer alan yönetim kurulu başkanının onaylamadığı konuların yönetim kurulunda görüşülemeyeceği maddesi nedeniyle hastanelerin anti demokratik yönetilmesi olarak özetlenebilir

anlamda, özel hastanelere benzer bir yapının oluşabileceğini dile getiren araştırmacıların bazıları bunu bir şans olarak yorumlarken (Collins ve arkadaşları, 1999); konuya eleştirel bakanlar tarafından özelleştirmeye giden bir basamak olarak algılanmakta ve sağlık hizmetleri konusunun hassasiyetinden kaynaklanan birtakım tepkiler ile tamamen karşı çıkmaktadır. Kamu hastanelerinde özerklik uygulamalarında başvurulan yöntem; mülkiyet devrinden ziyade genellikle fonksiyonel özerkliğin sağlanması biçimindedir. Doğrudan hastane yönetimi ile ilgili olan bu uygulamalarda bir hastanenin stratejik yönetim, finansal yönetim, insan kaynakları yönetimi vb. fonksiyonlarını bağımsız olarak yürütmesi söz konusudur. (Banks ve arkadaşları, 2000).

1980'lerde dünya genelinde gözlemlenen liberal eğilimler sonucunda gerçekleştirilen hastane özerkleştirme uygulamaları; ülkemizde de yankısını bulmuş, Türk sağlık sektöründe de bu yönde reformlar gündeme gelmiştir. Sağlık sektörü reformları kapsamında "kamu hastanelerinin devlet bütçesi ünitesi olmaktan çıkarılarak birer sağlık işletmesine dönüştürülmesi" planlanmıştır (Top ve Gider, 2004). Bu kapsamda; Kamu Hastane Birlikleri Pilot Uygulaması Hakkında Kanun Tasarısı, Mart 2010 döneminde TBMM Plan ve Bütçe Komisyonunda kabul edilmiştir. Bu gelişme, ülkemizde sağlık hizmeti

üretimini büyük ölçüde yüklenen kamu hastanelerinin idari ve mali açıdan özerkleştirilmesine yönelik atılmış bir adımdır.

Ancak Türk sisteminde hastanelerin özerkleştirilmesi sonucunda "yerel birimlerde yönetim kapasitesi eksikliği, yerel birimlerin birbiriyle işbirliği ve uyumunun sağlanması, mali kaynak üretimde yetersiz kalınan kısımlarda merkezden desteğin ne şekilde sağlanacağına belirlenmesi, yerel uygulamalarda politik kayırmaların önüne geçilmesi, toplumsal katılımla teşvik edilmesi, bölgeler arasında oluşacak dengesizliklerin hakkaniyet ilkesini rencide etmesinin önüne geçilmesi" gibi sorunlar, karşılaşılabilecek olası sorunlardandır (Sur, 2006).

Araştırmanın amacı

Bu araştırmanın amacı; kamu ve özel sağlık kuruluşlarında çalışan sağlık yöneticilerinin, sağlık hizmetleri sunumunun ve yönetiminin nasıl olması gerektiği ve kamu hastanelerinin özerkleştirilmesi amacıyla hazırlanan Kamu Hastaneleri Birliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun Tasarısı'nın etkileri hakkındaki düşüncelerini ortaya çıkarmak, karşılaştırmak ve bu konudaki önerilerini tespit etmektir.

Araştırmanın yöntemi

Kalitatif araştırma yöntemlerinden odak grup çalışması ile veriler toplanmıştır. Odak grup çalışması, seçilmiş bir grubun bir konu hakkındaki görüş, düşünce ve deneyimlerini aktardıkları organize tartışmalardır. Bu teknik, aynı anda aynı konuya ilişkin farklı görüşlerin elde edilmesini sağlar. Dahası, bireylerin gündelik yaşam pratiklerindeki ortak anlamalarını ve bir grup içindeki bireylerin diğerlerinden etkilenme yollarının kavranmasını sağlar (Kuş, 2003). Odak grup görüşmeleri ilk olarak 1940'larda, kitle iletişim analizleri için geliştirilmiş bir tekniktir (Kümbetoğlu, 2005).

Bireylerin öznel manaları, bu tür tartışmalarda rahatlıkla ortaya çıkmaktadır. Grup tartışmalarında, moderatör rahatlıkla ortak görüş, düşünce, tutum, ideoloji gibi konulardaki bilgilere daha rahat ulaşabilmektedirler.

Odak grup görüşmelerindeki ilk adım, grubun oluşturulmasıdır. Ancak odak grup görüşmelerin katılımcılarının sayısı hakkında farklı görüşler vardır. Kişi sayısı Kasapoğlu'na göre 8-12 (Kasapoğlu, 1997), Akşit'e göre 6-12 (Akşit, 1997), Mayring'e göre 5-15 (Mayring, 2005), Kümbetoğlu'na göre ise 6-9 (Kümbetoğlu, 2005) olmalıdır.

Tablo 1: Araştırmanın boyutları

Boyutlar	Alt boyutlar
Sağlık hizmetlerinin sunumu nasıl olmalıdır?	* Tamamen kamu * Karma * Tamamen piyasaya bırakılmalı
Sağlık hizmetlerinin yönetimi nasıl olmalıdır?	* Merkezi yönetim * Yerinden yönetim
Kamu Hastaneleri Birliği Kanun Tasarısı'nın hastane yönetimi üzerine olumlu yönleri neler olabilir?	* Sağlık hizmetlerinde bölgesel planlama daha iyi olur * Daha profesyonel bir yönetim * Bakanlık sağlık hizmetlerini planlayan ve denetleyen bir konumda olur * Bürokrasi azalır * Kararlar daha hızlı alınır * Rekabet artar * Sağlık hizmetlerinin kalitesi artar * Hastaların ihtiyaçları göz önünde bulundurulur
Kamu Hastaneleri Birliği Kanun Tasarısı'nın hastane yönetimi üzerine Olumsuz yönleri nelerdir?	* Hastanelerin ticarileşmesi * Bölgesel adaletsizlik * Çalışanların sözleşmeli kadroya geçmesi
Kamu hastaneleri birliği tasarısında birliğin yönetim kurulu (mütevelli heyeti) hakkında neler düşünüyorsunuz?	* İyi * Yetersiz * Geliştirilmeli
Kamu Hastanelerine ne ölçüde yetki devri olmalıdır?	* Stratejik veya genel idare * Mali idare * İnsan kaynakları idaresi * Tedarik * Yönetim

Odak grup tartışmaları altı aşamadan oluşur. Öncelikle gruba yöneltilecek giriş sorusu hazırlanmalıdır. Bu sorular, katılımcıları motive edecek nitelikte olmalıdır. Ya da moderatör motive edici bazı argümanlar toplayabilir. Bunlar bir metnin okunması ya da kısa bir filmin izletilmesi olabilir. İkinci aşama grubun oluşturulmasıdır. Grup oluşturulduktan sonra soru ve argümanlar grup üyelerine sunularak tartışmanın başlanması sağlanabilir. Moderatör tarafından yapılması gereken bir sonraki aşama araştırılmakta olan sorunun temelini yani bir üst evrenin açıklığı kavuşması için grubu teşvik etmektir. En son adım ise, tartışmanın değerlendirilmesi niteliğinde yapılacak olan bir meta- tartışmadır (Mayring, 2005).

Odak grup çalışmasında amaç; konu hakkında yeterli derecede bilgi ve deneyimi olanların bir araya getirilmesi ve tartışılması yöntemiyle bilgi edinmek olduğundan, anket ve gözlem yönteminin yetersiz kaldığı noktalarda etkili veri toplanmasına olanak sağlar. Kamu Hastane Birlikleri Kanun Tasarısı'nın çok yeni bir konu olması, sağlık çalışanlarının henüz konuyla ilgili yeterli bilgilerinin olmamasının düşünülmesi, kanun taslağının hastane yöneticilerini doğrudan etkilemesi ve anket yöntemi ile detaylı veri toplanamayacağına düşünülmesi üzerine bu çalışmada da odak grup çalışması yapılması planlanmıştır. Bu çalışmada iki odak grup çalışması yapılmıştır. Birinci odak grup çalışması kamu hastanelerinde çalışan hastane yöneticileri-

rini, ikinci odak grup çalışması ise özel hastanelerde çalışan hastane yöneticilerini kapsamıştır.

Araştırmanın kapsamı

Araştırmanın kapsamını İstanbul ilindeki kamu ve özel hastanelerde çalışan sağlık yöneticileri oluşturmaktadır. Odak grup çalışmasında grupların 6-12 kişiden oluşması gerektiğinden her bir gruba 10-12 kişinin katılması planlanmıştır. Hastanelerde yönetici olarak çalışan, en az 5 yıl deneyime sahip olan ve araştırma konusu ile ilgili görüşlerinden yararlanabileceği düşünülen hastane müdürleri, başhekimler ve başhemşirelerin araştırmaya dâhil edilmesi düşünülmüştür. Bu doğrultuda kamu hastanelerinden odak grup görüşmesine davet edilen ve katılmayı kabul eden İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü'nden bir şube müdürü, kamu hastanelerinden 5 hastane müdürü, 1 başhekim, 2 başhemşire ve 2 hastane müdür yardımcısı olmak üzere toplam 11 sağlık yöneticisi araştırmaya dâhil edilmiştir. Ancak özel hastane yöneticilerinden davet edilen ve odak grup görüşmesine katılmayı kabul eden 10 sağlık yöneticisinden yalnızca 7 sağlık yöneticisi odak grup görüşmesine katıldığı için özel hastanelerden 1 tıbbi direktör, 1 tıbbi direktör yardımcısı, 2 işletme müdürü, 1 mesul müdür, 1 hemşirelik hizmetleri müdürü ve 1 kalite yönetim temsilcisi olmak üzere toplam 7 kişi araştırmaya dâhil edilmiştir.

Araştırmanın boyutları

Araştırmacı, odak grup görüşmesini gerçekleştirmeden önce görüşme rehberi hazırlamıştır. Bu rehberde yer alan 5 soru şu şekildedir:

1. Sağlık hizmetlerinin özellikleri göz önüne alındığında sağlık hizmetlerinin sunumu (özel, devlet, karma) nasıl olmalıdır?
2. Sağlık hizmetlerinin yönetimi nasıl olmalıdır? (merkezi yönetim - yerel ya da yerinden yönetim)
3. Kamu Hastane Birlikleri Pilot Uygulaması Hakkında Kanun Tasarısı'nın hastane yönetimi üzerine olumlu ve olumsuz yönleri nelerdir?
4. Kamu Hastane Birlikleri Pilot Uygulaması Hakkında Kanun Tasarısı'nda geçen yönetim kurulu (mütevelli heyeti) hakkında neler düşünüyorsunuz? Sizce yönetim kurulu kimlerden oluşmalı?
5. Kamu hastanelerine ne ölçüde yetki devri olmalıdır?

Bu sorular belirlenirken "Kamu Hastane Birlikleri Pilot Uygulaması Hakkında Kanun Tasarısı" üzerine yapılan eleştiriler incelenmiştir. Özellikle sağlık hizmetleri yönetiminin ve sunumunun tamamen devletin sorumluluğunda olması gerektiği vurgulanarak hastaneleri "ticarethanelere" dönüştürdüğü nedeniyle tasarıya karşı çıkıldığı görülmüştür. Bu nedenle ilk olarak sağlık yöneticilerine sağlık hizmetleri sunumu ve yönetiminin nasıl olması gerektiği sorusunun yöneltmesi planlanmıştır.

Odak grup görüşmelerinde tartışılacak olan sorular araştırmanın boyutları olarak düşünülmüş ve her sorunun alternatif cevapları da araştırmanın alt boyutları olarak belirlenmiştir (Bakınız: Tablo 1).

Odak grup sürecinin gerçekleştirilmesi, veri toplama ve analizi

Katılımcılarla toplantı gününden bir hafta önce irtibat kurularak konu hakkında kendilerine bilgi verilmiş ve toplantı için davet edilmişlerdir. Tüm katılımcılar kendi olanaklarıyla belirlenen gün ve saatte toplantıda hazır bulunmuşlardır. Toplantı başlamadan önce katılımcıların sosyo-demografik özelliklerini belirlemek amacıyla bir form doldurulmuştur. Katılımcıların sosyo-demografik özellikleri Tablo 2 ve Tablo 3'deki gibidir.

Kamu hastanelerinden katılan sağlık yöneticilerini kapsayan odak grup görüşmesi Şubat 2009 tarihinde, özel hastanelerden katılan sağlık yönetici-

Tablo 2: Odak grup toplantısına katılan kamu hastane yöneticilerinin sosyo-demografik özellikleri

No	Yaş	Cinsiyet	Eğitim Durumu	Görev	Toplam Çalışma Süresi (Yıl)
K1	33	Erkek	Yüksek Lisans	Hastane Müdürü	15
K2	36	Erkek	Yüksek Lisans	Hastane Müdürü	13
K3	34	Erkek	Lisans	Hastane Müdür Yard.	14
K4	33	Erkek	Yüksek Lisans	Şube Müdürü	9
K5	37	Erkek	Lisans	Hastane Müdürü	18
K6	51	Erkek	Lisans	Başhekim	28
K7	40	Kadın	Yüksek Lisans	Başhemşire	21
K8	40	Kadın	Ön Lisans	Başhemşire	21
K9	46	Erkek	Yüksek Lisans	Hastane Müdürü	28
K10	36	Kadın	Yüksek Lisans	Hastane Müdürü	18
K11	27	Erkek	Lisans	Hastane Müdür Yard.	8

Bir çalışmada Sağlık Bakanlığı'nın kendine bağlı hastaneler ile ilişkisi son derece merkezîyetçi bulunmuş ve hastanelerin genel amaçları, organizasyon yapıları, bütçe, işleyiş kuralları ve takip edilecek prosedürlerin tamamının merkez tarafından belirlendiği ifade edilmiştir. Kanun, tüzük, yönetmelik ve genelgeler ile merkez örgüt tarafından yapılan yönlendirmeler hastaneler ile merkez arasında sürekli bir iletişimsizliğe neden olmaktadır. Bununla birlikte yöneticiler, gündelik iş yükünden kazanılan deneyimler dışında aşırı merkezîyetçilik nedeniyle sağlık yöneticiliği alanında yeterli tecrübe kazanamamaktadır.

lerini kapsayan odak grup görüşmesi ise Mayıs 2009 tarihinde gerçekleştirilmiştir. Toplantılar ses ve görüntü kayıt cihazlarıyla kaydedilmiş, ayrıca bir raporör tarafından konuşmaların el notları alınmıştır. Bir buçuk saat süren toplantılar sonunda ses kayıtları yazılı notlarla birlikte çözümlenmiş ve her iki görüşmenin de dokümanı yazılı hale getirilmiştir. Tartışılan konu başlığına göre ilgili görüşler bir araya getirilerek analiz edilmiştir.

Kamu hastaneleri açısından odak grup toplantısına katılanların 3'ü erkek, 8'i kadındır ve yaşları 27-51 arasındadır. Şube müdürü, hastane müdürü veya yardımcısı ve başhekim gibi görevleri bulunan bu kişilerin ön lisans, lisans veya yüksek lisans düzeyinde eğitimleri vardır ve 8-28 yıllık iş deneyimleri bulunmaktadır. Özel hastaneler açısından odak grup toplantısına katılanların ise 3'ü erkek 4'ü kadındır. Yaşları 32-51 arasındadır. Mesul müdür, işletme müdürü, hemşirelik hizmetleri yöneticisi ve kalite yönetim temsilcisi unvanlarıyla görev yapmaktadır. Yüksek lisans düzeyinde eğitimleri bulunan bu kişilerin 8-28 yıllık iş deneyimleri bulunmaktadır. Tablo 2 ve 3'te bu bilgiler özetlenmiştir.

Araştırmanın bulguları

Araştırmaya katılan kamu ve özel sağlık yöneticilerinin hepsi koruyucu sağlık hizmetlerinin devlet tarafından, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinin ise devlet ve özel girişim tarafından verilmesi gerektiğini ifade ederek karma bir sistemi savunmuştur. Bu konudaki görüşler Tablo 4'te özetlenmiştir.

Sağlık hizmetleri yönetiminin nasıl olması gerektiği konusunda sağlık yöneticilerinin düşüncelerine baktığımızda, bazı kamu hastane yöneticileri yerinden yönetimi savunurken bazıları bu konuda kararsız kalmış ve sorunun

merkezi ya da yerinden yönetimden kaynaklanmadığını belirtmiştir. Bazı kamu hastane yöneticileri de mevcut olan merkezi yönetim uygulamasını savunmuştur. Buna karşılık özel hastane yöneticilerinin tamamı sağlık hizmetlerinin yerinden yönetilmesi gerektiğini savunmuştur (Tablo 5).

Ülkemizde kamu hastanelerinin özertleştirilmesi amacıyla hazırlanmış olan Kamu Hastane Birlikleri Kanun Tasarısı'nın hastane yönetimi üzerine olumlu etkileri hakkında sağlık yöneticilerinin görüşlerini incelediğimizde; hastanelere tüzel kişiliğin verilmesi, bölgesel planlamanın daha iyi yapılması ve Sağlık Bakanlığı'nın hastaneleri daha iyi denetlemesine imkân tanınması, tasarının olumlu etkileri olarak değerlendirilmiştir. Sağlık yöneticilerine göre tasarının hastane yönetimi üzerindeki olumsuz etkileri ise, sağlığın ticarileşmesi, hastane yönetim kadrosunun sözleşmeli olarak çalıştırılması sonucu kadrolaşma riskinin artması, mevcut olan kamu alım mevzuatının aynen sürdürülmesi, tasarıda personele fazla mesai için ek ödeme yapılmayacağı belirtilmesi ve tasarıda yer alan yönetim kurulu başkanının onaylamadığı konuların yönetim kurulunda görüşülemeyeceği maddesi nedeniyle hastanelerin anti demokratik yönetilmesi olarak özetlenebilir (Tablo 6).

Araştırmaya katılan kamu ve özel hastane yöneticilerinin kamu hastane birliklerinde yönetim kurulunu oluşturan üyeler hakkındaki görüşlerinin benzer olduğu tespit edilmiştir. Sağlık yöneticileri yönetim kurulundaki üyelere itiraz etmemiş ancak yönetim kurulunda bulunacak olan üyelerin sağlık sektörü alanında tecrübeli olması şartının aranması gerektiğini belirtmişlerdir. Ayrıca yönetim kurulu üyeleri arasında sağlık personeli sayısının az olduğunu ifade etmişler ve bu nedenle yönetim kurulunda alınan kararların etkin olmayacağını belirtmişlerdir. Genel olarak yönetim kurulunun iyi yönetim anlayışı ile tasarlandığını ancak bazı üyelerin eksik olduğunu ifade etmişlerdir. Yönetim kurulunda sağlık çalışanları temsilcisi, hasta temsilcisi ve sivil toplum kuruluşları temsilcisi, basın temsilcisi ve bir hemşirenin de mutlaka bulunması gerektiğini belirtmişlerdir. Sonuç olarak hem kamu hastane yöneticileri hem de özel hastane yöneticilerine göre tasarıda geçen yönetim kurulunun geliştirilmesi gerektiği tespit edilmiştir.

Kamu Hastaneleri Birliği Kanunu Tasarısı kapsamında hastanelere ne ölçüde yetki devri olması konusunda sağlık yöneticileri fazla yorum yapmamıştır. Kamu hastane yöneticileri hastanelere yetki devri hakkında yalnızca genel idare, tedarik ve mali idare konusunda

Tablo 3: Odak grup toplantısına katılan özel hastane yöneticilerinin sosyo-demografik özellikleri

No	Yaş	Cinsiyet	Eğitim Durumu	Görev	Çalışma Süresi
Ö1	42	Erkek	Doktora	Tıbbi Direktör	12
Ö2	32	Kadın	Yüksek Lisans	İşletme Müdürü	12
Ö3	51	Erkek	Doktora	Kalite Yönetim Temsilcisi	25
Ö4	32	Kadın	Yüksek Lisans	İşletme Müdürü	13
Ö5	34	Kadın	Yüksek Lisans	Hemşirelik Hizmetleri Yöneticisi	14
Ö6	47	Kadın	Yüksek Lisans	Tıbbi Direktör Yardımcısı	24
Ö7	48	Erkek	Yüksek Lisans	Mesul Müdür	25

yetki genişliğinden söz etmişlerdir ancak diğer alt boyutlardan (insan kaynakları idaresi, stratejik yönetim) bahsetmemişlerdir (Tablo 8).

Özel hastane yöneticilerinin de hastanelere verilmesi gereken yetki konusunda daha çok birliğe devredilen hastanenin kiraya verilmesi ya da satılması ile ilgili olan yetki devri hakkında tartışmaları tespit edilmiştir. Ancak bu konuda görüş birliğine varamamışlardır. Bazı özel hastane yöneticileri hastanenin verimsiz olması halinde kiralanabilmesi ya da satışı hakkında verilecek olan kararın birlik yönetim kuruluna ait olması gerektiğini ifade etmiş, bazı özel hastane yöneticileri de bu durumun sakıncalı olacağını ve bu yetkinin ancak Sağlık Bakanlığı'nda olması gerektiğini savunmuşlardır. Sağlık yöneticileri konuyla ilgili çok fazla görüş bildirmediklerinden sınırlı veri elde edilmiştir (Tablo 8).

Sonuç

Kamu sağlık kaynaklarının büyük bir kısmını tüketen hastaneler için planlanan özerklik, hastanelerin verimliliğini artırma yolu ile sağlık sektörüne fayda amacı taşımaktadır. Kamu sağlık sektöründe; verimsizlik, kullanıcı memnuni-

yetsizliği, kalifiye personel yetersizliği, yoksul insanların sağlık hizmetlerine erişim problemleri, bazen yolsuzluk ve görev ihmalleri gibi ciddi sorunlardan bahsedilmektedir. Bu durum çoğunlukla hastanelerde iyi performansın ödüllendirilmemesi ve hastane davranış modellerinin yeterince özendirilmemesi gibi yönetsel yetersizliklerden kaynaklanmaktadır (Gider ve Top, 2007).

Bir çalışmada Sağlık Bakanlığı'nın kendine bağlı hastaneler ile ilişkisi son derece merkeziyetçi bulunmuş ve hastanelerin genel amaçları, organizasyon yapıları, bütçe, işleyiş kuralları ve takip edilecek prosedürlerin tamamının merkez tarafından belirlendiği ifade edilmiştir. Kanun, tüzük, yönetmelik ve genelgeler ile merkez örgüt tarafından yapılan yönlendirmeler hastaneler ile merkez arasında sürekli bir iletişimsizliğe neden olmaktadır. Bununla birlikte yöneticiler, gündelik iş yükünden kazanılan deneyimler dışında aşırı merkeziyetçilik nedeniyle sağlık yöneticiliği alanında yeterli tecrübe kazanmamaktadır (Ateş ve Sur 1996).

Başhekim ve hastane müdürlerinin özerk ve özel hastane modelleri konusundaki görüş, tutum ve beklentilerine

yönelik bir çalışmada, 91 başhekimin yüzde 50'si tıbbi ve idari hizmetlere ait yetkilerini ve 90 hastane müdürünün tamamı idari yetkilerini "orta, az ya da hiç" düzeyinde kullanılmadığını belirttiği bulunmuştur. Bunun nedeni olarak başhekimler yoğunluklu olarak "merkeziyetçi yönetim" ve "siyasi nedenler"; hastane müdürleri ağırlıklı olarak "mevzuatta yetki-sorumluluk kargaşası olması"nı göstermiştir (Kaya, 1996). Aynı çalışmada ayrıca, başhekim ve hastane müdürlerinin yüzde 90'ından fazlasının özerklik konusunda olumlu yanıt verdiği gözlemlenmiştir. (Kaya, 1996). Benzer bir çalışmanın bulguları da bu çalışma ile paralellik arz etmektedir. Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelerde çalışan toplam 2 bin 507 yüksek öğrenimli sağlık personeli ile yapılan çalışmada personelin yüzde 67,3'ü hastanelerin özerkleştirilmiş sosyal kurumlar ve özerkleştirilmiş işletmeler olarak faaliyet göstermesi gerektiğini düşünmektedir (Kaplan, 1997). Kaplan'ın bulgularına göre araştırmada yer alan personelin yüzde 93,8'i hastanelerin özerkleştirilmesi yönünde gerekçe olarak belirtilen "verimsizlik, düşük kalite ve kapasitede çalışmaları düşüncesine" katılmaktadır (Kaplan, 1997).

Bu çalışmada da özel sağlık yöneticilerinin tamamının, kamu hastane yöneticilerinin ise bir kısmının hastanelerin yerinden yönetilmesi gerektiğini düşündüğü görülmüştür. Araştırmaya katılan sağlık yöneticileri, kamu hastanelerinin özerkleştirilmesi amacıyla hazırlanan tasarının hastane yönetimi üzerine olumlu etkilerini hastanelere tüzel kişiliğin verilmesi, bölgesel planlamanın daha iyi yapılması ve Sağlık Bakanlığı'nın hastaneleri daha iyi denetlemesine imkân tanınması olarak belirtmişlerdir. Sağlık yöneticileri, tasarının hastane yönetimi üzerindeki olumsuz etkilerini ise, sağlığın ticarileşmesi, hastane yönetim kadrosunun sözleşmeli olarak çalıştırılması sonucu kadrolaşma riskinin artması, mevcut olan kamu alım mevzuatının aynen sürdürülmesi, tasarıda personele fazla mesai için ek ödeme yapılmayacağı'nın belirtilmesi ve tasarıda yer alan yönetim kurulu başkanının onaylamadığı konuların yönetim kurulunda görüşülemeyeceği maddesi nedeniyle hastanelerin anti demokratik yönetilmesi olarak ifade etmişlerdir. Özellikle kamu hastane müdürlerinin mevcut kamu alım mevzuatına tabi olmaktan muzdarip oldukları tespit edilmiştir.

Bu doğrultuda kamu hastane yöneticilerinin tedarik, mali idare ve genel idare konusunda yetki genişliği istedikleri ortaya çıkmıştır. Kaya'nın yaptığı araştırma sonuçlarında da "Satın alma ve kendi yatırım planlarını hazırlayarak uygulamada özerklik, personel istihda-

Tablo 4: Sağlık hizmetleri sunumunun nasıl olması gerektiği konusunda kamu ve özel hastane yöneticilerinin düşüncelerinin karşılaştırılması

	Kamu Hastane Yöneticileri	Özel Hastane Yöneticileri
Sağlık hizmetleri sunumu nasıl olmalıdır?	Karma	Karma
Karma sistemi savunma nedenleri	<ul style="list-style-type: none"> * Sağlık hizmetlerinin bir takım özelliklerinin bulunması * Koruyucu sağlık hizmetlerinin devletin yükümlülüğünde olması * Eğitim ve araştırma hastanelerinde eğitimin kamu tarafından sunulması * Özel sektörün kar edemeyeceği sağlık hizmetlerine yatırım yapmayacağı ve bu hizmetlerin de kamu tarafından sunulması zorunluluğu 	<ul style="list-style-type: none"> * Kişilerin sağlık hizmeti alacağı veya vereceği kurumu özgür iradeleriyle seçmesi * Özel sağlık hizmetlerinin varlığının kamuda rekabete neden olarak hizmet kalitesini artırabileceği * Özel sektörün kar edemeyeceği sağlık hizmetlerine yatırım yapmayacağı ve bu hizmetlerin de kamu tarafından sunulması zorunluluğu

Tablo 5: Sağlık hizmetleri yönetiminin nasıl olması gerektiği konusunda kamu ve özel hastane yöneticilerinin düşüncelerinin karşılaştırılması

	Kamu Hastane Yöneticileri	Özel Hastane Yöneticileri
Sağlık hizmetleri yönetimi nasıl olmalıdır?	<ul style="list-style-type: none"> *Yerinden yönetim *Merkezi yönetim *Sevk zinciri 	*Yerinden yönetim
Yerinden yönetimi savunma nedenleri	<ul style="list-style-type: none"> *Çalışanların performansını artırması *Kararların merkezi yönetime göre daha hızlı alınması *Rekabete bağlı olarak hizmet kalitesini iyileştirerek hasta memnuniyetini artırması 	<ul style="list-style-type: none"> *Hastanelerin ihtiyaçlarının daha iyi tespit edilmesi *Bölgesel planlamanın daha iyi yapılması *Sağlık Bakanlığı'nın yerinden yönetime geçiş ile sağlık hizmetlerini daha iyi denetlemesi



mindinde özerk olma, hastane yönetiminde yönetim kurulu uygulaması ve hastane yöneticiliğinin bir uzmanlık alanı haline getirilerek, bu alanda eğitim ve istihdam imkânlarının yaratılması” olarak tanımlanan özerklik ilkelerinden “satın alma ve yatırım planlarını hazırlayarak uygulama ve personel istihdamında özerklik ilkeleri” en yüksek olumlu cevaba sahip olmuştur (Kaya, 1996).

Özel hastane yöneticilerinin hastanelere verilecek yetki konusunda kanun tasarısında geçen, verimsiz hastanelerin kiralanabilmesi konusunda hastane yöneticilerine yetki verilip verilmemesi ile ilgili farklı görüşlere sahip oldukları tespit edilmiştir. Bir kısım özel hastane yöneticisi bu yetkinin sadece Sağlık Bakanlığı'nda olması gerektiğini, bir kısım özel hastane yöneticisi de bu yetkinin birlik yönetim kuruluna verilmesi gerektiğini savunmuştur. Özel hastane yöneticileri bununla ilgili olarak sadece o maddeye, “Verimsiz hastanelerin kiralanması için Bakanlık onayı gerekir” ifadesinin eklenmesini istemişlerdir. Kanun tasarısında geçen verimsiz hastanelerin kiralanabilmesi ile ilgili maddeye bazı sivil toplum kuruluşlarının da tepkisi olmuştur. Özellikle bu maddeyle kamu hastanelerinin özelleştirilmesinin önünün açıldığını belirten Türk Tabipler Birliği tasarıya bu nedenle karşı çıktığını ifade etmektedir (Ataay, 2007).

Kamu Hastane Birlikleri Pilot Uygulaması Hakkında Kanun Tasarısı'na göre her hastane birliği, yönetim kurulu tarafından yönetilecektir. Yönetim kurulu; bir hukukçu, mali müşavir ya da serbest muhasebeci, il valileri tarafından belirlenen bir üye, bir doktor, Bakanlık tarafından belirlenen bir üye, sanayi ve ticaret odası tarafından belirlenen bir üye ve il sağlık mü-

Tablo 6: Tasarının hastane yönetimi üzerine etkileri hakkında kamu ve özel hastane yöneticilerinin düşüncelerinin karşılaştırılması

	Kamu Hastane Yöneticileri	Özel Hastane Yöneticileri
Tasarının hastane yönetimi üzerine olumlu etkileri	<ul style="list-style-type: none"> *Tasarı ile kamu hastanelerine tüzel kişilik verilmesi *Bölgesel planlama daha iyi yapılacağından hastanelerin daha etkin ve verimli yönetilmesi 	<ul style="list-style-type: none"> *Sağlık Bakanlığının düzenleyici konuma geçerek hastaneleri daha iyi denetleyecek olması *Bölgesel planlama daha iyi yapılacağından hastanelerin daha etkin ve verimli yönetilmesi
Tasarının hastane yönetimi üzerine olumsuz etkileri	<ul style="list-style-type: none"> *Hastanelerin işletmeye çevrilmesiyle kar düşüncesinin ön plana çıkması ve sağlığın ticarileştirilmesi *Mevcut tedarik sisteminin devam ettirilerek kamu hastanelerinin tedarik sıkıntısına çözüm getirmemesi *Tasarı ile yönetici pozisyonunda bulunan personelin sözleşmeli olarak çalıştırılmasının kadrolaşma riski ve partizanca davranışların önünü açması *Hiyerarşiyi artırması 	<ul style="list-style-type: none"> * Kamu hastane yöneticilerinin sözleşmeli pozisyonda çalıştırılması *Tasarıda fazla mesai karşılığında ücret ödenmemesi, işçi haklarının korunmaması *Tasarı ile kamu hastanelerinin özelleştirilmesinin önünün açılması *Tasarıda yer alan yönetim kurulu başkanının onaylamadığı konuların görüşülmemesi maddesi nedeniyle hastanelerin anti demokratik yönetilmesi

Tablo 7: Kamu Hastane Birlikleri Kanun Tasarısı'nda geçen yönetim kurulu hakkında kamu ve özel hastane yöneticilerinin düşüncelerinin karşılaştırılması

	Kamu Hastane Yöneticileri	Özel Hastane Yöneticileri
Kamu Hastanelerine ne ölçüde yetki devri olmalıdır?	<ul style="list-style-type: none"> *Genel idare *Mali idare *Tedarik konularında geniş yetki devri * Konu hakkında çok az görüş bildirildiği için yeterli bilgi elde edilemedi. 	<ul style="list-style-type: none"> * Konu hakkında çok az görüş bildirildiği için yeterli bilgi elde edilemedi.

Tablo 8: Hastanelere ne ölçüde yetki devri olması gerektiği konusunda kamu ve özel hastane yöneticilerinin düşüncelerinin karşılaştırılması

	Kamu Hastane Yöneticileri	Özel Hastane Yöneticileri
Kamu Hastane Birlikleri Kanun Tasarısında Geçen Yönetim Kurulu Hakkında Düşünceleri Nelerdir?	<ul style="list-style-type: none"> *Geliştirilmeli *Yönetim Kurulunda yer alan sağlık personeli sayısı az. *Hasta ve çalışan temsilcisi de Yönetim Kurulunda yer almalı. *Yönetim Kurulunda yer alan her üye için sağlık sektöründe deneyimli olma şartı aranmalı. 	<ul style="list-style-type: none"> *Geliştirilmeli

dürü ya da müdür yardımcılardan biri olmak üzere toplam yedi üyeden oluşmaktadır. Kanun tasarısında geçen bu yönetim kurulu üyeleri de çok tartışma yaratmıştır. Özellikle yönetim kurulundaki sanayi ve ticaret odasından bir üye ve mali müşavirin bulunması eleştirilere neden olmuştur. Araştırmaya katılan sağlık yöneticileri bu üyelere itiraz etmemiş ancak yönetim kurulunda bulunacak olan üyelerin sağlık sektörü alanında tecrübeli olması şartının aranması gerektiğini belirtmişlerdir. Ayrıca yönetim kurulu üyeleri arasında sağlık personeli sayısının az olduğunu ifade etmişler ve bu nedenle yönetim kurulunda alınan kararların etkin olmayacağını belirtmişlerdir. Genel olarak yönetim kurulunu değerlendirdiklerinde iyi yönetim anlayışı ile oluşturulduğunu ancak bazı üyelerin eksik olduğunu ifade etmişlerdir. Çalışan temsilcisi, hasta temsilcisi ve sivil toplum kuruluşlarının da yönetim kurulunda mutlaka bulunması gerektiğini belirtmişlerdir. Ayrıca bazı branşların da yönetim kurulunda yer alması gerektiğini ifade etmişlerdir. Bunlar da basın temsilcisi ve hemşiredir. Özellikle kamu hastane yöneticilerinden baş hemşire unvanlı katılımcılar tasarıda hastane yöneticisine bağlı olarak hemşirelik hizmetleri müdürlüğünün bulunmamasını büyük bir eksiklik olarak görmüşlerdir.

Öneriler

Ülkemizdeki özellikle ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinin sunumunda iyileştirme yapmak amacıyla hazırlanan Kamu Hastane Birlikleri Kanunu Tasarısı ile Sağlık Bakanlığı'nın sağlık hizmetleri sunumundan tamamen geri çekilerek özelleştirmenin önünü açtığı yönünde olumsuz eleştiriler bulunmaktadır. Ancak bu araştırma sonuçlarında da görüldüğü üzere; sağlık yöneticileri sağlık hizmetleri sunumunun tamamen özel sektöre bırakılmayacağını savunmuşlardır. Bu doğrultuda sağlık çalışanlarının ve kamunun tasarı hakkındaki endişelerinin giderilmesi ve konuyla ilgili detaylı bilgilendirme yapılmasının faydalı olacağı düşünülmektedir.

Ayrıca; odak grup görüşmeleri neticesinde ortaya çıkan, tasarıya ilişkin önerilerden bazıları da şunlardır:

- Tasarıda, hastanelerin satın alma işlemlerinde tabi oldukları mevcut kamu alım mevzuatı sağlık hizmetlerinin özellikleri göz önüne alınarak yeniden düzenlenebilir.
- Yönetim kurulunda yer alan sağlık personeli (doktor, hemşire gibi) sayısı artırılabilir ya da yönetim kurulunda yer alacak tüm üyelerin sağlık alanında belirli bir yıl tecrübeye sahip olması kriteri getirilebilir.
- Hasta temsilcisi, çalışan temsilcisi ve

sivil toplum kuruluşlarından bir üye yönetim kuruluna eklenebilir.

- Tasarının madde 2/8'de yer alan "Yönetim kurulu gündemi başkan tarafından hazırlanır. Üyeler, başkanın uygun görüşü veya üye tam sayısının salt çoğunluğu ile gündem maddesi teklif edebilirler. Bunlar dışındaki konular görüşülemez." ifadesi gözden geçirilerek daha demokratik hale getirilebilir.
- Tasarının 3/d maddesinde geçen "Bakanlıkça belirlenen usul ve esaslara göre birliğin her türlü araç, gereç, malzeme, taşınırları ile tapuda birlik adına kayıtlı taşınmazları üzerindeki yapı ve tesisler ile birlikte satmak, kiraya vermek, devir ve takas işlemlerini yürütmek; Hazine'ye ait ve birliğe tahsisli taşınmazları üzerindeki yapı ve tesisler ile birlikte tahsis amacı doğrultusunda kiraya vermek, işletmek, işlet-tirmek" ibaresi, kiralama ve satma konusunda geçerli şartlar getirilerek birlik yönetim kurulunun keyfiyetine bırakılması önenebilir.
- Tasarıda oluşturulan organizasyon şemasında hastane yöneticisine bağlı olarak bulunan "Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürlüğü", "Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü" olarak değiştirilebilir.

Kaynaklar

- Akşit, B. T., *Odak Grup veya Odak Grup Görüşmeleri*, Ankara, 1997.
- Ataay, F., *Kamu Hastane Birlikleri Tasarısı Üzerine Değerlendirme*, Türk Tabipleri Birliği Yayınları, Ankara, 2007.
- Ateş, M. ve Sur, H., "Sağlık Bakanlığı'nın İstanbul'daki Hastanelerinde Yöneticilerin Bazı Yönetim Kararlarının Merkezçilliği Konusundaki Bilgi Düzeyleri", (Çevrimiçi) <http://www.merih.net>, 12 Mayıs 2008.
- Banks, D., Ghannoum, R., Taher, A.S., Brosk, H., "Implementing Hospital Autonomy In Jordan: Changing Ministry Of Health Operating Procedures", *Partnership For Health Reform*, Abt Associates Inc., 2000.
- Casasnovas, G. ve arkadaşları "Health Care Management Autonomy: Evidence From The Catalan Hospital Sector In A Decentralised Spain", (Çevrimiçi) <http://www.econ.upf.edu/docs/papers/downloads/993.pdf>, (09.06.2008)
- Castano, R. ve arkadaşları, *Monitoring and Evaluating Hospital Autonomization and Its Effects on Priority Health Services*, *Partners for Health Reform*, September 2004, s. 19.
- Chawla, R. and Govindaraj, M., 1996. "Improving Hospital performance through policies to Increase Hospital autonomy: Implementation Guidelines" Boston, MA: Data for decision making project, Harvard University. www.hsph.harvard.edu/ihsg/publications, (Çevrimiçi) 13 Nisan 2009.
- Collins, D. ve arkadaşları, "Hospital Autonomy: The Experience of Kenyatta National Hospital". *Int. J. Health Plann. Mgmt.* 14, 1999.
- Evelyn, A., "Autonomy of Apex Hospitals in Ugan-

da: *Too Little, Too Slow*", *Health Policy and Development* 2 (2), 151-160, Umu Press, 2004, s. 151

Gider Ö. ve Top M., "Kamu Hastane Sektöründe Liberalleşme ve Türkiye'de Yansımaları", 2007, (Çevrimiçi) www.e-konomet.net/kamu-hastane-sektorunde-liberallesme-ve-turkiyede-yansimalari/, 23 Nisan 2008.

Kaplan, A., *Özerkleştirme ve Özelleştirme Teorileri ve Sağlık Bakanlığı Hastanelerinin Özerkleştirilmesi ve Özelleştirilmesi Çalışmaları Hakkında Sağlık Bakanlığı Hastanelerinde Çalışan Yüksek Öğrenimli Sağlık Personelinin Düşüncelerinin Tespiti Üzerine Bir Araştırma*, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Kurumları Yönetimi Programı, Doktora Tezi, Ankara, 1997.

Kasapoğlu, A., *Nitel Çözümler 1: Odak Grup Çalışması*, Ankara, 1997.

Kaya, Y., *Başhekim Ve Hastane Müdürlerinin Mevcut, Özerk Ve Özel Hastane Modelleri Konusunda Görüş, Tutum Ve Beklentileri*, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Bilim Uzmanlığı Tezi, Ankara, 1996.

Kuş, E., *Nitel-Nitel Araştırma Teknikleri*, Anı Yayıncılık, Ankara, 2003.

Kümbetoğlu, B., *Sosyolojide ve Antropolojide Niteliksel Yöntem ve Araştırma*, Bağlam Yayınları, İstanbul, 2005.

Mayring, P., *Nitel Sosyal Araştırmaya Giriş*, Çeviren: A. Gümüş ve M. S. Durgun, Baki Yayıncılık, Adana, 2005.

Resmi Gazete, Sayı: 20001 Yayın Tarihi: 26.11.1988

Soysal, M., "İki Kavram: Özerklik Ve Tarafsızlık", *Bahri Savcı'ya Armağan, Mülkiyeliler Birliği Vakfı Yayınları*, Ankara, 1991.

Sur, H., "Türkiye'de Sağlıkta Desantralizasyona İlişkin Genel Öneriler Ve Değerlendirmeler", *Makro Bakış*, Sayı: 4, 2006, S. 23-24.

Tanrıverdi, H., "Sağlık Sektöründe Özerkleşmenin Finansal Boyutu Ve Türkiye'deki Uygulamalar Üzerine Bir Araştırma", *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Kurumları Yönetimi Programı, Bilim Uzmanlığı Tezi*, Ankara, 2002.

Top, M. ve Gider, Ö., "Kamu Hastanelerinde Özerkleştirme ve Özelleştirme", *Görüş Dergisi* (68-74), Ekim 2004.

Türk Hemşireler Derneği, *Kamu Hastane Birlikleri Pilot Uygulaması Hakkında Kanun Tasarı Türk Hemşireler Derneği'nin Görüşleri*, (Çevrimiçi)

<http://www.turkhemsirelerdernegi.org.tr/upload/kamu%20hastane%20birlikleri%20pilot%20uygulamasi%20kanun%20tasarisi%20web%20e%20girilecek%20metin.doc>, (10.03.2009)

www.tdk.gov.tr, (Çevrimiçi), 19 Aralık 2009.