

ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ  
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ  
İŞLETME ANABİLİM DALI

145632

AVRUPA BİRLİĞİ'NE ENTEGRASYON SÜRECİNDE  
ISO 9000 KALİTE GÜVENCE SİSTEMİNİN  
SAĞLIK SEKTÖRÜNDE UYGULANABİLİRLİĞİ

145632

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Hazırlayan  
Hatice (ERCAN) DİZMAN

Tez Danışmanı  
Yrd. Doç. Dr. Nazan YELKİKALAN

Çanakkale-2004

## JURİ ÜYELERİNİN İMZA SAYFASI

Sosyal Bilimler Enstitüsü Müdürlüğü'ne

Hatice (ERCAN)DİZMAN'a ait "Avrupa Birliğine Entegrasyon Sürecinde ISO 9000 Kalite Güvence Sisteminin Sağlık Sektöründe Uygulanabilirliği" adlı çalışma jürimiz tarafından İşletme Anabilim Dalında YÜKSEK LİSANS TEZİ olarak kabul edilmiştir.

(İmza)

Başkan... Prof. Dr. Ali AKDEMİR.....

Akademik Ünvanı, Adı Soyadı

(İmza)

Üye .... Doç. Dr. Murat KASIMOĞLU.....

Akademik Ünvanı, Adı Soyadı (Danışman)

(İmza)

Üye .... Yrd. Doç. Dr. Nazan YELKİTAN.....

Akademik Ünvanı, Adı Soyadı

(İmza)

Üye .... Yrd. Doç. Dr. Mikail EROL.....

Akademik Ünvanı, Adı Soyadı

(İmza)

Üye .... Yrd. Doç. Dr. Halis KALMIŞ.....

Akademik Ünvanı, Adı Soyadı

## ÖNSÖZ

Ülkelerin halkına erişebilir ve verimli sağlık hizmeti sunması, kişisel ve toplumsal sağlığın korunması unsurlarından sadece birisidir. Bu hak, Anayasanın 56. Maddesinde “Herkes sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama ve kamu hizmetlerinden eşit olarak yararlanma hakkına sahiptir.” diye belirtilmiştir.

Yaşam kalitesi arttıkça, kaliteli mal ve hizmetlere talep artmakta, insanlar satın aldıkları ürün ya da hizmetten beklenen karşılığın alınacağından emin olmak istemektedir. Tüm işletmeler gibi hizmet kuruluşu olan hastaneler de kalitelerini sürekli geliştirmek, müşteri güvenini sağlamak ve iyi kuruluş imajı yaratmak gibi çalışmalar yapmaktadırlar.

ISO 9000 Standartları, Hastanelerin Kalite Yönetim Sisteminin kalitesini ölçmek ve bu yolla müşterilere Kalite Güvencesi vermek amacına yöneliktir. Kalite Belgesi sadece ürünün (hizmetin) değil tüm süreçlerin kaliteyi hedeflediğini ifade eder.

Çalışmadaki amaç; hastane yöneticilerinin ISO 9000 belgesini nasıl algıladıklarını, belgenin alınmış nedenlerini, belgenin alınması ve sistemin uygulanması sırasında karşılaştıkları sorunları tespit ederek, ISO 9000 Kalite Yönetim Sistem bilincinin yeterince oluşup oluşmadığını ortaya koymaktır.

Araştırmaya katkıda bulunan, öncelikle Danışmanım Sayın Yrd. Doç. Dr. Nazan YELKİKALAN’a, ilgisinden dolayı Sayın Doç. Dr. Murat KASIMOĞOLU’na, çalışma yapılan hastanelerin kalite yönetim temsilcilerine ve anketi cevaplayan Kalite Yönetim Komisyonu üyelerine, anket sorularına yapılacak testleri seçmemde yardımcı olan Sayın Prof. Dr. Hakkı YAVUZ’a ve Araştırma Görevlisi Eylem DİZMAN’a teşekkür eder; hastanelere ve tüm ISO 9000 KYS ile ilgilenenlere yardımcı olmasını dilerim.

Hatice (ERCAN) DİZMAN

2004

## ÖZET

Günümüzde her alanda hızlı bir değişim süreci yaşanmaktadır. Bu değişimin bir sonucu olarak üretim sektöründen hizmet sektörüne doğru kayma olmakta, hizmet sektöründeki gelişim çok geniş ve çeşitli alanlarda gerçekleşmektedir.

Hastanelerin birer hizmet organizasyonu olması, faaliyetlerinin kesintisiz oluşu, sistemin karmaşıklığı nedeniyle yönetime önem verilmesi, hastane çalışanlarının ortak bir amaca yönlendirilmesi, yetki ve sorumluluklarının belirlenerek yeniden yapılandırılması gereğini doğurmuştur.

ISO 9000 Kalite Güvence Sistemi Standartları; etkin bir kalite sistemi kurulması, uygulanması ve sürekliliğinin sağlanması amacıyla yönelik sistem standartlarıdır. Sürekli iyileşme ve gelişmeye fırsat tanımaktadır.

ISO 9000 Kalite Güvence Sistemi, hizmet süreçlerinin standardizasyonunu, eksikliklerin belirlenmesini ve uygunsuzlukların giderilmesini sağlayan bir araçtır, sağlık hizmetinin kalitesindeki sorumluluk anlayışı, tüm çalışanları ilgilendirmektedir.

Etkin ve verimli bir Kalite Güvence Sisteminin kurulabilmesi her şeyden önce üst yönetimin kesin kararına, inancına ve desteğine bağlıdır.

ISO 9000 Kalite Güvence Sistemini uygulayarak yeni bir anlayış getirmek isteyen üst yönetimin öncelikle bu sorunları çözümlemesi gerekmektedir.

Ülkemiz hastane işletmeciliği sektörü % 94 oranında kamusal otoritelerce örgütlenip yönetilen işletmelerden oluşmaktadır. Ve uluslararası geçerliliğe sahip olan ISO-9000 KGS hastanelerimizde daha yoğun bir ilgi görmektedir.

## **ABSTRACT**

Today everything in our world is changing constantly and fastly. As a result of this change, there is a movement towards from production industry to service and changing in the service industry is in a wide range of areas.

Due to the fact that hospitals are service organizations and activities are permanent and the system is complex, given importance to administration, to lead the hospital staff to get a common target, defining authority and responsibilities for restructure of hospitals is necessary.

ISO 9000 Quality Assurance System (QAS) Standards are system standards aimed at creating an effective quality system, applying the system and providing its permanence. It gives the opportunity to become better and developing constantly.

ISO 9000 QAS is a tool which helps to standardize service process to define the deficiencies and to eliminate the disorders. Concept of responsibility on quality of health service is concerning all workers.

Establishing an effective and productive QAS is primary depended upon the absolute decision, trust and support of the administration.

First of all, Senior administrators who want to bring a new understanding through applying ISO 9000 QAS, have to solve these problems.

For the hospital business administration sector in Turkey has been organized and managed by government authority with %94 ratio; The hospitals has the QAS that has got international validity, is being more interest.

## İÇİNDEKİLER

<b>ÖZET</b> .....	i
<b>ABSTRACT</b> .....	ii
<b>İÇİNDEKİLER</b> .....	iii
<b>KISALTMALAR CETVELİ</b> .....	viii
<b>TABLolar LİSTESİ</b> .....	ix
<b>ŞEKİLLER LİSTESİ</b> .....	x
<b>GİRİŞ</b> .....	1

### BİRİNCİ BÖLÜM

#### AVRUPA BİRLİĞİ VE SAĞLIK SEKTÖRÜ

<b>1. AVRUPA BİRLİĞİ'NİN OLUŞUMU</b> .....	2
<b>2. AVRUPA TOPLULUĞU'NUN GENİŞLEME SÜRECİ</b> .....	3
2.1. BİRİNCİ GENİŞLEME.....	3
2.2. İKİNCİ GENİŞLEME.....	4
2.3. ÜÇÜNCÜ GENİŞLEME.....	4
2.4. DÖRDÜNCÜ GENİŞLEME.....	5
2.5. BEŞİNCİ GENİŞLEME.....	7
<b>3. TOPLULUĞA TAM ÜYELİK BAŞVURULARI</b> .....	8
<b>4. TÜRKİYE - AVRUPA BİRLİĞİ İLİŞKİLERİ</b> .....	10
4.1. ANKARA ANLAŞMASI.....	10
4.2. GÜMRÜK BİRLİĞİ KARARININ ALINMASI.....	11
4.3. AVRUPA BİRLİĞİ'NİN GENİŞLEME SÜRECİ VE TÜRKİYE.....	12
4.4. ULUSAL PROGRAM.....	13
<b>5. AVRUPA BİRLİĞİNE TAM ÜYELİK KOŞULLARI</b> .....	16
5.1. AVRUPA BİRLİĞİ ÜYESİ ÜLKELERİN ISO 9000 STANDARTLARINA YAKLAŞIMLARI.....	16

5.2. ULUSLAR ARASI STANDARDİZASYON İÇİN AVRUPA İLKELERİ.....	17
5.3. AB VE ISO 9000 KGS STANDARTLARI.....	18
<b>6. TÜRKİYE’NİN AVRUPA BİRLİĞİ UYUM SÜRECİNDE SAĞLIK SEKTÖRÜ.....</b>	<b>20</b>
<b>7. TÜRKİYE’DEKİ SAĞLIK SEKTÖRÜNÜN DURUMU.....</b>	<b>21</b>
7.1. TOPLAM SAĞLIK HARCAMALARI.....	22
7.2. SAĞLIK HİZMETLERİ ARZI.....	24
7.3. SAĞLIK YATIRIMLARI.....	27

## İKİNCİ BÖLÜM

### SAĞLIK SEKTÖRÜNDE KALİTE GÜVENCE SİSTEMİ

<b>1.SAĞLIK VE SAĞLIK HİZMETİ.....</b>	<b>29</b>
1.1.TEMEL SAĞLIK HİZMETLERİ.....	30
1.1.1.KİŞİYE YÖNELİK KORUYUCU HİZMETLER.....	31
1.1.2.ÇEVREYE YÖNELİK KORUYUCU HİZMETLER.....	31
1.2.TEDAVİ EDİCİ SAĞLIK HİZMETLERİ.....	31
1.2.1.BİRİNCİ BASAMAK TEDAVİ HİZMETLERİ.....	31
1.2.2.İKİNCİ BASAMAK TEDAVİ HİZMETLERİ.....	32
1.2.3.ÜÇÜNCÜ BASAMAK TEDAVİ HİZMETLERİ.....	32
1.3. REHABİLİTE EDİCİ HİZMETLER.....	32
1.3.1.TIBBİ REHABİLİTASYON.....	32
1.3.2. SOSYAL REHABİLİTASYON.....	33
<b>2. HASTANELER .....</b>	<b>33</b>
2.1.HASTANE İŞLETMELERİNİN SINIFLANDIRILMASI.....	34
2.2.HASTANE İŞLETMELERİNİN ÖZELLİKLERİ.....	35
<b>3.KALİTENİN TANIMI.....</b>	<b>36</b>
3.1. SAĞLIK HİZMETLERİNDE KALİTE.....	37

3.2.KALİTENİN BOYUTLARI.....	38
3.2.1.PERFORMANS.....	38
3.2.2.GÜVENİLİRLİK.....	38
3.2.3.UYGUNLUK.....	38
3.2.4.DAYANIKLILIK.....	38
3.2.5.HİZMET VERME YETENEĞİ.....	39
3.2.6.ESTETİK.....	39
3.2.7.ALGILANAN KALİTE (İTİBAR).....	39
3.2.8.DİĞER UNSURLAR.....	39
<b>4. SAĞLIK HİZMET KALİTESİNİN BOYUTLARI.....</b>	<b>39</b>
<b>5.KALİTE KONTROL VE KALİTE GÜVENCE.....</b>	<b>41</b>
<b>6. ISO 9000 KALİTE GÜVENCE SİSTEMİ.....</b>	<b>42</b>
6.1. ISO VE ISO 9000 STANDARTLARI.....	43
6.2. ISO 9000 KALİTE YÖNETİM SİSTEMİ STANDARTLARININ YAPISI.....	44
6.3. ISO 9001: 2000 STANDART MADDELERİ.....	45
6.4. ISO 9000:2000 KALİTE PRENSİPLERİ.....	48
<b>7. ISO 9000 VE MÜŞTERİ KAVRAMI.....</b>	<b>49</b>
7.1. ISO 9000 DIŞ MÜŞTERİ MEMNUNİYETİ.....	51
7.2. ISO 9000 İÇ MÜŞTERİ MEMNUNİYETİ.....	53
<b>8. ISO 9000 KALİTE YÖNETİM SİSTEMİ (KYS) 2000 YILI REVİZYONU.....</b>	<b>54</b>
<b>9. SAĞLIK HİZMETLERİNDE ISO 9000 KALİTE GÜVENCE SİSTEMİ.....</b>	<b>57</b>
9.1. ISO 9000 KURMA AŞAMALARI.....	60
9.2. HASTANELERDE ISO 9000 KYS'NE GÖRE BELGELENDİRME.....	61
<b>10. TOPLAM KALİTE YÖNETİMİ'NE GEÇİŞ.....</b>	<b>63</b>



## ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

### İSTANBUL İLİ

#### ISO 9000 KYS BELGESİNE SAHİP HASTANELERDE ISO 9000 KYS'İN UYGULANABİLİRLİĞİ ÜZERİNE BİR ARAŞTIRMA

1. ARAŞTIRMANIN AMACI.....	65
2. KAPSAMI VE SINIRLARI.....	66
3. ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ.....	66
4. ANKET SORULARININ DEĞERLENDİRİLMESİ.....	67
5. ARAŞTIRMANIN METODOLOJİSİ.....	67
6. ARAŞTIRMANIN VARSAYIMI.....	68
7. ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ.....	68
8. VERİ VE BİLGİLERİN TOPLANMASI.....	68
9. ARAŞTIRMANIN BULGULARI.....	69
9.1.ARAŞTIRMA ÖRNEĞİNİN DEMOGRAFİK PROFİLİ.....	70
9.2 ARAŞTIRMA ÖRNEĞİNİN ISO 9000 KGS BELGESİ ALINMASI VE UYGULANMASI SIRASINDA YAŞADIĞI SORUNLAR.....	73
9.3 ISO 9000 BELGESİ ALMADAN ÖNCE VE ALDIKTAN SONRA 13 KRİTERDE OLUŞAN DEĞİŞİKLİK.....	76
9.4 ARAŞTIRMA ÖRNEĞİNİN ISO 9000 BELGESİNİN OLUMLU VE OLUMSUZ YÖNLERİ.....	79
9.5 ARAŞTIRMA ÖRNEĞİNİN ISO 9000 BELGESİNE SAHİP OLMA İLE İLGİLİ FAKTÖRLERİ.....	80
9.6. ISO 9000 KYS'NE İLİŞKİN YARGILAR .....	88
10. ARAŞTIRMA SONUÇLARI.....	96
SONUÇ .....	99
KAYNAKÇA .....	102

**EKLER**

<b>Ek.1. En Çok Karşılaşılan Sorunların Çapraz Tablosu.....</b>	<b>117</b>
<b>Ek.2. Orta Derecede Karşılaşılan Sorunların Çapraz Tablosu .....</b>	<b>118</b>
<b>Ek.3. En Az Karşılaşılan Sorunların Çapraz Tablosu.....</b>	<b>119</b>
<b>Ek.4. ISO 9000 Belgesi Almadan Önce ve Aldıktan Sonra Oluşan Değişikliklerin Güvenilirlik Analizi.....</b>	<b>121</b>
<b>Ek.5. ISO 9000 KGS Belgesi Sahibi Olmak İsteme Sebepleri İle İlgili Faktörlerin Güvenilirlik Analizi.....</b>	<b>122</b>
<b>Ek.6. Hastane Yöneticilerinin ISO 9000 Sistemi İle İlgili Görüşlerine İlişkin Güvenilirlik Analizi.....</b>	<b>123</b>
<b>Ek.7. ISO 9000 Belgesi Öncesi ve Sonrasında Oluşan Değişiklikler.....</b>	<b>124</b>
<b>Ek.8. ISO 9000 Belgesi Alımında Öncelikli Faktörlerin Tanımlayıcı İstatistiği....</b>	<b>125</b>
<b>Ek.9. ISO 9000 KYS 'ne İlişkin Yargıların Açıklamalı İstatistiği.....</b>	<b>126</b>

## KISALTMALAR CETVELİ

AAET	:	Avrupa Atom Enerji Topluluğu,
AB	:	Avrupa Birliği,
AET	:	Avrupa Ekonomik Topluluğu,
AKÇT	:	Avrupa Kömür Çelik Topluluğu,
Ar-Ge	:	Araştırma Geliştirme,
AST	:	Avrupa Savunma Topluluğu,
AT	:	Avrupa Topluluğu,
5YKP	:	Beş Yıllık Kalkınma Planı,
DPT	:	Devlet Planlama Teşkilatı,
GB	:	Gümrük Birliği,
GSMH	:	Gayri Safi Milli Hasıla,
IDT	:	İktisadi Devlet Teşekkülleri,
İKV	:	İktisadi Kalkınma Vakfı,
ISO	:	(International Standardisation for Organization ) Uluslararası Standartlar Organizasyonu,
KG	:	Kalite Güvencesi,
KGS	:	Kalite Güvence Sistemi,
KK	:	Kalite Kontrol,
KYS	:	Kalite Yönetim Sistemi,
MDAÜ	:	Merkez ve Doğu Avrupa Ülkeleri,
MSB	:	Milli Savunma Bakanlığı,
PHARE	:	Kurumsal Yapılanma ve Yatırım Desteğini İçeren Yardım Programı,
QAS	:	(Quality Assurance System) Kalite Güvence Sistemi,
SAGP	:	Satınalma Gücü Paritesi,
SSK	:	Sosyal Sigortalar Kurumu,
SSYB	:	Sağlık ve Sosya Yardımlaşma Bakanlığı,
UNİCEF	:	(The United Nations Children's Fund) Birleşmiş Milletler Çocuk Fonu,
WHO	:	(World of Healty Oranization) Dünya Sağlık Örgütü.

## TABLOLAR LİSTESİ

<u>Tablo Nr.</u>	<u>Tablonun Adı</u>	<u>Sayfa Nr.</u>
1.	Avrupa Birliğinin Genişleme Süreci.....	6
2.	Avrupa Birliğinin Beşinci Genişleme Süreci.....	7
3.	Katılım Öncesi Stratejiler.....	9
4.	Sağlık Harcamaları.....	23
5.	Türkiye'de Yataklı Tedavi Kurumları, 1923-2001.....	25
6.	Sağlık Göstergelerinde Mevcut Durum Ve VIII. Plan Hedefleri.....	26
7.	Bütçe İçerisinde Sağlık Hizmetleri.....	28
8.	Sağlık Hizmetlerinde Kalite Boyutları .....	40
9.	Sağlık Kurumlarında İç ve Dış Müşteriler.....	50
10.	ISO 9000:1994 ile ISO 9000:2000 Arasındaki Temel Farklar.....	55
11.	Yöneticilerin Çalıştıkları Hastanelerin Mülkiyetleri.....	70
12.	Yöneticilerin Eğitim Durumu.....	70
13.	Yöneticilerin Meslekleri.....	71
14.	İstanbul İlindeki ISO 9000 KYS Belgesine Sahip Hastaneler.....	72
15.	Hazırlık Aşaması ve Belgelendirme Sonrası Karşılaşılan Sorunlar.....	75
16.	ISO 9000 Belgesi Almadan Önce Ve Aldıktan Sonra Değişikliklerin İncelendiği 13 Kriter.....	76
17.	ISO 9000 Belgesinin Olumlu ve Olumsuz Yönleri.....	79
18.	Eğitim Düzeyinin Çok Fazla Önemli Denilen Faktörlerle Etkisi .....	82
19.	Mülkiyet Yapısının Çok Fazla Önemli Denilen Faktörlerle Etkisi .....	84
20.	Mesleğin Çok Fazla Önemli Denilen Faktörlerle Etkisi .....	86
21.	ISO 9000 KYS 'ne İlişkin Yargılar.....	88
22.	Eğitimin ISO 9000 KYS 'ne İlişkin Yargılara Etkisi.....	90
23.	Mülkiyet Yapısının ISO 9000 KYS 'ne İlişkin Yargılara Etkisi.....	92
24.	Mesleklerin ISO 9000 KYS 'ne İlişkin Yargılara Etkisi.....	94

## ŞEKİLLER LİSTESİ

<b>Şekil.1:</b> Sağlık Sistemi.....	30
<b>Şekil.2:</b> Müşteri Beklentilerinin Müşteri Memnuniyetine Etkisi.....	52
<b>Şekil.3:</b> PUKÖ Döngüsü .....	56
<b>Şekil.4:</b> Sağlık İşletmelerinde Hizmet Kalitesinin Belirleyicileri.....	57
<b>Şekil.5:</b> Hastane Hizmet Prosesi.....	59
<b>Şekil.6:</b> ISO 9000'e Göre Belgelendirme .....	61



## GİRİŞ

Avrupa Birliğine entegrasyon sürecinde, gittikçe yayılan kalite kavramı, hata kabul etmeyen sağlık hizmetlerinde de kendini göstermektedir. Konu insan sağlığı olduğunda, kalite konusundaki hassasiyet, doğal olarak çok daha belirgin hale gelmekte ve hastaların sağlık bakımı ihtiyaçlarını tatmin edici bir düzeyde karşılamak amacıyla önceleri özel hastanelerde başlayan ve kısa bir zaman içinde kamu hastanelerinde de yaygınlaşma eğilimi gösteren kaliteli hizmet sunum çabaları, sağlık hizmetleri kalitesinin tarafsız bir dış kuruluş tarafından belgelendirilmesi düzeyine gelmiştir. Sağlık hizmeti sunan kuruluşlar, kalite sistemi kurmayı temel alan ISO 9000 Kalite Güvence Standartlarını kendilerine yön vermesi için benimsemektedirler.

ISO 9000 Standartları hastaneler için doğru kullanıldığı takdirde iyi bir araç olmaktadır. Sürekli gelişmeye ve iyileşmeye fırsat tanımaktadır. Ancak, ISO 9000 Kalite Güvence Sistemi uygulamalarında, hastanelerin özelliklerinden ve sistemden kaynaklanan nedenlerle birçok sorunla karşılaşmaktadır.

Bu amaçtan hareketle, çalışmamın birinci bölümünde Avrupa Birliği, Türkiye'nin AB'ye entegrasyon süreci ve sağlık sektörünün mevcut durumu üzerinde durulmaktadır.

İkinci bölüm de, genel olarak kalite kavramı, sağlık hizmetlerinde kalite, kalite güvence sistemi, ISO 9000 Kalite Güvence Sistemi kurulması hakkında bilgi verilmektedir.

Üçüncü bölümde ise, ISO 9000 Kalite Güvence Sisteminin, İstanbul İlinde ISO 9000 belgesine sahip hastanelerde uygulanabilirliğini inceleyen anket çalışması yer almaktadır.

## BİRİNCİ BÖLÜM

### AVRUPA BİRLİĞİ'NE ENTEGRASYON SÜRECİNDE SAĞLIK SEKTÖRÜNÜN TÜRKİYE'DEKİ MEVCUT DURUMU

#### 1.AVRUPA BİRLİĞİ'NİN OLUŞUMU

Avrupa Birliğinin kurulmasında fikir babahğı yapan Monnet'in düşüncelerinden esinlenen Fransız Dışışleri Bakanı Robert Schuman, 9 Mayıs 1950 tarihinde, Fransa ile Almanya arasındaki kömür ve çelik kaynaklarının birleştirilmesini, savaş sanayiinin temel girdileri olan bu maddelerin üretim ve kullanımının uluslarüstü bir organın sorumluluğuna bırakılmasını önermiştir (Karluk 1991: 282).

İlk adım olarak savaşın hammaddesi olan kömür ve çeliğin üretim ve ticaretini ortaklaşa kontrol edebilmek için 1951 yılında Paris Antlaşmasını imzalayarak Avrupa Birliği'nin temelini oluşturan Avrupa Kömür Çelik Topluluğunu (AKÇT) kurmuşlardır (Aktan 2000).

AKÇT'nin kurulmasından sonra topluluk üyesi ülkeler bu kez askeri amaçlı olan Avrupa Savunma Topluluğunu (AST) kurma girişiminde bulunmuşlar. Ancak Fransa II. Dünya Savaşının bitimi ile silahsızlandırılan Almanya'nın tekrar silahlandırılması söz konusu olabileceğı için bu fikre karşı çıkmıştır. Avrupa, bu girişim ile siyasi ve askeri bütünleşmeyi sağlamak için öncelikle ekonomik bütünleşmeyi geliştirmek gerektiğini anlamıştır (Kılınç 1990: 6). Bunun üzerine, Messina'da, 1-2 Haziran 1955 tarihinde düzenlenen konferansta iki yeni Avrupa Topluluğu'nun daha kurulması kararlaştırılmıştır. Uzun süren görüşmeler ve teknik çalışmalardan sonra 25 Mart 1957'de, Roma'da imzalanan Antlaşmalar ile AET ve AAET kurulmuştur (Bozkurt 1987: 12-14). Anlaşmanın ilgili devletlerin parlamentoları tarafından

onaylanmasıyla, 1 Ocak 1958 tarihinde Topluluğu meydana getiren Roma Anlaşması yürürlüğe girmiştir (Karlık 1976: 114 -115).

Üç ayrı Topuluk olarak kurulan AKÇT, AET, ve AAET'nin organları 8 Nisan 1965'te imzalanan anlaşma ile birleştirilmiş ve bu üç örgüt hukuksal varlıklarını yitirmeksizin, bütünleşme süreci içerisinde (Avrupa Toplulukları) adını almıştır. Birliği oluşturan (AKÇT, AET, ve AAET) üyeleri aynı ülkelerdir (Seyidoğlu 1998: 240).

Avrupa Ekonomik Topluluğu, Avrupa Kömür ve Çelik Topluluğu ve Avrupa Atom Enerjisi Topluluğu'nun kurumlarının birleştirildiği 1 Temmuz 1967 tarihinden önceki dönem için AET, bu tarihten 1 Kasım 1993'e kadar geçen süre için Avrupa Topluluğu (AT), Maastricht Antlaşması'nın yürürlüğe girdiği bu tarihten sonrası için ise Avrupa Birliği (AB), ifadeleri kullanılmıştır (Uysal 2001: 141).

## **2. AVRUPA BİRLİĞİ'NİN GENİŞLEME SÜRECİ**

Avrupa Birliği, 1952 yılında altı ülkenin (Almanya, Fransa, İtalya, Lüksembourg, Belçika, Hollanda) Avrupa Kömür Çelik Topluluğu'nu oluşturması ile başlamıştır. Üye devletlerin refah seviyelerinin yüksekliği ve demokratik unsurların tüm kurumlarıyla birlikte yerleşmiş olması Avrupa Birliği'nin önemini giderek arttırmıştır. Ve kuruluşundan itibaren göstermiş oldukları başarılı gelişim, başlangıçta AT'ye üye olmak istemeyen ülkelerin daha sonra Topluluğa üyelik başvurusunda bulunmalarına yol açmıştır.

### **2.1.BİRİNCİ GENİŞLEME**

10 Ağustos 1961 tarihinde İngiltere, Topluluğa Katılmak için ilk girişimlerini yapmıştır. Fakat 14 Ocak 1963 tarihinde Fransa Cumhurbaşkanı General de Guelle, İngiltere'nin Topluluğa katılmasını veto etmiştir. Bu tarihten dört yıl sonra 10 Mayıs



1967'de İngiltere, ikinci defa İrlanda, Danimarka ve Norveç ile birlikte Topluluklara tam üye olmak için başvuruda bulunmuştur (Karluk 1991: 287).

1969 yılında La Haye'de yapılan Zirve'de, Topluluklara katılma talebinde bulunan İngiltere, İrlanda, Danimarka ve Norveç ile konuya ilişkin müzakerelerin başlatılması kabul edilmiştir (Aktan 2000).

Bu ülkeler ile 30 Haziran 1970'de katılma görüşmeleri başlamış ve Toplulukların üye sayısını 6'dan 10'a yükselten Katılma Anlaşmaları 22 Ocak 1972'de Brüksel'de imzalanmıştır (Karluk 1991: 287).

Katılmaya aday ülkelerden Norveç daha sonra Antlaşmayı halk oyuna sunmuş ve Norveç halkı %54'lük oy oranı ile AT dışında kalmayı yeğ tutmuştur. Böylelikle, Katılma Antlaşması'nın yürürlüğe girdiği tarih olan 1 Ocak 1973'den itibaren AT "dokuz üyeli" hale gelmiştir. Bu ilk genişlemeye Topluluğun "kuzeye genişlemesi" adı verilmektedir (Günuğur 1996: 16).

## 2.2. İKİNCİ GENİŞLEME

Topluluğun ikinci genişlemesi, 1981 yılında güneye doğru olmuştur. Yunanistan, 1 Ocak 1981 tarihinde Topluluğa 10'ncu üye olarak katılmıştır (Karluk 1991: 288).

## 2.3. ÜÇÜNCÜ GENİŞLEME

Avrupa Toplulukları, 1 Ocak 1986 tarihinde İspanya ve Portekiz'in Topluluklara katılması ile üçüncü defa genişlemiştir. İspanya, 1962 yılından itibaren Topluluklar ile bütünleşmeyi son hedef olarak benimsemiş ve bu amaçla etkin işbirliği için çaba harcamıştır (Karluk 1991: 288). Bu iki ülkenin üyelikleri, Katılma Antlaşmasının yürürlüğe girdiği 1 Ocak 1986'da gerçekleşmiş ve "On ikilerin

Avrupası” kurulmuştur. Son iki genişlemeye de Topluluğun “güneye genişlemesi” adı verilmektedir(Günuğur 1996: 16).

#### 2.4. DÖRDÜNCÜ GENİŞLEME

Avrupa Topluluğu’na üye 12 devlet tarafından 1992’de imzalanan Maastricht Anlaşması, Topluluğa kapsamlı değişiklikler getirmiş; Avrupa Topluluğu ve onu da kapsayan Avrupa Birliği bu anlaşmayla biçimlendirilmiştir. Nihayet 1994 başında İsveç, Finlandiya ve Avusturya’nın da topluluğa katılmasıyla üye ülke sayısı 15’e ulaşmıştır. Bu arada Norveç’te yapılan halk oylaması ile AB üyeliği konusunda bir kez daha red cevabı alınmış, bu ülke dışarıda bırakılmış ve dördüncü genişleme süreci yaşanmıştır (Seyidoğlu 1998:247).

**Tablo.1. Avrupa Birliğinin Genişleme S¼reci**

¼LKELER	TAM ÜYELİK M¼RACAATI	KOMİSYON GÖRÜŞÜ	ÜYELİK M¼ZAKERESİ	AB ÜYELİĞİ
I.GENİŞLEME(*)				
İngiltere	Mayıs 1967	Ekim 1960	Haziran 1970	1 Ocak 1973
İrlanda	Mayıs 1967	Ekim 1960	Haziran 1970	1 Ocak 1973
Danimarka	Mayıs 1967	Ekim 1960	Haziran 1970	1 Ocak 1973
Norveç(**)	Mayıs 1967	Ekim 1960	Haziran 1970	1 Ocak 1973
II. GENİŞLEME				
Yunanistan(***)	Haziran 1975	Ocak 1976	Temmuz 1976	1 Ocak 1981
III. GENİŞLEME				
Portekiz	Mart 1977	Mayıs 1978	Kasım 1978	1 Ocak 1986
İspanya	Temmuz 1977	Kasım 1978	Şubat 1979	1 Ocak 1986
IV. GENİŞLEME				
İsveç	1 Temmuz 1991	31 Temmuz 1992	1 Şubat 1993	1 Ocak 1995
Finlandiya	18 Mart 1992	4 Kasım 1992	1 Şubat 1993	1 Ocak 1995
Avusturya	17 Temmuz 1989	1 Ağustos 1991	1 Şubat 1993	1 Ocak 1995

Kaynak: <http://www.dtm.gov.tr/ab/AB%20Sayfasi/tarhsel.htm>

(\*) İrlanda'nın 31.7.1961, Danimarka'nın 9.8.1961, İngiltere'nin 10.8.1961 ve Norveç'in 30.4.1962 tarihlerinde Topuluğa yaptıkları ilk katılma m¼racaatları reddedilmiştir.

(\*\*) Norveç'in Katılma Anlaşması Eylül 1972'de gerçekteştirilen referandum sonucunda, % 53.5 olumsuz oyla reddedilmiştir.

(\*\*\*) AT-Yunanistan Ortaklık Anlaşması 9.7.1961 tarihinde imzalanmış ve 1.11.1962 tarihinde y¼r¼rl¼đe girmiştir.

## 2.5. BEŞİNCİ GENİŞLEME

Aralık 1997 Lüksemburg Helsinki (Finlandiya) Zirvesi'nde ise, esas itibariyle Avrupa Birliği'nin genişleme süreci üzerinde durulmuştur. Bu çerçevede Avrupa Birliği, 11 aday ülkeyi daha tam üyelğe kabul etmek üzere, Macaristan, Çek Cumhuriyeti, Polonya, Estonya, Slovenya ve Kıbrıs Rum Yönetimi ile katılım, Romanya, Bulgaristan, Slovakya, Letonya ve Litvanya ile de hazırlık müzakerelerine başlamaya karar vermiştir (Avcı Işık 2002: 39).

**Tablo.2: Avrupa Birliğinin Beşinci Genişleme Süreci**

ÜLKELER	TAM ÜYELİK MÜRACAATI	KOMİSYON GÖRÜŞÜ	ÜYELİK MÜZAKERESİ	AB ÜYELİĞİ
Türkiye	14 Nisan 1987	Kasım 2000	-	-
G.Kıbrıs Rum K.	4 Temmuz 1990	30 Haziran 1993	31 Mart 1998	-
Malta(****)	16 Temmuz 1990	30 Haziran 1993	Şubat 2000	-
İsviçre	20 Mayıs 1992	-	-	-
Norveç	25 Kasım 1992	24 Mart 1993	5 Nisan 1993	-
Macaristan	31 Mart 1994	15 Temmuz 1997	31 Mart 1998	-
Polonya	5 Nisan 1994	15 Temmuz 1997	31 Mart 1998	-
Romanya	22 Haziran 1995	15 Temmuz 1997	Şubat 2000	-
Slovakya	26 Haziran 1995	15 Temmuz 1997	Şubat 2000	-
Letonya	13 Ekim 1995	15 Temmuz 1997	Şubat 2000	
Estonya	24 Kasım 1995	15 Temmuz 1997	31 Mart 1998	
Litvanya	8 Aralık 1995	15 Temmuz 1997	Şubat 2000	
Bulgaristan	14 Aralık 1995	15 Temmuz 1997	Şubat 2000	
Çek Cumhuriyeti	17 Ocak 1996	15 Temmuz 1997	31 Mart 1998	
Slovenya	10 Haziran 1996	15 Temmuz 1997	31 Mart 1998	

Kaynak: <http://www.dtm.gov.tr/ab/AB%20Sayfasi/tarhsel.htm>

(\*\*\*\*)Malta 26.10.1996 tarihinde tam üyelik başvurusunu dondurmıştır. Malta Eylül 1998'de başvurusunu yinelemiştir.

### 3. TOPLULUĞA TAM ÜYELİK BAŞVURULARI

1990'lı yılların ilk yarısından itibaren başlayan ve "soğuk savaş"ın sona ermesi ile ortaya çıkan Avrupa'nın yeniden yapılandırılması ihtiyacı, Avrupa Birliği'ne kaçınılmaz olarak yeni sorumluluklar yüklemiştir. Bu amaçla barış ve refahın sağlanması için Avrupa Birliği, eski Doğu Bloku ülkeleri ve Akdeniz ülkelerini yapısına dahil ederek genişlemeyi hedeflemiştir. Avrupa Birliği, genişleme konusunu, hem tarihi bir fırsat, hem de bir yükümlülük olarak algılamaktadır (İKV 2001:25).

Avrupa Birliği, Merkez ve Doğu Avrupa Ülkeleri (MDAÜ) ile ilk kez kurumsal ilişki geliştirme olanağı bulmuştur. Bu çerçevede, ilk olarak, ticaret ve işbirliği anlaşmaları imzalanmış, ilişkilerin temel mali mekanizmasını oluşturacak olan PHARE (kurumsal yapılanma ve yatırım desteğini içeren yardım programı) hazırlanmıştır. Haziran 1990'da gerçekleştirilen Dublin Zirvesi'nde Merkez ve Doğu Avrupa Ülkeleri ile ortaklık anlaşmaları düzenlenmesi konusu gündeme gelmiştir. Avrupa Anlaşmaları olarak bilinen bu anlaşmalarda, Avrupa Birliği ile ilgili ülkeler arasında, serbest ticaret alanı oluşturulması hükme bağlanmıştır (İKV 2001: 26). Bunun ardından 1993 Kopenhag Zirvesi'nde bu ülkelere tam üyelik için bir adaylık perspektifi verilmiş ve isteyen Merkez ve Doğu Avrupa Ülkesinin Avrupa Birliği'ne üye olabilmesi için bazı koşullar ortaya koymuştur.

Günümüz itibariyle, tüm aday ülkeler için geçerli "Kopenhag Kriterleri" olarak adlandırılan bu koşullar, aday ülkelerin siyasi olarak demokrasiyi, hukukun üstünlüğünü, insan haklarını ve azınlık haklarına saygı ve korumayı garanti eden kurumların istikrarını sağlamış olması; ekonomik olarak ise işleyen serbest piyasa ekonomisine ve Birlik içerisinde rekabet edebilecek güce sahip olmalarını içermektedir. Bunun yanında aday ülkelerin Topluluk müktesebatını (acquis communautaire) uygulayabilmeleri de bu koşullardan biridir (Ceyhan-Leloğlu 2000: 31).

Ulaşmış olduğu kendi bütünleşme düzeyi, yeni adayların ekonomik ve sosyal gelişmişlik durumu, nüfusu ve yayıldığı coğrafi alanın büyüklüğünü göz önünde bulunduran AB, daha önceki genişleme sürecinden farklı bir katılım stratejisi hazırlamıştır. Hazırlanan strateji, Aralık 1994'te düzenlenen Essen Zirvesi'nde kabul edilmiştir (Avcı Işık 2002: 8).

Aday ülkeler için belirlenen "katılım öncesi stratejiler" birbirlerine çok yakın olmakla birlikte, aşağıdaki Tablo 1'de de görüleceği gibi, 10 Orta ve Doğu Avrupa Ülkesi için farklı, Kıbrıs ile Malta için farklı ve Türkiye için de farklı unsurlar içermektedir.

**Tablo.3. Katılım Öncesi Stratejiler**

	MDAÜ ÜLKELERİ	KIBRIS & MALTA	TÜRKİYE
Avrupa Anlaşmaları	X		
Katılım Ortaklığı ve Ulusal Program	X	X	X
Katılım Öncesi Yardımlar:PHARE ISPA,SAPARD, IFIs	X		
Topluluk Program ve Ajanslarının Açılması	X	X	X
Ortaklık Anlaşmaları		X	X
Özel Katılım Öncesi Yardımlar		X	
Gümrük Birliği			X
Güçlendirilmiş Siyasi Diyalog			X
Tek bir çatı altında toplanmış mali yardımlar,			X

Kaynak: ([www.tobb.org.tr/abm/raporlar/abnedir.doc](http://www.tobb.org.tr/abm/raporlar/abnedir.doc))

Tablodan da görüldüğü gibi Özel katılım öncesi yardımlar olmadan Gümrük Birliği Anlaşması yapılan tek ülke Türkiye'dir.

#### 4. TÜRKİYE - AVRUPA BİRLİĞİ İLİŞKİLERİ

Türkiye ile Avrupa Ekonomik Topluluğu arasındaki ilk temas, Türkiye'nin 3 Temmuz 1959 tarihli başvurusu üzerine, 28 Eylül 1959 tarihinde başlamıştır. Bu ilk görüşmeyi takiben, sonuncusu 16 Mayıs-20 Haziran 1963 tarihlerinde olmak üzere, dokuz görüşme daha yapılmıştır (Avcı Işık 2002: 36). AET, Türkiye'nin gelişmişlik düzeyinin tam üyelik için yeterli olmadığını ileri sürerek, bir "ortaklık ilişkisi" önermiştir. Bu öneri kabul edilmiş ve Türkiye ile AET arasında 12 Eylül 1963 tarihinde Ankara Anlaşması imzalanmıştır (DPT 8.5YKP : 2000).

15 Temmuz 1959'da Yunanistan'ın Topluluğa yaptığı başvuru, olası bir üyeliğin bu ülkeye sağlayacağı avantajlardan yoksun kalma kaygısını da Türkiye'nin başvurusunda önemli bir etken olarak ortaya çıkarmaktadır (Çayhan ve Ateşoğlu Güney 1996: 96).

##### 4.1. ANKARA ANLAŞMASI

Oldukça uzun bir geçmişe sahip olan Türkiye – Avrupa Birliği ilişkileri, iki taraf için de inişli çıkışlı ancak önemli bir süreci ifade eder. Yaşanan tüm gerginliklere rağmen bugüne değin birbirinden vazgeçemeyen bu çiftin birlikteliğini başlatan resmi belge ise Ankara Anlaşması'dır (Uysal 2001: 141).

Anlaşmanın amacı, Türkiye ekonomisinin hızlandırılmış kalkınmasını ve Türk halkının çalıştırılma seviyesinin ve hayat şartlarının yükseltilmesini sağlama gereğini tümü ile göz önünde bulundurarak taraflar arasındaki ticari ve ekonomik ilişkileri aralıksız ve dengeli olarak güçlendirmeyi teşvik etmektir. Ortaklığın; bir hazırlık, bir geçiş ve bir son dönemi vardır (Karluk 1991: 309).

**Hazırlık Dönemi:** Ankara Anlaşmasının 1 Aralık 1964 tarihinde yürürlüğe girmesi ile başlayan ve 1 Ocak 1973 tarihine kadar devam eden bu dönemde, Türk ekonomisiyle Toplum ekonomisi arasındaki farkı azaltmak üzere Türkiye'ye



karşılıksız ödünler verilmiştir. Prensip olarak 5 yıl sürmesi öngörülmüş olmasına rağmen, 9 yıla uzamıştır (Karluk 1991: 311).

*Geçiş dönemi;* Ankara Anlaşmasının yürürlüğe girmesinden 4 yıl sonra Ortaklık Konseyi'nin Türkiye'nin ekonomik durumunu göz önünde bulundurarak, geçiş döneminin gerçekleşme şartları, usulleri, sıra ve tercihleri ile ilgili hükümlerini bir Katma Protokol ile belirleyeceğini öngörmüştür (Karluk 1991:309). Geçiş Dönemi, Katma Protokol'ün 1 Ocak 1973'te yürürlüğe girmesiyle başlamıştır. Başarılı geçen hazırlık dönemine karşın, geçiş dönemi birçok sorun yaşamış ve Türkiye, ticari yükümlülüklerini dondurma kararı almıştır.

*Son Dönem:* 27 Nisan 1987'de Lüksemburg'ta Dışişleri Bakanları seviyesinde toplanan Konsey, Roma Anlaşmasına uygun olarak oybirliği ile başvurunun incelenmek üzere Komisyona gönderilmesini kararlaştırmıştır. Komisyon, 18 Aralık 1989 tarihinde Türkiye'nin müracaatından tam 2,5 yıl sonra Görüş Raporunu açıklamıştır. Raporda Topluluk, 1993'e kadar Tek Senet hedeflerine ulaşmadan tam üyelik başvurularını işleme koyamayacaklarını, ancak, 1992 yılından sonra Topluluğun 15 veya 18 üye ile işleyip işlemeyeceğinin değerlendirileceğini, dolayısıyla Türkiye'nin durumunun da bu tarihten sonra ele alınabileceğini belirtmiştir (Karluk 1991: 315).

#### 4.2. GÜMRÜK BİRLİĞİ KARARININ ALINMASI

Ekonomik entegrasyon modellerinden biri olan GB, 1955 yılında Messina'da toplanan AKÇT'nin dışişleri bakanları zirvesinde dile getirildiği üzere, üye ülkeler arası ticari engelleri tedricen ortadan kaldırmayı ve üçüncü ülkelere karşı bir ortak gümrük tarifesi uygulamaya yöneliktir (Fındıkcı 1999: 97).

Ankara Anlaşması'na uygun biçimde Türkiye ile AB arasında gümrük birliğinin kurulması, 6 Mart 1995 tarihinde Bütüksel'de yapılan Türkiye-AB Ortaklık Konseyi toplantısında görüşülmüş ve gerçekleşme yöntem ve koşullarını



belirleyen kararlar alınmıştır... Türkiye 1 Ocak 1996 tarihinden itibaren gümrük birliğine konu olan ürünlerde Topluluğa karşı gümrük tarifelerini kaldırmış ve üçüncü ülkelere karşı da Ortak Gümrük Tarifesi uygulamaya koymuştur (Seyidoğlu 1998:297-300). Ancak gümrük birliğinin uygulanması aşamasında Türkiye yükümlülüklerini önemli ölçüde yerine getirmesine karşılık, AB kendi üzerine düşen yükümlülüklerini yerine getirmemiştir (Atabey 2000:63).

#### 4.3. AVRUPA BİRLİĞİ'NİN GENİŞLEME SÜRECİNDE TÜRKİYE

Avrupa Birliği 1993 Kopenhag Zirve Toplantısında aldığı kararlar uyarınca eski Varşova Paktı ülkeleri olan Merkezi ve Doğu Avrupa ülkelerini kapsayan bir genişleme süreci başlatmıştır. 1997 yılında Amsterdam Zirvesi'nde, Avrupa Birliği'ni kuran Anlaşmalarda yapılması öngörülen değişiklikler üzerinde üye devletler arasında anlaşma sağlanmıştır. Bu zirvede, Avrupa Birliği'nin genişleme ve derinleşme projeksiyonlarını ayrıntılarıyla ele alan "Gündem 2000" Bildirisinin yıl ortasında yayınlanmasına karar verilmiştir (Avcı-Işık 2002:39). Aralık 1997 Lüksemburg Zirvesi'nde ise, Avrupa Birliği'nin genişleme süreci üzerinde durulmuştur. Bu çerçevede Avrupa Birliği, 11 aday ülkeyi daha tam üyeliğe kabul etmek üzere Macaristan, Çek Cumhuriyeti, Polonya, Estonya, Slovenya ve Kıbrıs Rum Yönetimi ile katılım, Romanya, Bulgaristan, Slovakya, Letonya ile de hazırlık müzakerelerine başlamaya karar vermiştir. Bu çerçevede, Türkiye için, "Reflection Paper" olarak adlandırılan, temeli Ankara Anlaşması'nın 28. maddesine dayanan ayrı bir strateji oluşturulması öngörülmüştür Türkiye'ye aday ülke statüsü vermeyip, katılım süreci içine de almamasına rağmen, bu strateji ile Ankara Anlaşması'nda öngörülen olanakların genişletilmesi, mali işbirliğine işlerlik kazandırılması ve taraflar arasında her alanda sıkı bir işbirliğinin gerçekleştirilmesi suretiyle Türkiye'nin tam üyeliğe hazırlanması amaçlanmıştır (Avcı Işık 2002: 39). Helsinki'de toplanan Avrupa Birliği Konseyi'nin açıkladığı haliyle Katılım Ortaklığı kısa ve orta vadeli öncelikleri, ara hedefleri ve siyasi ve ekonomik kriterler ışığında katılım hazırlıklarının hangi koşullar altında gerçekleşeceğini ve üye devletlerin Topluluk müktesebatını üstlenme, uygulama ve hayata geçirmesine ilişkin

yükümlülüklerini tanımlamaktadır. Esasen Katılım Ortaklığı Belgesi'nde belirtilen unsurlar Kopenhag Kriterleri'nin kapsamlı olarak Türkiye için hazırlanmış halidir. Siyasi, sosyo-ekonomik ve hukuki-idari düzenlemeleri içermektedir. Tam üyeliğe giden yolda birinci adım olarak tanımlanan Katılım Ortaklığı Belgesi katılım öncesi stratejinin en önemli aracıdır (Karakoç 1999: 49) .

“Katılım Ortaklığı Belgesi” 8 Kasım 2000 tarihinde ortaya konulmuş ve bu belgede belirtilen önceliklerden bazıları üzerinde yoğun tartışmalar Türkiye'nin gündeminde yer almıştır. Ancak, bu tartışmalara rağmen “Ulusal Program” hazırlıkları devam ederek sonuçlandırılmış ve AB'ye iletilmiştir (Demirbilek 2001: 69).

#### 4.4. ULUSAL PROGRAM

AB, aday ülkelerden yalnızca Katılım Ortaklığı Belgesindeki önerileri yerine getirmesini değil aynı zamanda aday ülkelerin Topluluk müktesebatına uyumlarını gösteren bir dokümanı, kendi Ulusal Programlarını hazırlayarak Katılım Ortaklığı Belgesine bir karşılık vermelerini beklemektedir. 1997'den bu yana tüm aday ülkeler Katılım Ortaklığı Belgelerine karşı bu dokümanı hazırlamış ve çeşitli aralıklarla da gözden geçirmişlerdir (İKV 2001: 14).

Türkiye, Bakanlar Kurulunun 19 Mart 2001 tarihinde görüşerek kabul ettiği “Ulusal Program” metnini 26 Mart 2001 tarihinde Avrupa Birliği Komisyonu'na teslim etmiştir. Böylece, Türkiye – AB ilişkilerinde, ilk kez tam üyelik perspektifini net bir şekilde ortaya koyan yepyeni bir dönem başlamış bulunmaktadır (Basa 2001: 38).

Katılım Ortaklığı Belgesi'ne karşılık gelen Ulusal Program'm hazırlanması ile Türkiye'nin Avrupa Birliği'ne entegrasyon doğrultusunda gerçekleştirmesi gereken uyum çalışmalarına yön verecek bir strateji saptanmıştır. Bu aşamada Ulusal Program'ın eksiklikleri üzerine odaklanmaktan çok, uygulanmasına yönelmek

gerekmektedir. Ulusal Program çerçevesinde yer alan uyum çalışmalarına bir an önce başlanması ve müzakerelere en kısa sürede geçişin hedeflenmesi son derece önemlidir (Eriş 2001: 68).

Ulusal Programın içeriği aşağıdaki başlıklardan oluşmaktadır;

1. Siyasi Kriterler,
2. Ekonomik Kriterler,
3. Üyelik Yükümlülüklerini Üstlenebilme Yeteneği,
4. Müktesebatın Uygulanmasına İlişkin İdari Kapasite
5. Reformların Mali Açından Global Değerlendirilmesi.

Ulusal Program'da Topluluk mevzuatına uyum kapsamında ele alınacak konu başlıkları sıralanmış, her konu başlığının altına, mevcut durum bazında ülkemizin uygulamakta olduğu ve ilgili AB müktesebatına karşılık gelen Türk mevzuatı sıralanmış, mevzuatı uyumlaştıracak sorumlu ve katkı sağlayacak kuruluşlar belirlenmiş, gerekli kurumsal değişiklikler, ek personel ve eğitim ihtiyacı ile gerekli yatırım ve finansman ihtiyaçları belirtilmiştir. Ayrıca, her konu başlığı için, uyum sürecinin ne zaman tamamlanacağı da Ulusal Program metninde yer almıştır.

Sağlık Bakanlığının Ulusal Program dahilinde çalışma alanına giren konular başlıklar olarak şu şekilde sıralanabilir;

1. Malların serbest dolaşımı
  - Genel
  - Piyasa gözetimi
  - Gıda sanayi
  - Kimyasallar
  - Tıbbi ürünler
  - Kozmetikler
  - Oyuncaklar
  - Diğer ürün grupları
2. Kişilerin Serbest Dolaşımı
  - Medikal ve paramedikal faaliyetler

### 3. Hizmetlerin Serbest Dolaşımı

### 4. İstatistik

- İstatistik
- Sağlık emniyeti ve tüketicinin korunması

### 5. Sosyal Politika ve İstihdam

- Kamu sağlığı
- İş sağlığı ve iş güvenliği

### 6. Çevre

- Yatay
- Su kalitesi
- Hava kalitesi
- Atık yönetimi
- Kimyasallar ve genetik olarak değiştirilmiş organizmalar
- Araç ve makinelerden kaynaklanan gürültü
- Nükleer güvenlik ve radyasyondan korunma
- İklim değişikliği
- Toplumsal koruma
- Politika
- Endüstriyel kirliliğin kontrolü ve risk yönetimi

### 7. Tüketicinin Korunması ve Sağlık

### 8. Gümrük Birliği

Türkiye; Katılım Ortaklığı Belgesindeki hedefleri de dikkate alarak, kısa vadeli önceliklerini 3 Aralık 2000 tarihine kadar, orta vadeli önceliklerini ise, en geç 3 Aralık 2003 tarihine kadar tamamlamayı taahhüt etmiştir (Avcı Işık 2002: 44).

## 5. AVRUPA BİRLİĞİNE TAM ÜYELİK KOŞULLARI

Avrupa Topluluklarına, her Avrupa ülkesi üye olabilir. AET'yi kuran Roma Anlaşmasının 237. AKÇT'yi kuran Paris Anlaşmasının 98. ve EUROATOM'u kuran Anlaşmanın 205. maddesi, tam üyelik ile ilgilidir (Karluk 1991: 298).

Aday ülkeler, AB'ye tam üye olabilmek için, AB Antlaşmalarının yükümlülüklerini yerine getirmek, mevzuat uyumunu yapmak, makro-ekonomik istikrarı sağlamak, ortak güvenlik ve dış ilişkiler politikalarına uyum göstermek gibi koşulları yerine getirmek zorundadırlar. Bunun yanı sıra, Avrupa Birliği ise, AB içindeki kurumsal reformlarını tamamlamalı, AB'ye tam üye ülkeler ile Avrupa Parlamentosu aday ülkenin tam üye olması kararını onaylamalıdır.

AB, kendini yaratan değerlerin aday ülkeler tarafından da aynen benimsenmesini istemekte ve adaylardan, belli bir takvim içinde bu kriterlere uygun gerekli idari ve yasal düzenlemeleri yapmaları beklenmektedir (Basa 2001: 37)

### 5.1. AVRUPA BİRLİĞİ ÜYESİ ÜLKELERİN ISO 9000 STANDARTLARINA YAKLAŞIMLARI

AB sisteminde , kalite yönetim sistemini temel alan üç tane modül vardır:

Modül D, ISO 9002'den alınmadır diyebileceğimiz bir modül, ürünün kalite güvencesi ile ürünün son test ve muayenesi ile ilgilidir.

Modül E, ISO 9003'ten alınmadır diyebileceğimiz bu modül, tasarım, üretim ve ürünün son test ve muayenesinin kalite güvencesi ile ilgilidir.

Modül H, ISO 9001'den alınmadır diyebileceğimiz bu modül, tasarım, üretim ve ürünün son test ve muayenesinin kalite güvencesi ile ilgilidir. Tasarım aşamasında bir onaylanmış Kuruluş tarafından incelenmesinin tamamlanmış olması sebebiyle, Modül H'nin başka bir varyantı da mevcuttur...ISO 9000 standartlarının kullanımı, tamamen gönüllülük esasına dayanır (Julin 2000:22).

Avrupa Ülkeleri, sağlık sorunlarının çözümü ve dengesizliklerinin azaltılması için yeni yollar bulunması konusunda öncelik etmede, öteki ülkelere karşı daha fazla şansa sahiptir....Avrupa Birliği, tam rekabete dayalı tek bir ortak pazarın gerçekleşmesini teminen, gittikçe artan bir şekilde mal ve hizmetlerde standardizasyona giderken, sağlık hizmetleri ve tıbbi araç-gereç-cihazların niteliği de bundan etkilenmekte, yapılan tüm düzenlemelerde “tüketicinin sağlık ve güvenliğinin korunması”nın temel hareket noktası olduğu fark edilmektedir... Avrupa Birliği kapsamında sağlık çalışmalarının hukuki temeli, Avrupa Birliği Antlaşması'nın 129. maddesidir. Maastricht Antlaşmasının 129. maddesi, Topluluk çapında sağlık politikası için güvenli bir yasal ortam sağlamış ve uyuşturucu karşıtı, AIDS ve kansere karşı programlarda Topluluğun görevini güçlendirmiş ve özellikle Komisyonun görevlerini artırmıştır (Avcı Işık 2002: 49-51).

## 5.2. ULUSLAR ARASI STANDARDİSAZYON İÇİN AVRUPA İLKELERİ

Avrupa Birliğine üye devletlerin ulusal sağlık politikaları farklılıklar göstermektedir. Birliğin de bu farklılıkların ortadan kaldırılması konusunda bir çabası bulunmamaktadır. Tam tersine, üye ülkelerin kendi Ulusal Sağlık Politikalarına sahip olmaları ilkesi benimsenmiştir. Ancak, İç Pazarın tamamlanması çerçevesinde alınan önlemler arasında sağlıkla ilgili bazı önlemler de yer almaktadır. Uluslar arası standartların belirlenmesi, mal ticaretini kolaylaştırabilir, piyasa erişimini arttırabilir ve yeni teknolojilerin geliştirilmesi ve yayılmasına yardım edebilir. Örneğin; sınırlarda “fiziki engel” oluşturan sağlık kontrollerinin kaldırılabilmesi için üye devletlerin kendi içlerinde sağlıkla ilgili bir dizi önlem almaları gerekmektedir. Yine halk sağlığı ile dolaylı ilgisi olan bir konu da ürünlerin standardizasyonudur. Avrupa Birliği, sağlıkla ilgili yasaklama önlemlerinin ticarete engel oluşturmaması için piyasada tüketime sunulan tüm ürünlerde asgari ortak şartlar aranmasına karar vermiş ve üye devletleri bu kararı uygulamaya çağırmıştır (Avcı Işık 2002)

Yukarıda belirtildiği gibi her ne kadar bağlayıcı olmayan çalışmalar da mevzuatta yer almakta ise de, sağlık konusunda tüm üye ülkelerin belirli bir standardı yakalamış olması Birliğin temel felsefesi olmasından dolayı, üye devletlerce bu hükümler ciddiye alınarak uygulanmakta ve Birliğin birtakım fonları ve programları ile üye ülkelerin belirlenen standartlara ulaşması desteklenmektedir. Ayrıca, üye devletlerden birinin ortaya koyacağı standarda diğer ülkelerin uyma zorunluluğu olmamakla birlikte, kişilerin ve malların serbest dolaşabilmesi için tüm üye devletlerin, Birliğin koyduğu asgari koşullara uyma zorunluluğu kendiliğinden doğmaktadır.

### 5.3. AB VE ISO 9000 KGS STANDARTLARI

Global şartların değişime ve gelişmesi, hızla ülkeleri ve toplum yapılarını etkilemekte ekonomik bütünleşmeleri ve özellikle ekonomik süreçleri etkileyen sosyal-siyasi alanlarda entegrasyonu kaçınılmaz kılmaktadır. AB, uluslararası entegrasyonda aday ülke sıfatıyla bizi yakından ilgilendiren en kapsamlı ve en önemli organizasyondur. AB'nin amacı, ortak para ve mali politikaları ile üye ülkeler arasında mal ve hizmet hareketlerinin serbestleştirilmesi, nihai amacı ekonomik ve ekonomiye yansıyan alanlarda bütünleşmenin sağlanmasıdır. Bu çerçevede kalite ve standardizasyon öncelikle bir realite olarak ortaya çıkmaktadır (Koçer 2002:40). Artık Kalite belgesi bu ülkelere ihracat yapabilmek için "Vize" kadar önem kazanmıştır (Özkan-Zengin 1997:86). ISO 9000 AB ülkelerinde de uygulanmakta olan, uluslararası olan bir yönetim kalite standardıdır (Tekin-Öksüz 1997:89).

1987 yılında yayınlanan ISO 9000 standartları ailesi, iyi bir yönetim uygulaması şeklinde üzerinde uluslararası fikir birliği oluşmuş ve dünya çapında birçok ülke tarafında milli standart olarak kabul edilmiştir.

Avrupa'da ISO 9000 standartları, Avrupa Standardizasyon Kuruluşları CEN ve CENELEC'in üyeleri olan ulusal standart kuruluşlarınca da milli standartlar olarak



kabul edilmiştir. Bunun anlamı, ISO 9000 standartları, tamamen aynı şekilde EN ISO 9000 ismi altında Avrupa standartları olarak da adapte edilmiş olmasıdır... Avrupa Birliği Konseyi Kararı 93/465 EEC ve kalite sistemlerini esas alan uygunluk değerlendirme modülleri ile ilgili bazı belirli harmonize Direktiflerde, kalite güvence standartları olan EN ISO 901, EN ISO 9002 ve EN ISO 9003'e atıflar yapılmaktadır (Julin 2000:20).

Avrupa Birliği günümüzün en büyük bölgesel entegrasyon hareketlerinden biri olup, siyasi tarafını bir tarafa bırakacak olursak dünyanın en büyük ekonomik entegrasyonudur.

Birliğin bakış açısından, uluslararası standartlar, tek ve tutarlı bir normlar kümesinin bir parçası olduklarında ticaretin kolaylaştırılması üzerinde azami etkiye sahiptir (Avrupa Bilgi Merkezi 2001).

TSE, Avrupa Birliği ile entegrasyon çerçevesinde hız vermiş olduğu uyum çalışmaları ile bugüne kadar AB standartlarının %90'dan fazlasını Türk Standardı olarak uyumlaştırmıştır.



## 6.TÜRKİYE’NİN AVRUPA BİRLİĞİ’NE UYUM SÜRECİNDE SAĞLIK SEKTÖRÜ

Dünyada olduğu gibi, Türkiye’de de, sosyal ve ekonomik kalkınmanın temel göstergelerinden olan sağlık hizmetleri, giderek artan bir önem kazanmaktadır. Türkiye’de sağlık hizmetleri talebini karşılama, herkesin sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşamasını ve sağlık hizmetlerinden eşit ve iyi şekilde faydalanmasını sağlama görevi Anayasa ile devletin yükümlülüğüne verilmiş ve sağlık kuruluşlarının planlanmasını tek elden ve devlet tarafından yürütülmesi öngörülmüştür (Can 2001).

Toplumsal gelişmelerin temel unsuru olan bireylerin fiziksel, sosyal ve ruhsal yönden tam bir iyilik halinde olması, yaşam kalitesinin ve süresinin yükseltilerek sağlıklı bir topluma ulaşılması bakımından çok önemlidir.

Avrupa Birliğinde “yaşam kalitesinin yükseltilmesi” hedef olarak benimsendiği halde, mevzuatında bu hedefe ulaşmada önemli unsur sayılabilecek insan sağlığına ilişkin politika ve hizmetlerin iyileştirilmesine doğrudan emir madde ve hükümler bulunmaması, Birliğin sosyal gelişmesi açısından bir engel olarak görülmüş ve bu eksikliğin, Birlik üyesi bazı ülkelerin (Danimarka ve Lüksemburg) Roma Anlaşmasına sağlık ile ilgili bir madde konulması önerisiyle giderilmesi girişimleri başlatılmıştır.

Avrupa Birliği Komisyonu hazırladığı 2000 yılı raporunda, genişleme süreciyle birlikte, sağlık sorunlarının artacağına, üye ülkelerin sağlık ve güvenlik sistemlerine ek bir yük bineceğine, hem meslek mensupları hem de AB vatandaşlarının serbest dolaşımının artacağına ve aday ülkelerin sağlık durumlarının Topluluk üzerine ekonomik bir yük getireceğine dikkati çekmektedir... Türkiye açısından bakıldığında da sağlık göstergeleri ve GSMH’den sağlığa ayrılan pay konusunda, üye ülkelerle büyük farklılıklar bulunduğu rahatça gözlemlenebilir... Günümüz itibariyle, Avrupa Birliği’ne tam üye olabilmek için katedilen uzun yolda, gümrük birliğinin kurulması ve tam üyeliğe aday ülke statüsünün kazanılması ile yeni bir dönemece giren Türkiye, Ulusal Programla üstlendiği diğer yükümlülüklerinin yanı sıra, sağlık

durumu açısından da gerekli iyileştirmeyi gerçekleştirecek reformları yapmak ve sorumluluklarını yerine getirmek durumundadır. Bu bakımdan, sağlık hizmetlerinde verimlilik ve kaliteyi arttırmak hedefine ulaşmak için insan sağlığına yönelik sağlık politikası oluşturulmalı ve hizmetlerin iyileştirilmesine hız verilmelidir (Avcı Işık 2002: 77).

## 7. TÜRKİYE’DE SAğLIK SEKTÖRÜNÜN DURUMU

Ülkelerin sosyo-ekonomik açıdan kalkınmışlık düzeylerinin en önemli göstergelerinden birisi de sağlık hizmetleridir. Sağlık hizmetlerinin temel amacı toplumun ihtiyaı olan sağlık hizmetlerini, müşterinin istediği kalitede, istediği zamanda ve mümkün olan en düşük maliyetle sunmaktır (Ardıç ve Baş 2001: 69).

Sağlık sektörünün gelişmişlik düzeyini ölçmede; demografik göstergeler ile bazı hastalıkların ve hizmetlerin sunumunun yanı sıra, özellikle uluslararası karşılaştırmalarda aşağıdaki göstergeler kullanılmaktadır (Can 2001).

### 1) Toplam sağlık harcamaları:

- Kamu ve özel sektör sağlık harcamaları ve kurumsal dağılımı,
- Sağlık harcamalarının GSMH içindeki payı,
- Kişi başına düşen sağlık harcamaları,

### 2) Sağlık hizmetleri arzı:

- Sağlık personeli ve kişi başına düşen sağlık personel sayısı,
- Hasta yatağı ve kişi başına düşen yatak sayısı,

### 3) Sağlık yatırımları.

## 7.1. TOPLAM SAĞLIK HARCAMALARI

Türkiye sağlık sektöründe planlama sorunu vardır. Sağlık sektöründe bir kaynak (özellikle parasal) sıkıntısı mevcuttur.

AB üyeliğine aday olan Türkiye'nin sağlık göstergeleri ile AB ülkelerinin sağlık göstergeleri arasında önemli farklılıklar vardır. UNICEF 1999 istatistiklerine göre, AB'nin Toplam Sağlık Harcamalarının GSMH'daki ortalama payı, %8.1dir. AB'de en yüksek pay %10.5 ile Almanya'ya aittir. Türkiye'de ise Sağlık Harcamaları Tablosundan da anlaşıldığı gibi GSMH'ye göre toplam sağlık harcamaları oranı 1980'li yıllarda %3,5 iken bu oran 2000'li yıllarda %4,3'e yükselmiştir.

Türkiye'de dolar bazında kişi başına sağlık harcamalarına baktığımızda 55,5 dolar iken günümüzde bu harcama 135,3 dolara yükselmiştir. AB'de kişi başı sağlık harcamalarında da Almanya 3036 dolar ile en yüksek harcamaya sahiptir.

Kamu sektöründeki sağlık harcamaları, özel sektör sağlık harcamalarına göre artış göstermiştir. 1980'li yıllarda kamu ve özel sektör harcamaları hemen hemen eşitken, 2000'li yıllarda kamu sağlık harcama oranı, toplam sağlık harcamaların %80'ini oluşturmuştur.

Bu farklılıkların azaltılması ve sağlık hizmetlerinin etkinliğinin ve verimliliğinin artırılması için, milli gelirden sağlığa ayrılan payın yükseltilmesi, bunun etkin ve verimli kullanılması gerekmektedir.

Tablo.4. Sağlık Harcamaları

Yıl	GSMH (Milyar TL.)		Sağlık Harcaması (Milyar TL.)		Toplam Total	Top.Sağlık Harcaması/GSMH (%)	Kamu/Toplam (%)	Kişi Başına Sağlık Har. (Bin TL.)	Kişi Başına Sağlık Har. (\$)	Kişi Başına Sağlık Har. (\$/SAGP)(1)
	Kamu Public	Özel Private	Kamu Public	Özel Private						
1980	5.303,0	96,3	91,2	187,4	3,5	51,4	4,2	55,5	86,5	
1982	10.611,9	148,6	177,1	325,6	3,1	45,6	7,0	43,3	91,8	
1983	13.933,0	204,1	239,1	443,2	3,2	46,0	9,3	41,3	99,0	
1984	22.167,7	300,5	383,5	684,0	3,1	43,9	13,9	38,2	101,4	
1985	35.350,3	461,2	572,7	1.033,9	2,9	44,6	20,5	39,2	102,0	
1986	51.184,8	680,0	782,7	1.462,7	2,9	46,5	28,4	42,5	108,4	
1987	75.019,4	1.114,6	1.125,3	2.239,9	3,0	49,8	42,6	49,9	122,9	
1988	129.175,1	2.033,4	1.861,6	3.895,0	3,0	52,2	72,5	51,0	129,6	
1989	230.369,9	4.530,3	3.213,4	7.743,7	3,4	58,5	141,1	66,5	149,0	
1990	397.177,5	8.621,6	5.298,0	13.919,6	3,5	61,9	247,7	95,0	173,8	
1991	634.431,1	14.846,7	8.532,3	23.378,9	3,7	63,5	408,0	97,8	182,4	
1992	1.103.843,4	28.615,9	14.583,7	43.199,6	3,9	66,2	739,7	107,7	207,0	
1993	1.929.250,0	58.000,0	27.000,0	85.000,0	4,2	68,2	1.428,8	130,1	247,2	
1994	3.887.902,9	103.500,0	56.500,0	160.000,0	4,1	64,7	2.641,3	85,2	161,7	
1995	7.854.887,2	193.000,0	107.000,0	300.000,0	3,8	64,3	4.825,4	105,6	234,2	
1996	14.978.067,0	352.000,0	198.000,0	550.000,0	3,7	64,0	8.699,6	111,4	251,1	
1997	29.054.455,0	655.000,0	385.000,0	1.040.000,0	3,6	63,0	16.182,7	119,8	259,1	
1998	49.078.785,0	1.225.224,0	719.576,0	1.944.800,0	4,0	63,0	33.578,3	139,9	279,1	
1999	78.272.967,0	2.567.000,0	642.000,0	3.209.000,0	4,1	79,9	48.500,0	116,4	220,0	
2000	125.596.129,0	4.359.000,0	1.089.000,0	5.448.000,0	4,3	80,0	84.300,0	135,3	250,0	

Kaynak: Yıldırım, S., "Sağlık Hizmetlerinde Harcama ve Maliyet Analizi", DPT Yayın No:2350 Ankara, 1994.,

(1) Satınalma gücü paritesine göre hesaplanmıştır. Sağlık Bakanlığı İstatistikleri eklenmiştir.

## 7.2. SAĞLIK HİZMETLERİ ARZI

Ülkede sağlık personelinin gelişiminde olumlu bir ilerleme gözlenmekle birlikte, bu alanda yaşanan temel sorun, sağlık personelinin bölgesel istihdamında görülen dengesizliklerdir. Personel, genellikle, Ege ve Akdeniz bölgeleri başta olmak üzere, büyük illerde yoğunlaşmıştır. Hekimlerin %48.5'i, uzman hekimlerin %56.1'i Ankara, İstanbul ve İzmir olmak üzere, üç büyük ilde toplanmıştır (Yıldırım 1994: 33).

Ayrıca, Türkiye'deki sağlık personeli durumu, Avrupa ülkelerinin göstergeleriyle karşılaştırıldığı zaman, yetişmiş sağlık insan gücünün yetersiz olduğu görülmektedir.

Türkiye'deki hasta yatağı sayısı günümüzde 175.000 civarlarındadır. Bir yatağa düşen nüfus ise 392 kişidir. 1995 yılında 69.000 civarlarında olan hekim sayısı günümüzde 83.000'lere çıkmıştır. Hekim sayısında artış oranı %19 iken, hekim başına düşen nüfus aynı oranda azalmamıştır. Yıllar itibarıyla sağlık personeli sayısı artmakla beraber nüfus artış hızı nedeni ile sağlık personeli yetersiz kalmaktadır.

Sağlık Bakanlığı istatistiklerine göre, 1990'lı yıllarda 899 olan kurum sayısı 2001'de 1240'a ulaşmıştır. Bunun 751'i Sağlık Bakanlığına, 118'i SSK'ya ve 239'u özel sağlık sektörüne aittir. Sosyo-ekonomik gelişmişlik düzeyi ele alındığında ülkemizin sağlık göstergeleri tatmin edici değildir. Türkiye sağlık sektörü ne kadar tedavi yönelimli olsa da hastaneleri yetersizdir.

Sağlık sektörünün kalkınma üzerindeki rolünü ön plana çıkartan yeni ekonomik yaklaşım kapsamında, Ulusal Program'da yer alan sağlık konularında, Türk sağlık mevzuatının Avrupa Birliği sağlık mevzuatına uyumlaştırılması gerekmektedir.

**Tablo.5. Türkiye'de Yataklı Tedavi Kurumları, 1923-2001**

Yıllar	Kurum Sayısı	Hasta yatağı Sayısı	Bir yatağa Düşen nüfus	Nüfusa düşen Yatak sayısı
1923	86	6437	1920	5,1
1925	167	9561	1360	7.3
1930	182	11398	1260	7.8
1940	198	14383	1240	8.0
1950	301	18837	1100	9.0
1960	566	45807	600	16.6
1970	746	71876	490	20.3
1980	827	99117	451	22.2
1990	899	136638	416	24.0
1995	1051	151972	405	24.6
1997	1120	160884	389	25,7
1999	1213	169365	388	25,7
2000	1226	172449	388	25,8
2001	1240	175190	391	25,5

NOT: 1990 yılından itibaren, MSB'na ait yataklı tedavi kurumları dahildir.

Kaynak:<http://www.saglik.gov.tr/extras/istatistikler/ytkiy2001/1.htm>

**Tablo.6. Sağlık Göstergelerinde Mevcut Durum Ve VIII. Plan Hedefleri**

GÖSTERGELER	1995	2001 Mevcut durum	2005 (1)
Yatak Sayısı (Adet)	151.972	175.080	200.000
Yatak Başına Düşen Nüfus	405	392	351
Yatak Kullanım Oranı (Yüzde)	57,4	60,5	75,0
10 000 Nüfusa Düşen Yatak Sayısı	24,6	25,5	
Sağlık Ocağı Sayısı	4.927	5.763	6.300
Hekim Sayısı	69.349	83.170	89.000
Hekim Başına Düşen Nüfus	872	825	789
Diş Hekimi Sayısı	11.717	14.681	16.000
Diş Hekimi Başına Düşen Nüfus	5.163	4.674	4.389
Hemşire Sayısı	64.243	76.930	77.100
Hemşire Başına Düşen Nüfus	942	892	910
Doğuşta Hayatta Kalma Ümidi (Yıl)	68	69	70
Bebek Ölüm Hızı (Binde)	43	39	29

Kaynak : DPT. (1) Hedef

<http://www.saglik.gov.tr/extras/istatistikler/ytkiy2001/70.htm>

Genel olarak değerlendirildiğinde, ülkemizde sağlık insan gücü sayısında önemli gelişmeler görülmektedir. Sağlık personelinin yetiştirilmesine önem verilmesi sonucunda, gelişmiş ülkeler düzeyinde olmasa bile, gelişmekte olan birçok dünya ülkesi ile kıyaslandığında oldukça önemli bir yol katedilmiştir.



### 7.3. SAĞLIK YATIRIMLARI

Türkiye’de sağlık alanında Ar-Ge harcamaları toplam harcamalarının %10’u seviyesindedir. Sağlık alanında Ar-Ge faaliyetleri; kamu, üniversite ve ticari kesim tarafından yürütülmektedir. Türkiye’de sağlık sektöründe Ar-Ge faaliyetleri arasında, biyoteknoloji ve genetik araştırmalar öncelikli alanlar olmak üzere, kanser ve dolaşım hastalıklarının teşhis ve tedavisi, bulaşıcı ve paraziter hastalıkların ortadan kaldırılması (mikrobiyoloji, epidemioloji), farmakoloji, ana ve çocuk sağlığı, nüfus planlaması ve doğurganlığın kontrolü, çevre koruma tedbirleri, cerrahi ve klinik teknikler ile teçhizatın geliştirilmesi, yapay doku ve organ yapımı, doğal doku ve organların nakli teknolojisi önem taşımaktadır. Sağlık Ar-Ge harcamalarının sektörel dağılımında, %60’lık payla yükseköğretim ilk sıradadır. Harcamalar içinde %10’luk payla kamu kesimi ikinci, %3’lük payla özel kesim üçüncü sırada yer almaktadır. Sağlık Ar-Ge harcamalarında, araştırmacı insan potansiyelinin %30’u yükseköğretimde istihdam edilmektedir. Sağlık sektöründeki araştırmacı insan potansiyeli, toplam Ar-Ge personelinin yaklaşık %44.8’ini oluşturmaktadır (Tokat 2000).

Maliye Bakanlığı tarafından düzenlenen Tablodan da anlaşılacağı gibi, 1980’li yıllarda Toplam Sağlık Harcamaları içinde Sağlık Yatırım Harcamalarının payı %2,8 iken 2000’li yıllarda oran %15’ler düzeyindedir.



**Tablo.7. Bütçe İçerisinde Sağlık Hizmetleri**

**(Cari Fiyatlarla, Milyar TL.)**

Yıl	Sağlık Bütçesi (1)				Konsolide Bütçe İçindeki Pay (%)			
	Toplam		Yatırım		Toplam		Yatırım	
	Başlangıç Ödenęi	Harcama	Başlangıç Ödenęi	Harcama	Başlangıç Ödenęi	Harcama	Başlangıç Ödenęi	Harcama
1983	76	71	12	2	3,0	2,7	2,1	0,4
1984	101	101	16	4	3,1	2,7	2,2	0,6
1985	143	150	21	7	2,9	2,8	2,1	0,6
1986	200	220	38	13	2,8	2,6	2,9	0,7
1987	308	372	56	37	2,8	2,9	3,0	1,6
1988	570	641	96	69	2,7	3,0	2,8	1,9
1989	906	1.482	121	128	2,8	3,8	2,3	2,2
1990	2.651	3.213	424	322	4,1	4,7	4,3	3,3
1991	4.121	5.222	425	200	4,1	4,0	3,2	1,1
1992	9.810	10.499	814	715	4,7	4,0	3,0	2,2
1993	18.031	19.133	1.426	1.235	4,5	3,9	3,1	2,1
1995	48.892	57.275	3.757	2.741	3,6	3,3	4,4	2,7
1996	98.287	117.119	12.390	5.041	2,8	3,3	3,5	1,4
1997	204.938	209.600	26.355	25.759	3,2	3,3	4,1	4,5
1998	391.703	-	32.613	-	2,6	-	2,2	-
1999	663.124	664.000	93.300	97.000	2,8	2,8	1,4	1,5
2000	1.059.825	1.065.000	155.670	160.000	2,3	2,3	1,5	1,5

Kaynak: Maliye Bakanlığı

(1) Sağlık Bakanlığı ile Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü bütçeleri toplamıdır.

## İKİNCİ BÖLÜM

### SAĞLIK SEKTÖRÜNDE KALİTE GÜVENCE SİSTEMİ

#### 1.SAĞLIK VE SAĞLIK HİZMETİ

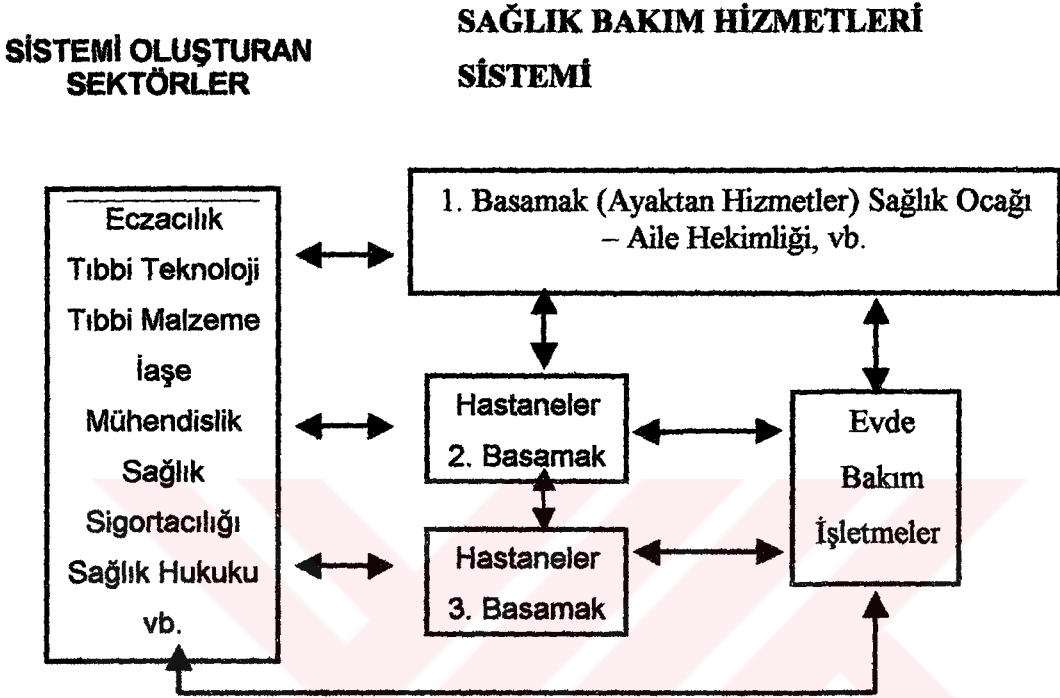
Dünya Sağlık Örgütü (WHO) sağlığı, sadece hastalık bulunmaması değil aynı zamanda fiziksel, ruhsal ve sosyal iyilik durumu olarak açıklamaktadır. Bir başka yaklaşımla sağlık, “bireyin çevresiyle ruhsal, fiziksel ve sosyal uyumu” şeklinde belirtilmektedir (Tarcan 2001: 30-31).

Sağlık hizmeti ise, nihai hedefi sağlık üretmek olan çok yönlü, hızlı ve devamlı gelişen yapısıyla pek çok bilim adamı ve sektörün bir arada çalıştığı, çoğunlukla pahalı, sosyal hizmet niteliği ağır basan bir hizmet türüdür (Avcı ve Işık 2002: 49). Dünya Sağlık Örgütü (WHO) ise 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 tanımlamıştır (Karabulut ve Yapraklı 2001: 118-119).

“Sağlık sistemi” ile kastedilen, bir ülkede sağlığın geliştirilmesi, hastalıkların önlenmesi ve tıbbi bakım hizmetleri için var olan tüm kaynaklar, örgütler ve bunların aralarındaki ilişkilerdir (Şahin 1999:140).

Tanımlardan da anlaşıldığı üzere, sağlık hizmetleri hastanın sağlık sistemine girmesiyle başlayan ve iyileşerek çıktığı bir süreçtir. Bu süreç birçok sürecin bir araya gelmesi ve süreçlerin birbirini izlemesi ile oluşur.

Şekil 1: Sağlık Sistemi



Kaynak: Ümit ŞAHİN "Hastane İşletmeciliğinde Kalite", Eskişehir-1999, s:140

Sağlık hizmetlerinde hizmet birimlerinin çokluğu, hizmette çok boyutlu disiplinlerin bulunması ve doğrudan insanla ilgili olması, onu diğer alanlardan farklı kılar. Sağlık hizmetleri, çağdaş örgütlenmede temel sağlık hizmetleri, tedavi hizmetleri ve rehabilitasyon hizmetleri olarak üçe ayrılmaktadır (Karagülle 1993: 13).

### 1.1. TEMEL SAĞLIK HİZMETLERİ

Sağlığın korunması, hastalıkların önlenmesi için verilen hizmetler ile yapılan düzenlemeler bu gruba girer. Koruyucu sağlık hizmetleri klasik olarak iki grupta incelenmektedir.

### 1.1.1. KİŞİYE YÖNELİK KORUYUCU HİZMETLER

Kişiyeye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri yedi başlık altında toplanır;

- ◆ Bağışıklama,
- ◆ Hastalıkların erken tanı ve tedavisi,
- ◆ İlaçla koruma,
- ◆ Kişisel temizlik ve bakım,
- ◆ Yeterli ve dengeli beslenme,
- ◆ Aşırı doğurganlığın kontrolü,
- ◆ Sağlık eğitimi.

### 1.1.2. ÇEVREYE YÖNELİK KORUYUCU HİZMETLER

Çevreyeye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri altı başlık altında toplanır;

- ◆ Besin kontrolü ve güvenliği,
- ◆ Yeterli ve temiz su sağlanması,
- ◆ Hava kirliliğinin kontrolü,
- ◆ Atıkların kontrolü,
- ◆ Konut sağlığı,
- ◆ İş ortamında sağlığı tehdit edebilecek etkenlerin kontrolü.

## 1.2. TEDAVİ EDİCİ SAĞLIK HİZMETLERİ

Hastaları tedavi etmek amacıyla düzenlenen sağlık hizmetleri üç aşamada ele alınmaktadır.

### 1.2.1. BİRİNCİ BASAMAK TEDAVİ HİZMETLERİ

Hastalıkların evde ya da ayakta teşhis ve tedavisi için düzenlenen hizmetlerdir. Ülkemizdeki sağlık ocakları, muayenehaneler, Verem Savaş Dispanserleri, Ana-

Çocuk Sağlığı Merkezleri birinci basamak sağlık hizmeti veren kuruluşların bazı örnekleridir.

### 1.2.2. İKİNCİ BASAMAK TEDAVİ HİZMETLERİ

Hastalıkların teşhis ve yatırılarak tedavisi için düzenlenen hizmetlerdir. Ülkemizdeki tam teşekküllü devlet hastaneleri, SSK hastaneleri, özel hastaneler, yataklı sağlık merkezleri bu tür hizmet veren kuruluşların bazı örnekleridir.

### 1.2.3. ÜÇÜNCÜ BASAMAK TEDAVİ HİZMETLERİ

İleri tetkik ve özel tedavi gerektiren hastalıklar için düzenlenen sağlık hizmetleridir. Ülkemizdeki ruh ve sinir hastalıkları hastaneleri, kanser hastaneleri, meslek hastalıkları hastaneleri, üniversite hastaneleri bu tür hizmet veren kuruluşların bazı örnekleridir.

## 1.3. REHABİLİTE EDİCİ HİZMETLER

Hastalık ve kazalara bağlı olarak gelişen kalıcı bozukluklar ve sakatlıkların günlük hayatı etkilemesini engellemek ya da bu etkiyi en aza indirmek, kişinin bedensel ve ruhsal yönden başkalarına bağımlı olmadan yaşamasını sağlamak amacıyla düzenlenen sağlık hizmetleridir. Bu hizmetler iki şekilde verilmektedir.

### 1.3.1. TIBBİ REHABİLİTASYON

Bedensel kalıcı bozukluk ve sakatlıkların düzeltilmesi, yaşam kalitesinin artırılması amacıyla verilen hizmetlerdir. Postür bozukluklarının düzeltilmesi, ekstremitte protezlerinin kullanılması, işitme, görme, vb. kusurların en aza indirilmesi çalışmaları bazı örneklerdir.

### 1.3.2. SOSYAL REHABİLİTASYON

Sakatlık ya da özürlü olan kişilerin, günlük hayata aktif olarak katılması, başkalarına bağımlı olmadan yaşayabilmesi amacıyla yapılan, işe uyum sağlama, yeni iş bulma ya da öğretme çalışmalarını kapsar (Şahin 1999:141-150 ).

## 2. HASTANELER

SSYB Yataklı Kurumları İşletme Yönetmeliği'nde hastaneler, "Hasta ve yaralıların, hastalıktan şüphe edenlerin ve sağlık durumlarını kontrol ettirmek isteyenlerin, ayaktan veya yatarak müşahade, muayene, teşhis, tedavi ve rehabilite edildikleri, aynı zamanda doğum yapılan kurumlar" olarak adlandırılmıştır (Seçim 1991:5). Tedavi edici hizmetler, genellikle koruyucu hizmetlerin yetersizliğinden kaynaklanan sonuçlarla uğraşmak için düzenlenmiş hizmetlerdir.

Hekimliğin gelişimine baktığımızda, başlangıçta hastanelerin olmadığı ve hekimlerin hastalarını küçük merkezlerde kabul ederek; hastalarını hastalarının evlerinde takip ettiklerini görürüz. Daha sonra hekimler birleşerek hastaneleri kurmuşlar ve hasta bakımını burada sürdürmeye başlamışlar (Bozdemir-Saatçi 1997: 10).

Olaya ülkemiz açısından bakıldığında ise sektörün yaklaşık %94'ünün kâr amaçsız kamu hastanelerinden oluşması, ülkemizde hastanelerin çağdaş öngörüler doğrultusunda yönetiminin gündeme gelmesini engellemektedir. Ancak DRUCKER'a göre ise "Yönetim kavramı yalnızca organize ekonomik faaliyet olan işletmeleri ilgilendiren bir kavram değildir. Sistemik, ilkel ve teoriye dayalı yönetime en fazla gereksinim duyulan örgütler kâr amacı gütmeyen örgütler olacaktır." (Drucker 1998: 47). Günümüzün en karmaşık işletmeleri konumundaki hastanelerde sunulan hizmetler, bir yandan tüm çağdaş toplumlarca doğuştan elde

edilen bir hak olması yanında diğer yandan da o ülkenin gelişmişlik ve kalkınma düzeyinin tanımlanmasında da kullanılan bir ölçüt konumundadır.

Hastaneler birer sosyal kurumdur, dolayısıyla kâr işletmesi değildirler. Ülkelerin insanlarına erişebilir ve verimli sağlık hizmeti sunması, kişisel ve toplumsal sağlığın korunması unsurlarından sadece birisidir. Bu hak, Anayasanın 56. Maddesinde “Herkes sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama ve kamu hizmetlerinden eşit olarak yararlanma hakkına sahiptir.” diye belirlenmiştir.

## 2.1. HASTANE İŞLETMELERİNİN SINIFLANDIRILMASI

Hastaneler tanımlanırken zorunlu olarak işlevlerden söz edilmelidir. Günümüzde bu işlevler genellikle, "hasta ve yaralıların tedavisi", "eğitim" "araştırma ve geliştirme" ile "toplumun sağlık seviyesinin yükseltilmesine katkıda bulunma" olarak sınıflandırılmaktadır.

Tedavi edici hizmetler, değişik kurumlar tarafından gerçekleştirilmektedir. Yine de hizmetin çoğu Sağlık Bakanlığı tarafından verilmekte, onu SSK ve üniversite hastaneleri izlemektedir.

Hastaneleri aşağıdaki gibi sınıflamak mümkündür.

### I. Hizmetlere göre

- a) Genel hastaneler
- b) Eğitim hastaneleri
- c) Özel dal hastaneleri

### II. Mülkiyete göre

- a) Kamu hastaneleri
- b) Özel hastaneler
- c) Vakıf hastaneleri

### III. Kalış sürelerine göre

- a) Kısa kalınan
- b) Uzun kalınan.



Türkiye'deki hastaneler SSYB'ye, SSK'ya, IDT'ne, Tıp Fakültelerine, Belediyelere, yabancılara, azınlıklara, derneklere, SSYB dışındaki Bakanlıklara ve özel kesime ait hastaneler olarak sınıflandırılabilir (Seçim 1991: 7-9).

## 2.2.HASTANE İŞLETMELERİNİN ÖZELLİKLERİ;

Hastane işletmelerinin özellikleri kısaca;

1. Sağlık hizmeti sunan organizasyonlar açık sistemlerdir,
2. Çıktı ölçmek ve tanımlamak zordur,
3. Yapılan iş diğer organizasyonlardan daha karışık ve değişkendir,
4. İşin çoğu acildir, ertelenmez,
5. İş aktiviteleri birbirine bağlıdır,
6. İş yüksek derece uzmanlığı gerektirir,
7. Aşırı işbölümü ve uzmanlaşma yapısal karmaşıklığa yol açmaktadır,
8. Organizasyonlarda yer alanlar profesyoneldirler,
9. Rollerde karşılıklı sorumluluk, koordinasyon problemi yaratan çift otorite durumu vardır,
10. Hizmet 24 saat kesintisiz verilir (Seçim 1991), şeklindedir.

Hastane işletmeciliğinin temel amacı ise;

- Hasta tatmini,
- Verimliliği arttırmak,
- Hasta bakım kalitesini arttırmak,
- Çalışanların tatmini,
- Maliyetleri azaltmak,
- Kendi kendini yöneten takımlar yaratma,
- Bilgi teknolojilerinden yararlanma.(Köksal-Akbeyik 2002:7)

olarak sınıflandırılabilir.

### 3. KALİTENİN TANIMI

Günlük yaşamda kalite kavramı fiyat ile eşdeğer anlamdaymış gibi kullanılmaktadır. Fiyatı yüksek bir mal ya da hizmetin kaliteli olduğundan, ucuz fiyattaki mal ya da hizmetin kalitesiz olduğundan bahsedilmektedir (Taşkm 1993: 5). Fakat Deming, kalite tanımını "...herkesin sorumlu olduğu, kullanıcıyı tam tatmin eden en ucuz değerdir" şeklinde yapmıştır. Standartlarda ise "ISO (8402) kalite sözlüğüne göre" kalite, "bir mal ya da hizmetin belirlenen veya olabilecek gereksinimleri karşılama yeteneğine dayanan özelliklerin toplamı"dır (Peşkircioğlu 1994: 95).

Kalite, kalite ile ilgili bilimsel çalışma yapan uzmanlar tarafından ise;

Juran : "... kullanıma uygunluk",

Crosby : "... şartlara uygunluk",

Taguchi : "ürünün sevkiyatından itibaren üründen dolayı topluma yansıyan en az kayıptır",

Ishikawa: "... kalite kontrolü uygulamak, en ekonomik, en kullanışlı ve tüketiciyi daima tatmin eden kaliteli ürünü geliştirmek, tasarımı yapmak, üretmek ve satış sonrası hizmetlerini vermektir" şeklinde tanımlamıştır (Biçkes 2000:30).

Kısaca kalite, tüketicilerin ya da kullanıcıların ihtiyaç ve beklentileri ile, üretilen ürün veya hizmetlerin bu ihtiyaç ve beklentileri karşılayabilme veya aşabilme yeteneğidir (Koparal 2000: 319-320).

Tanımlardan da anlaşıldığı gibi, kalite en iyi demek değildir. Bütün kalite tanımlarındaki ortak nokta müşterilerin ihtiyaçlarını ve arzularını karşılamaktır. Kalite tanımı da genellikle müşteriye göre yapılmaktadır. Hedef en yüksek verimlilik ile en yüksek müşteri tatminini sağlamaktır (Tarım 1999: 1025).

### 3.1. SAĞLIK HİZMETLERİNDE KALİTE

**TSE Kalite Yönetimi ve Güvencesi Standartları Seçim ve Kullanım Kılavuzu**'na göre Sağlık Hizmetlerinde Kalite, "Kabul edilen standartlarda bakım, hastaların ve sağlık personelinin yetkide ve karar vermede eşit olmaları, hastaların güvenliğine çok önem vermek" şeklinde tanımlanmıştır. Başka bir tanım ise, "Sağlık hizmetleri sisteminin çeşitli öğelerinin standartlara uygunluk ya da mükemmellik derecesidir" şeklindedir (Kocadağ ve Özgen 1995: 326).

Sağlık kuruluşlarında kalite iki türlü ele alınmaktadır. Bunlardan birincisi çalışan personelin yani doktor, hemşire ve diğer sağlık elemanlarının kalitesi; ikincisi ise hasta bakımının kalitesidir. Hastanelerde kalite denilince genellikle aklâ bakım kalitesi gelir (Çatalca 1989). Hasta bakımının kalitesi, servislerde verilen hizmetlerin kalitesine de bağlıdır. Hizmetin kalitesi ise, o serviste çalışan personelin kalitesine bağlı olmaktadır. Demek ki; kaliteli bakım için ilk önce "kaliteli personel" gerekmektedir (Akcah 2000: 57). Sağlık hizmetleri müşteri ile yüz yüze gerçekleştirilen hizmetler olduğu için, insan gücü sağlık hizmetleri kalitesini yükseltmede en büyük unsurdur.

Hastane hizmetlerinin kalitesinin hastalık üzerinde etkisi anlaşıldığında kaliteye verilen önem artmıştır. Kalitenin sürekliliğini sağlamak için hizmet kalitesinin ölçülmesine çalışılmıştır. Fakat, hastane hizmetlerinin kalite ölçümü en zor işlerden biridir (Marchment 1993: 234).

Kalitede belirli bir standart saptamak çok güçtür. Çünkü kalite standartları kişiden kişiye değişmektedir.

Sağlık hizmetlerinde kalitenin yönetiminde, tek bir teknik veya tek bir yol yoktur. Her kurum veya örgüt kendi içinde yapacağı değerlendirmelerin sonucunda örgüt yapısına, kaynaklarının özelliklerine, yönetim biçimine, içinde bulunduğu çevreye göre kendisine en uygun olan yöntemleri seçip uygulamalıdır. Kaliteyle ilgili

yaklaşımın günü birlik, geçici, belli bir dönemi içine alan ek bir iş gibi algılanmamalıdır.

### 3.2. KALİTENİN BOYUTLARI

Kalitenin değişik tanımlarının olması onun çok boyutlu olmasından kaynaklanmaktadır. 1984 yılında Garvin kalitenin boyutlarını şu şekilde tanımlamıştır:

#### 3.2.1.PERFORMANS

Ürün veya hizmette bulunması gereken, ürünün fonksiyonel özellikleridir. Hizmet işletmelerinde performans, servis hızı ve bekleme zamanının azlığı ile ölçülebilir.

#### 3.2.2.GÜVENİLİRLİK

Ürünün performans ömrü içindeki performansının sürekliliğidir. Kalitenin güvenilirlik boyutu, bozulma sürecinde geçen zaman önem kazandıkça ve bakım/onarım maliyetleri arttıkça daha belirleyici bir faktör olmaktadır.

#### 3.2.3.UYGUNLUK

Ürünün belirlenen standartlara uyuma derecesidir. Uygunluk, kalitenin teknik boyutu hakkında tüketici veya kullanıcıya fikir vermektedir.

#### 3.2.4.DAYANIKLILIK

Ürünün bozuluncaya kadar olan kullanılabilirlik özelliğidir.

### 3.2.5.HİZMET VERME YETENEĞİ

Ürün veya hizmete ilişkin sorunların kolay çözülebilmeye durumudur. Ürünle ilgili problemlere doğru cevaplar ve çözümler bulunamaması, şirketin şikayetleri ele alma süreci, tüketicilerin ürün ve hizmet kalitesini değerlendirmelerini etkilemektedir.

### 3.2.6.ESTETİK

Ürünün duylara seslenebilmesidir.

### 3.2.7.ALGILANAN KALİTE (İTİBAR)

Ürünün geçmiş performansıdır .

### 3.2.8.DİĞER UNSURLAR

Ürün veya hizmetin temel fonksiyonlarını destekleyen ve çekiciliğini arttıran özelliklerdir. “Özellik” kelimesi bir ürünün temel fonksiyonunu tamamlayan kavram olarak nitelendirilebilir (Bozkurt 1996: 1).

Bunların haricinde yenilik, etkinlik, empati, sorumluluk, devamlılık, verimlilik, servis edilebilirlik, teminat, kişisel perspektif de kalite boyutları arasında sayılabilir (Miyachi 1999: 19).

## 4.SAĞLIK HİZMET KALİTESİNİN BOYUTLARI

Hastane hizmetlerinin kalitesini tanımlamada beklenen hizmet ve algılanan hizmet kavramlarını da açıklamak gerekir. Beklenen hizmet ile algılanan hizmet arasındaki fark, gerçekleşen hizmetin kalitesini verir. Hizmeti alanların beklenti ve algılamalarına göre, sağlık hizmetlerinde kalitenin boyutlarının derecesi değişir.

**Tablo.8. Sağlık Hizmetlerinde Kalite Boyutları**

BOYUTLAR	TANIM	ÖRNEK
Uygunluk	Hizmeti alan kişilerin gereksinmelerine ve henüz farkında olmadığı ihtiyaçlarına uygunluk	Hasta için seçilen tedavi uygun mu? Hastanın henüz şikayetinin olmadığı bir hastalığı teşhis edildi mi?
Güvenilirlik ve Güvenlik	Tehlike ve riskten uzak olmak gizlilik, parasal ve fiziksel güvenlik	Tetkiklerde kullanılacak materyaller yeterli mi? Testler tekrarlanıyor mu? Güvenlik görevlisi var mı? Doğru kayıt tutuluyor mu?
Fiziki Özellikler	Kullanılan aletler teknolojik donanım, personel gibi elle tutulur ve gözle görülür özellikler	Hastanenin görünüşü temiz ve rahatlatıcı mı? Çalışanın görünümünü temiz ve düzgün mü?
Saygı, Nezaket, İlgisi ve İsteklilik	Dikkate almak değer vermek	Hastalara ve yakınlarına gerekli açıklamalar yapılıyor mu? Hemşireye ihtiyaç olunca geliyor mu? Sorular içtenlikle cevaplanıyor mu?
Ulaşılabilirlik	Temas kurabilme kolaylığı	Telefonla ulaşmak kolay mı? Hastaneye ulaşım kolay sağlanıyor mu? Muayene için uzun süre bekleniyor mu?
Hastayı tanımak ve iletişim	Hastayı anlamaya çalışmak, yardımcı olacak özelliklerini bilmek, uygun iletişimi kurmak	Hastanın epikrizi var mı? Hastaya açıklamalar anlayacağı şekilde mi yapılıyor? Sürekli gelen hastayı tanıyorlar mı?
Hasta memnuniyeti	Hastanın beklenti ve ihtiyaçlarının karşılanması başarısı	Hasta memnuniyet anketleri yapılıyor ve değerlendiriliyor mu? Hasta sunulan bakımdan memnun kaldı mı?

Kaynak: Rıdvan BOZKURT "Hizmet Endüstrisinde Kalite" Verimlilik Dergisi, MPM Yayınları, özel sayı 1995 s :17

## 5.KALİTE KONTROL VE KALİTE GÜVENCE

Kalite Kontrol, muayeneye dayanan bir yöntem olup önceden saptanmış standartlara ulaşmayı hedeflerken Kalite Güvenlik, maliyetleri düşürüp ihtiyaçları en iyi şekilde karşılayarak mükemmel ulaşmayı ve bu amacı benimsemiş iş gücü yaratmayı amaçlar (Peşkircioğlu 1995: 45).

Kalite güvence uygulaması yönetsel ve teknik yönü bulunan çift yönlü bir uygulamadır. Uygulamanın teknik yönü, ürüne ve ürünü ortaya çıkaran süreçlerin nitelik niceliklerini belirlemeye; yönetsel yönü ise insanlara ve sistemin öğelerine yöneliktir (Esin 1993: 122).

Kalite Kontrol ile Kalite Güvencesi kavramları arasındaki en önemli fark, birincisinin ürün üzerinde, ikincisinin ise üretim sistemi üzerinde odaklanmasıdır. İlk bakışta, kalite kontrol doğrudan, kalite güvencesi ise dolaylı bir bakış tanımlamaktadır. Kalite kontrolün “iş işten geçtikten sonra” etkisini gösterdiğini, yani ürün üretildikten sonra gerçeği meydana çıkarmayı hedeflediğini söyleyebiliriz. Adı üstünde, yapılan sadece “kontrol”dür. Kalite güvencesi ise “sistem” üzerinde gerçekleştirildiğinden, kaliteyi sağlamaya (veya güvenceye almaya) dönüktür. Yani reaktif değil, proaktif; işlem yapıldıktan sonraki sonuçlara değil, işlemin doğru yapılmasına yöneliktir. Kalite geliştirme hiçbir zaman bitmeyecek bir faaliyettir (Kavrakoğlu 1998: 28).

Kaliteli mal ve hizmetleri kabul edilebilir maliyetlerle üretmek için “kaliteyi yönetmek”, kaliteyi yönetmek için “kalite güvence sistemlerini geliştirmek”, kalite güvence sistemlerini geliştirmek için de “ISO 9000 Kalite Sistem Standartlarını işletmede uyguluyor olmak” gerekir (Özcan 2002: 33-41).

ISO 9000 bir işletmeye, ihtiyacı veya istediği kadar kapsamlı olacak şekilde, hem kalite kontrolünü, hem de kalite güvencesini içine alan bir kalite sistemi kurması için rehber kuralları verir.



## 6.ISO 9000 KALİTE GÜVENCE SİSTEMİ

Kalite Güvencesi Sistemi, kalite yönetiminin olabilmesi için organizasyonel yapıdaki değişik kaynaklara ait ilişkilerin (personel, donanım v.b.) sorumlulukların, çalışma yöntemleri, prosedür, iş akış şemaları ve görev tanımlarının dokümanlarla tanımlanmasıdır (Şimşek 1996: 16).

Kalite; ürünlerin ve hizmetlerin niceliğinde ve niteliğinde çeşitliliği, farklılığı, yeniliği içeren sürekli bir arayıştır. Standartlar tek başına yeterli olmamaktadır. Bu nedenle, ürün ve hizmetlerin kalitesine ilişkin eksikliklerin giderilmesine yönelik olarak, Kalite Güvence Sistemi'nin standartları ve kuralları geliştirilip devreye sokulmuştur.

ISO 9000; işletmelerde kalite güvencesi için kurulmuş, kapsamlı bir standartlar kümesidir (Özkan ve Zengin 1997: 87). Adında 'standart' sözcüğü bulunsa da ISO 9000 serisinin amacı kuruluşlara standardize edilmiş kalite yönetimi ve güvencesi vermek değildir (Peşkirioğlu 1995: 45). ISO 9000 KGS, etkili bir kalite yönetim sisteminin nasıl kurulabileceğini, dökümanite edilebileceğini ve sürdürülebileceğini göz önüne serer. İşletmelerde işçi sayısına, içinde bulunduğu sektöre ve organizasyon yapısına bağlı olmaksızın uygulanabilir (Özkan ve Zengin 1997: 87).

Özellikle ihracat yapan, uluslar arası pazarlama faaliyetinde firmalar için, ISO 9000 Kalite Güvence Belgesi sınırlarını aşmak, pazarlarını genişletmek açısından büyük önem arz eder. Uluslar arası alanlarda faaliyet gösteren firmaların büyük çoğunluğu, ISO 9000 belgesini bir pazarlama aracı olarak tercih etmektedirler (Saygın 1999: 94).

## 6.1. ISO VE ISO 9000 STANDARTLARI

ISO, Uluslararası Standartlar Organizasyonu olup merkezi Brüksel'dedir. ISO'nun amacı; uzmanlaşmanın gelişimini, mal ve hizmetlerin uluslararası dolaşımını kolaylaştırma faaliyetlerini geliştirmek, bununla birlikte, uluslararası ekonomik ve teknolojik işbirliğini sağlamaktır.

ISO 9000 serisi standartları, ilk uluslar arası kalite yönetim sistemleri standartlarıdır ve ISO tarafından 1987 yılında geliştirilmiştir. Uluslar arası standartların hazırlanma süreci, ISO teknik komitelerince, alt komiteler, çalışma ve görev grupları oluşturularak, üye kuruluşların, standartlarının kullanıcılarının ve diğer ilgili kişi ve kuruluşların görüşleri alınarak gerçekleştirilmektedir. Standartların ISO kurallarına ve protokollerine göre, teknoloji ve piyasa gelişmeleri ışığında, kullanıcı ihtiyaçları doğrultusunda periyodik olarak (her beş yılda bir) revize edilmesi gerekmektedir (Arıkbay ve Bozkurt 2002: 83)

ISO 9000 standartları ürüne değil sistemin kalitesine yönelik standartlardır. Ürün veya hizmetin kaliteli olmasını etkileyecek teknik ve idari tüm faktörleri güvence altına almayı amaçlar. Bu standartlar, etkin bir kalite sisteminin nasıl kurulacağı, dokümanite edileceği ve sürekliliği sağlayacağı konusunda yol göstericidir. ISO 9000'i, kaliteyi üretimin içine sokmayı esas alan bir kalite yönetimi sistemi şeklinde tanımlayabiliriz.

ISO 9000 Standartları kalitenin yalnızca ürün, hizmet ve üretim sürecinde değil, işletmenin kalite politikasından yönetim sistemlerine kadar tüm süreçlerde benimsenmesini ve tüm çalışanların katılımını öngörmektedir.

Sağlık hizmetinin kalitesindeki sorumluluk anlayışı, tüm çalışanlar genelinde yükselmektedir. Çünkü belge sadece ofis veya hemşirelik birimleri için değil kuruluşun tüm kalite sistemi için alınmaktadır. ISO 9000 Kalite Belgesi, sağlıkh olduğumuzu görmemizi sağlayan bir check-up sonucu gibi değerlendirilebilir (Barlas 2001: 71).

## 6.2. ISO 9000 KALİTE YÖNETİM SİSTEMİ STANDARTLARININ YAPISI

Bugün, ISO 9000 serisi standartlar, hemen hemen her ülkenin kendi diline çevrilmiş ve uygulanır haldedir. Dünyadaki seksenden fazla ülke de ISO 9000 standartlarını kendi ulusal standartları olarak benimsemişlerdir (Tanyel 2001:7).

ISO 9000 : 2000 Serisi Standartlar birbiri ile ilişkili ve birbirini tamamlayan 4 temel standarttan oluşmaktadır. Bu standartlar;

ISO 9000:2000 Kalite Yönetim Sistemleri-Temel Kavramlar, Terimler

ISO 9001:2000 Kalite Yönetim Sistemleri-Şartlar

ISO 9004:2000 Kalite Yönetim Sistemleri - Performansın İyileştirilmesi İçin Kılavuz

ISO 90011:2000 Kalite Çevre Yönetim Sistemleri – Tetkik Kılavuzu (Taslak)

ISO 9000:2000 ISO 9000, ana standartlara giriş niteliğini taşımakta olup, kalite yönetim sistem serisinin vazgeçilmez bir parçasıdır. İçerdiği temel bilgiler ve terminoloji açıklamaları sayesinde, diğer üç standardın daha iyi anlaşılıp kullanılabilmesinde önemli bir rol oynamaktadır.

ISO 9001:2000 ISO 9001 bir kuruluşun, müşterinin ihtiyaçlarıyla mevzuat gereklerini karşılamak yoluyla müşteri memnuniyetini arttırabilmesi için kalite yönetim sisteminde ne gibi şartları sağlaması gerektiğini ortaya koymaktadır.

ISO 9004:2000 ISO 9004 kalite yönetim sistemlerini mükemmelliğe ulaşmada araç olarak kullanılacak genel bir dokümandır.

## 6.3.ISO 9001: 2000 STANDART MADDELERİ

Giriş

01.Genel

02.Proses Yaklaşımı

03.ISO 9004 İle İlişki

04.Diğer Yönetim Sistemleri İle Uyumluluk

### **Kalite Yönetim Sistemi Şartları**

1. Kapsam
  - 1.1. Genel
  - 1.2. Uygulama
2. Atıfta Bulunulan Referanslar
3. Terim ve Tanımlar
4. Kalite Yönetim Sistemi
  - 4.1. Genel Şartlar
  - 4.2. Dökümantasyon Şartları
    - 4.2.1.Genel
    - 4.2.2.Kalite El Kitabı
    - 4.2.3.Dökümanların Kontrolü
    - 4.2.4.Kayıtların Kontrolü
5. Yönetim Sorumluluğu
  - 5.1. Yönetim Taahhüdü
  - 5.2. Müşteri Odaklılık
  - 5.3. Kalite Politikaları
  - 5.4. Planlama
    - 5.4.1.Kalite Hedefleri
    - 5.4.2.Kalite Yönetim Sistemi Planlama
  - 5.5. Sorumluluk, Yetki ve İletişim
    - 5.5.1.Sorumluluk ve Yetki
    - 5.5.2. Yönetim Temsilcisi
    - 5.5.3.Dahili İletişim
  - 5.6. Yönetim Gözden Geçirmesi

5.6.1. Genel

5.6.2. Gözden Geçirme Girdisi

5.6.3. Gözden Geçirme Çıktısı

**6. Kaynak Yönetimi**

6.1. Kaynakların Sağlanması

6.2. İnsan Kaynakları

6.2.1. Genel

6.2.2. Yetkinlik, Bilinçlendirme ve Eğitim

6.3. Alt Yapı

6.4. Çalışma Ortamı

**7. Ürün Gerçekleştirme**

7.1. Ürün Gerçekleştirme Planlaması

7.2. Müşteri Bağlantılı Prosesler

7.2.1. Ürüne Bağlı Şartların Belirlenmesi

7.2.2. Ürüne Bağlı Şartların Gözden Geçirilmesi

7.2.3. Müşteri İle İletişim

7.3. Tasarım ve Geliştirme

7.3.1. Tasarım ve Geliştirme ve Planlaması

7.3.2. Tasarım ve Geliştirme Girdileri

7.3.3. Tasarım ve Geliştirme Çıktıları

7.3.4. Tasarım ve Geliştirmenin Gözden Geçirilmesi

7.3.5. Tasarım ve Geliştirme Doğrulaması

7.3.6. Tasarım ve Geliştirme Geçerliliği

7.3.7. Tasarım ve Geliştirme Değişikliklerin Kontrolü

7.3.8. Satınalma

7.3.9. Satınalma Prosesi

7.3.10. Satınalma Bilgisi

7.3.11. Satınalmanın Ürünün Doğrulması

7.4. Üretim ve Hizmet Sunumu

7.4.1. Üretim ve Servis Hizmet Sunumunun Kontrolü

7.4.2. Üretim ve Hizmet Sunum Proseslerinin Geçerliliği

7.4.3. Belirleme ve İzlenebilirlik

#### 7.4.4. Müşteri Mülkiyeti

#### 7.4.5. Ürün Muhafazası

### 7.5. İzleme ve Ölçme Cihazların Kontrolü

## 8. Ölçme, Analiz ve İyileştirme

### 8.1. Genel

### 8.2. İzleme ve Ölçme

#### 8.2.1. Müşteri Memnuniyeti

#### 8.2.2. İç Denetim

#### 8.2.3. Proseslerin İzlenmesi ve Ölçülmesi

#### 8.2.4. Ürünün İzlenmesi ve Ölçülmesi

### 8.3. Uygun Olmayan Ürünün Kontrolü

### 8.4. Veri Analizi

### 8.5. İyileştirme

#### 8.5.1. Sürekli İyileştirme

#### 8.5.2. Düzeltici Faaliyet

#### 8.5.3. Önleyici Faaliyet

İşletmeler, yukarıda yazdığımız ISO 9000 standardının maddelerini kendi işletme yapılarına ve süreçlerine göre uyarlayarak uygulamalıdır.

Sağlık hizmet kalitesini yakından ilgilendiren hastane enfeksiyonlarının kontrolü, önlenmesi ve izlenmesi, hekimlerin hasta teşhis ve tedavi görevleri yanında hastane hizmetlerinin gelişmesindeki önemli rolleri, hastanenin hemen her birimi ile sürekli iletişim ve işbirliği içinde olmaları gereken hemşire hasta bakım hizmetlerinin özellikleri, anestezi ilaç kullanımı , ameliyatla ilgili komplikasyonları önleme, iyileştirme veri ve göstergeleri, fizik tedavi ve rehabilitasyon, beslenme ve diyet, patoloji, laboratuvar hizmetlerinin teşhis, tedavi ve kaliteye olan etkileri, hasta hakları, hastane yönetmelikleri, düzenlemeleri ve protokolleri gibi eğitici ve yönlendirici konuları ISO 9000 sistemi maddeleri içine yerleştirmek gerekmektedir (Çoruh 1998: 5).

#### 6.4. ISO 9000:2000 KALİTE PRENSİPLERİ

ISO 9001 standardının 15 Aralık 2000'de yayımlanan son versiyonu aşağıda verilen 8 Kalite Prensibine dayanmaktadır.

- ◆ **Müşteri Odaklılık:** Kuruluşlar müşterilerine bağlıdır; bu nedenle müşterinin şimdiki ve gelecekteki ihtiyaçlarını anlamalı, müşteri şartlarını yerine getirmeli ve müşteri beklentilerini de aşmaya istekli olmalıdırlar
- ◆ **Liderlik:** Liderler, kuruluşun amaç ve idare birliğini sağlar. Bunlar, kişilerin, kuruluşun hedeflerinin başarılmasına tam olarak katılımı olduğu iç ortamı oluşturmalı ve sürdürmelidir.
- ◆ **Kişilerin katılımı:** Her seviyedeki kişiler bir kuruluşun özüdür ve bunların tam katılımı, yeteneklerinin kuruluşun yararına kullanılmasını sağlar.
- ◆ **Proses yaklaşımı:** Arzulanan sonuç, faaliyetler ve ilgili kaynaklar bir proses olarak yönetildiği zaman daha verimli olarak elde edilir.
- ◆ **Yönetim sistem yaklaşımı:** Birbirleri ile ilgili proseslerin bir sistem olarak tanımlanması, anlaşılması ve yönetilmesi, hedeflerin başarılmasında kuruluşun etkinliğine ve verimliliğine katkı yapar.
- ◆ **Sürekli iyileştirme:** Kuruluşun toplam performansının sürekli iyileştirilmesi, kuruluşun kalıcı hedefi olmalıdır.
- ◆ **Karar vermede gerçekçi yaklaşım:** Etkin kararlar, verilerin analizine ve bilgiye dayanır.
- ◆ **Karşılıklı yarara dayalı tedarikçi ilişkileri:** Bir kuruluş ve tedarikçileri birbirlerinden bağımsızdır ve karşılıklı yarar ilişkisi, her ikisinin artı değer yaratması yeteneğini takviye eder.



## 7.ISO 9000 VE MÜŞTERİ KAVRAMI

Kaliteye ulaşma aşamasının son noktasını müşteri memnuniyeti oluşturur (Ecer ve diğerleri 2002: 67). Hizmet endüstrileri daima müşteriye odaklanmışlardır; fakat günümüz işletmeleri öncekinden daha fazla müşteriye odaklanmaktadır. Müşterinin isteklerini anlamak yeterli değildir, bu istekleri belirlemek ve yerine getirmek gerekmektedir. İşletmeler, müşterilerin isteklerini anlayıp müşterilerini tatmin ettiklerinde daha etkin ve kârlı olduklarını keşfetmektedirler.

Hizmet işletmelerinde müşteri tatmini sağlama öncelikle müşteri beklentilerinin belirlenmesiyle mümkündür. Bunun için; müşterilere empatik yaklaşmak, hizmeti müşteri beklentileri doğrultusunda tasarlamak, hizmetlerde sürekli iyileştirme yapmak ve takım çalışmasını kurumsallaştırmak gerekmektedir (Bektaş 2001: 33).

Günümüz kalite yaklaşımlarının temel vurgusu olan müşteri tatmini kavramı aynı zamanda ISO 9000:2000 versiyonunda oldukça net ifadelerle tanımlanmıştır. Müşteri tatmini ve tatminsizliğini anlayabilmek, müşterilerin işgörenlere ve hizmet yöneticilerine yansıttığı istek ve şikayetlerinden anlaşılacağı gibi, biçimsel olarak yürütülen işgören ve müşteri araştırmalarından da öğrenilebilir (Özkara 1997: 319).

Sağlık işletmelerinde kalite olgusunun daha iyi anlaşılması için, öncelikle sağlık işletmelerinde müşteri ve müşteri tatmini konusu ele alınırsa, Müşteri kavramı genel olarak, bir mal veya hizmet satın alan kişi olarak tanımlanabilir.

Sağlık kurumlarının temel çıktılarında biri olan hasta tatmini, genel olarak “müşterilerin istek ve beklentilerinin karşılanması veya bu istek ve beklentilerin üstünde hizmet verilmesi” olarak tanımlanabilir (Akgül ve Öztürk 2002: 22).

Hizmet sektöründeki hizmet talep eden müşteri ile sağlık sektöründeki müşteriler arasında önemli farklılıklar vardır. Bunların en temeli; sağlık sektöründeki müşteri kavramında hizmetin bekleyemez olması, hasta psikolojisinin ortaya çıkması

ve hata kabul etmeme özellikleridir (Vural 2000: 4). Teknolojinin hızla değişmesi, artan maliyetler, hastaların artan şikayetleri ve iyi bakım isteğinin yaygınlaşması sağlık hizmetlerinin daha karmaşık bir yapıya bürünmesine neden olmuştur. Sağlık sektöründe sunulan hizmet %100 güvenilirliğe sahip olmalıdır. Bunun anlamı, bu sektörde sunulan hizmetin diğer hizmetlere oranla daha yüksek kalitede olması gerektirir. Sağlık sektöründe sunulan hizmetler insan sağlığı ile doğrudan ilgili olduğu için hizmet sunan kişilerin niteliği ve güvenilirliği oldukça önemlidir (Ardıç ve Baş 2001: 69-70).

Gerek imalat işletmelerinde, gerekse de hizmet işletmelerinde, iç ve dış müşteriler olmak üzere iki farklı müşteri grubu bulunmaktadır. Sağlık işletmelerinin tek müşterisinin hastalar olduğu düşüncesi günümüzde geçerliliğini büyük ölçüde yitirmiştir (Kavuncubaşı 2000: 292-293).

**Tablo.9.Sağlık Kurumlarında İç ve Dış Müşteriler**

<b>Sağlık Kurumlarında İç ve Dış Müşteriler</b>	
<b>DIŞ MÜŞTERİLER</b>	<b>İÇ MÜŞTERİLER</b>
Hastalar, hasta ailesi ve çevresi	Kurum personeli (hekim, hemşire, yardımcı personel vb.)
Refakatçılar, ziyaretçiler	Pay sahipleri
Devlet	Damışmanlar
Diğer sağlık kurumları	
Anlaşmalı kuruluşlar	
Eczaneler	
Dernekler	
Medya	
Sigorta şirketleri	
Tıbbi malzeme ve ilaç	

Kaynak : Seval AKGÜN ve Aysın ÖZTÜRK "Sağlık Hizmetlerinde Kalite ve Hasta Tatmini" Modern Hastane Yönetimi Dergisi, cilt 6. Nisan-Mayıs-Haziran 2002 s:22.

Sağlık kurumlarının memnun etmesi gereken geniş ve heterojen bir kullanıcı grubu bulunmaktadır. Sağlık kurumlarının başarısı ve yaşamını devam ettirebilmesi, büyük ölçüde bu müşterilerin istek ve beklentilerini karşılayabilme becerisine bağlıdır (Akgül ve Öztürk 2002: 21).

ISO 9001:2000 Kalite Yönetim Sistem Standardı'nın getirdiği en önemli yeniliklerden birisi: yalnızca müşterilerin değil, organizasyonda çalışanların, işyeri sahipleri ve yatırımcıların, tedarikçilerin ve ortakların ve organizasyonun veya ürettiği ürünlerin etkilediği toplum kesimlerinin, kısaca tüm ilgili tarafların ihtiyaç ve beklentilerinin karşılanmasıdır. Standart bunu şu şekilde belirtmektedir: "Organizasyonun başarısı; mevcut ve potansiyel müşterilerin ve son kullanıcıların şimdiki ve gelecekteki ihtiyaç ve beklentilerinin anlaşılmasına, buna önem verilmesine ve tatminine dayanır ." (Arıkbay veBozkurt 2002: 113).

## 7.1. ISO 9000 DIŞ MÜŞTERİ MEMNUNİYETİ

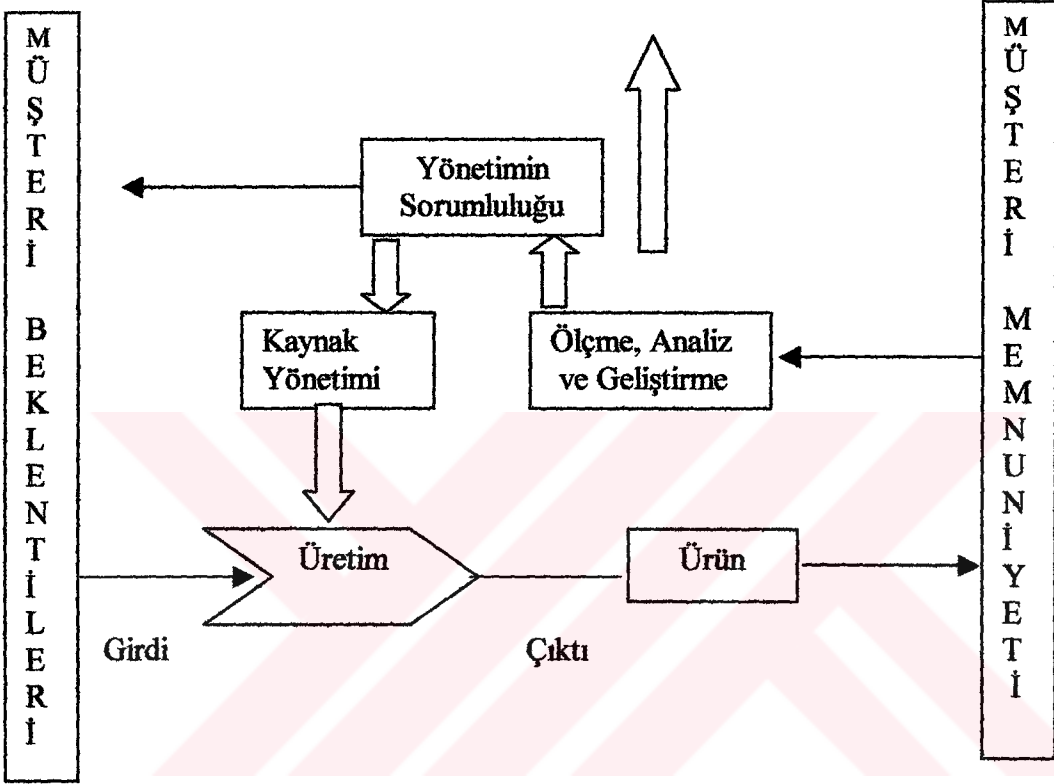
Hasta, bir sağlık kuruluşunun ürettiği ve sunduğu sağlık hizmetlerinden haberdar ve bu hizmetlerden yararlanma fırsatı olan veya daha önce bu hizmetlerden yararlanmış kişilerin tümüdür (Akgül ve Öztürk 2002: 22).

Sağlık kuruluşlarında beklenen hizmeti sunabilmek için gereken en önemli faktörlerden bir tanesi de hasta beklentilerini tespit etmektir (Vural 2000: 4). Hastane hizmetlerinin temel çıktısı hasta tatminidir ve kalitenin ölçülmesinde en çok başvurulan ölçüttür (Kavuncubaşı 1996: 82).

Hastanın sağlık durumunda yarattığı gelişme temel alınarak sağlık hizmet kalitesinin ölçülebileceği ileri sürülebilir. Bu yaklaşım verilen sağlık hizmetinin teknik kalite boyutudur. Bu açıdan sağlık hizmet kalitesi, verilen hizmetin bilimsel standartlara uygunluk derecesidir. Ancak hizmet alanların sosyal ve psikolojik istek, beklenti ve ihtiyaçlarını göz ardı eden bir hizmet sunumu da (ne kadar bilimsel olursa olsun) kalite hedefini gerçekleştirmede yetersiz olacaktır (Kavuncubaşı 2000: 270).

Şekil 2: Müşteri Beklentilerinin Müşteri Memnuniyetine Etkisi

### Sürekli Gelişme



Kaynak:Andaç ATILLA, "2000 Yılında ISO 9000,9001,9004 Kalite Yönetim Sistemi Standartları" MESS Yayınları 1999, s:21.

Gerek sağlğın, gerekse sağlk hizmetlerinin yapısından dolayı bazen memnuniyetsizlik yaratmak kaçınılmaz olmaktadır. Örneğin kemoterapi alan bir hastanın veya aşı olan bir çocuğun müdahale süresince bazen de sonrasında memnun kaldığı söylenemez. Ancak bu istenilmeyen durumlarda dahi hastanın memnun edilmeye çalışılması tabii ki en idealidir.

Hastane yönetimi, gelişimi ve değişimi teşvik edici davranmalıdır. Hastaneler, hasta tatminine önem vermeli ve hasta şikayetine neden olan unsurları tespit edip bu şikayetleri ortadan kaldıracak gerekli düzenlemeleri yapmalıdır (Köksal ve Akbeyik 2002: 11).

## 7.2. ISO 9000 İÇ MÜŞTERİ MEMNUNİYETİ

Sağlık işletmelerinde çalışan veya sağlık işletmesi ile organik ilişkisi bulunan kişi veya gruplar iç müşterileri oluşturmaktadır. Öte yandan teknik personel ve destek personeli (laboratuar teknisyeni, ev idarecisi vb.), sağlık profesyonelleri (uzmanlar, doktorlar, hemşireler, asistan doktorlar vb.), üst ve orta kademe yöneticileri, işletmenin pay sahipleri ve danışmanlar sağlık işletmelerinin iç müşterilerini oluşturmaktadır. Diğer taraftan, part-time çalışan doktorlar, sağlık işletmesinin hem iç müşterisi hem de dış müşterisi olabilmektedir (Kavuncubaşı 2000: 292).

Hasta bakım hizmeti sunmak amacıyla kurulmuş olan hastaneler, amaçlarını gerçekleştirebilmek için personel, alet ve ekipman gibi mevcut kaynaklarını verimli bir şekilde kullanmak durumundadırlar. Personel, emek yoğun bir şekilde hizmetlerini yürüten bir hastanenin amaçlarını gerçekleştirmesinde önemli bir araçtır. Hastanenin etkililik ve verimlilik düzeyi, personelin ilgi, gayret, çalışkanlık ve yeterlilik gibi nitelikleriyle doğrudan doğruya ilişkilidir (Şahin 1999). Sağlık hizmetleri müşteri ile yüz yüze gerçekleştirilen hizmetler olduğu için insan gücü en büyük unsurdur. İnsan gücünün nitelik ve niceliği verilen hizmetin kalitesini etkiler. Çünkü malzeme teknolojinin kullanımı sağlık çalışanlarının özelliklerine bağlıdır. Sağlık hizmeti sunumundaki hatalar insan gücü ve ekipman kusurlarından kaynaklanmaktadır.

Ürün ve hizmetlerin kalitesi, görev ve sorumluluk üstlenmiş olan herkesi ilgilendirir. Nasıl organlarımızdan biri arızalandığı zaman, vücudumuzun sağlıklı işleyişi kesintiye uğruyorsa, aynı durum Kalite Güvence Sistemi için de geçerlidir.

Hizmet sunan personelin de gerek yaptığı işten, gerek hastalarından gerekse diğer çalışma arkadaşlarıyla olan ilişkilerinden memnun olması şarttır. Çalışma sırasında bir personel, diğerini, memnun edilmesi gereken bir hastası (iç müşteri) gibi görebilirse iş ortamında karşılıklı memnuniyet kendiliğinden doğabilecek, bu da iş doyumunu artıracak, hizmetlerin daha verimli sunulmasını sağlayacaktır.

## 8. ISO 9000 KALİTE YÖNETİM SİSTEMİ (KYS) 2000 YILI REVİZYONU

Standartların ISO kurallarına ve protokollerine göre, teknoloji ve piyasa gelişmeleri ışığında, kullanıcı ihtiyaçları doğrultusunda periyodik olarak (her beş yılda bir) revize edilmesi gerekmektedir. ISO 9000 serisi standartları da bu doğrultuda, ilki 1994 yılında olmak üzere, iki kez revize edilmiştir (Arıkbay ve Bozkurt 2002: 83). Hızla gelişip yaygınlaşmasına karşın; ISO 9000 standartları ailesinin çok sayıda standardı ve destek dokümanı kapsamı, şartlarının her organizasyona kolaylıkla uygulanamaması, imalat sanayii yönelimli olması, kullandığı terminoloji ile günlük hayattaki uyumsuzluklar vb. birçok nedenle bazı karışıklıklara ve kullanıcıların belirsizlikler yaşamasına neden olmuştur. Bu nedenle 2000 revizyonu ile, ISO 9000:1994 standartlarında yapısal ve kavramsal olarak önemli değişiklikler yapılması amaçlanmıştır (Arıkbay ve Bozkurt 2002: 84). Yürürlükteki standartların belli aralıklarla gözden geçirilerek revize edilmelerinin temel amacı; yeni kavramlara ve ihtiyaçlara yer verebilmek, söz konusu standartların kullanımlarını kolaylaştırmak ve yaygınlaştırmak, tüm bunlara bağlı olarak işletmelerin verimliliklerini geliştirmek ve tüketicilerin memnuniyetini sağlamaktır (Tanyel 2001: 11).

**Tablo.10. ISO 9000:1994 ile ISO 9000:2000 Arasındaki Temel Farklar**

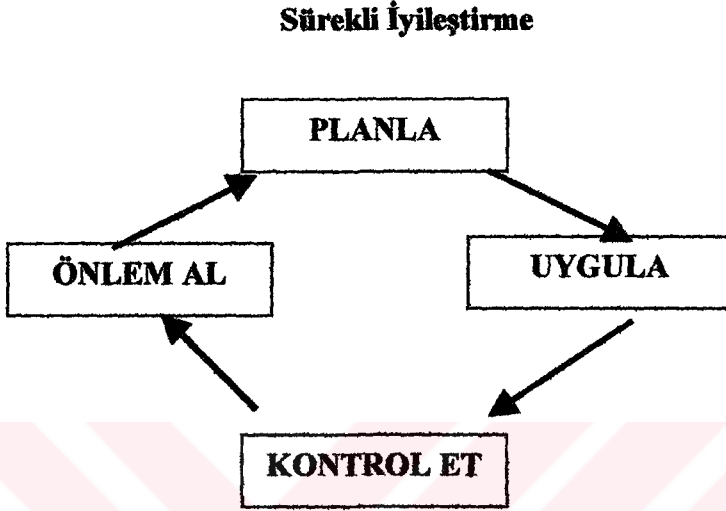
ISO 9000:1994	ISO 9000:2000
Kalite güvence standardı	Kalite yönetim standardı
Kapsam tedarikçi tarafından belirlenir	Kapsam müşteri tarafından belirlenir
Prosedür odaklıdır	Süreç odaklıdır
Sipariş yönlendirmelidir	Pazar yönlendirmelidir.
Madde temellidir	Süreç temellidir
Eğitim gerektirir	Beceri gerektirir
Raporlama ister	İletişim ister
Maddelerin toplamına dayalı değerlendirilir	Süreçler arası ilişkilere göre değerlendirilir
Ürünün planlaması	İşin planlanması
Düzeltilici faaliyet	Sürekli iyileştirme
İmalat sektörü unsurları	Jenerik (her sektörde uygulanabilme kolaylığı)

Kaynak: TSE "ISO 9000:2000 Kalite Yönetim Sistemleri Temel Eğitim El Kitabı," Ankara Kalite Müdürlüğü.2001 s:11.

Daha kolay yorumlama sağlayacak terminoloji değişiklikleri ve iyileştirmeleri yapılmıştır, 20 madde başlığı 5'e indirgenmiştir. Müşteri memnuniyetine ulaşmak ve sürekli iyileştirmeyi gerçekleştirmek için şartlar getirilmiştir. Hizmet sektöründeki organizasyonların ve küçük işletmelerin kullanımında kolaylık sağlanmıştır. Sekiz evrensel kalite yönetim ilkesinin üzerine inşa edilmiştir. Sadece müşteri memnuniyetinin değil, işverenler, sosyal paydaşlar ve bir bütün olarak toplumu kapsayan tüm ilgili tarafların memnuniyetinin sağlanması için belgelendirmenin ötesine geçme olanağı yaratılmaya çalışılmıştır. Süreç yönetimi yaklaşımına uygun süreç odaklı bir yapı getirilmiş ve PUKÖ (Planla- Uygula- Kontrol Et- Önlem Al) döngüsünün işlerliği sağlanmaya çalışılmıştır (Arıkbay ve Bozkurt 2002: 85-86).



Şekil 3: PUKÖ Döngüsü



“Planla – Uygula - Kontrol et - Önlem al” olarak bilinen (PYKÖ) metodolojisi, bütün proseslere uygulanabilir. PUKÖ kısaca şöyle açıklanabilir;

**PLANLA:** Müşteri istekleri ve kuruluşun politikası ile uyumlu sonuçların ortaya çıkması için gerekli objektif hedefleri ve prosesleri oluştur,

**UYGULA:** Prosesleri uygula,

**KONTROL ET:** Prosesleri ve ürünü, politikalar, hedefler ve ürünün şartlarına göre izle, ölç ve sonuçları rapor et,

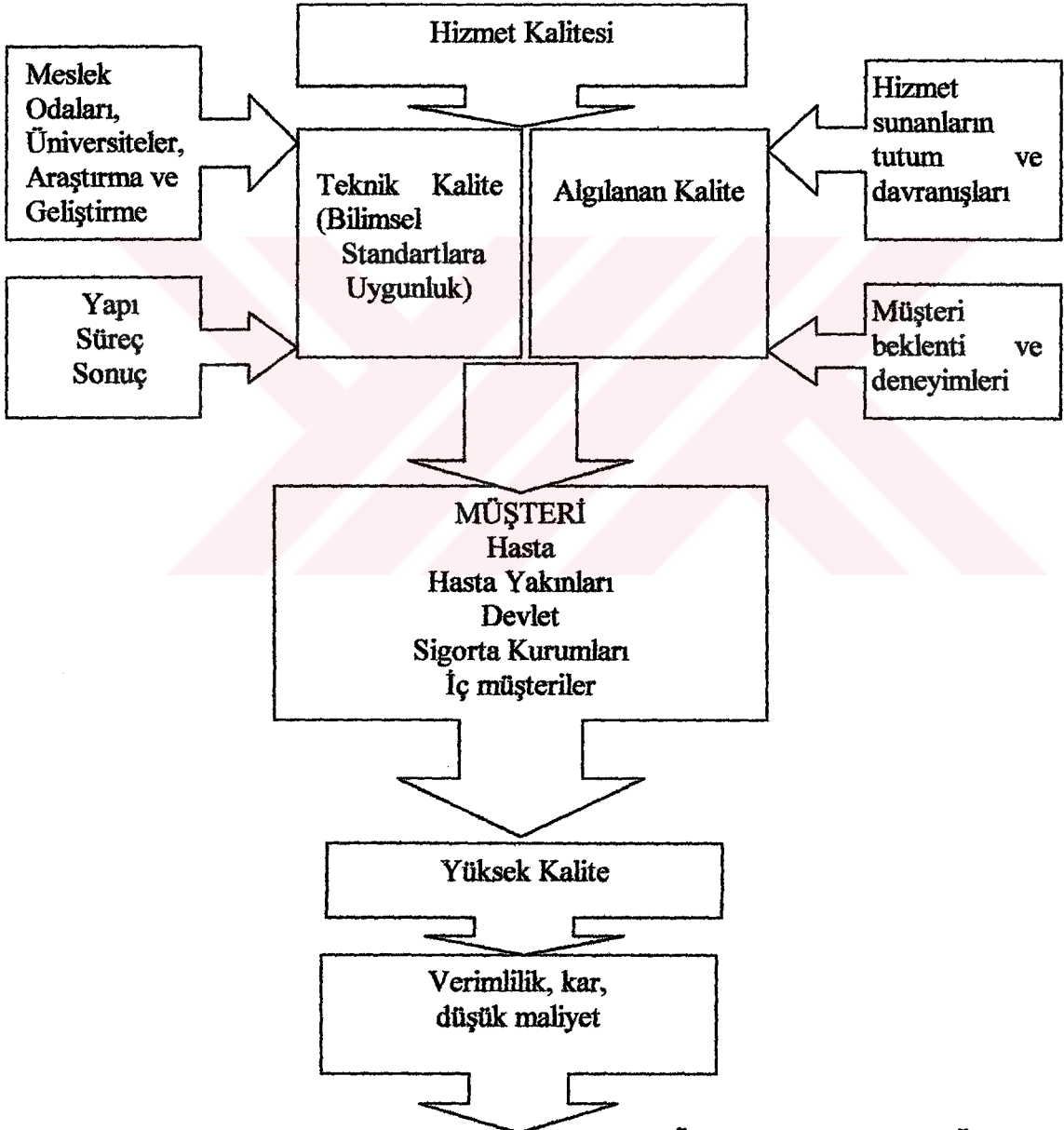
**ÖNLEM AL:** Proses performansını sürekli iyileştirmek için faaliyetler başlat (T.S.E. 2001:62).

2000 revizyonunun önemli bir özelliği, eski standartlara göre, toplam kalite yönetimi felsefesinin daha hissedilir hale gelmesidir (Arıkbay ve Bozkurt 2002: 89).

## 9.SAĞLIK HİZMETLERİNDE ISO 9000 KALİTE GÜVENCE SİSTEMİ

Sağlık ve hastane yöneticileri sundukları sağlık hizmetini daha verimli ve kaliteli hale getirmeyi amaçlamaktadırlar (Tokyürek 1997: 33).

Şekil 4: Sağlık İşletmelerinde Hizmet Kalitesinin Belirleyicileri



Kaynak: Şahin KAVUNCUBAŞI, "Hastanelerde Örgütsel Performans Ölçümü: Hastaneler Arası Kalite ve Verimlilik Karşılaştırması" Sağlık hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi ve Performans Ölçümü Sempozyumu, Haberal Eğitim Vakfı, Ankara, Kasım 2000 s:271.

Endüstri sektörü için geliştirilmiş olan ISO 9000 standartları, başlangıçta hizmet, özellikle de hele de sağlık sektörü için uygulanabilir görünmemekteydi. Ancak kaliteyi güvence altına alan sistemlere duyulan ihtiyaç, ISO 9000'in hastaneler için de yorumlanarak uyarlanması çabalarını doğurmuştur. Bugün dünyada, ISO 9000 KGS serisindeki belgelerden birine sahip olan 1000-1500 arası sağlık kuruluşu olduğu tahmin edilmektedir (<http://www.iso.ch/>), (<http://sgsgroup.com>). Ülkemizde ISO 9000 belgesi alan ve alma çalışmaları devam eden sağlık kuruluşları vardır. Bütün kuruluşlarda olduğu gibi hastanelerde de kalite güvence sistemi kaliteli hizmet vermek ve hizmetin kalitesinin sürekliliğini güvence altına almak için kurulur.

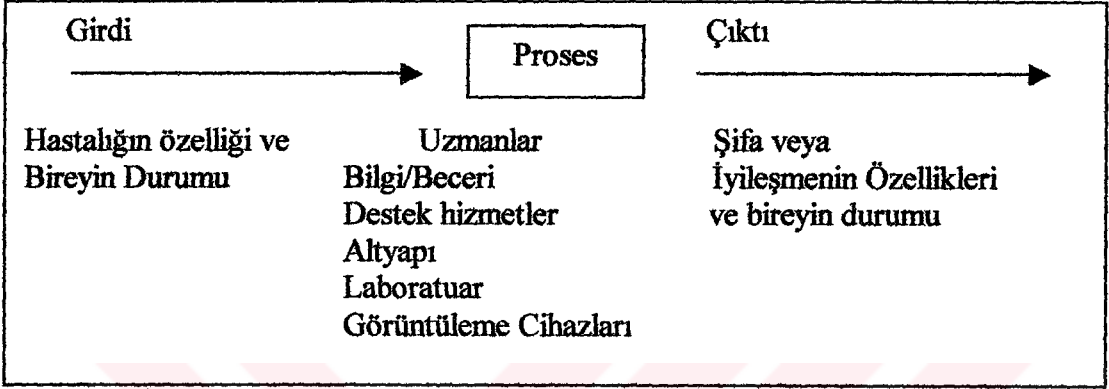
ISO 9000 standartlarının, doğru şekilde yorumlanarak, hastanelerde uygulanması, hizmet süreçlerinin rasyonalize edilmesi ve kalite düzeylerinin artırılması açısından çok önemli kazanımlar sağlamaktadır (Erdoğan 1998: 8).

Burada en önemli soru, verimlikleri tartışılan örgüt ve yönetim yapılarına sahip kamu hastanelerimizde ISO 9000 Kalite Güvence Sisteminin (KGS) amaçladıklarına ne ölçüde ulaşabileceğidir. Bu sorunun yanıtı ise bu sistemi kurmayı hedefleyen tüm kamu hastanelerinin üst yönetim organlarının ciddi olarak araştırmaları ve bu paralelde oluşacak veri tabanına göre yanıtlamaları, kurmayı hedefledikleri sistemin hastanelerine getirebileceği katkı yanında ne ölçüde terleyecekleri ya da soğuk düşme durumu ile karşılaşabileceklerini görebilecekleri bir yaklaşım olacaktır (Şahin 2000: 9).

Bütün kuruluşlarda olduğu gibi hastanelerde de kalite güvence sistemi kaliteli hizmet vermek ve hizmetin kalitesinin sürekliliğini güvence altına almak için kurulur. Bu amaçla ISO 9000 standartları organizasyona uygun güvence sistemini kurmada yol göstericidir. Alınan belgeyle sistemin uygunluğu kanıtlanmış olur (Akçol 2000: 158).

Tüm süreçlerin iyi yapılmış ve dökümanite edilmiş olması kalite güvence uygulamasını kolaylaştıracaktır. Şekilde hastane hizmet prosesi gösterilmiştir.

**Şekil 5: Hastane Hizmet Prosesi**



Kaynak: Mithat ÇORUH, "Hastanelerde Toplam Kalite Yönetimine Nasıl Geçmeli" Modern Hastane Yönetimi Cilt:2, Sayı:2, Mart 1998 s:2.

Hastanenin organizasyon yapısı içinde hasta bakım kalitesini yükseltmek için en üst yöneticiden, doktorlara ve hemşirelere kadar herkes yüksek bir performans göstererek yardımcı olmalıdır. Organizasyon içindeki bütün bölümlerin birbirleri ile ilişkili olduğu göz önüne alınırsa, herhangi bir bölümde meydana gelen bir aksaklığın tüm organizmayı etkileyeceği kolayca anlaşılır. Bilindiği gibi bir zincirin gücü, onun en zayıf halkasının gücü kadardır (Tarım 1999: 1030). Sonuç itibarıyla hayati önem taşıyan sağlık hizmetlerinde kalite düzeyinin artırılabilmesi ve en azından batı standartlarında hizmet sunulabilmesi için sağlık kurumları yöneticilerinin, doktorlar ve diğer sağlık personelinin, hastalar ve hasta yakınlarının daima anlayış birliği içinde olmaları ve hep daha iyisi için birlikte çaba sarf etmeleri gerekmektedir (Karabulut ve Yapraklı 2001: 129-130).

Hizmet kalitesinin yükseltilmesinde hastalara ve hasta yakınlarına da birtakım görevler düşmektedir. Bu kişilerin hizmet sunumundaki etkinlik ve süratliliğin artırılmasına yardımcı olacak şekilde doktorlara ve diğer sağlık personeline anlayışlı davranmaları, buna karşın daha kaliteli hizmet sunulmasını sağlama yönünde kişiler ve kurumlar nezdinde haklarını aramaları, kısaca bilinçli tüketiciler olmaları

kuşkusuz sağlık hizmetlerinin kalitesini yükseltecektir (Karabulut ve Yapraklı 2001: 129-130).

### 9.1.ISO 9000 KURMA AŞAMALARI

Kalite çalışmalarının yapıldığı bir örgütte, örgütün bütün üyeleri haklı olarak kendi kendilerine “bunun bana ne faydası olacak” sorusunu soracaklardır. Bir kalite yöneticisi, bu soruya inandırıcı yanıtlar vererek, işgörenlerini kalite amaçlarına yönelik motive edebilmelidir (Meriç-Şahin-Özalp 2000:12).

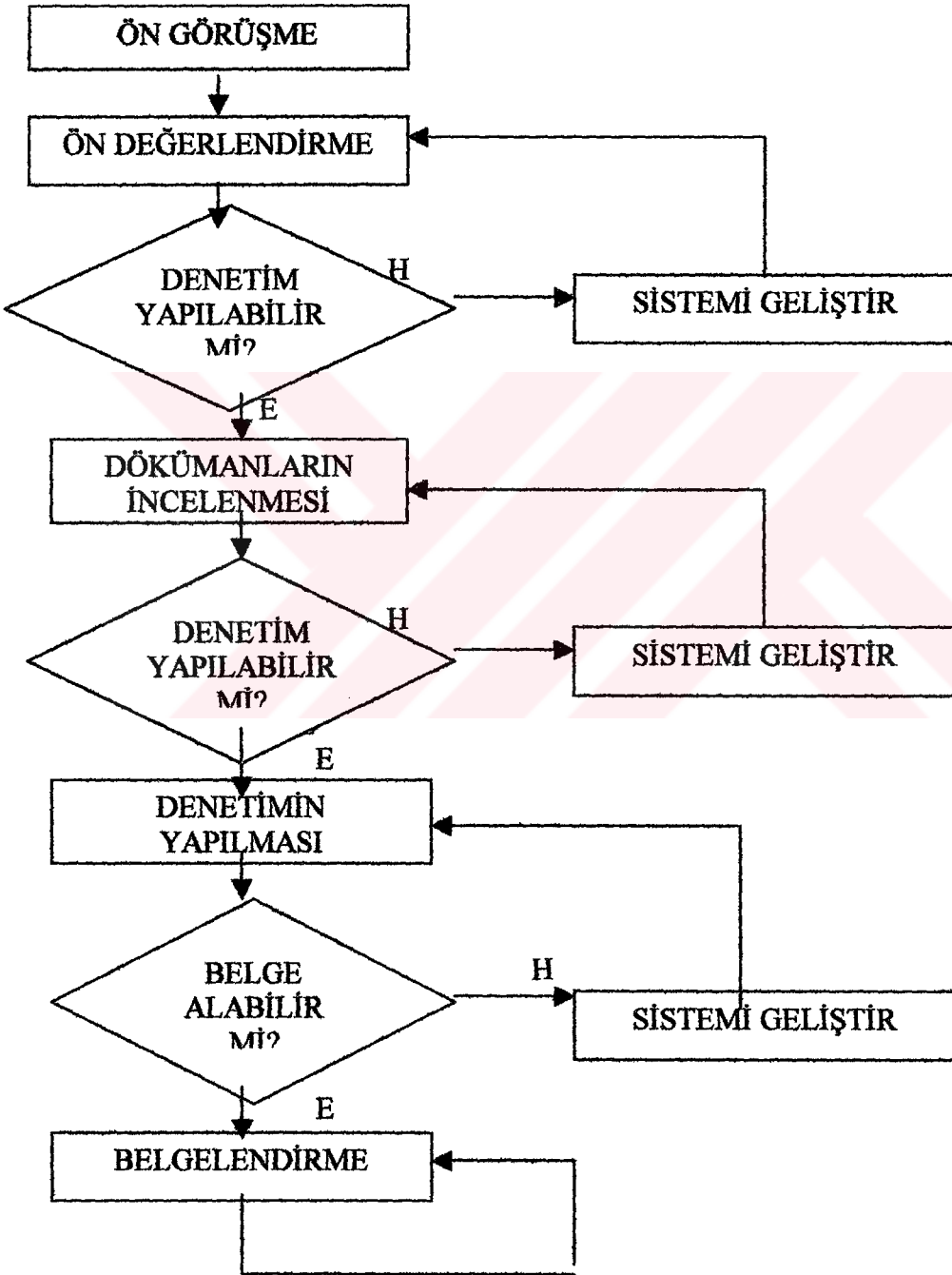
Kalite Yönetim Sisteminin kurulma çalışmaları yönetimin sorumluluğunda başlar. Yönetim, sistemi kurma konusunda kesin kararlı olmalıdır. ISO 9000 almak için zaman, enerji ve para harcanması gerekir. Bu gereklerin yerine gelebilmesi üst yönetimin onayıyla mümkündür. Hastanelerde de kalite güvence sistemi, kaliteli hizmet vermek ve hizmetin kalitesinin sürekliliğini güvence altına almak için kurulur. Bu amaçla ISO 9000 standartları organizasyona uygun güvence sistemi kurmada yol göstericidir. Alınan belgeyle sistemin uygunluğu kanıtlanmış olur.

Kalite Güvence Sistemi kurmak isteyen hastanelerde tıpkı diğer sektörlerdeki kuruluşlar gibi, bu sistemi ilk kuranlardan olan DuPont'un belgelendirme yolundaki adımlarını ele alırsak

1. Yönetim kararı, taahhüdü ve tam desteği,
2. Kuruluş içi kaynakların sağlanması ve eğitimi,
3. Durum tespit denetimlerinin başlanması,
4. Dökümantasyon çalışmaları,
5. Belgelendirme kuruluşunun seçimi,
6. Uygulanmış ve dökümante edilmiş çalışmalar,
7. Ön denetim,
8. Belgelendirme denetimi,
9. Belgelendirme sonrası çalışmalar (Hockman 1994: 40).

## 9.2.HASTANELERDE ISO 9000 KYS GÖRE BELGELENDİRME

Şekil 6: ISO 9000'e Göre Belgelendirme



### Yıllık Denetimler

Kaynak: İbrahim. KAVRAKOĞLU Kalite, Kalite Güvencesi ve ISO 9000,

Rekabetçi Yönetim Dizisi No:1, 3.Basım, KalDer Kalite Derneği.1997 s:83.

ISO 9000; işletmelerde kalite güvencesi için kurulmuş, kapsamlı bir standartlar kümesidir. Etkili bir kalite yönetim sisteminin nasıl kurulabileceğini, dökümanite edilebileceğini ve sürdürülebileceğini göz önüne serer. İşletmelerde işçi sayısına, içinde bulunduğu sektöre ve organizasyon yapısına bağlı olmaksızın uygulanabilir (Özkan ve Zengin 1997: 87).

Standartların kontrolü daha çok müşterilerinin elinde olduğundan ve firmadan beklentilerini gerçekleştirmelerinin beklediklerinden üstün hizmet sunmak, üstün nitelikli bir ürün meydana getirmekten daha zor olabilmektedir (Koç 2001: 97). Verimlilik artışının ve üretim maliyetlerini düşürmenin en ucuz yöntemi, standartlara uyarak kaliteli mal ve hizmet üretmektir (Engin 2002: 64).

Sağlık hizmetleri açısından en önemli 2 fayda kalite ve verimliliktir. ISO 9000 belgesi; elemanları iyi yönetimin en esası yapılarından bazılarını gösteren bir standarda karşı bağımsız, tarafsız bir profesyonel değerlendirme aracıyla daha yüksek seviyede bir hizmet kalitesi ve verimlilik sağlar. İyi bir kalite yönetim sisteminin olması ve uygun şekilde çalışması ile büyük ölçüde bu amaca ulaşılır (Barlas 2001: 74).

ISO 9000 sisteminin getirdiği kalite standartları ve hata önleyici yaklaşım, sektörün en önemli ihtiyaçlarından biridir. Bir sağlık kuruluşunun, ISO 9000 Kalite Sistemini yerleştirmiş olması, o kuruluşun güvenilirliğinin de bir göstergesidir. "ISO 9000 Kalite Sistem Modeli, hizmetin tasarlanmasından, tedavi sonrası hasta takibine, satın almadan, teşhis/tedavide kullanılan hizmetin kalitesini etkileyen tüm cihazların kalibrasyonuna kadar bir dizi süreçte, dünya standartlarını yakalamayı sağlar ." (Barlas 2001: 75).



## 10. TOPLAM KALİTE YÖNETİMİ'NE GEÇİŞ

ISO 9000 standartlarının TKY'ye geçiş aşamasında ilk adım olarak kullanılabilmesi için firmaların standardı farklı yaklaşım ile değerlendirip uygulamaları ve ilave bazı faaliyetlerde bulunmaları gerekmektedir. TKY'ye geçişin gerçekleştirilmesinde yönetimin rolünü iyi tanımlaması ve süreçlere sahiplenerek değişim için gerekli liderliği sağlaması gerekmektedir.

ISO 9000, bir kuruluşun kaliteyi etkileyen tüm süreçlerinde, kalitesizliğin oluşmasını önleyici bir kontrol düzeni kurarak, bu süreçlerde insan, makine ve bilgi unsurları arasındaki eşgüdümün en uygun kalite-verimlilik-maliyet bileşiminde sağlanabilmesi için gerekli teknik ve yönetsel prosedürlerin oluşturulmasını ve kullanılmasını sağlayan, yani kalite güvencesini sağlayan uluslararası standartlara uygunluk niteliği taşıyan bir araçtır. ISO 9000 standartları Toplam Kalite ile birlikte uygulanırsa başarısı daha da artacaktır. Bu nedenle ISO 9000 uygulamaları anahtar performans alanlarından biridir (Akal 1995: 94).

ISO 9000 Kalite Güvence Sistemi bir toplam kalite yönetimidir ve firmanın giriş kapısından en yukarıdaki firma yöneticisine kadar herkesi içine alır. Dolayısıyla, bu sistem firmanın çehresini değiştiren, yapısını yenileyen, dış dünyaya bakış açısını değiştiren bir olgudur (Saygın 1999: 98). ISO 9000 çalışmalarına başlamadan önce mevcut kültürde neyin yanlış olduğunu anlamak, daha sonra kültürel dönüşümü gerçekleştirmek için izlenmesi gereken yön üzerinde görüş birliğine varmak gerekir (Gökmen 1998: 24).

ISO 9000 düzenli bir işletme oluşturur, bir kere bu düzen oluştuğunda Toplam Kalite Yönetimi'nin uygulanması daha kolay olacaktır. Kalite politikalarının etkili olması için iyi bir personel yönetimi adapte edilmelidir. Başlangıçtan itibaren, yönetim komitesi ve liderlerin davranışı, stili iyi bir kalite yönetim kültürünü oluşturmada odaklanmalıdır. İşletmeler insan kaynakları girdisinin kalite yönetiminin en önemli özelliklerinden biri olduğunu idrak etmelidirler. ISO 9000 işleminde daha

büyük ölçüde çalışan katılımının ve desteğinin olması kesinlikle pozitif etkilere neden olacaktır (Uysal ve Buzkan 1997: 82).

ISO 9000 standartları Toplam Kalite ile birlikte uygulanırsa başarısı daha da artacaktır. Bu nedenle ISO 9000 uygulamaları anahtar performans alanlarından biridir (Akal 1995: 94).



## ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

### İSTANBUL İLİ

### ISO 9000 KYS BELGESİNE SAHİP HASTANELERDE ISO 9000 KYS'İN UYGULANABİLİRLİĞİ ÜZERİNE BİR ARAŞTIRMA

#### 1. ARAŞTIRMANIN AMACI

Günümüzün sürekli değişen ve gelişen koşullarında sermaye, teknoloji, mal ve hizmet piyasalarında olduğu gibi, sağlık sektöründe de ciddi bir değişim süreci yaşanmaktadır. Bu değişikliğin bir nedeni de Avrupa Birliğine Entegrasyon süreci çalışmalarıdır. Türkiye, yaşam kalitesinin yükseltilmesinde önemli bir girdi olan sağlık hizmetlerinde verimlilik ve kaliteyi artırma hedefine ulaşmak için Avrupa Birliği ilişkilerinde mevzuat uyumu çalışmalarına ivme kazandırmak zorundadır.

Toplam Kalite Yönetiminin temel taşlarından biri olan ISO 9000 Kalite Güvence Sistemi Standartları ile amaçlanan, sürekli iyileştirmenin hem amacı hem de sonucu olan kaliteyi belgelemektir. Bu kalite belgesi, yalnızca ürünün (hizmetin) değil organizasyonun tüm aşamalarının da kaliteyi hedef aldığını ve bu hedefi gerçekleştirebildiğini de ifade etmektedir (Baki 2002: 13).

Bu çalışmamızda ISO 9000 Kalite Güvence Sisteminin sağlık sektöründe uygulanabilirliği üzerine bir saha araştırması yapılmıştır. Çalışmamızdaki amaç, İstanbul ilinde faaliyet gösteren ISO 9000 belgeli sağlık kurumlarının, ISO 9000 belgesini nasıl algıladıklarını, belgenin alınıp nedenlerini, kimden ve nasıl aldıklarını, belgenin sağladığı avantajları ve dezavantajları, belgenin alınması ve sistemin uygulanması sırasında karşılaştıkları sorunları tespit ederek, ISO 9000 Kalite Yönetim Sistem bilincinin yeterince oluşup oluşmadığını ortaya koymaktır.

## 2. ARAŞTIRMANIN KAPSAMI VE SINIRLARI

Araştırmada, İstanbul ilinde faaliyet gösteren ISO 9000 standartlar serisinden belgeye sahip olan;

“İstanbul Memorial Hastanesi,

SSK Sağlık İşleri Gen. Müd.- Kartal Hastanesi,

T.C. Çalış. Ve Sos. Gv. Bak. SSK Sağlık İşleri Gen. Müd. İstanbul Eğitim Hastanesi

SSK Sağlık İşleri Gen. Müd.- Eyüp Hastanesi,

SSK Sağlık İşleri Gen. Müd.- Paşabahçe Hastanesi,

Gümüşsuyu Askeri Hastanesi (5.Kolordu Lojistik 600-1200 Yataklı Destek Kliniği),

Pendik Devlet Hastanesi,

70.Yıl Fizik Tedavi Ve Rehabilitasyon Eğitim Ve Araştırma Hastanesi,

Dr.Sadi Konuk Bakırköy Eğitim Ve Araştırma Hastanesi”

hastanelerin tümü, örneklem kapsamına dahil edilmiştir. Veriler , anket yöntemi uygulanarak bu kurumlardaki Kalite Yönetim Komisyonu yesi yöneticilerden elde edilmiştir.

Zaman dilimi olarak da 2003 yılını hedeflemektedir ve araştırmanın dışsal geçerliliği de 2003 yılı ile sınırlıdır. Kısıtlamalar ile ilgili araştırmanın geçerlilik ve güvenilirliğini etkileyen bir faktör de, araştırmada anketleri cevaplayanların sadece kalite yönetim komisyonundaki yöneticiler olmasıdır. Araştırma sonuçları sadece bu kriterler açısından geçerlidir.

## 3. ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ

Araştırma için gerekli veriler anket yöntemi ile toplanmıştır. Anket formunda, sağlık kurumu ile bilgiler, belgelendirme firması, belgenin alınış nedenleri, ISO 9000 denildiğinde ne anlaşıldığı, ISO 9000 Kalite Güvence Sistemine sahip olmanın ne

anlam ifade ettiği, ISO 9000 KYS'nin sağlık kurumlarına sağladığı avantaj ve dezavantajlar, belgenin alınması ve sistemin uygulanması sırasında karşılaşılan sorunların belirlenmeye çalışıldığı sorular yer almıştır. Hazırlanan anket formu, yöneticilere yöneltilmiş olup, kapalı uçlu sorulardan oluşmaktadır.

#### **4. ANKET SORULARININ DEĞERLENDİRİLMESİ**

Anketimizin soru ve verileri bilgisayara ham veri olarak yüklenmiş olup, uluslararası düzeyde geiriliği olan istatistik programı SPSS 10.0 versiyonunda veriler işlenerek sonuçlar Microsoft Word kelime-işlem programında rapor haline getirilmiştir.

Anket soruları değerlendirilirken, sonuçların dağılım yüzdeleri rakamsal olarak açıklanmış ve araştırmamızın konusunu kapsayan tablolar soru sırasına göre verilmiştir.

#### **5. ARAşTIRMANIN METODOLOJİSİ**

1.Bölümde : İstatiksel Bir Analiz Yapılmamıştır.

2.Bölümde: 1. ve 2. Sorularda Crosstabs Ve Ki-Kare Analizi yapılmıştır. Bölümün 3. sorusuna, Paired T Testinin Nonparametrik Karşılığı Olan 2 Related Sample (Wilcoxon) Testi yapılmıştır. 4. Sorununda frekansı bulunmuştur.

3.Bölümde: 1. ve 2. Soruların Verilerin Ortalamaları Alınarak Soruların Ne Derece önemli oldukları bulunmuş ve bunlara Eğitim, Meslek, Mülkiyet soruları sorularak Ki Kare Analizi yapılmıştır.

## 6. ARAŞTIRMANIN VARSAYIMI

Araştırma, “ISO 9000 KYS belgesine sahip hastanelerde, hastane yöneticilerinin belge alınmadan öncesi ve sonrasındaki sorunlar, oluşan değişiklikler arasında fark vardır.” varsayımına dayanarak gerçekleştirilmektedir.

## 7. ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ

1.  $H_0$ : Hazırlık aşamalarında karşılaşılan sorunlar ile belgelendirme sonrası karşılaşılan sorunlar arasında fark vardır.

1.  $H_1$ : Hazırlık aşamalarında karşılaşılan sorunlar ile belgelendirme sonrası karşılaşılan sorunlar arasında fark yoktur.

2.  $H_0$ : ISO 9000 Belgesi almadan önce ve aldıktan sonra oluşan değişiklikler arasında fark vardır.

2.  $H_1$ : ISO 9000 Belgesi almadan önce ve aldıktan sonra oluşan değişiklikler arasında fark yoktur.

3.  $H_0$ : Meslek, eğitim ve mülkiyet yapısının verilen cevaplara etkisi vardır.

3.  $H_1$ : Meslek, eğitim ve mülkiyet yapısının verilen cevaplara etkisi yoktur.

## 8. VERİ VE BİLGİLERİN TOPLANMASI

Anket üç bölümden oluşmaktadır:

Bu üç bölümde deneklerden sırasıyla;

1. Bölüm : Görev yaptığı hastanenin mülkiyeti, yönetici olarak kendisinin mesleği, eğitim durumunu değerlendirmesi,

2. Bölüm : ISO 9000 KYS belgesi alınması ve uygulanması sırasında karşılaşılan sorunlar ve uygulanabilirliğine ilişkin yargıların değerlendirilmesi,

3. Bölüm : ISO 9000 KYS belgesine sahip olmak istedikleri ile ilgili faktörlerin cevaplandırılması ve ISO 9000 KYS ile ilgili görüşlere ne ölçüde katıldığını cevaplaması istenmektedir.

Anket formlarının cevaplandırılmasında, önce kalite yönetim temsilcileri ile görüşülerek onların desteği alınmış, daha sonra anket formlarının araştırmacı tarafından kalite yönetim komisyonuna dağıtımı yapılarak verilerin derlenmesi yoluna gidilmiştir. Anket formlarının dağıtımından önce, anket formunun anlaşılabilirliğinden emin olmak amacıyla, kalite yöneticileri üzerinde pilot bir uygulama da gerçekleştirilmiştir.

## **9. ARAŞTIRMANIN BULGULARI**

Araştırma evreni, yukarıda belirtilen ISO 9000 KYS Belgesine sahip hastanelerde Kalite Yönetim Komisyonunda faaliyet gösteren Kalite Yönetim Komisyonu üyeleridir. Üyelerin sayısı, 172 kişi olmasına rağmen Yönetim Temsilcilerinin görüşmelerde verdiği bilgiler ışığında 104 Kalite Yönetim Komisyonu Üyesi'ne anket verilmiş 89 anketin geri dönüşü mümkün olmuştur. Geri dönmeyen anketlerin 15 adedi de "İstanbul Memorial Hastanesi"nden oluşmaktadır.



## 9.1. ÖRNEKLEMİN DEMOGRAFİK PROFİLİ

**Tablo.11. Yöneticilerin Çalıştıkları Hastanelerin Mülkiyetleri**

	Frekans	Yüzde	Geçerli Yüzde	Toplam Yüzde
Geçerli Özel	19	21,3	21,3	21,3
Devlet	30	33,7	33,7	55,1
Askeri	7	7,9	7,9	62,9
SSK	33	37,1	37,1	100,0
Toplam	89	100,0	100,0	

Bu araştırmanın örneğini, %21,3 ile Özel hastane yöneticileri (n=19); %33,7 ile Devlet hastanelerinde çalışan yöneticiler (n=30); %7,9 ile Askeri hastane yöneticileri (n=7); %37,1 ile SSK hastane yöneticileri (n=33) oluşturmaktadır.

**Tablo.12. Yöneticilerin Eğitim Durumu**

	Frekans	Yüzde	Geçerli Yüzde	Toplam Yüzde
Geçerli Lise	7	7,9	7,9	7,9
Ön Lisans	10	11,2	11,2	19,1
Lisans	35	39,3	39,3	58,4
Yüksek Lisans	11	12,4	12,4	70,8
Doktora Ve Üstü	26	29,2	29,2	100,0
Toplam	89	100,0	100,0	

Araştırma örneğini oluşturan Yöneticilerin Eğitim durumu, %7,9 lise (n=7); %11,2 önlisans (n=10); %39,3 lisans (n=35); %12,4 yüksek lisans (n=11); %29,2 doktora ve üstü (n=26),’nü göstermektedir.

**Tablo.13. Yöneticilerin Meslekleri**

	Frekans	Yüzde	Geçerli Yüzde	Toplam Yüzde
Geçerli Doktor	30	33,7	33,7	33,7
Hemşire	31	34,8	34,8	68,5
Müdür	20	22,5	22,5	91,0
Sağlık Çalışanı	8	9,0	9,0	100,0
Toplam	89	100,0	100,0	

Araştırma örneğini oluşturan Yöneticilerin Meslekleri, %33,7 Doktor (n=30); %34,8 Hemşire (n=31); %22,5 Müdür (n=20) ve %9,0 Sağlık Çalışanından (n=8) oluşmaktadır.

Doktorları; Uzman ve Pratisyen Doktorları,  
Hemşireleri; Başhemşire, Başhemşire Yardımcısı ve Sorumlu Hemşireleri,  
Müdür; Hastane Müdürü, Hastane Müdür Yardımcısı, Medikal ve Kalite  
Müdürünü,

Sağlık Çalışanı ise; Tıbbi Teknolog, Röntgen ve Laboratuvar Teknikerlerini kapsamaktadır.

**Tablo.14. İstanbul İlindeki ISO 9000 KYS Belgesine Sahip Hastaneler**

Hastanenin Adı	Anketi cevaplayan sayısı (n)	ISO 9000 aldığı kuruluş	Mülkiyet Yapısı
1.KARTAL SSK	6	TSE	SSK
2.PENDİK DEVLET	12	TSE	DEVLET
3.GÜMÜŞSUYU ASKERİ	7	TSE	ASKERİ
4.MEMORIAL	19	TSE	ÖZEL
5.EYÜP SSK	6	TSE	SSK
6.BAKIRKÖY EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ	9	TSE	DEVLET
7.İSTANBUL SSK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ	13	TSE	SSK
8.PAŞABAĞCI SSK	8	TSE	SSK
9.70.YIL FİZİK TEDAVİ	9	TSE	DEVLET

Tablodan da anlaşılacağı gibi, tüm örneklem dahilindeki hastaneler mülkiyetleri ne olursa olsun ISO 9000 KYS Belgelerini TSE'den almışlardır. Burada İstanbul Memorial Hastanesinden alınan anket sayısı (n=19) fazla olmasına rağmen geri dönmeyen anketler, bu hastane yöneticilerine gönderilen anketlerden oluşmaktadır.

## 9.2 ÖRNEKLEMİN ISO 9000 KGS BELGESİ ALINMASI VE UYGULANMASI SIRASINDA YAŞADIĞI SORUNLAR

ISO 9000 KGS belgesi alınması ve uygulanması sırasında yaşanan sorunlara ilişkin sorular yer almaktadır. Amaç: ISO 9000 KGS belgesi alma öncesinde karşılaşılan sorunlar ile ISO 9000 KGS belgesi alma sonrasında karşılaşılan sorunların, en çok karşılaşılan sorundan en az karşılaşılan soruna doğru sıralanması durumunda nasıl bir değişim gösterdiğinin tespit edilmesidir.

Yöntem: SPSS paket programındaki Crosstabs (çapraz tablo) ve ki-kare analizleri yapılmıştır. Çalışmada, karşılaşılan problemler en çok, orta sıklıkta ve en az karşılaşılan problemler diye 3 parametre halinde sınıflandırılmıştır.

Tablo 15.'ten de anlaşıldığı gibi, **En çok karşılaşılan sorun**, İlave iş yükü ve harcama ihtiyacının ortaya çıkması olarak belirlenmiştir: Hazırlık aşamasında 23 kişi bu soruya en çok karşılaşılan sorundur demiş. Belge alındıktan sonra ise, 8 kişi bu soruya en çok karşılaşılan sorundur demiş. Ancak Ek.1.Çapraz Tabloya bakıldığında belge alındıktan sonra hazırlık aşamasındaki bu 23 kişinin 8'i 1. soruna "Kalite Sistem Dokümantasyonun hazırlanması ve kullanımı" ve 2. soruna "Personelin bilgi ve bilinç düzeyinin düşüklüğü" en çok karşılaşılan sorundur demiş. 7'si ise, 4. soruna "Değişime karşı direnç ve ekip çalışmasındaki yetersizlik" en çok karşılaşılan sorundur demiş.

Tablo 15.'ten de anlaşıldığı gibi, belge alınma aşamasında **orta derecede karşılaşılan birinci sorun** "Kalite Sistem Dokümantasyonunun hazırlanması ve kullanımı" Hazırlık aşamasında 24 kişi bu soruya orta derecede karşılaşılan sorundur demiş. Belge alındıktan sonra 8 kişi bu soruya en çok karşılaşılan sorundur demiş. Ancak belge alındıktan sonra hazırlık aşamasındaki bu 24 kişinin, Ek.2. Çapraz Tabloya bakıldığında, 8'i 1. soruna, 7'si 3. soruna, 8'i 4. soruna orta derecede karşılaşılan sorundur demiş. Asymp sig değeri ,000 çıkmıştır. Sorunların birbirini etkilediğini göstermektedir. Belge alınma aşamasında orta derecede karşılaşılan diğer

sorunda 5. sorundur (Üst yönetimin yanlış tutumu). Belge alındıktan sonra da 16 kişi bu sorunu orta derecede önemli bir sorun olarak görmektedir.

**En az karşılaşılan sorun, 6.sorundur** “Katılım motivasyon ve ekip çalışmasındaki yetersizlik”. Hazırlık aşamasında 34 kişi bu soruya en az karşılaşılan sorundur demiş. Belge alındıktan sonra 9 kişi bu soruya en az karşılaşılan sorundur demiş. Ancak belge alındıktan sonra hazırlık aşamasındaki bu 34 kişinin Ek.3.Çapraz Tabloya bakıldığında, 24’ü 2. soruna, 1’i 3. soruna, 1’i 4. soruna, 2’si 6. soruna, 6’sı da 7. soruna en az karşılaşılan sorundur demiş. Asymp sig değeri ,000 çıkmıştır. Sorunların birbirini etkilediğini göstermektedir.

Belge öncesi ve belge sonrasında en çok karşılaşılan sorunlar için yapılan Crosstabs(çapraz tablo) ve ki-kare analizlerinden çıkan sonuçlara göre: Asymp sig değeri ,000 çıkmıştır. Bu değer %05 dan küçük olması, belge alınmadan önceki sorunlar ile belge alındıktan sonraki sorunların birbirini etkilediğini göstermektedir.

Sonuç olarak; Tablo 15 ve Ek.1,Ek.2,Ek.3’ten de anlaşıldığı gibi, **hazırlık aşamasında**, en çok karşılaşılan sorun, “İlave iş yükü ve harcama ihtiyacının ortaya çıkması” ve “Üst yönetimin yanlış tutumu”. Orta derecede karşılaşılan sorun, “Kalite Sistem Dokümantasyonunun hazırlanması ve kullanımı” . En az karşılaşılan sorun ise, “Katılım motivasyon ve ekip çalışmasındaki yetersizlik”.

**Belgelendirme sonrasında**, en çok karşılaşılan sorun, “Değişime karşı direnç”, hazırlık aşamasında olduğu gibi, “Üst yönetimin yanlış tutumu” ve “Kalite Sistem Dokümantasyonunun hazırlanması ve kullanımı”. Orta derece karşılaşılan sorun, ISO 9000 Standartlarının anlaşılabilmesi ve yanlış yorumlanması”. En az karşılaşılan sorun ise, “İlave iş yükü ve harcama ihtiyacının ortaya çıkması” ve “Personelin bilgi ve bilinç düzeyinin düşüklüğü” olarak saptanmıştır.



### 9.3 ISO 9000 BELGESİ ALMADAN ÖNCE VE ALDIKTAN SONRA 13 KRİTERDE OLUŞAN DEĞİŞİKLİK

Anketin ikinci bölümü 3. kısmında 13 adet soru için cevaplayıcılardan ISO 9000 Belgesi almadan önce ve aldıktan sonraki değişiklikler hakkında “Çok kötü, Kötü, Normal, İyi, Çok iyi” seçeneklerinden birini işaretlemesi istenmiştir. Amaç: ISO 9000 Belgesi almadan önce ve aldıktan sonra ankette oluşturulan 13 soruya verilen cevaplarda bir değişiklik olup olmadığının belirlenmesidir.

**Tablo.16.** ISO 9000 Belgesi Almadan Önce Ve Aldıktan Sonra Değişikliklerin İncelendiği 13 Kriter

1. ISO 9000 Sonrası Ve Öncesi İşgücü Verimliliği
2. ISO 9000 Sonrası Ve Öncesi Pazar Payı
3. ISO 9000 Sonrası Ve Öncesi Müşteri Şikayetlerinin Azalması
4. ISO 9000 Sonrası Ve Öncesi Tüm Süreçlerde Kalite Güvencesi
5. ISO 9000 Sonrası Ve Öncesi Kuruluş İmajı
6. ISO 9000 Sonrası Ve Öncesi Çalışma Koşulları
7. ISO 9000 Sonrası Ve Öncesi Tüm Sonuçlarda İyileştirme
8. ISO 9000 Sonrası Ve Öncesi Katılımcılığın Güçlendirilmesi
9. ISO 9000 Sonrası Ve Öncesi Eğitimin Yaygın Ve Sürekli Hale Getirilmesi
10. ISO 9000 Sonrası Ve Öncesi Kalite Maliyeti
11. ISO 9000 Sonrası Ve Öncesi Haberleşme Ve İletişim
12. ISO 9000 Sonrası Ve Öncesi Personelin Motivasyonu
13. ISO 9000 Sonrası Ve Öncesi Personelin İşten Ayrılması

Yöntem: paired t-testinin (eşlendirilmiş 2 örnek testi) nonparametrik karşılığı olan 2 related sample (Wilcoxon Signed Ranks Test) testi yapılmıştır. Burada, asymp sig (2 tailed ) değeri %05'den küçük olması, ISO belgesi almadan önceki ve aldıktan sonraki belirlenen kriterlerin birbirinden farklı olduğunu gösterir.



ISO 9000 Belgesi almadan önce ve aldıktan sonra belirlenen 13 soruda yapılan Güvenilirlik analizine göre, Alfa değeri ,9220 bulunmuştur. (Ek. 4)

ISO 9000 Sonrası ve Öncesi İşgücü Verimliliği'ne verilen cevaplardan, 52'si pozitif yönde bir değişiklik olduğu, 37'si ise değişiklik olmadığı yönündedir.

ISO 9000 Sonrası ve Öncesi Pazar Payı'na verilen cevaplardan, 37'si pozitif yönde bir değişiklik olduğu, 43'ü değişiklik olmadığı yönündedir. 10 cevap eksiktir.

ISO 9000 Sonrası ve Öncesi Müşteri Şikayetlerinin Azalması'na verilen cevaplardan, 6'sı negatif yönde, 58'i pozitif yönde bir değişiklik olduğu, 25'i değişiklik olmadığı yönündedir.

ISO 9000 Sonrası ve Öncesi Tüm Süreçlerde Kalite Güvencesi'ne verilen cevaplardan, 3'ü negatif yönde, 64'ü pozitif yönde bir değişiklik olduğu, 22'si değişiklik olmadığı yönündedir.

ISO 9000 Sonrası ve Öncesi Kuruluş İmajı'na verilen cevaplardan, 78'i pozitif yönde bir değişiklik olduğu, 3'ü değişiklik olmadığı yönündedir.

ISO 9000 Sonrası ve Öncesi Çalışma Koşulları'na verilen cevaplardan, 10'u negatif yönde, 38'i pozitif yönde bir değişiklik olduğu, 32'si değişiklik olmadığı yönündedir. 9 cevap eksiktir.

ISO 9000 Sonrası ve Öncesi Tüm Sonuçlarda İyileştirme'ye verilen cevaplardan, 48'i pozitif yönde bir değişiklik olduğu, 41'i değişiklik olmadığı yönündedir.

ISO 9000 Sonrası ve Öncesi Katılımcının Güçlendirilmesi'ne verilen cevaplardan, 9'u negatif yönde, 62'si pozitif yönde bir değişiklik olduğu, 10'u değişiklik olmadığı yönündedir. 8 cevap eksiktir.

ISO 9000 Sonrası ve Öncesi Eğitimin Yaygın Ve Sürekli Hale Getirilmesi'ne verilen cevaplardan, 67'si pozitif yönde bir değişiklik olduğu, 22'si değişiklik olmadığı yönündedir.

ISO 9000 Sonrası ve Öncesi Kalite Maliyeti'ne verilen cevaplardan, 37'si pozitif yönde bir değişiklik olduğu, 50'si değişiklik olmadığı yönündedir. 12 cevap eksiktir.

ISO 9000 Sonrası ve Öncesi Haberleşme ve İletişim'e verilen cevaplardan, 11'i negatif yönde, 60'ı pozitif yönde bir değişiklik olduğu, 18'i değişiklik olmadığı yönündedir.

ISO 9000 Sonrası ve Öncesi Personelin Motivasyonu'na verilen cevaplardan, 20'si negatif yönde, 37'si pozitif yönde bir değişiklik olduğu, 32'si değişiklik olmadığı yönündedir.

ISO 9000 Sonrası ve Öncesi Personelin İşten Ayrılması'na verilen cevaplardan, 11'i pozitif yönde bir değişiklik olduğu, 37'si değişiklik olmadığı yönündedir. 41 cevap eksiktir.

Tüm kriterlerin asymp.sig(2 tailed) değeri %05'dan küçüktür. Tüm kriterler, ISO 9000 Belgesi alımı öncesi ve sonrasında farklılık göstermiştir.

## 9.4 ARAŞTIRMA ÖRNEĞİNİN ISO 9000 BELGESİNİN OLUMLU VE OLUMSUZ YÖNLERİ

Amaç: Cevaplayıcılar açısından ISO 9000 Belgesinin kazandırdıkları, olumlu ve olumsuz yönlerinin değerlendirilmesidir.

**Tablo.17.** ISO 9000 Belgesinin Olumlu ve Olumsuz Yönleri

	OLUMLU		OLUMSUZ	
	N	%	N	%
Ulaşabileceğimiz en iyi belge	71	79,8	18	20,2
Rekabet gücümüzü arttırmak için bir zorunluluk	66	74,2	15	16,9
Kalite sistemimize bir düzen verdi	81	95	4	4,5
Tüm personeli kalite konusunda bilinçlendirdi	76	85,4	8	9
Kırtasiye ve bürokrasiyi arttırdı	31	34,8	50	56,2
Görev, yetki ve sorumlulukların uyumlu dağıtılmasını sağladı	80	89,9	9	10,1
Kendimize daha iyi hedefler belirledik	89	100	-	-
Bize sürekli iyileştirmeyi öğretti	89	100	-	-
Oto kontrol mekanizmasına işlerlik kazandırdı	72	80,9	12	13,5
İşlerin ilk defasında doğru yapılmasını sağladı	89	100	-	-
Müşteri odaklı olmamızı sağladı	84	94,4	-	-
Kaynak israfına neden oldu	64	71,9	17	19,1
Üretimde hurda, fire, atık oranını azalttı	81	91	-	-
Kaynakları daha verimli kullanmaya neden oldu	82	92,1	-	-
Tedarikçilerle ilişkilerimizi geliştirdi	81	91	-	-
Test ve muayene girdileri arttı	66	74,2	23	25,8
Toplam kalite ye giden yolda önemli bir adımdı	89	100	-	-
Kaliteyi işletmedeki tüm fonksiyonların görevi olduğunu ortaya koydu	89	100	-	-
Olsa da olur, olmasa da olur	9	10,1	52	58,4
Çok kolay oldu	31	34,8	32	36
Çok zor oldu	42	47,2	34	38,2
Katılımcılığı güçlendirdi	80	89,9	-	-
Çalışma ortamının fiziksel koşullarını iyileştirdi	75	84,3	-	-
İşletme içinde haberleşme ve iletişimi geliştirdi	89	100	-	-
Hatalarımızı düzeltmeye yardımcı oldu	89	100	-	-
Kuruluş içinde karmaşa yarattı	-	-	68	76,4
Karar alma sürecini hızlandırdı	89	100	-	-
Girdilerimizin kalitesini iyileştirdi	89	100	-	-
Müşteri şikayetlerini ve iadeleri azalttı	89	100	-	-
Üretim programına uyum yeteneğini arttırdı	34	38,2	8	9

Çıkan değerler tabloda görülmektedir. Yanıtlayıcıların toplam sayıları 89 ve yüzdeler toplamı %100'dür. Fakat yanıtlayıcılar, bazı soruları boş bıraktıklarından verilen cevap sayısına göre frekans ve yüzde (percent) değerleri düşmektedir. ISO 9000 KYS Belgesinin kazandırdıkları açısından %100 kabul gören olumlu cevaplar;

Karar alma sürecini hızlandırdı,  
 Girdilerimizin kalitesini iyileştirdi,  
 Müşteri şikayetlerini ve iadeleri azalttı,  
 Hatalarımızı düzeltmeye yardımcı oldu,  
 İşletme içinde haberleşme ve iletişimi geliştirdi,  
 Kaliteyi işletmedeki tüm fonksiyonların görevi olduğunu ortaya koydu,  
 İşlerin ilk defasında doğru yapılmasını sağladı,  
 Bize sürekli iyileştirmeyi öğretti ve  
 Kendimize daha iyi hedefler belirledik, şeklinde belirlenmiştir.

## 9.5 ARAŞTIRMA ÖRNEĞİNİN ISO 9000 BELGESİNE SAHİP OLMA İLE İLGİLİ FAKTÖRLERİ

Anketin 3. bölümünde çeşitli kaynaklardan niçin ISO 9000 KYS belgesi sahibi olmak istenildiği ile ilgili faktörler derlenmiştir. Ve yanıtlayıcılardan faktörlerin kendileri ve kuruluşları için ne derece önemli olduğu;

En az önemli faktördür=1,

Az önemli faktördür =2 ,

Normal faktördür=3,

Fazla önemli faktördür=4,

Çok fazla önemli faktördür=5, değerlerini vererek cevaplamaları istenmiştir.

Amaç: ISO 9000 KYS Belgesinin alınmasında bu faktörlerden hangileri öncelikli olmuş, hangileri en çok tercih nedenidir belirlemektir. En çok tercih edilen faktörleri belirlendikten sonra bunlara anketin 1. bölümünde yer alan Kurumun mülkiyet yapısı, Cevaplayıcıların eğitim düzeyi ve Meslekleri temel alınarak **Ki-kare** testi

yapılmıştır. Yöntem: İlk önce bu bölümdeki her bir faktör için ayrı ayrı analizler yapılmıştır (Soru analizi). Bunun için SPSS'de her bir faktörün ortalamaları belirlenerek önemlilik dereceleri sınıflandırılarak belirlenmiştir.

Ek.8'deki ortalamalar bu sorulara verilen önemlilik faktörünün ortalamasını vermektedir.

Sınıflandırma;

4 .50' nin üzerinde olanlara çok fazla önemli faktördür

4 – 4,49 arasında olanlara önemli bir faktördür

3 – 3,99 arasında olanlara normal bir faktördür

2- 2,99 arasında olanlara az önemli faktördür

1-1,99 arasında olanlar çok az önemli faktördür şeklinde yapılmıştır.

Bu sınıflandırmaya göre

Ortalamaları en yüksek olan 2. , 4. ve 26. faktörler ISO 9000 belgesinin alınmasında çok fazla önemli faktörler olmuştur.

Ortalamaları 2. derece yüksek olan 1, 3, 5, 7, 18, 22, 23, 25. faktörler de fazla önemli faktördür, bu faktörler de ISO 9000 belgesinin alınmasını etkilemiştir.

Ortalamaları orta derecede çıkan 6, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 19, 20, 21, 24. faktörler normal bir faktördür, bu belgenin alınma nedenini çok fazla etkilememiştir.

Ortalaması en az çıkan 17. Faktör (Yan sanayi ilişkilerinin iyileştirilmesi) az önemli faktördür, en az tercih nedenidir. ISO 9000 Belgesinin alınmasıyla bu faktörün etkisi yoktur, bu amaç için alınmamıştır.

ISO 9000 KYS Belgesinin alınmada bu faktörlere yapılan güvenilirlik analizinde Alfa Değeri: ,8601'dir. (Ek.5).

**Tablo.18. Eğitim Düzeyinin Çok Fazla Önemli Denilen Faktörlerle Etkisi**

FAKTÖRLER	KI-KARE AS. SİGMA	LİSE -7		ÖN LİSANS -10		LİSANS-35		YÜKSEK LİSANS-11		DOKTORA VE ÜSTÜ-26		TOPLAM				
		kişi	%	kişi	%	kişi	%	kişi	%	kişi	%	Çok faz önem fakt.	fazla önem fakt.	norm fakt.	az önem fakt.	en az önem fakt.
1. Müşterilere karşı güven oluşturulması	0,002	5	71,4	5	50	19	54,3	2	18,2	3	11,5	34	55	0	0	0
2. Müşteri memnuniyetinin artırılması	0,037	7	100	6	60	21	60	8	72,7	15	57,7	57	22	10	0	0
3. İşletmenin imaj itibarının artırılması	0,099	3	42,9	6	60	16	45,7	3	27,3	8	30,8	36	42	5	0	6
4. Müşteri ihtiyaçlarının karşılanması açısından tam uyumun sağlanması	0,001	7	100	5	50	25	71,4	4	36,4	7	26,9	48	40	1	0	0
5. Genel bir kalite kültürünün yerleştirilmesi	0,001	5	71,4	8	80	20	57,1	4	36,4	4	15,4	41	16	32	0	0
7. Verimlilik artışı sağlamak	0,023	3	42,9	4	40	13	37,1	0	0	4	15,4	24	59	6	0	0
18. Teknolojiden daha fazla yararlanma	0,017	3	42,9	4	40	17	48,6	4	36,4	7	26,9	35	35	10	4	5
22. Çalışma koşullarının iyileştirilmesi	0,163	5	71,4	4	40	22	62,9	5	45,5	16	61,5	52	23	6	8	0
23. Eğitimin yaygın ve sürekli hale getirilmesi	0,063	5	71,4	2	20	24	68,6	4	36,4	15	57,7	50	19	12	8	0
25. Haberleşme ve iletişimin geliştirilmesi	0,017	4	57,1	1	10	12	34,3	4	36,4	18	69,2	39	27	11	12	0
26. Müşteri talep ve beklentileri karşısındaki duyarlılığı ve bunu karşılama yeteneğini geliştirme	0,000	6	85,7	1	10	26	74,3	5	45,5	22	84,6	60	16	12	0	0
17. Yan Sanayi İşçilerinin İyileştirilmesi*	0,023	1	14,3	2	20	0	0	0	0	0	0	3	12	30	35	5

\*En az önemli faktördür.

Burada verilen cevaplarda, eğitim düzeyinin çok fazla önemli denilen faktörlere bir etkisi olup olmadığı araştırılmıştır.

2.Müşteri memnuniyetinin artırılması,

4. Müşteri ihtiyaçlarının karşılanması açısından tam uyumun sağlanması,

26. Müşteri talep ve beklentileri karşısındaki duyarlılığı ve bunu karşılama yeteneğini geliştirmek, ISO 9000 belgesinin alınmasında çok fazla önemli faktörlerdendir. (asmp-sig değeri, %05'den küçük değerler aldığından) Eğitim düzeyi verilen cevapları etkiliyor. Eğitim düzeyi ile ilişkilidir.

1.Müşterilere karşı güven oluşturulması

5. Genel bir kalite kültürünün yerleştirilmesi,

7. Verimlilik artışı sağlamak,

18. Teknolojiden daha fazla yararlanma,

25. Haberleşme ve iletişimin geliştirilmesi,

17. En az önemli faktör, Yan Sanayi İlişkilerinin İyileştirilmesi, eğitim düzeyi ile bu soruya verilen yanıt arasında bir ilişki vardır. (asmp-sig değeri, . 023)

3.İşletmenin imaj itibarının artırılması (asmp-sig değeri .099çıkması) %05'den büyük bir değer.

22. Çalışma koşullarının iyileştirilmesi, (asmp-sig değeri .163)

23. Eğitimin yaygın ve sürekli hale getirilmesi (asmp-sig değeri .063)

%05'den büyük olan asmp-sig değerleri için, sorulara verilen yanıt ile eğitim düzeyi birbirini etkilemiyor, birbiri ile ilişkili değildir.



**Tablo.19. Mülkiyet Yapısının Çok Fazla Önemli Denilen Faktörlerle Etkisi**

FAKTÖRLER	Kİ-KARE AS. SIGMA	ÖZEL 19		DEVLET 30		ASKERİ 7		SSK 33		Çok faz önem faktör	fazla önem fakt	norm fakt	az önem fakt	en az önem fakt
		Kişi	%	kışi	%	kışi	%	kışi	%					
1. Müşterilere karşı güven oluşturulması	0,001	0	0	14	46,7	2	28,6	18	54,5	34	55	0	0	0
2. Müşteri memnuniyetinin artırılması	0,014	15	78,9	16	53,3	6	85,7	20	60,6	57	22	10	0	0
3. İşletmenin imaj itibarının artırılması	0,021	2	10,5	15	50	4	57,1	15	45,5	36	42	5	0	6
4. Müşteri ihtiyaçlarının karşılanması açısından tam uyumun sağlanması	0,449	7	36,8	19	63,3	3	42,9	19	57,6	48	40	1	0	0
5. Genel bir kalite kültürünün yerleştirilmesi	0,019	2	10,5	16	53,3	4	57,1	19	57,6	41	16	32	0	0
7. Verimlilik artışı sağlamak	0,018	0	0	11	36,7	1	14,3	12	36,4	24	59	6	0	0
18. Teknolojiden daha fazla yararlanma	0,067	2	10,5	16	53,3	3	42,9	14	42,4	35	35	10	4	5
22. Çalışma koşullarının iyileştirilmesi	0,238	13	68,4	20	66,7	3	42,9	16	48,5	52	23	6	8	0
23. Eğitimin yaygın ve sürekli hale getirilmesi	0,319	13	68,4	16	53,3	3	42,9	18	54,5	50	19	12	8	0
25. Haberleşme ve iletişimin geliştirilmesi	0,109	13	68,4	14	46,7	3	42,9	9	27,3	39	27	11	12	0
26. Müşteri talep ve beklentileri karşısındaki duyarlılığı ve bunu karşılama yeteneğini geliştirme	0,242	13	68,4	24	80	4	57,1	19	57,6	60	16	13	0	0
17. Yan Sanayi İlişkilerinin iyileştirilmesi*	0,701	0	0	1	3,7	0	0	2	6,3	3	12	30	35	5

**En az önemli faktör\***

Çalışılan kurumun mülkiyet yapısı ile önemli bir faktördür ya da önemsiz bir faktördür denme arasındaki ilişki, önemli faktördür olarak belirtilen

1. Müşteriye karşı güven oluşturulması,
2. Müşteri memnuniyetinin artırılması,
3. İşletmenin imaj itibarının artırılması,
5. Genel bir kalite kültürünün yerleştirilmesi,

7. Verimlilik artışı sağlamak, sorularına verilen yanıtlar ile Kurumun mülkiyet yapısı arasında bir ilişki vardır. Çünkü asmp-sig değerleri %05'den küçük değerlerdir.

4. Müşteri ihtiyaçlarının karşılanması açısından tam uyumun sağlanması,
18. Teknolojiden daha fazla yararlanma,
22. Çalışma koşullarının iyileştirilmesi,
23. Eğitimin yaygın ve sürekli hale getirilmesi,
25. Haberleşme ve iletişimin geliştirilmesi,

26. Müşteri talep ve beklentileri karşısındaki duyarlılığı ve bunu karşılama yeteneğini geliştirmek,

sorularına verilen yanıt ile Kurumun mülkiyet yapısı birbirini etkilemiyor ; çünkü asmp-sig değeri %05'den büyük bir değer.

Yine;En az önemli faktör olarak belirtilen,


17. Yan Sanayi İlişkilerinin İyileştirilmesi, mülkiyet yapısı ile bu soruya verilen yanıt arasında bir ilişki yoktur. Çünkü asmp sig değeri ,701. %05'den büyük bir değer. Yani bu soruya önemsiz denmesi ile kurumun yapısı arasında bir ilişki yoktur. Kurumun kamu ya da özel vb olması etkilememiştir.

**Tablo.20. Mesleğin Çok Fazla Önemli Denilen Faktörlerle Etkisi**

FAKTÖRLER	KI-KARE AS. SİGMA	DOKTOR 30		HEMŞİRE 31		MÜDÜR 20		SAĞLIK ÇALIŞANI 8		fazla önemli fakt	normal fakt	az önemli fakt	en az önemli fakt
		kişi	%	kişi	%	kişi	%	kişi	%				
1. Müşterilere karşı güven oluşturulması	0,247	8	26,7	16	51,6	7	35	3	37,5	34	55	0	0
2. Müşteri memnuniyetinin artırılması	0,000	20	66,7	20	64,5	15	75	2	25	57	22	10	0
3. İşletmenin imaj itibarının artırılması	0,027	12	40	16	51,6	7	35	1	12,5	36	42	5	6
4. Müşteri ihtiyaçlarının karşılanması açısından tam uyumun sağlanması	0,000	10	33,3	16	51,6	20	100	2	25	48	40	1	0
5. Genel bir kalite kültürünün yerleştirilmesi	0,000	8	26,7	23	74,2	6	30	4	50	41	16	32	0
7. Verimlilik artışı sağlamak	0,100	10	33,3	9	29	3	15	2	25	24	59	6	0
18. Teknolojiden daha fazla yararlanma	0,000	11	36,7	20	64,5	3	15	1	12,5	35	35	10	4
22. Çalışma koşullarının iyileştirilmesi	0,000	19	63,3	15	48,4	16	80	2	25	52	23	6	8
23. Eğitimin yaygın ve sürekli hale getirilmesi	0,000	20	66,7	11	35,5	17	85	2	25	50	19	12	8
25. Haberleşme ve iletişimin geliştirilmesi	0,000	16	53,3	7	22,6	16	80	0	0	39	27	11	12
26. Müşteri talep ve beklentileri karşısındaki duyarlılığı ve bunu karşılama yeteneğini geliştirme	0,000	26	86,7	16	51,6	16	80	2	25	60	16	13	0
17. Yan Sanayi İlişkilerinin iyileştirilmesi*	0,000	0	0	0	0	3	15	0	0	3	12	30	35

\* Enaz önemli faktördür.

Kişilerin mesleği ile önemli bir faktördür ya da önemsiz bir faktördür denme arasındaki ilişki:

2. Müşteri memnuniyetinin arttırılması,
  3. İşletmenin imaj itibarının arttırılması,
  4. Müşteri ihtiyaçlarının karşılanması açısından tam uyumun sağlanması,
  5. Genel bir kalite kültürünün yerleştirilmesi,
  7. Verimlilik artışı sağlamak,
  18. Teknolojiden daha fazla yararlanma,
  22. Çalışma koşullarının iyileştirilmesi,
  23. Eğitimin yaygın ve sürekli hale getirilmesi,
  25. Haberleşme ve iletişimin geliştirilmesi
- 

## 9.6. ISO 9000 KYS'NE İLİŞKİN YARGILAR

**Tablo.21. ISO 9000 KYS'ne İlişkin Yargılar**

1. Devlet kurumları ile ihale ve satın alma/satma ilişkisine girildiğinde ISO 9000 önemli avantajlar sağlamaktadır
2. ISO 9000 Belgesi almadan da kaliteli üretim yapmak mümkündür.
3. ISO 9000 belgesi rekabet alanında önemli avantajlar sağlamaktadır.
4. Avrupa Birliği ve diğer pazarlarla bütünleşme sürecinde ISO 9000'in yabancı firmalarla ve yabancı ülke standartları ile uyum sağlamada önemli bir role sahip olacağı düşüncesiyle uygulama başlatılmıştır.
5. Firmamızda çalışanlar ISO 9000 sistemine uygun çalışma modelini severek benimsemişlerdir.
6. ISO 9000 uygulamaya karar verdiğimizde sistem bulunduğumuz sektörde rekabet açısından ayakta kalabilmek için mecburi hale gelmişti
7. ISO 9000 uygulamaya karar verdiğimizde sektörümüzdeki önde gelen firmalar bu belgeyi almışlardır
8. Firmamız imaj açısından ISO 9000'i uygulama ve bunu belgeleme konusunda diğer firmalardan eksikimiz olmadığını göstermek zorunda idi.
9. ISO 9000 belgesini alan bir firma kaliteyi geliştirme konusunda çabası fazla olmasa da kalite konusunda bir onay elde etmektedir.
10. ISO 9000'i uygulamadaki amaç kaliteyi güvence altına almaktan çok sistem kurmak ve firma içi disiplini sağlamaktır.
11. ISO 9000'i uygulama sonucu elde edilen getiriler umduğumuz düzeye ulaşmadı
12. Devlet bankaları ile kredi ilişkilerinde veya teşvik sisteminden yararlanmada ISO 9000 etkili olacağına inanç oldukça güçlüdür.
13. ISO 9000 çalışmalarını başlatmamızdaki temel neden ürün kalitesini arttırmaktan çok kurum imajını iyileştirmek ve resmi işlemlerde kolaylık sağlamaktır
14. ISO 9000 çalışmaları sonucunda ürün kalitemizde beklediğimiz artış tam olarak oluşmamıştır.
15. ISO 9000 çalışmaları aslında bir çok gereksiz prosedürü de içermektedir.
16. Rakipler ve diğer firmalar ISO 9000'i uygulamaya başladığı için bizde de uygulama kararı alındı.
17. ISO 9000 belgesi olma sürecinde belgelendirme kuruluşları çeşitli usulstüz taleplerde bulunabilmektedir.

İlk önce sorulara verilen yanıtların ortalamaları alınarak verilen cevaplar içinde kişilerin en çok katıldığı görüşlerin hangileri olduğu belirlenmiştir. Bunun içinde Ek.9.'a bakınız.

Ortalamalara bakıldığında ortalaması en yüksek olan 3,9326 aritmetik ortalama ile 3. Yargıdır. Cevaplayıcıların en çok katıldığı görüştür.

En az katıldığı görüş, ortalaması en düşük olanıdır. Aritmetik ortalaması 2,4719 olan 13. Yargıdır. En az görüş birliği sağlanan yargıdır.

Sınıflandırma,

3,5 ve üstü olanlara katılıyorum

3-3,49 arasında olanlara ne katılıyorum ne katılmıyorum

2-2,99 arasında olanlara katılmıyorum şeklindedir.

Buna göre 1, 2, 3 ve 10. sorulara verilen yanıtlara katılıyorum cevabı verilmiştir.

4, 5, 7.,9,10,11,14 ve 15. sorulara ne katılıyorum ne katılmıyorum yanıtı verilmiştir.

6, 8, 12,13,16 ve 17. sorulara genelde katılmıyorum yanıtı verilmiştir.

Burada amaç; bu sorulara verilen “Kesinlikle katılıyorum” yanıtlarına mesleğin, eğitim düzeyinin ve kurumun mülkiyet yapısının bir etkisi olup olmadığını belirlemektir.

Bu 17 yargının güvenilirlik analizi yapılmış, Alfa Değeri : ,7916 bulunmuştur. (Ek.6).

**Tablo.22. Eğitimin ISO 9000 KYS 'ne İlişkin Yargılara Etkisi**

YARGILAR	Kİ-KARE AS. SIGMA	LİSE -7		ÖN LİSANS - 10		LİSANS-35		YÜKSEK LİSANS-11		DOKTORA VE ÜSTÜ-26		TOPLAM					
		kısa	%	kısa	%	kısa	%	kısa	%	kısa	%	Kesinitikle Katlıyorum	Katlıyorum Ne Ne katılmıyorum	Katılmıyorum	Kesinitikle Katılmıyorum		
1. YARGI	0,004	2	28,6	2	20	11	31,4	4	36,4	1	3,8	20	26	0	37	0	6
2. YARGI	0,002	0	0	0	0	3	8,6	0	0	6	23,1	9	53	14	9	14	4
3. YARGI	0,001	2	28,6	2	20	16	45,7	4	36,4	0	0	24	35	0	30	0	0
4. YARGI	0,002	0	0	3	30	3	8,6	4	36,4	0	0	10	33	29	17	29	0
5. YARGI	0,058	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	24	9	56	9	0
6. YARGI	0,088	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	11	44	34	44	0
7. YARGI	0,002	0	0	1	10	3	8,6	4	36,4	0	0	8	44	14	17	14	6
8. YARGI	0,001	2	28,6	1	10	1	2,9	0	0	1	3,8	5	27	9	13	9	35
9. YARGI	0	0	0	0	0	7	20	0	0	0	0	7	21	0	55	0	6
10. YARGI	0,001	2	28,6	0	0	9	25,7	5	45,5	14	53,8	30	15	27	27	7	10
11. YARGI	0,012	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	42	22	22	16	9
12. YARGI	0,01	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	10	66	66	8	5
13. YARGI	0	0	0	1	10	3	8,6	4	36,4	0	0	8	25	7	10	10	39
14. YARGI	0,003	0	0	0	0	0	0	0	0	4	15,4	4	23	31	31	13	9
15. YARGI	0,026	0	0	1	10	3	8,6	4	36,4	4	15,4	12	12	50	50	6	9
16. YARGI	0	0	0	0	0	3	8,6	0	0	6	23,1	9	31	5	5	12	32
17. YARGI	0	0	0	1	10	5	14,3	0	0	6	23,1	12	26	0	0	36	15



İlk önce eğitim düzeyini kıyaslayalım...

Eğitim düzeyi ile En fazla görüş birliğine varılan 3. Yargı (ISO 9000 Belgesi Rekabet alanında önemli avantajlar sağlamaktadır) arasında bir ilişki olup olmadığı incelenirse;

Tabloya bakıldığında lise mezunu 7 kişinin 2'si kesinlikle katılıyorum, 3'ü katılıyorum ve 2'si ne katılıyorum ne katılmıyorum demiş. Bunlar da ankete katılanların %7,9'unu oluşturuyor.

Önlisans mezunu 10 kişinin 2'si kesinlikle katılıyorum, 8'i katılıyorum demiş. Bunlar da ankete katılanların %11,2'sini oluşturuyor.

Lisans mezunu olan 35 kişiden 16'sı kesinlikle katılıyorum, 10'u katılıyorum 9'u ne katılıyorum ne katılmıyorum demiş. Bunlar da ankete katılanların %39,3'ünü oluşturuyor.

Yüksek lisans mezunu 11 kişiden 4'ü kesinlikle katılıyorum, 2'si katılıyorum, 5'i ne katılıyorum ne katılmıyorum demiş. Bunlar da ankete katılanların %12,4'ünü oluşturuyor

Doktora ve üstü olan 26 kişiden 12'si katılıyorum, 14'ü ne katılıyorum ne katılmıyorum demiş. Bunlar da ankete katılanların %29,2'sini oluşturuyor..

Buradaki yüzdelerden şu anlaşılıyor: Demek ki anketteki cevapları lisans ve doktora ve üstü olan kişiler etkiliyor.

Burada Cevaplayıcıların ;

%33,7'si ne katılıyorum ne katılmıyorum

%39,3'ü katılıyorum

%27'si kesinlikle katılıyorum , şeklinde cevaplandırmış.

Ki-kare tablosundan pearson chi-square asymp sig değerine bakıldığında ,001 çıkmış. Bu değer %05'den küçük bir değer, o halde %90 güvenle veya %10 önem düzeyi ile 3.yargıya verilen yanıtlar kişilerin eğitim düzeyine bağlıdır. Eğitim ISO 9000 Belgesi rekabet alanında önemli avantajlar sağlar yargısına verilen yanıt etkiliyor. Kişilerin lise, önlisans, lisans, yüksek lisans ve doktora mezunu olmaları bu sorulara verilen yanıtları etkiliyor.

**Tablo.23. Mülkiyet Yapısının ISO 9000 KYS 'ne İlişkin Yargılara Etkisi**

YARGILAR	Kİ-KARE AS. SİGMA	ÖZEL 19		DEVLET 30		ASKERİ 7		SSK 33		Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Ne katılmıyorum Ne katılmıyorum	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
		Kişi	%	Kişi	%	Kişi	%	Kişi	%					
1. YARGI	0,000	2	10,5	7	23,7	4	57,1	7	21,2	20	36	37	0	6
2. YARGI	0,062	0	0	7	23,3	0	0	2	6,1	9	53	9	14	4
3. YARGI	0,025	2	10,5	8	26,7	3	42,9	11	33,3	24	35	30	0	0
4. YARGI	0,01	2	10,5	1	3,3	2	28,6	5	15,2	10	33	17	29	0
5. YARGI	0,175	0	0	0	0	0	0	0	0	0	24	56	9	0
6. YARGI	0,005	0	0	0	0	0	0	0	0	0	11	34	44	0
7. YARGI	0,065	2	10,5	1	3,3	2	28,6	3	9,1	8	44	17	14	6
8. YARGI	0,031	0	0	2	6,7	1	14,3	2	6,1	5	27	13	9	35
9. YARGI	0,178	0	0	4	13,3	1	14,3	2	6,1	7	21	55	0	6
10. YARGI	0,012	13	68,4	8	26,7	2	28,6	7	21,3	30	15	27	7	10
11. YARGI	0,185	0	0	0	0	0	0	0	0	0	42	22	16	9
12. YARGI	0,206	0	0	0	0	0	0	0	0	0	10	66	8	5
13. YARGI	0,005	2	10,5	1	3,3	2	28,6	3	9,1	8	25	7	10	39
14. YARGI	0,043	0	0	3	12	0	0	1	3,4	4	23	31	13	9
15. YARGI	0,103	2	10,5	4	13,3	2	28,6	4	12,1	12	12	50	6	9
16. YARGI	0,005	0	0	7	23,3	0	0	2	6,1	9	31	5	12	32
17. YARGI		0	0	7	23,3	0	0	5	15,2	12	26	0	36	15

**Amaç:** Kurumun mülkiyet yapısının bu 17 yargıya verilen yanıtları etkileyip etkilemediğinin belirlenmesidir.

Ki-kare tablosundan pearson chi-square asymp sig değerine bakıldığında ,000 çıkmış. Bu değer%10'dan küçük bir değer, o halde %90 güvenle veya %10 önem düzeyi ile 1. soruya verilen yanıtlar kurumların mülkiyet yapısına bağlıdır. Kurumların mülkiyet yapısı 1. soruya verilen yanıtı etkiliyor.

**2, 3, 4, 6, 7, 8, 10,13, 14, 16 ve 17.** sorulara verilen yanıtlar, kurumların mülkiyet yapısına bağlıdır. Kurumların mülkiyet yapısı, sorulara verilen yanıtları etkiliyor.

**5, 9, 11, 12 ve 15.** soruya verilen yanıtlar kurumların mülkiyet yapısına bağlı değildir. Kurumların mülkiyet yapısı özel, kamu, askeri,SSK kuruluşu olmaları bu sorulara verilen yanıtları etkilemiyor.

**Tablo.24. Mesleklerin ISO 9000 KYS 'ne İlişkin Yargılara Etkisi**

YARGILAR	Kİ-KARE AS. SIGMA	DOKTOR 30		HEMŞİRE 31		MÜDÜR 20		SAĞLIK ÇALIŞANI 8		Kesinlikle Katılmıyorum	Ne katılmıyorum Ne katılmıyorum	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
		Kişi	%	Kişi	%	Kişi	%	Kişi	%				
1. YARGI	0,021	6	20	11	35,5	3	15	0	0	20	37	0	6
2. YARGI	0	5	16,7	4	12,9	0	0	0	0	9	9	14	4
3. YARGI	0	6	20	15	48,4	1	5	2	25	24	30	0	0
4. YARGI	0	0	0	8	25,8	0	0	2	25	10	17	29	0
5. YARGI	0,001	0	0	0	0	0	0	0	0	0	56	9	0
6. YARGI	0,065	0	0	0	0	0	0	0	0	0	34	44	0
7. YARGI	0	0	0	8	25,8	0	0	0	0	8	17	14	6
8. YARGI	0,003	1	3,3	1	3,2	3	15	0	0	5	13	9	35
9. YARGI	0	5	16,7	2	6,5	0	0	0	0	7	55	0	6
10. YARGI	0,001	13	43,3	4	12,9	13	65	0	0	30	27	7	10
11. YARGI	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	22	16	9
12. YARGI	0,003	0	0	0	0	0	0	0	0	0	66	8	5
13. YARGI	0	0	0	8	25,8	0	0	0	0	8	7	10	39
14. YARGI	0,003	4	13,3	0	0	0	0	0	0	4	31	13	9
15. YARGI	0,003	4	13,3	8	25,8	0	0	0	0	12	50	6	9
16. YARGI	0	5	16,7	4	12,9	0	0	0	0	9	5	12	32
17. YARGI	0	5	16,7	5	16,1	0	0	2	25	12	0	36	15

**Amaç:** Kişilerin mesleklerinin bu 17 yargıya verilen yanıtları etkileyip etkilemediğinin belirlenmesidir.

**1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10. 11. 12. 13. 14. 15.16.17.** Tüm Sorulara verilen yanıtlar kurumların mesleklerine bağlıdır. Kişilerin doktor, hemşire, müdür ya da sağlık çalışanı olmaları bu sorulara verilen yanıtları etkiliyor.



## 10. ARAŞTIRMA SONUÇLARI

Araştırmada uygulanan analizlerin sonucuna göre Ho hipotezleri kabul edilmiştir. Anketimize verilen cevaplarda, ISO 9000 KYS kurma çalışmalarında:

### Belgelendirme öncesinde;

*“İlave iş yükü ve harcama ihtiyacının ortaya çıkması”*,

*“Üst yönetimin yanlış tutumu”*, önemli bir sorun olarak görülmektedir.

### Belgelendirme sonrasında ise;

*“Değişime karşı direnç”*,

*“Üst yönetimin yanlış tutumu”*,

*“Kalite Sistem Dokümantasyonunun hazırlanması ve kullanımı”* önemli bir sorundur denilmektedir.

*“ISO 9000 Standartlarının anlaşılabilmesi ve yanlış yorumlanması”* orta derece de bir sorun, *“Katılım motivasyonu ve ekip çalışmasındaki yetersizlik”* en az karşılaşılan sorun olarak görülmektedir.

### ISO 9000 Sonrasında,

- *Kuruluş İmajı,*
- *Eğitimin Yaygın Ve Sürekli Hale Getirilmesi,*
- *Tüm Süreçlerde Kalite Güvencesi,*
- *Tüm Sonuçlarda İyileştirme,*
- *İşgücü Verimliliği ve Katılımcılığın Güçlendirilmesinde”*,

ISO 9000 Öncesine göre pozitif yönde bir değişim görülmektedir. *“Personelin işten ayrılması”* ile ilgili kriter ise, ISO 9000 sonrasında ve öncesinde değişikliğin eşit yönde olduğudur.

Araştırmaya konu olan ISO 9000 belgesine sahip hastanelerin mülkiyeti %21,3 özel, %33,7 devlet, %7,9 askeri, %37,1 SSK'dır. Anketi cevaplayan yöneticilerin eğitim durumu, %7,9 lise, %11,2 önlisans, %39,3 lisans, % 12,4 yüksek lisans,

%29,2 doktora ve üstüdür. Meslekleri ise, %33,7 doktor, %34,8 hemşire, %22,5 müdür, %9,0 sağlık çalışanıdır.

ISO 9000 belgesine sahip hastaneler belgelendirme kuruluşu olarak ulusal kuruluşumuz TSE'yi seçmişlerdir.

ISO 9000 KYS Belgesinin kazandırdıkları açısından %100 kabul gören olumlu cevaplar;

- *Karar alma sürecini hızlandırdı,*
- *Girdilerimizin kalitesini iyileştirdi,*
- *Müşteri şikayetlerini ve iadeleri azalttı,*
- *Hatalarımızı düzeltmeye yardımcı oldu,*
- *İşletme içinde haberleşme ve iletişimi geliştirdi,*
- *Kaliteyi işletmedeki tüm fonksiyonların görevi olduğunu ortaya koydu,*
- *İşlerin ilk defasında doğru yapılmasını sağladı,*
- *Bize sürekli iyileştirmeyi öğretti,*
- *Kendimize daha iyi hedefler belirledik şeklinde belirlenmiştir.*

Araştırma bulgularında görüldüğü gibi, kurumun mülkiyet yapısı, cevaplayıcıların eğitim düzeyi ve meslekleri ile sorulara verilen yanıtlar arasında bir ilişki görülmektedir.

#### Deneklerin eğitim düzeylerine göre verdiği cevaplar:

Lise mezunları, ISO 9000 Belgesini devlet ihaleleri, rekabet avantajı ve firma içi disiplini sağlamak için gerekli görürken, yine lise mezunlarınca, müşteri memnuniyeti ve müşteri ihtiyaçlarının karşılanması açısından ISO 9000 Belgesi önemli bir faktördür denilmektedir.

Önlisans ve lisans mezunları, ISO 9000 Belgesini, Avrupa Birliği ile bütünleşme sürecinde yabancı ülke standartları ile uyum sağlamada önemli bir role sahip olduğu düşüncesi ile gerekli görmektedirler.



Yüksek lisans ile doktora ve üstü mezunlar, ISO 9000 Belgesini, firma içi disiplini sağlamak için gerekli görmektedir.

Deneklerin çalıştıkları hastanelerin mülkiyet yapısına göre verdiği cevaplar:

Özel hastaneler ve devlet hastanelerinde çalışanlar firma içi disiplini sağlamak için ISO 9000 Belgesinin gerekliliğini savunurken, Askeri hastanelerde çalışanlar ISO 9000 Belgesini devlet ihaleleri ve rekabet avantajı için gerekli görmektedir. SSK hastaneleri de rekabet avantajı için ISO 9000 Belgesinin gerekliliğini savunmaktadır.

Deneklerin mesleklerine göre verdiği cevaplar:

Doktorlar, firma içi disiplini sağlamak ve müşteri memnuniyeti ve taleplerinin karşılanması yanında eğitimin sürekli hale getirilmesi için ISO 9000 Belgesini gerekli görmektedir. Hemşireler, rekabet avantajı sağlamak ve teknolojiden daha fazla yararlanmak için ISO 9000 Belgesinin gerekliliğini savunmaktadır. Müdürler, firma içi disiplinin sağlanması için ISO 9000 Belgesinin gerekliliğini savunurken, aynı zamanda müşteri ihtiyaçlarının karşılanması açısından tam uyumun sağlanması için ISO 9000 Belgesini önemli bir faktör olarak görmektedir. Çalışma koşullarının iyileştirilmesi için de ISO 9000 Belgesini gerekli görmektedirler. Sağlık Çalışanları ise, Avrupa Birliğine uyum ve genel bir kalite kültürünün yerleştirilmesi açısından ISO 9000 Belgesini gerekli görmektedir.

## SONUÇ

AB'de sağlık konuları, sosyal politikalar içinde yer almaktadır. Birliğe üye ülkeler, sosyal politikalarını değiştirme, tek tip veya ülkelerüstü bir sosyal politika uygulama yönünde bir düzenlemeye gitmemiştir. Sağlık politikaları, ulusal düzeyde organize edilmiş olup, ülkelerarasında sağlık ve finansman sistemleri, hizmet sunumu, mevzuat ve uygulama konularında farklılıklar bulunmaktadır.

Sağlık sektöründe yaşanan gelişmeler, hastalıklara uygulanan yeni tedavi yöntemleri ve yeni teknoloji maliyetleri arttırmaktadır. Buna karşılık kaynakların kısıtlı olması, bunların en etkin şekilde kullanılarak, en yüksek kalitenin hedeflenip sürekliliğinin sağlanması gerektirmektedir. Günümüzde hastane hizmetlerinde kalite kavramı çok sık kullanılmaktadır. Sağlık hizmet sektöründe kalite, dış baskılar, hastaların bilinçlenmeleri ve konunun insan yaşamı ile ilgili olması nedeniyle daha da önem kazanmıştır.

Kalite günümüz şletmelerinin en çok konuşulan kavramlarından birisidir. Çünkü kalite sadece teknik bir yöntem olmaktan çıkmış, şletmelerin müşterilerini memnun etmeye ve şletme içinde tüm birimlerin optimizasyonunu sağlamaya yönelik bir şletme yönetim aracı olarak kabul görmeye başlamıştır (Berthod,1996: 30).

Avrupa Birliği ile uyum çalışmaları çerçevesinde bu alanda atılacak adımlar çok önem kazanmaktadır. Emek-yoğun bir sektör olan sağlık sektörü, günümüzde çağdaş dünyanın uyguladığı uluslararası normlara uygun olma koşulunu yerine getirmek zorundadır.

Sıfır hata hedefli TKY ve ona ulaşmak için kullanılan ISO 9000 standartları sağlık sektöründe de kullanım alanı bulmuştur.

Toplam kalite yönetiminin uygulanabilmesi öncelikle, sürekliliğe, takım çalışmasına, hastane yönetimine, planlamaya, sistem ve yöntemlere bağlı

bulunmaktadır. Bunun yanında ayrıca beşeri ilişkiler, liderlik, eğitim ve haberleşme önem taşımaktadır. Bugünkü şartlarla hastanelerin ve üst yöneticilerin toplam kalite yönetimini uygulayabilmeleri mümkündür; çünkü sürekli kalite iyileştirme faaliyetlerinin ilk adımı Toplam Kalite Yönetimi felsefesinin benimsenmesi ve bunun sonucunda her müşterinin (iç ve dış), tatmin olacağına inanılmasıdır.

ISO 9000 Kalite Güvence Sistemi, hizmet süreçlerinin standardizasyonunu, eksikliklerinin belirlenmesini ve uygunsuzluklarının giderilmesini bir araçtır. Sağlık hizmetinin kalitesindeki sorumluluk anlayışı, tüm çalışanları ilgilendirmektedir. Belgelendirme çalışmaları hastanedeki tüm çalışanları ilgilendirmektedir.

Hastanelerde Kalite Güvence Sisteminin kurulmasının doğal bazı güçlükleri vardır. Araştırmamız göstermiştir ki, belgelendirme öncesi “İlave iş yükü ve harcama ihtiyacının ortaya çıkması” ,“Üst yönetimin yanlış tutumu”, belgelendirme sonrasında ise, “Değişime karşı direnç”, “Üst yönetimin yanlış tutumu”, “Kalite Sistem Dokümantasyonunun hazırlanması ve kullanımı” karşılaşılan en önemli zorluklardır. Etkin ve verimli bir Kalite Güvence Sisteminin kurulabilmesi her şeyden önce üst yönetimin kesin kararına, inancına ve desteğine bağlıdır.

Bu saha çalışması, ISO 9000 Belgesinin temelde müşteri memnuniyeti ve müşteri ihtiyaçlarının gereken şekilde karşılanıp güven duygusunun oluşturulması amacıyla alındığı yönünde bir izlenim vermektedir. Ve yine sonuçlar gösteriyor ki, cevaplayıcıların, ISO 9000 Belgesine sahip olma isteklerinin altında yatan önemli temel nedenlerden biri, “*Rekabet alanında önemli avantajlar sağlamasıdır*”.

İlginç bir sonuç da “*Devlet kurumları ile ihale ve satınalma/satma ilişkisine girildiğinde ISO 9000 önemli avantajlar sağlamaktadır*” yargısı temel nedenlerden biri olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu da ticari birtakım faaliyetlerin daha kolay yürütülmesi için gerekli bir şart olarak algılandığı anlamına gelmektedir.

Araştırma bulgularında, “Katılım motivasyon ve ekip çalışmasındaki yetersizlik” en az karşılaşılan sorun olarak görülmektedir. Bu da hastane

alışanlarının ekip çalışma bilincini ortaya koymaktadır. Hastaneler takım çalışmasına doğaları gereği yatkın işletmelerdir.

Elde edilen bilgiler, belge sahibi olmak isteyen Hastanelerin yöneticilerine, ISO 9000 KYS belgesi alınması ve uygulanması sırasında yaşanan sorunlar ve ISO 9000 KYS'nin uygulanabilirliğine ilişkin yargılar hakkında fikir verir. Araştırmanın teorik bölümünde ise, hastanelerde kalite ile ilgilenenlere, bu konular ile ilgili bilgiler sunulmaktadır.



**KAYNAKÇA**

ADIGÜZEL, Ayfer.,

- 2001 "AB'ye Uyum Sürecinde Türkiye'de Akreditasyon ve Belgelendirme"  
Dünya Gazetesi. 5 Aralık Çarşamba.

AK, Bilal ve Mustafa METE.,

- 2001 "Hemşirelik Hizmetlerinde Standartlar" Sayı 473 Mayıs Yıl:40 Standart  
Dergisi,

AKAL, Zeki.,

- 1995 "Toplam Kalite Yönetimi ve Performans Ölçme ve Değerlendirme  
Sistemleri", MPM Kalite Özel Sayısı, Ankara.

AKÇALI, İlkay.,

- 2000 "Hastane Hizmetlerinde Kalite Geliştirme ve Uygulama" İstanbul  
Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Fakültesi Sayısal  
Yöntemler Bilim Dalı Doktora Tezi Danışmanı: Prof. Dr. Yılmaz  
TULUNAY.

AKGÜN,H.Seval.ÖZTÜRK,Ayşin.,

- 2002 "Sağlık Hizmetlerinde Kalite ve Hasta Tatmini" Modern Hastane  
Yönetimi Dergisi, cilt 6. Nisan-Mayıs-Haziran,

AKTAN,Can.,

- 1997 "Uluslar Arası Standartlar Örgütü(ISO)nun Kalite Güvencesi İle İlgili  
Olarak Tespit Ettiği Standartlar", Değişim ve Yeni Global Yönetim,  
MESS Ekim

AKTÜRK,Rıdvan.,

- 1994 "Sağlıkta Kalite," Önce Kalite. No:7 Nisan

ALEMDAR, Esra.,

- 1998 “Toplam Kalite Yönetimi ve Müşteri Memnuniyeti” Kamu Yönetiminde Kalite 1.Ulusal Kongresi, 26-27 Mayıs.II. Cilt TODAİE

ATILLA, Andaç.,

- 1999 “2000 Yılında ISO 9000, 9001,9004 Kalite Yönetim Sistemi Standartları” MESS Yayınları

ARDIÇ Kadir. BAŞ Türker

- 2001 “Sağlık Sektöründe Hizmet Kalitesinin (Müşteri Tatmininin) Ölçülmesi: Sakarya Doğum ve Çocuk Bakımevi Hastanesinde Bir Uygulama” Bilgi Sosyal Bilimler Dergisi Değişim Yayınları

ARIKBAY,Canan- BOZKURT,Rıdvan.,

- 2002 “Kalite Yönetim Sistemlerine İlişkin ISO 9000:2000 Uluslararası Standartları ve Getirdikleri” Verimlilik Dergisi 2002/3

ATABEY, Y.Ayşegül.,

- 2000 “Gümrük Birliğinin Türkiye Ekonomisi Üzerinde Muhtemel Etkileri” Selçuk Üniv.Sosyal Bilimler Meslek Yüksekokulu Dergisi, KONYA

ATILLA, Andaç.,

- 1999 “2000 Yılında ISO 9000,9001,9004 Kalite Yönetim Sistemi Standartları” MESS Yayınları

AVCI IŞIK,Niltüfer .,

- 2002 Türkiye- Avrupa Birliği İlişkileri ve Sağlık T.C.Sağlık Bakanlığı Avrupa Birliği Koordinasyon Dairesi Başkanlığı, ANKARA

**BAKİ, Birdoğan.,**

2002 “ISO 9000 Kalite Güvence Sistemi (KGS) ve Doğu Karadeniz Bölgesindeki Uygulamalarının İncelenmesi” Pazarlama Dünyası, Yıl: 16, Sayı:2002-05, Eylül-Ekim

**BARLAS, Nilgün.,**

2001 “Hastanelerde st Yönetimin ISO 9000 Kalite Güvence Sistemi’ne Geçiş Aşamasında Yaşadığı Sorunlar ve Osmangazi Üniversitesi Hastanesi’nde Bir Uygulama rneği” Yüksek Lisans Tezi, İst.nv Sos.Bil.Enst. İşletme Yönetimi ve Organizasyon Anabilim Dalı. Danışmanı: Huriye Çatalca

**BAşTüRK, Atalay.,**

2001 “Türkiye’de Akreditasyon ve TÜRKAK” Dünya Gazetesi, 5 Aralık arşamba

**BASA, A.Rıza.,**

2001 “Türkiye – Avrupa Birliği İlişkileri Ve Ulusal Programımızda Sosyal Politikalar” Mercek Dergisi Nisan Yıl:6 Sayı:22

**BEKTAş, etin.,**

2001 “Toplam Kalite Yönetiminin Hizmet İşletmelerinde Uygulanmasına Yönelik Bir Model nerisi” Standart dergisi Kasım Yıl:40, Sayı:479

**BİÇKES, Mehmet.,**

2000 “Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi”, Standart, 458 şubat

**BOZDEMİR, Nafiz ve SAATÇI, Esra.,**

1997 Aile Hekimliği Ders Notları, Adana. ukurova nv. Tıp. Yayın No: 33.



BOZKURT, Rıdvan.,

1995 "Hizmet Endüstrisinde Kalite" Verimlilik Dergisi, MPM Yayınları, özel sayı

BOZKURT, Rıdvan.,

1996 ISO 9000 Uygulamasında İşletmelerde İstatistiksel Proses Kontrol Teknikleri, Bilim Teknik Yayınevi, İstanbul

CAFOĞLU, Ahmet.,

2000 "AB'ye Uyumda Standart ve Kalite", ISO Dergisi, Mayıs

CAN, Nejla.,

2001 "Avrupa Birliğine Entegrasyon Sürecinde Türk Sağlık Sektörünün Durumu", Türkiye Ulusal Sağlık Programı, Sağlık Bakanlığı Avrupa Topluluğu Koordinasyon Dairesi Başkanlığı Çalışma Dokümanı

CEYHAN, E. VE ATEŞOĞLU GÜNEY, N.

1997 Avrupa'da yeni güvenlik arayışları: NATO-AB-Türkiye, Afa Yayınları, Ankara

CEYHUN, Ozan.-LELOĞLU, Duygu.,

2000 Brüksel El Kitabı, Aksoy Yayıncılık, İstanbul.

ÇATALCA, Huriye,

1989 "Hastane Hizmetlerinde Kalite Sağlama Ve Değerleme Sistemleri Ve Örnek Olaylar", (Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi, İşletme Yönetimi Ve Organizasyon Anabilim Dalı,).

ÇORUH, Mithat.,

1998 "Hastanelerde Toplam Kalite Yönetimine Nasıl Geçmeli" Modern Hastane Yönetimi Cilt:2, Sayı:2, Mart

ÇORUH, M.,

- 1998 “Hastanelerimizde Kalite İyileştirme Girişimleri”, Moderne Hastane Yönetimi, c.2, Haziran- Temmuz

DEMİRBILEK, Sami.,

- 2001 “AB Üyeliğinin Sosyal Boyutu Ulusal Program Çerçevesinde Üyelik Sürecinde Yaşayacağımız Değişim” mercek dergisi nisan yıl:6 sayı:22

DRUCKER F.P.,

- 1998 21. Yüzyıl İçin Yönetim Tartışmaları, İstanbul, Epsilon Yayınevi,

ECER, H. Ferhat- DEMİREL, Yavuz- USLU, Sevilay.,

- 2002 “Sağlık Sektöründe Toplam Kalite Yönetiminin Uygulanabilirliği Üzerine Bir Araştırma”, Standart Dergisi, Ekim

ENGİN, Orhan.,

- 2002 “Kalite Ve Verimliliğin Arttırılmasında Standartların Rolü” Standard Dergisi, Kasım 2002.

ERDOĞAN, İbrahim.,

- 1998 “Hastane Yönetiminde ISO 9000 Standartları”, Modern Hastane Yönetimi, c.2, s.5, (Haziran- Temmuz 1998)

ERDOĞAN, İbrahim.,

- 1997 “Sağlıkta Uluslararası Standartlar”, Modern Hastane Yönetimi, Eylül s.2

ERDOĞAN, Mustafa.,

- 2003 “AB’ye Uyum Denince”, Tercüman Gazetesi, 23 Haziran

EREN, Erol.,

2000 Stratejik Yönetim ve İşletme Politikası, Beta Yayınları, 5.Baskı, İstanbul

ESİN.Alp.,

1993 "Küçük ve Orta Ölçekli Şirketlerde Yönetim ve Uygulama" Standart, yıl32, sayı 379, Temmuz 1993

ESİN.Alp.,

1999 "ISO 9000 Işığında Toplam Kalite", Pan Matbaacılık, Ankara

ERİŞ, Meral Gezgin.,

2001 "Avrupa Birliği Türkiye İlişkileri: Yeni Yaklaşımlar" Mercek Dergisi Nisan Yıl:6 Sayı:22

FINDIKÇI, Aydın.,

1996 "Türkiye- Avrupa Birliği Ortaklık İlişkilerinin Hazin Sonu" Mülkiye dergisi Cilt: XXV Sayı:227

GAVCAR, Erdoğan.,

2001 "ISO 9000 Toplam Kalite Yönetimi İçin Yeterli Mi?" Standart dergisi Sayı 475 Temmuz Yıl:40

GÖKMEN, Oya.,

1998 "Dr. Zekai Tahir Burak Kadın Hastanesi'nde ISO 9001 Öncesi ve Sonrası" Modern Hastane Yönetimi Cilt:2 Sayı:6 Ağustos- Eylül

GÖZLÜ, Sıtkı.,

1990 "Endüstriyel Kalite Kontrolü", İTÜ İşletme Fakültesi, Teknik Üniversite Matbaası, İstanbul

GÜNUĞUR, Haluk.,

- 1996 Avrupa Birliği Bütünleşmesinin Tarihsel Gelişimi (Dünü, Bugünü, Yarını)Avrupa Birliği El Kitabı, 3. Baskı.

HOCKMAN, Kynberly.

- 1994 “Road Map To ISO 9000 Registration”, Quality Progress, May

JULİN,Andreas – SOLAK, A Osman.,

- 2000 “ISO 9000 ve Avrupa Birliği” Standart Dergisi, Şubat

KARABULUT Kerem. YAPRAKLI Şükrü.,

- 2001 “Sağlık Hizmetlerinde Algılanan Kalite Düzeyinin Belirlenmesi–Erzurum’da Bir Uygulama” Atatürk Üniversitesi İ.İ.B.Dergisi, Cilt:15, Mart 2001 Sayı:1-2

KARAGÜLLE, Zeki.,

- 1993 “Sağlık Hizmetlerinde Kalite” TSE Yayınları Yıl 32, sayı 375, Nisan

KARAKOÇ, Hüseyin.

- 1999 “Son Dönem AB-Türkiye İlişkileri Katılım Ortaklığı Belgesi ve Ulusal Program” Mercek dergisi

KARLUK, Rıdvan.,

- 1991 Uluslararası Ekonomi, Genişletilmiş Üçüncü Baskı, Bilim Teknik Yayınevi, İstanbul

KARLUK, R.,

- 1976 “Ekonomik Birleşmeler Teorisi Yönünden Türkiye’nin AET Üyeliği ve Sanayileşme Sorunu” Eskişehir İkd. ve Tic. Bilimler Akademisi Yayınları No:192/104 Eskişehir

KAVRAKOĞLU, İbrahim.,

- 1998 Kalite, Kalite Güvencesi ve ISO 9000, Rekabetçi Yönetim Dizisi No:1,  
3.Basım, KalDer Kalite Derneği.

KAVUNCUBAŞI, Şahin.,

- 2000 “Hastanelerde Örgütsel Performans Ölçümü: Hastaneler Arası Kalite ve Verimlilik Karşılaştırması” Sağlık hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi ve Performans Ölçümü Sempozyumu, Haberal Eğitim Vakfı, Ankara, Kasım

KILINÇ, Uğur.,

- 1990 Türkiye-Avrupa Topluluğu İlişkileri Ekonomik, Sosyal, Siyasi, Hukuki ve İdari Yönden 1983-1988. TOBB Yayını, Ankara

KIYMIR, Bülent.,

- 1995 “Sağlık Kuruluşlarında Kalite Yönetimi” 1. Ulusal Sağlık Kuruluşları ve Hastane Yönetimi Sempozyumu, 4-7 Mayıs 1994, Kuşadası- Aydın, Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir

KOBU, Bülent.,

- 1987 Endüstriyel Kalite Kontrolü, 2. Baskı İstanbul Üniversitesi Yayınları

KOCADAĞ, Zahide – ÖZGEN, Hacer.,

- 1995 “Toplam Kalite Yönetimi: Sağlık Bakanlığı Hastaneleri İçin Bir Model Önerisi”, 1. Ulusal Sağlık Kuruluşları ve Hastane Yönetimi Sempozyumu, 4-7 Mayıs 1994, Aydın, Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir Basım Yılı 1995

KOÇ Haluk.,

- 2001 “Hizmet Sektöründe Kalite” Mercek Dergisi Yıl:6, Sayı:22 Nisan

KOPARAL, Celil.

- 2000 Yönetim ve Organizasyon, 3. baskı Ağustos-2000 Anadolu Üniversiteleri İktisat-İşletme Fakülteleri 19.Bölüm

KOSAVA, Zülfikar.,

- 2001 “İSO 9001:2000’DE Kuruluş Kapsamı ve Personel Yaklaşımı”, Dünya Gazetesi, 5 Aralık Çarşamba

KÖKSAL,Adnan- AKBEYİK, Hüda verdi.,

- 2002 “Çağdaş Yönetim Anlayışı ve Hastane Yöneticiliği” Modern Hastane Yönetimi Dergisi, Ocak- Şubat- Mart

KUŞ, Hasan.,

- 2000 “Sağlık Sektöründe Akreditasyon ve ISO Standartları” Modern Hastane Yönetimi Cilt 4/sayı 2/ Mart-Nisan

MARCHMENT, Mike.,

- 1993 “Towards a Formalization of Quality in Health Care Contrast” Health Services Management Research, Vol.6, No:14, November

MERİÇ, Mürüvvet ve diğerleri.,

- 2000 “ISO 9000 ve Hemşire Meslek Elemanlarının Düşünceleri” Modern Hastane Yönetimi, c.4, s.2, (Mart-Nisan ).

MIYAUCHI, Ichiro.,

- 1999 “Quality Management in Japan”,June 21-23,International Congress and Exhibition Hall,İstanbul.

ÖZCAN, K.Cezmi.,

- 1996 “Sağlık Hizmetlerinde Kalite, Sağlık Hizmetlerinde TKY ve Performans Ölçümü”, Haberal Eğitim Vakfı, Ankara Kasım, s.58

ÖZCAN, Selami.,

- 2002 “Uluslar arası rekabette ISO 9000 Standartları ve Rekabet Gücüne Etkisi” Yıl:16, sayı: 2002-02 Mart-Nisan

ÖZKAN, Yılmaz, ZENGİN, Hayrettin.,

- 2001 “KOBİ’ler ve ISO 9000”, I. Ulusal Üretim Araştırmaları Sempozyumu Bildiriler Kitabı, İstanbul, Ekim-1997.

ÖZKARA, Belkıs.,

- 1997 “Hizmet İşletmeleri İçin Bir Toplam Kalite Yönetimi Modeli”Manisa Celal Bayar Üniversitesi İİBF Yönetim ve Ekonomi Dergisi, Sayı:3

PEKDEMİR, I. Mendiş.,

- 1992 “İşletmelerde Kalite Yönetimi- Kavramlar Kalite İyileştirme Süreci Vak’aları”, Beta Basın Yayın Dağıtım A.Ş.

PEŞKİRCİOĞLU, Nurettin.,

- 1995 “ISO 9000 Uygulama Süreci ve Sonrası”, Verimlilik MPM Yayınları,

PEŞKİRCİOĞLU, Nurettin;

- 1994 “Toplam Kalite Yönetimi Sistemi ve ISO 9000 Standartları”, Verimlilik Dergisi, Cilt:23, S:1, Ankara.

RIDLEY, S.,

- 1995 New Business Culture For Tourism And Hospitality Organization” International Journal Of Contemporary Hospitality Management. VII

SANDERS, D. A. – SANDERS, J. A. – JOHNSON III, R. H. VE SCOOT, C. F.,

- 1994 “ISO 9000: Nedir? Niçin? Nasıl?” Çev. Gönül YENERSOY, İstanbul: Rota Yayın Yapım Tanıtım Tic. Ltd. Şti.,



SAYGIN, Şekip Murad.,

- 1999 “ISO 9000 Kalite Güvence Sistemi Ve Uluslararası Pazarlama Açısından Önemi (Ege Bölgesi Çapında Bir Araştırma) Dokuz Eylül Üniversitesi- Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Ana Bilim- Uluslararası İşletmecilik Programı- Yüksek Lisans Tezi- Danışman Öğr. Üyesi Doç. Dr. İkbâl AKSUZU – İzmir-1999

SEÇİM, Hikmet.,

- 1991 “Hastane Yönetim Ve Organizasyonu- Türkiye’de Hastanelerin Organizasyonu İçin Bir Model Önerisi”, İşletme Fakültesi Yayın No:252, İşletme Enstitüsü Yayın No:145

SEYİDOĞLU, Halil.,

- 1998 “Uluslar arası İktisat, Teori Politika ve Uygulama”, Geliştirilmiş 12. Baskı, İstanbul

SUBAŞILAR, Birgül.,

- 2000 “Hastanelerde Kalite Güvence Sistemi Kurulması ve ISO 9000 Standartlarının Uygulanması” Hastane İşletmeciliği Dergisi Cilt 1 Sayı 2/3

SÜMBÜLOĞLU, K., SÜMBÜLOĞLU, V.,

- 1990 Biyoistatistik, Hatipoğlu Yayınevi, Ankara.

ŞAHİN, Ümit.,

- 2000 “ISO 9001 İçin Öneriler” Hastane İşletmeciliği Dergisi, Sayı: 6/7, Ağustos 2

ŞAHİN, Ümit.,

- 1999 “Hastane İşletmeciliğinde Kalite”, Eskişehir-1999,

ŞAHİN, Ümit.,

1999 “Hastane İşletmeciliğinde ISO 9000 Kalite Güvence Sistemi”Sağlık Dergisi Ocak, Sayı:18

ŞİMŞEK, Muhittin.,

1996 “Kalite Yönetimi”, Marmara ü. Teknik Eğitim Fakültesi Yayın No:11, İstanbul

T.S.E .,

2001 “ISO 9000:2000 Kalite Yönetim Sistemleri” Temel Eğitim Notları Sağlık Bakanlığı

TANYEL.Ferruh.,

2001 Küçük ve Orta Ölçekli İşletmelerde ISO 9000 Uygulamaları T.C.Sanayi ve Ticaret Bakanlığı KOSGEB Varan Matbaacılık

TARIM, Mehveş.,

1999 “Hizmet Organizasyonlarında (Hastanelerde) Kalite”, Prof.Dr.N. Ekin’e Armağan İstanbul.

TAŞKIN, Erdoğan.,

1993 “Kalite Başlangıçtır”, Anahtar, M.P.M., Yıl:5, S:56, Ankara

TOKAT, Mehmet.,

2000 “1997 Yılı Türkiye Sağlık Harcamaları ve Finansmanı”Sağlık Bakanlığı, sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü

TOKER, M. Hakan.,

1989 “AB’ye Tam Üyelik Yolunda Ulusal Program” Gümrük Dergisi Yıl:10 Sayı:38

TOKTAMIŞOĞLU, Murat.,

- 1997 “Sağlık Kuruluşlarının Standardizasyonu ve Akreditasyonu” Toplum ve Hekim Dergisi, c.12, s.77, Ocak-Şubat

TOKYÜREK, Malhan.

- 1997 “Sağlık hizmetlerinde talebi etkileyen faktörler”, Modern hastane yönetimi, yıl 1, sayı 3

ULUSOY, Oğuz.,

- 2002 “Uluslar Arası Standartlaştırma ve Uluslar Arası Ticaret”, Standart Dergisi, Mart. Çev.Paul- Henri RAVIER ‘in 5 Haziran 2000 tarihinde Cenevre’de ISO Kongresi İçin Hazırlamış Olduğu Konuşma

UYSAL, Ceren.,

- 2001 “Türkiye–Avrupa Birliği İlişkilerinin Tarihsel Süreci ve Son Gelişmeler” *Akdeniz İ.İ.B.F.Dergisi, (1), 140-153.*

UYSAL, Füsun-BUZKAN, Sibel.,

- 1997 “Türkiye’de ISO 9000’e Bakış” 1.Ulusal Üretim Araştırmaları Sempozyum Bildirileri, 30-31 Ekim

VURAL, Gülay.,

- 2002 “Sağlık Kurumları - Kalite – Etik”, Modern Hastane Yönetimi Dergisi, Cilt:6, Sayı:2, Nisan Mayıs Haziran 2002

VURAL, Özle.,

- 2000 “Mükemmel Müşteri Memnuniyeti” Hastane İşletmeciliği Dergisi, Aralık 1999 – Ocak 2000. Yıl:1, Sayı:4-5

**YILDIRIM, S.,**

1994 "Sağlık Hizmetlerinde Harcama ve Maliyet Analizi", DPT Yayın No:2350, Ankara.

**ZORLITUNA, Yaman.,**

1998 "Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi", Sağlık Yönetiminde Devamlı Kalite İyileştirme Sempozyumu-Bildiriler, Haberal Eğitim Vakfı Yayınları, Ankara

**DPT,**

2000 Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı Türkiye-Avrupa Birliği İlişkileri Özel İhtisas Komisyonu Raporu, Ankara,

**İKV**

2001 "Türkiye'nin Avrupa Birliği'ne Katılım Süreci" İktisadi Kalkınma Vakfı Mayıs

**Sağlık Bakanlığı-----Sağlık İstatistikleri (Çeşitli Sayıları)**

**T.C. Başbakanlık DPT Müsteşarlığı.**

1995 7. Beş Yıllık Kalkınma Planı Özel İhtisas Komisyon Raporu "Türkiye ve Avrupa Entegrasyonu" Ocak-Ankara Yayın No:DPT 2377 ÖİK:441

**Türk Standartları Enstitüsü,**

2001 "ISO 9000:2000 Kalite Yönetim Sistemleri Temel Eğitim El Kitabı," Ankara Kalite Müdürlüğü.

## **WEB ADRESLERİ**

[www.saglik.gov.tr/extras/birimler/abkd/hizegmat1.htm](http://www.saglik.gov.tr/extras/birimler/abkd/hizegmat1.htm) (1)

[www.meb.gov.tr/duyurular/duyurular/AvrupaGunu/AvrupaGunu9Mayis.htm](http://www.meb.gov.tr/duyurular/duyurular/AvrupaGunu/AvrupaGunu9Mayis.htm)

[www.tobb.org.tr/abm/raporlar/abnedir.doc](http://www.tobb.org.tr/abm/raporlar/abnedir.doc)

[www.saglik.gov.tr/extras/birimler/abkd/hizegmat1.htm](http://www.saglik.gov.tr/extras/birimler/abkd/hizegmat1.htm) (2)

<http://ekutup.dpt.gov.tr/ab/ozdemirs/kavram/pdf>

[www.meb.gov.tr/duyurular/duyurular/AvrupaGunu/AvrupaGunu9Mayis.htm](http://www.meb.gov.tr/duyurular/duyurular/AvrupaGunu/AvrupaGunu9Mayis.htm)

<http://www.dtm.gov.tr/ab/AB%20Sayfasi/tarhsel.htm>

[www.canaktan.org/ekonomi/avrupa\\_birligi/ab1.hedefleri.htm](http://www.canaktan.org/ekonomi/avrupa_birligi/ab1.hedefleri.htm) 25/01/2003

[\(http://www.iso.ch/\)](http://www.iso.ch/), <http://sgsgroup.com>

[www.gazi.edu.tr/duyuru/hastane\\_hizmetleri.htm](http://www.gazi.edu.tr/duyuru/hastane_hizmetleri.htm).

[www.med.gazi.edu.tr/gazihast/1.kalitegunleri2.html](http://www.med.gazi.edu.tr/gazihast/1.kalitegunleri2.html)).

<http://members.tripod.com/+dusunce/pages/saglik.html>).

[www.merih.net/m1/hastmod2.htm](http://www.merih.net/m1/hastmod2.htm)

[www.merih.net/m1/whulkuz24.htm](http://www.merih.net/m1/whulkuz24.htm)

[www.koniks.com/topic.asp?TOPIC\\_ID=366](http://www.koniks.com/topic.asp?TOPIC_ID=366).

[www.merih.net/m1/cvumisah.htm](http://www.merih.net/m1/cvumisah.htm)).

[http://www.kalitenet.com/kalitenet/iso\\_9000\\_2000.asp](http://www.kalitenet.com/kalitenet/iso_9000_2000.asp)

[www.saglik.gov.tr/extras/pdf/iso9000revizyon.pdf](http://www.saglik.gov.tr/extras/pdf/iso9000revizyon.pdf)

Ek.1. En Çok Karşılaşılan Sorunların Çapraz Tablosu

		ISO 9000 KYS belgesi alındıktan sonra en çok karşılaşılan sorunlar								
		1	2	3	4	5	7	8	Toplam	
ISO 9000 Belgesi, alınması aşamasında en çok karşılaşılan sorunlar	1	Sayı	7	1	0	0	0	3	5	16
		Beklenen Değer	3,2	2,3	0,2	1,4	3,4	3,6	1,8	16
		Hazırlık aşaması %si	43,8%	6,3%	0,0%	0,0%	0,0%	18,8%	31,3%	100%
		Belge Sorası %si	38,9%	7,7%	0,0%	0,0%	0,0%	15,0%	50,0%	18,0%
		Toplamın Yüzdesi	7,9%	1,1%	0,0%	0,0%	0,0%	3,4%	5,6%	18,0%
		Düzeltilmiş Sapma Değeri	2,6	-1	-0,5	-1,4	-2,3	-0,4	2,8	
	2	Sayı	1	1	0	1	1	8	0	12
		Beklenen Değer	2,4	1,8	0,1	1,1	2,6	2,7	1,3	12
		Hazırlık aşaması %si	8,3%	8,3%	0,0%	8,3%	8,3%	66,7%	0,0%	100%
		Belge Sorası %si	5,6%	7,7%	0,0%	12,5%	5,3%	40,0%	0,0%	13,5%
		Toplamın Yüzdesi	1,1%	1,1%	0,0%	1,1%	1,1%	9,0%	0,0%	13,5%
		Düzeltilmiş Sapma Değeri	-1,1	-0,7	-0,4	-0,1	-1,2	3,9	-1,3	
	3	Sayı	0	1	0	0	0	1	0	2
		Beklenen Değer	0,4	0,3	0	0,2	0,4	0,4	0,2	2
		Hazırlık aşaması %si	0,0%	50,0%	0,0%	0,0%	0,0%	50,0%	0,0%	100%
		Belge Sorası %si	0,0%	7,7%	0,0%	0,0%	0,0%	5,0%	0,0%	2,2%
		Toplamın Yüzdesi	0,0%	1,1%	0,0%	0,0%	0,0%	1,1%	0,0%	2,2%
		Düzeltilmiş Sapma Değeri	-0,7	1,4	-0,2	-0,4	-0,7	0,9	-0,5	
	4	Sayı	8	8	0	7	0	0	0	23
		Beklenen Değer	4,7	3,4	0,3	2,1	4,9	5,2	2,6	23
		Hazırlık aşaması %si	34,8%	34,8%	0,0%	30,4%	0,0%	0,0%	0,0%	100%
		Belge Sorası %si	44,4%	61,5%	0,0%	87,5%	0,0%	0,0%	0,0%	25,8%
		Toplamın Yüzdesi	9,0%	9,0%	0,0%	7,9%	0,0%	0,0%	0,0%	25,8%
		Düzeltilmiş Sapma Değeri	2	3,2	-0,6	4,2	-2,9	-3	-2	
	5	Sayı	0	1	0	0	18	1	0	20
		Beklenen Değer	4	2,9	0,2	1,8	4,3	4,5	2,2	20
		Hazırlık aşaması %si	0,0%	5,0%	0,0%	0,0%	90,0%	5,0%	0,0%	100%
Belge Sorası %si		0,0%	7,7%	0,0%	0,0%	94,7%	5,0%	0,0%	22,5%	
Toplamın Yüzdesi		0,0%	1,1%	0,0%	0,0%	20,2%	1,1%	0,0%	22,5%	
Düzeltilmiş Sapma Değeri		-2,6	-1,4	-0,5	-1,6	8,5	-2,1	-1,8		
7	Sayı	2	1	1	0	0	7	0	11	
	Beklenen Değer	2,2	1,6	0,1	1	2,3	2,5	1,2	11	
	Hazırlık aşaması %si	18,2%	9,1%	9,1%	0,0%	0,0%	63,6%	0,0%	100%	
	Belge Sorası %si	11,1%	7,7%	100,0%	0,0%	0,0%	35,0%	0,0%	12,4%	
	Toplamın Yüzdesi	2,2%	1,1%	1,1%	0,0%	0,0%	7,9%	0,0%	12,4%	
	Düzeltilmiş Sapma Değeri	-0,2	-0,6	2,7	-1,1	-1,8	3,5	-1,3		
8	Sayı	0	0	0	0	0	0	5	5	
	Beklenen Değer	1	0,7	0,1	0,4	1,1	1,1	0,6	5	
	Hazırlık aşaması %si	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100%	100%	
	Belge Sorası %si	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	50,0%	5,6%	
	Toplamın Yüzdesi	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	5,6%	5,6%	
	Düzeltilmiş Sapma Değeri	-1,2	-1	-0,2	-0,7	-1,2	-1,2	6,5		
Toplam	Sayı	18	13	1	8	19	20	10	89	
	Beklenen Değer	18	13	1	8	19	20	10	89	
	Hazırlık aşaması %si	20,2%	14,6%	1,1%	9,0%	21,3%	22,5%	11,2%	100%	
	Belge Sorası %si	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
	Toplamın Yüzdesi	20,2%	14,6%	1,1%	9,0%	21,3%	22,5%	11,2%	100%	

## Ek.2. Orta Derecede Karşılaşılan Sorunların Çapraz Tablosu

ISO 9000 KYS belgesi alındıktan sonra orta derecede karşılaşılan sorunlar

		1	2	3	4	5	6	Toplam	
ISO 9000 Belgesi, alınması aşamasında orta derecede karşılaşılan sorunlar	1	Sayı	8	0	7	8	0	1	24
		Beklenen Değer	2,2	3,2	6,5	4,6	4,3	3,2	24,0
		Hazırlık aşaması %si	33,3%	,0%	29,2%	33,3%	,0%	4,2%	100,0%
		Belge Sorası %si	100,0%	,0%	29,2%	47,1%	,0%	8,3%	27,0%
		Toplamın Yüzdesi	9,0%	,0%	7,9%	9,0%	,0%	1,1%	27,0%
		Düzeltilmiş Sapma Değeri	4,9	-2,3	,3	2,1	-2,7	-1,6	
	2	Sayı	0	11	0	0	0	0	11
		Beklenen Değer	1,0	1,5	3,0	2,1	2,0	1,5	11,0
		Hazırlık aşaması %si	,0%	100,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	100,0%
		Belge Sorası %si	,0%	91,7%	,0%	,0%	,0%	,0%	12,4%
		Toplamın Yüzdesi	,0%	12,4%	,0%	,0%	,0%	,0%	12,4%
		Düzeltilmiş Sapma Değeri	-1,1	9,0	-2,2	-1,7	-1,7	-1,4	
	3	Sayı	0	0	10	0	0	1	11
		Beklenen Değer	1,0	1,5	3,0	2,1	2,0	1,5	11,0
		Hazırlık aşaması %si	,0%	,0%	90,9%	,0%	,0%	9,1%	100,0%
		Belge Sorası %si	,0%	,0%	41,7%	,0%	,0%	8,3%	12,4%
		Toplamın Yüzdesi	,0%	,0%	11,2%	,0%	,0%	1,1%	12,4%
		Düzeltilmiş Sapma Değeri	-1,1	-1,4	5,1	-1,7	-1,7	-5	
	4	Sayı	0	0	1	6	0	0	7
		Beklenen Değer	,6	,9	1,9	1,3	1,3	,9	7,0
		Hazırlık aşaması %si	,0%	,0%	14,3%	85,7%	,0%	,0%	100,0%
		Belge Sorası %si	,0%	,0%	4,2%	35,3%	,0%	,0%	7,9%
		Toplamın Yüzdesi	,0%	,0%	1,1%	6,7%	,0%	,0%	7,9%
		Düzeltilmiş Sapma Değeri	-9	-1,1	-8	4,7	-1,3	-1,1	
	5	Sayı	0	0	0	2	12	9	23
		Beklenen Değer	2,1	3,1	6,2	4,4	4,1	3,1	23,0
		Hazırlık aşaması %si	,0%	,0%	,0%	8,7%	52,2%	39,1%	100,0%
		Belge Sorası %si	,0%	,0%	,0%	11,8%	75,0%	75,0%	25,8%
Toplamın Yüzdesi		,0%	,0%	,0%	2,2%	13,5%	10,1%	25,8%	
Düzeltilmiş Sapma Değeri		-1,8	-2,2	-3,4	-1,5	5,0	4,2		
6	Sayı	0	0	1	1	4	0	6	
	Beklenen Değer	,5	,8	1,6	1,1	1,1	,8	6,0	
	Hazırlık aşaması %si	,0%	,0%	16,7%	16,7%	66,7%	,0%	100,0%	
	Belge Sorası %si	,0%	,0%	4,2%	5,9%	25,0%	,0%	6,7%	
	Toplamın Yüzdesi	,0%	,0%	1,1%	1,1%	4,5%	,0%	6,7%	
	Düzeltilmiş Sapma Değeri	-8	-1,0	-6	-2	3,2	-1,0		
7	Sayı	0	1	5	0	0	1	7	
	Beklenen Değer	,6	,9	1,9	1,3	1,3	,9	7,0	
	Hazırlık aşaması %si	,0%	14,3%	71,4%	,0%	,0%	14,3%	100,0%	
	Belge Sorası %si	,0%	8,3%	20,8%	,0%	,0%	8,3%	7,9%	
	Toplamın Yüzdesi	,0%	1,1%	5,6%	,0%	,0%	1,1%	7,9%	
	Düzeltilmiş Sapma Değeri	-9	,1	2,8	-1,3	-1,3	,1		
Toplam	Sayı	8	12	24	17	16	12	89	
	Beklenen Değer	8,0	12,0	24,0	17,0	16,0	12,0	89,0	
	Hazırlık aşaması %si	9,0%	13,5%	27,0%	19,1%	18,0%	13,5%	100,0%	
	Belge Sorası %si	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100%	100,0%	
	Toplamın Yüzdesi	9,0%	13,5%	27,0%	19,1%	18,0%	13,5%	100,0%	



**Ek.3. En Az Karşılaşılan Sorunların Çapraz Tablosu**  
**ISO 9000 KYS belgesi alındıktan sonra en az karşılaşılan sorunlar**

		1	2	4	5	6	7	Toplam	
ISO 9000 Belgesi, alınması aşamasında en az karşılaşılan sorunlar	1	Sayı	0	0	1	0	0	1	
		Beklenen Değer	,1	,3	,3	,1	,1	,1	1,0
		Hazırlık aşaması %si	,0%	,0%	100%	,0%	,0%	,0%	100%
		Belge Sorası %si	,0%	,0%	3,4%	,0%	,0%	,0%	1,1%
		Toplamın Yüzdesi	,0%	,0%	1,1%	,0%	,0%	,0%	1,1%
		Düzeltilmiş Sapma Değeri	-,4	-,6	1,4	-,3	-,3	-,3	
	2	Sayı	0	0	0	7	1	0	8
		Beklenen Değer	1,1	2,2	2,6	,7	,8	,6	8,0
		Hazırlık aşaması %si	,0%	,0%	,0%	87,5%	12,5%	,0%	100%
		Belge Sorası %si	,0%	,0%	,0%	87,5%	11,1%	,0%	9,0%
		Toplamın Yüzdesi	,0%	,0%	,0%	7,9%	1,1%	,0%	9,0%
		Düzeltilmiş Sapma Değeri	-1,2	-1,8	-2,1	8,1	,2	-,9	
	3	Sayı	11	0	0	0	4	0	15
		Beklenen Değer	2,0	4,0	4,9	1,3	1,5	1,2	15,0
		Hazırlık aşaması %si	73,3%	,0%	,0%	,0%	26,7%	,0%	100%
		Belge Sorası %si	91,7%	,0%	,0%	,0%	44,4%	,0%	16,9%
		Toplamın Yüzdesi	12,4%	,0%	,0%	,0%	4,5%	,0%	16,9%
		Düzeltilmiş Sapma Değeri	7,4	-2,6	-3,0	-1,3	2,3	-1,2	
	4	Sayı	0	0	17	0	0	1	18
		Beklenen Değer	2,4	4,9	5,9	1,6	1,8	1,4	18,0
		Hazırlık aşaması %si	,0%	,0%	94,4%	,0%	,0%	5,6%	100%
		Belge Sorası %si	,0%	,0%	58,6%	,0%	,0%	14,3%	20,2%
		Toplamın Yüzdesi	,0%	,0%	19,1%	,0%	,0%	1,1%	20,2%
		Düzeltilmiş Sapma Değeri	-1,9	-2,9	6,3	-1,5	-1,6	-,4	
	5	Sayı	1	0	4	0	0	0	5
		Beklenen Değer	,7	1,3	1,6	,4	,5	,4	5,0
		Hazırlık aşaması %si	20,0%	,0%	80,0%	,0%	,0%	,0%	100,0%
		Belge Sorası %si	8,3%	,0%	13,8%	,0%	,0%	,0%	5,6%
		Toplamın Yüzdesi	1,1%	,0%	4,5%	,0%	,0%	,0%	5,6%
		Düzeltilmiş Sapma Değeri	,4	-1,4	2,3	-,7	-,8	-,7	
	6	Sayı	0	24	1	1	2	6	34
		Beklenen Değer	4,6	9,2	11,1	3,1	3,4	2,7	34,0
		Hazırlık aşaması %si	,0%	70,6%	2,9%	2,9%	5,9%	17,6%	100,0%
		Belge Sorası %si	,0%	100,0%	3,4%	12,5%	22,2%	85,7%	38,2%
		Toplamın Yüzdesi	,0%	27,0%	1,1%	1,1%	2,2%	6,7%	38,2%
		Düzeltilmiş Sapma Değeri	-2,9	7,3	-4,7	-1,6	-1,0	2,7	
	7	Sayı	0	0	1	0	2	0	3
		Beklenen Değer	,4	,8	1,0	,3	,3	,2	3,0
		Hazırlık aşaması %si	,0%	,0%	33,3%	,0%	66,7%	,0%	100,0%
		Belge Sorası %si	,0%	,0%	3,4%	,0%	22,2%	,0%	3,4%
		Toplamın Yüzdesi	,0%	,0%	1,1%	,0%	2,2%	,0%	3,4%
		Düzeltilmiş Sapma Değeri	-,7	-1,1	,0	-,6	3,3	-,5	
8	Sayı	0	0	5	0	0	0	5	
	Beklenen Değer	,7	1,3	1,6	,4	,5	,4	5,0	
	Hazırlık aşaması %si	,0%	,0%	100,0%	,0%	,0%	,0%	100,0%	
	Belge Sorası %si	,0%	,0%	17,2%	,0%	,0%	,0%	5,6%	
	Toplamın Yüzdesi	,0%	,0%	5,6%	,0%	,0%	,0%	5,6%	



	Düzeltilmiş Sapma Değeri	-,9	-1,4	3,3	-,7	-,8	-,7	
TOPLAM	Sayı	12	24	29	8	9	7	89
	Beklenen Değer	12,0	24,0	29,0	8,0	9,0	7,0	89,0
	Hazırlık aşaması %si	13,5%	27,0%	32,6%	9,0%	10,1%	7,9%	100%
	Belge Sorası %si	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	Toplamın Yüzdesi	13,5%	27,0%	32,6%	9,0%	10,1%	7,9%	100%

**Ek.4. ISO 9000 Belgesi Almadan Önce ve Aldıktan Sonra Oluşan Değişikliklerin Güvenilirlik Analizi**

Kriterler	Değişken Silindiği Taktirde Ölçeğin Ortalaması	Değişken Silindiği Taktirde Ölçeğin Varyansı	Düzeltilmiş Değişken-Toplam Ölçek Kolerasyonu	Değişken Silindiği Taktirde Ölçeğin Alfa Değeri
VERIM1	89,0000	130,7234	,5630	,9188
VERIM2	88,1042	129,8400	,7789	,9167
PPAY1	88,3125	123,8790	,6391	,9174
PPAY2	87,7917	129,8280	,5245	,9193
MÜSSIK1	89,2292	130,4357	,6403	,9179
MÜSSIK2	88,1458	132,4251	,2898	,9244
KG1	89,0208	130,4038	,5444	,9190
KG2	88,0625	127,7194	,7870	,9157
IMAJ1	88,5208	126,2123	,7328	,9158
IMAJ2	87,3958	124,4996	,8416	,9140
KOSUL1	88,6875	126,1769	,7890	,9151
KOSUL2	88,2708	132,2868	,3890	,9215
SIYİLES1	88,5208	125,4464	,8407	,9143
SIYİLES2	87,8750	128,0691	,6868	,9168
KATGÜÇ1	88,9792	134,3613	,5376	,9200
KATGÜÇ2	88,0208	131,8506	,4550	,9203
EGYAY1	88,6875	129,6662	,5993	,9182
EGYAY2	87,7708	128,9464	,6733	,9172
KALMAL1	88,7708	128,7336	,6874	,9170
KALMAL2	88,4583	135,2748	,3818	,9213
HABİLET1	88,6875	127,0705	,7655	,9157
HABİLET2	87,9583	131,0195	,3636	,9228
PERMOT1	89,0417	130,9770	,7609	,9173
PERMOD2	88,5833	135,3546	,1326	,9288
PERISAY1	89,2083	130,0833	,4074	,9219
PERISAY2	88,8958	134,6059	,1695	,9277

Ana Kütle = 26 Kriter

Alfa = ,9220

Standardize Edilmiş Alfa Değeri = ,9355

**Ek.5. ISO 9000 KGS Belgesi Sahibi Olmak İsteme Sebepleri İle İlgili Faktörlerin Güvenilirlik Analizi.**

Kriterler	Değişken Silindiği Taktirde Ölçeğin Ortalaması	Değişken Silindiği Taktirde Ölçeğin Varyansı	Düzeltilmiş Değişken-Toplam Ölçek Kolerasyonu	Değişken Silindiği Taktirde Ölçeğin Alfa Değeri
MÜSGÜVEN	93,0824	133,4812	,3329	,8579
MEMARTTI	92,9765	131,6185	,3362	,8573
İMAJARTM	93,3294	141,8426	-,2169	,8751
TAMUYUM	92,9294	137,3759	-,0110	,8634
KALKÜLTÜ	93,3294	128,1283	,4247	,8548
KALYÜKSE	93,4941	131,3006	,3797	,8565
VERARTIS	93,2706	130,0569	,5611	,8537
ÜSTYAVAN	94,2353	147,7297	-,3714	,8864
ÖRGÜTSEL	93,7294	121,8902	,7234	,8457
TATMOTIV	93,8118	113,6070	,8403	,8379
ÖRGÜTIKL	94,2588	135,0989	,2135	,8598
YÖNETKON	94,1765	128,0518	,4038	,8554
MALİYAZA	94,2824	123,5146	,4893	,8525
SUREÇTAS	93,9294	121,1140	,6089	,8481
İSMALAZ	94,2118	125,4784	,5115	,8520
İSÇİSVİL	94,3176	117,9098	,7152	,8437
YSİYİL	94,8000	123,7095	,6366	,8484
TKYARAR	93,4588	117,5608	,7675	,8421
ÇALDRÇAZ	94,3765	118,1661	,7031	,8442
PPARTSAG	94,4235	126,4375	,6130	,8505
MÜSSIKAZ	93,6353	116,2821	,8114	,8402
ÇKOSİYİL	93,1765	128,7423	,3586	,8567
EGYVSHG	93,2706	128,3664	,3539	,8570
REKGÜÇAR	94,0941	129,4434	,3253	,8578
HABİLETS	93,4824	134,8003	,0649	,8665
DUYARYET	92,9765	132,4280	,2621	,8590

Ana Kütle = 26 Kriter

Alfa = ,8601

Standardize Edilmiş Alfa Değeri = ,8639

**Ek.6. Hastane Yöneticilerinin ISO 9000 Sistemi İle İlgili Görüşlerine İlişkin Güvenilirlik Analizi**

Kriterler	Değişken Silindiği Taktirde Ölçeğin Ortalaması	Değişken Silindiği Taktirde Ölçeğin Varyansı	Düzeltilmiş Değişken-Toplam Ölçek Kolerasyonu	Değişken Silindiği Taktirde Ölçeğin Alfa Değeri
IHALEAVN	49,9875	68,3922	,6719	,7603
KALITELI	50,1625	79,4290	,0579	,8023
REKABET	49,6250	76,5918	,3418	,7846
AB	50,2500	74,2658	,3703	,7820
ÇALMOD	50,4750	80,0500	,1119	,7943
AYAKTA	50,9625	76,2897	,3993	,7824
ÖNDE	50,3500	71,6228	,4696	,7748
İMAJ	50,9625	70,4163	,3993	,7805
ÇABASI	50,3750	70,9209	,6417	,7661
İÇDISP	50,2875	79,1188	,0364	,8089
DÜZEY	50,6750	79,8424	,0405	,8028
BANKA	50,7625	85,0948	-,3078	,8115
RESMİ	51,0250	65,1639	,5914	,7623
ARTIS	50,6625	68,3277	,7008	,7590
PROSEDÜR	50,5125	66,9619	,7291	,7551
RAKIP	50,7750	60,8348	,8165	,7393
ÜSÜLSÜZ	50,7500	72,5443	,2923	,7903

Ana Kütle = 17 Kriter

Alfa = ,7916

Standardize Edilmiş Alfa Değeri = ,7733

## Ek.7. ISO 9000 Belgesi Öncesi ve Sonrasında Oluşan Değişiklikler

KRİTERLER		N	Aritmetik Ortalama Derecesi	Toplam Derece	Z Negatif Test Derecesi	Asymp.Sig. (2-tailed)
ISO 9000 SONRASI VE ÖNCESİ İŞGÜÇÜ VERİMLİLİĞİ	Negative derece	0	0,00	0,00	-6,612	0,000
	Pozitif Derece	52	26,50	1.378,00		
	Eşit	37				
ISO 9000 SONRASI VE ÖNCESİ PAZAR PAYI	Negative derece	0	0,00	0,00	-5,822	0,000
	Pozitif Derece	37	19,00	703,00		
	Eşit	43				
ISO 9000 SONRASI VE ÖNCESİ MÜŞTERİ ŞİKAYETLERİNİN AZALMASI	Negative derece	6	46,50	279,00	-5,26	0,000
	Pozitif Derece	58	31,05	1.801,00		
	Eşit	25				
ISO 9000 SONRASI VE ÖNCESİ TÜMSÜREÇLERDE KALİTE GÜVENCESİ	Negative derece	3	27,00	81,00	-7,053	0,000
	Pozitif Derece	64	34,33	2.197,00		
	Eşit	22				
ISO 9000 SONRASI VE ÖNCESİ KURULUŞ İMAJI	Negative derece	0	0,00	0,00	-8,422	0,000
	Pozitif Derece	78	39,50	3.081,00		
	Eşit	3				
ISO 9000 SONRASI VE ÖNCESİ ÇALIŞMA KOŞULLARI	Negative derece	10	24,00	240,00	-4,061	0,000
	Pozitif Derece	38	24,63	936,00		
	Eşit	32				
ISO 9000 SONRASI VE ÖNCESİ TÜM SONUÇLARDA İYİLEŞTİRME	Negative derece	0	0,00	0,00	-6,928	0,000
	Pozitif Derece	48	24,50	1.176,00		
	Eşit	41				
ISO 9000 SONRASI VE ÖNCESİ KATILIMCIĞIN GÜÇLENDİRİLMESİ	Negative derece	9	33,00	297,00	-6,238	0,000
	Pozitif Derece	62	36,44	2.259,00		
	Eşit	10				
ISO 9000 SONRASI VE ÖNCESİ EĞİTİMİN YAYGIN VE SÜREKLİ HALE GETİRİLMESİ	Negative derece	0	0,00	0,00	-7,445	0,000
	Pozitif Derece	67	34,00	2.278,00		
	Eşit	22				
ISO 9000 SONRASI VE ÖNCESİ KALİTE MALİYETİ	Negative derece	0	0,00	0,00	-5,583	0,000
	Pozitif Derece	37	19,00	703,00		
	Eşit	50				
ISO 9000 SONRASI VE ÖNCESİ HABERLEŞME VE İLETİŞİM	Negative derece	11	30,00	330,00	-5,863	0,000
	Pozitif Derece	60	37,10	2.226,00		
	Eşit	18				
ISO 9000 SONRASI VE ÖNCESİ PERSONELİN MOTİVASYONU	Negative derece	20	26,50	530,00	-2,609	0,009
	Pozitif Derece	37	30,35	1.123,00		
	Eşit	32				
ISO 9000 SONRASI VE ÖNCESİ PERSONELİN İŞTEN AYRILMASI	Negative derece	0	0,00	0,00	-3,035	0,002
	Pozitif Derece	11	6,00	66,00		
	Eşit	37				

**Ek.8. ISO 9000 Belgesi Alımında Öncelikli Faktörlerin Tanımlayıcı İstatistiği**

FAKTÖRLER	n	Min.	Max.	Aritmetik	
				Ortalama	Std. Sapma
1. Müşterilere karşı güven oluşturulması	89	4,00	5,00	4,3820	,4886
2. Müşteri memnuniyetinin artırılması	89	3,00	5,00	4,5281	,6923
3. İşletmenin imaj itibarının artırılması	89	1,00	5,00	4,1461	1,0286
4. Müşteri ihtiyaçlarının karşılanması açısından tam uyumun sağlanması	89	3,00	5,00	4,5281	,5242
5. Genel bir kalite kültürünün yerleştirilmesi	89	3,00	5,00	4,1011	,9051
6. Ürün kalitesinin yükseltilmesi	89	3,00	5,00	3,9888	,6483
7. Verimlilik artışı sağlamak	89	3,00	5,00	4,2022	,5473
8. Üst yönetime avantaj sağlamak	89	1,00	5,00	3,2809	1,3055
9. Örgütsel etkinliğin artırılması	89	3,00	5,00	3,8090	,9400
10. Çalışanların iş tatminin ve motivasyonunun artırılması	89	2,00	5,00	3,7303	1,2501
11. Örgüt ikliminin oluşturulması	89	2,00	4,00	3,2135	,4388
12. Yönetimsel kontrolün sağlanması	89	2,00	5,00	3,2921	,9195
13. Ürün maliyetinin azaltılması	89	1,00	5,00	3,1910	1,1369
14. Ürün süreç tasarımının iyileştirilmesi	89	2,00	5,00	3,6180	1,1432
15. İşlem maliyetlerinin azaltılması	89	2,00	5,00	3,2584	,9478
16. İşçi işveren ilişkilerinin iyileştirilmesi	89	1,00	5,00	3,1573	1,1471
17. Yan sanayi ilişkilerinin iyileştirilmesi	85	1,00	5,00	2,6824	,9156
18. Teknolojiden daha fazla yararlanma	89	1,00	5,00	4,0225	1,0973
19. Çalışanların direncinin azaltılması	89	1,00	5,00	3,1011	1,1486
20. Pazar payında artış sağlanması	85	2,00	5,00	3,0588	,7615
21. Müşteri şikayetlerinin azaltılması	89	2,00	5,00	3,8989	1,1386
22. Çalışma koşullarının iyileştirilmesi	89	2,00	5,00	4,3371	,9528
23. Eğitimin yaygın ve sürekli hale getirilmesi	89	2,00	5,00	4,2472	1,0032
24. Rekabet gücünü arttırmak	89	2,00	5,00	3,3708	,9461
25. Haberleşme ve iletişimin geliştirilmesi	89	2,00	5,00	4,0449	1,0543
26. Müşteri talep ve beklentileri karşısındaki duyarlılığı ve bunu karşılama yeteneğini geliştirmek	89	3,00	5,00	4,5281	,7399
Geçerli cevap sayısı	85				

**Ek.9. ISO 9000 KYS 'ne İlişkin Yargıların Açıklamalı İstatistiği**

	N	Min	Max	Aritmetik Ortalama	Standart Sapma
1. YARGI	89	1,00	5,00	3,6067	1,0512
2. YARGI	89	1,00	5,00	3,5506	1,0226
3. YARGI	89	3,00	5,00	3,9326	,7804
4. YARGI	89	2,00	5,00	3,2697	1,0419
5. YARGI	89	2,00	4,00	3,1685	,5884
6. YARGI	89	2,00	4,00	2,6292	,6971
7. YARGI	89	1,00	5,00	3,3820	1,0714
8. YARGI	89	1,00	5,00	2,5281	1,4149
9. YARGI	89	1,00	5,00	3,2584	,8729
10. YARGI	89	1,00	5,00	3,5393	1,3319
11. YARGI	89	1,00	4,00	3,0899	1,0296
12. YARGI	89	1,00	4,00	2,9101	,6509
13. YARGI	89	1,00	5,00	2,4719	1,5007
14. YARGI	80	1,00	5,00	3,0000	1,0554
15. YARGI	89	1,00	5,00	3,1348	1,0680
16. YARGI	89	1,00	5,00	2,6966	1,5031
17. YARGI	89	1,00	5,00	2,8202	1,3781
Valid N (listwise)	80				