

T.C.
DUMLUPINAR ÜNİVERSİTESİ
Sosyal Bilimler Enstitüsü
İşletme (Yönetim ve Organizasyon) Ana Bilim Dalı

145877

(Yüksek Lisans Tezi)

HASTANELERDE KALİTE ARTIRMA ÇALIŞMALARI
KÜTAHYA SSK HASTANESİNDE
ISO 9001 : 2000 KALİTE YÖNETİM SİSTEMİ
UYGULANMASININ
HASTA MEMNUNİYETİ ÜZERİNDEKİ ETKİLERİ

Tez Danışmanı
Prof. Dr. Ahmet KARAARSLAN

145877

Hazırlayan:
KİSMET SERÇE

0091014171

Kütahya: 2004

Kabul ve Onay

Kısmet Serçe'nin hazırladığı "Hastanelerde Kalite Artırma Çalışmaları ve Kütahya SSK Hastanesinde ISO 9001: 2000 Kalite Yönetim Sistemi Uygulamasının Hasta Memnuniyeti Üzerindeki Etkileri " başlıklı yüksek lisans tez çalışması, jüri tarafından lisansüstü yönetmeliğin ilgili maddelerine göre değerlendirilip kabul edilmiştir.

22.12/2004

Tez Jürisi :

Prof. Dr. Ahmet KARAASLAN (danışman)



Yard. Doc. Dr. İlhan Üzülmöz (üye)

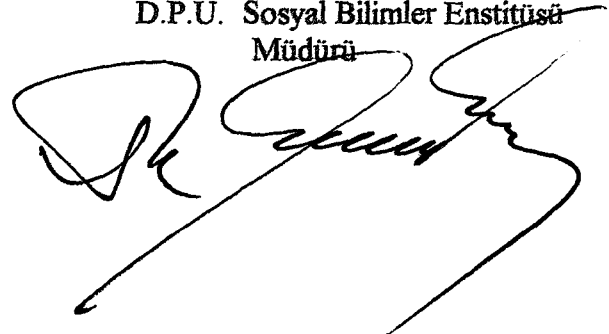


Yard. Doç. Dr. Ercan Taşkın (üye)



Prof. Dr. Ahmet KARAASLAN

D.P.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü
Müdürü



YEMİN METNİ

Yüksek Lisans tezi olarak sunduğum “Hastanelerde Kalite Artırma Çalışmaları ve Kütahya SSK Hastanesinde ISO 9001: 2000 Kalite Yönetim Sistemi Uygulamasının Hasta Memnuniyeti Üzerindeki Etkileri” adlı çalışmamın, tarafımdan bilimsel ahlak ve geleneklere aykırı düşecek bir yardıma başvurmaksızın yazıldığını ve yararlandığım kaynakların kaynakçada gösterilenlerden oluştuğunu, bunlara atıf yapılarak yararlanılmış olduğunu, ayrıca 20 yıllık hekimlik mesleğimin gözlem ve tecrübelerine de dayandığımı belirtir ve bunu onurumla doğrularım.

21/12/2004

Kısmet Serçe

ÖZGEÇMİŞ

1957 yılında Amasya İli, Taşova İlçesi, Karlık Köyü'nde doğdu. İlkokulu iki yılı Karlık Köyü İlkokulunda üç yılı da Taşova Yeşilirmak İlkokulunda tamamladı. Ortaokula Taşova Lisesinde başlayıp Sivas Behrampaşa Orta Okulunda yatılı olarak tamamladı. 1974 yılında Sivas Lisesine başladı ve 1997 yılında bitirdi. Aynı yıl Ege Üniversitesi Tıp Fakültesini kazandı. Tıp Fakültesini 1983 yılında bitirerek Niğde SSK Sağlık İstasyonunda pratisyen doktor olarak çalışmaya başladı. Askerlik görevini 1986-87 yıllarında Erzurum Aşkale'de tamamlayarak Niğde SSK Hastanesinde çalışmaya başladı. 1990 yılında Kütahya SSK Hastanesine tayin oldu Halen aynı hastanede Pratisyen Doktor olarak çalışmaya devam etmektedir.

2000 yılı güz döneminde DPÜ Sosyal Bilimler Enstitüsünün açtığı "Yönetim Organizasyon" mastır programına müracaat ederek hazırlık dönemine kaydını yaptırdı. Örgün öğretim döneminin sonunda "**Hastanelerde Kalite Arttırma Çalışmaları ve Kütahya SSK Hastanesinde ISO 9001:2000 Kalite Yönetim Sistemi Uygulamasının Hasta Memnuniyeti Üzerindeki Etkileri**" konusunda tez çalışmalarına başladı.

ÖZET

Bu çalışma üç bölümde tasarlanmıştır. Birinci bölümde sağlık hizmetleri ve sağlık işletmelerinin tanımı ve özelliklerinden bahsedilmektedir. Sağlık hizmeti tedavi ve bakım hizmeti olarak tanımlanmakta ve birlikte sunulan iki ayrı hizmet olarak anlatılmaktadır. Türkiye'deki sağlık sistemi ve uygulamalarından örnekler verilmektedir. Sağlık işletmelerinde geleneksel yönetim modelleri ve bu modellerin eksiklikleri ortaya konmaya çalışılmaktadır.

İkinci bölümde sağlık işletmelerinin çağdaş, verimli, var olan şartlarda, kaliteli sağlık hizmetini verebilmesi için uygun görülen yönetim modellerin; ISO 9000 Standartları ve Kalite Güvence Sistemleri, ISO 9000:2000 Kalite Yönetim Sistemi, JCAHO Akreditasyon Sistemi, Toplam Kalite Yönetimi tanımlanmakta ve bu yönetim modellerinin uygulanma şartları tartışılmaktadır. Kalite yönetim modellerinden birinin uygulanması halinde kalite artışı ve buna bağlı olarak da hasta/müşteri memnuniyetinin artacağı savunulmaktadır.

Üçüncü bölümde ise Kütahya SSK Hastanesinde kalite artırma/Kalite Yönetim Sistemine geçiş çalışmalarından bahsedilmekte sonuçları hasta memnuniyeti ölçüm anketiyle değerlendirilmektedir.

ABSTRACT

This work is planned in three parts. In first part health services and the definition of health administrations and their characteristic are mentioned. Health service is defined as treatment and care service and it is mentioned as presented together but also two separate services. The examples of health system and applications in Türkiye are given. Classic management models of health administrations and deficiencies of these models are being trying to put forward here.

In second part the suitable Management models for giving modern, productive, in existing conditions, qualified health service of health administrations, ISO (International Standards Organization) Standards and Quality Guarantee Systems, ISO 9000:2000 Quality Management System, JACHO Accreditation System, Total Quality Management are defined and application conditions of these management models are discussed here. In the condition of one of Quality Management models is applied it is defended that increase of quality and also according to it, patient/customer satisfaction will increase.

In third part increasing quality/passing studies of Quality Management System in Kütahya SSK Hospital are mentioned and the outcomes of these are evaluated with the measuring questionnaire of patient satisfaction

İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa</u>
ÖZET.....	v
ABSTRACT.....	vi
İÇİNDEKİLER.....	vii
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	xii
GRAFİKLER VE TABLOLAR LİSTESİ.....	xiii
KISALTMALAR.....	xiv
TEZ HAKKINDA.....	xv

BİRİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK HİZMETLERİ ORGANİZASYONU GELENEKSEL SAĞLIK İŞLETMELERİ VE YÖNETİMİ

1.1. GİRİŞ.....	2
1.2. HASTANE YÖNETİMİ VE SAĞLIK HİZMETLERİ.....	5
1.2.1. HASTANE İŞLETMESİ İLE İLGİLİ TEMEL KAVRAMLAR.....	8
1.2.1.1. Sağlık İşletmesi/ Hastane.....	8
1.2.1.2. Sağlık ve Hastalık Kavramı.....	11
1.2.1.3. Sağlık Hizmeti / Tedavi ve Bakım.....	12
1.2.2. HİZMET DERİNLİĞİNE GÖRE SAĞLIK İŞLETMELERİ.....	14
1.2.2.1. Ayaktan Tedavi Kurumları.....	14
1.2.2.1.1. Sağlık Evleri.....	15
1.2.2.1.2. Sağlık Ocakları.....	15
1.2.2.1.3. Dispanserler.....	16
1.2.2.2. Hastaneler.....	16
1.2.2.2.1. Hizmet Hastaneleri.....	17
1.2.2.2.2. Eğitim Hastaneleri.....	18
1.2.2.2.3. İhtisas ve Meslek Hastahıkları Hastaneleri	19

1.3. SAĞLIK İŞLETMELERİ ÖRGÜTLENMESİ VE GELENEKSEL YÖNETİMLER	19
1.3.1. Hastanelerin Yapısı ve Örgütlenmesi.....	20
1.3.2. Geleneksel Hastane Yönetimi.....	21
1.3.2.1. Tıp Hizmetleri.....	22
1.3.2.2. Hemşirelik Hizmetleri.....	23
1.3.2.3. İdari ve Mali destek Hizmetleri.....	23
1.3.3. Hastane Yönetim Modelleri.....	24
1.3.4. Hastane Yönetiminde Yeni Organizasyon İhtiyacı Doğuran Sebepler.....	26
1.4. ÜST YÖNETİM VE FİNANS BAKIMINDAN HASTANELER	28
1.4.1. Kamu Sağlık İşletmeleri.....	29
1.4.1.1. Devlet Hastaneleri.....	30
1.4.1.2. Üniversite Hastaneleri /Akademik Sağlık Kuruluşları.....	31
1.4.1.3. SSK/ Sosyal Sigorta Hastaneleri.....	31
1.4.1.4. Askeri Hastaneler.....	32
1.4.1.5. Diğer Kurum ve Vakıf Hastaneleri.....	32
1.4.2. Özel Sağlık İşletmeleri.....	32
1.4.2.1. Özel Poliklinikler.....	33
1.4.2.2. Özel Hastaneler.....	33
1.4.2.3. Özel Yardımcı Sağlık İşletmeleri.....	34
1.4.2.4. Yabancı Hastaneler.....	34
1.5. SAĞLIK VE BAKIM HİZMETİ	34
1.5.1. Sağlık ve Bakım Hizmetinin Tanımı.....	34
1.5.1.1. Sağlık Hizmetinin Tanımı.....	35
1.5.1.2. Sağlık Hizmetinin Özellikleri.....	36
1.5.1.3. Sağlık Hizmetinin Bileşenleri.....	37
1.5.1.4. Sağlık Hizmetinin Gelişimi.....	38
1.5.2. Türkiye’de Temel Sağlık Hizmetleri	40
1.5.3. Dünya Sağlık Örgütü Anayasası.....	40

1.5.4. Türkiye'nin Sağlık Sorunları.....	41
1.5.4.1. Kalitesizlik ve Kötü Yönetimin Kayıpları.....	43
1.5.5. Doktor-Hasta İlişkisi.....	44
1.6. SAĞLIK İŞLETMELERİ VE YÖNETİMİNİN ÖNEMİ.....	46
1.6.1. Sağlıkta Kalite Standartları.....	47
1.6.1.1. Kaliteli Sağlık Hizmeti.....	48
1.6.2. Sağlık Hizmetlerinin Kamu Ekonomisindeki Yeri.....	50
1.6.3. Sağlık Hizmeti Yönetiminde Model Önerisi.....	55
1.6.3.1. İş ölçümüne Dayalı Kadrolama.....	56
1.6.3.2. İş Dizaynı.....	56
1.6.3.3. Sivillerin Sağlık Hizmetlerine Katkıları.....	57
1.6.4. Hastane Yönetimlerini Seçme Yöntemi.....	58

İKİNCİ BÖLÜM

KALİTE YÖNETİMİ SİSTEMLERİ VE SAĞLIK İŞLETMELERİNDE KALİTE YÖNETİMİ

2.1. TOPLAM KALİTE YÖNETİMİ	61
2.1.1. Toplam Kalite Yönetimi Tanımı ve Özellikleri.....	62
2.1.1.1. Toplam Kalite Yönetiminin Tanımı.....	62
2.1.1.2. Müşteri / Hasta Memnuniyeti.....	65
2.1.1.2.1. Dış Müşteriler.....	67
2.1.1.2.2. İç Müşteriler/ İş görenler.....	67
2.1.1.2.3. Hasta Memnuniyeti ve Ölçülmesi.....	68
2.1.1.2.4. Hasta Memnuniyetini Etkileyen Faktörler.....	68
2.1.1.3. Sürekli Gelişme.....	73
2.1.1.4. Takım Çalışması/ Ekip Çalışması.....	74
2.1.1.5. Liderlik.....	76
2.1.1.6. Halk ve İlişkiler.....	77

2.2. SAĞLIK KURULUŞLARINDA TOPLAM KALİTE YÖNETİMİ	78
2.2.1. Hastane İşletmelerinin Özellikler.....	78
2.2.2. Sağlık Hizmetlerinde Kalite Artırma Yöntemleri.....	80
2.2.2.1. Kalitenin Artırılması.....	81
2.2.2.2. Değişimin Yönetimi.....	81
2.2.2.3. Sürekli İyileştirme Çevrimini Anlamak.....	82
2.2.2.4. Juran Kalite İyileştirme Süreci.....	82
2.2.3. Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi.....	84
2.2.4. Stratejik Hastane Yönetimi	86
2.2.4.1. Geleneksel Hastane Yönetiminden Farkları,Üstünlükleri Uzun Dönem Etkileri.....	87
2.2.4.1.1. Stratejik Yönetimin Özellikleri.....	87
2.2.4.1.2. Stratejik Plan Örneği.....	88
2.2.4.1.3. Kalite Artırma Yaklaşımı.....	89
2.2.5. Toplam Kalite Yönetiminde Yol Gösterici İlkeler.....	89
2.2.5.1. Corning'in Kaliteyi Gerçekleştirme ilkeleri.....	91
2.2.5.2. Kaliteli Sağlık Hizmetinin Yararları.....	91
2.2.5.3. Tıbbi Süreçlerin Tasarımı.....	92
2.2.6. Hastanelerde Maliyet, Etkinlik, Performans Değerlendirmesi....	92
2.2.6.1. Geleneksel Yönetimde Ve Toplam Kalite Yönetiminde Performans Değerlemesi.....	92
2.2.6.2. Personel Performans Değerlendirmesi.....	94

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

ULUSLAR ARASI STANDARTLAR ORGANİZASYONU / ISO KALİTE GÜVENCE BELGESİ VE KALİTE YÖNETİM SİSTEMİ SOSYAL SİGORTALAR KURUMU KÜTAHYA HASTANESİ UYUĞLAMASI

3.1. İSO 9000 KALİTE YÖNETİMİ VE KALİTE GÜVENCE SİSTEMLERİ.....	97
--	-----------

3.1.1. İSO 9000/ULUSLARARSI STANDARTLAR	
ORGANİZASYONU KALİTE GÜVENCE SİSTEMLERİ VE İSO	
9001: 2000 KALİTE YÖNETİMİ SİSTEMİ	98
3.1.1.1. İŞO 9000 Tanımı.....	98
3.1.1.2. İSO 9000 Serileri/2000 den Sonra İSO 9001:2000 Kalite	
Yönetimi Serileri	98
3.1.1.3. İSO 9001: 2001 Özellikleri ve Kalite Yönetim	
Prensipieri.....	99
3.1.1.4. Proses Yaklaşımı.....	101
3.1.1.5. İSO 9001:2000 Kalite Yönetim Sistemi İçin Öneriler....	102
3.1.1.6. Toplam Kalite Yönetimi Uygulaması.....	102

3.2. KÜTAHYA SOSYAL SİGORTALAR KURUMU HASTANESİNDE İSO 9000/2000 KALİTE YÖNETİMİ SİSTEMİ UYGULAMASI.

3.2.1. İşletme/Hastanenin Tanımı.....	103
3.2.1.1. Hastanenin Yeri.....	103
3.2.1.2. Hastanenin Tarihi.....	104
3.2.1.3. Durum Tespiti.....	105
3.2.2. Değişim İhtiyacı Kalite Yönetim Sistemi Geçiş Süreci.....	106
3.2.3. Değişim Planlaması Ve Finans Kaynağının Oluşturulması.....	107
3.2.4. Yasal Prosedürler.....	109
3.2.5. İSO 9001:2000 Kalite Yönetim Sistemi Kütahya SSK Hastanesi	
Uygulama Aşamaları.....	109
3.2.5.1. Lider Çekirdek Kadro Eğitimi.....	110
3.2.5.2. Kalite Politikası Ve Hedefler.....	110
3.2.5.2.1. Kalite Politikası.....	111
3.2.5.2.2. Kalite Hedefleri.....	111
3.2.5.3. Eğitim Ve Teknik Danışmanlık.....	111
3.2.5.4. Çalışma Gruplarının/ Ekiplerin Oluşturulması.....	112
3.2.5.5. Örnek Hastanelerin Görülmesi.....	113
3.2.5.6. Değişimin Planlanması ve İzlenecek Metodun	
Seçilmesi.....	114

3.2.5.7. Altyapının Uygun Hale Getirilmesi.....	114
3.2.5.8. Proseslerin Belirlenmesi ve Tanımlanması.....	115
3.2.5.9. İş Akış Şemaları ve Prosedürlerin Yazılması; Yapılan İş ve İşlemlerin Kayıt Altına Alınması.....	116
3.2.5.10. Alt Kademe İş görenlerin katılımı.....	117
3.2.5.11. İç Denetim ve Eksiklerin Giderilmesi	117
3.2.5.11. TSE Denetçilerinin Davet, Denetim Ve Hata Puanlaması.....	118
3.2.5.12. Sistemin Sürdürülmesi.....	119
3.3. SONUÇLAR VE DEĞERLENDİRME.....	121
3.3.1. Sağlık Hizmetinin Bileşenleri ve Araştırma metodu.....	122
3.3.2. Kalite Yönetim Sistemi Uygulama Öncesi ve Sonrası Sağlık Hizmetleri Bileşenleri Açısından Hasta Memnuniyeti Düzeylerinin Karşılaştırmalı Değerlendirmesi.....	122
3.3.2.1. Hastane Yeri Ve Ulaşımında Kolaylık.....	123
3.3.2.2. Doktor Hasta ilişkisi.....	124
3.3.2.3. İlaç Dağıtımı.....	126
3.3.2.4. Acil Hizmetleri Memnuniyet Düzeyleri.....	128
3.3.2.5. Hastane Yemeklerinden Memnuniyet.....	130
3.3.2.6. Yönetimin Uygulamalarından Memnuniyet.....	132
3.3.2.7. Sağlık ve Bakım Hizmetinden Genel Memnuniyet.....	133
3.3.2.8. Sağlık Hizmetinin Kalitesinden Memnuniyet.....	135
3.3.2.9. Ödenen Bedel İle Alınan Hizmet Denkliğinin oluşturduğu Memnuniyet Düzeyleri.....	136
3.3.3. Sağlık Sorunları ve Çözüm Önerileri	137
EKLER.....
KAYNAKÇA.....
DİZİN.....

ŞEKİLLER

	Sayfa
Şekil 1.1: Örümcek Diyagramı.....	7
Şekil 1.2: Hastane Sistemi ve Dış Etkileyiciler.....	9
Şekil 1.3: Klasik Hastane Yönetim Organizasyonu.....	24
Şekil 1.4: Matriks Yapıda Yöneticiler.....	25
Şekil 2.1: Kalite Düşüncesinin Gelişimi.....	62
Şekil 2.2: Hasta Beklentilerini Etkileyen Faktörler.....	70
Şekil 2.3: İşletmelerde Yenilenme Hızı.....	74
Şekil 2.4: Proses Değişimi/Yenilenme Çevrimi.....	83
Şekil 3.1: Proses Şeması.....	101
Şekil 3.1: İşletmelerde Dönüşüm Aşamaları.....	107

GRAFİKLER VE TABLOLAR

Sayfa

Tablo 1.1: Finans Yapısı ve Yatak Kapasitelerine Göre Hastaneler.....	30
Tablo 1.2: Temel Makro Sağlık Finansman Göstergeleri.....	51
Tablo 3.1: Hastane yeri ve Ulaşımından Memnuniyet Düzeyleri.....	124
Grafik 3.1: Hastane yeri ve Ulaşımından Memnuniyet Düzeyleri.....	124
Tablo 3.2: Doktor Hasta İlişkisinden Memnuniyet Düzeyleri.....	125
Grafik 3.2: Doktor Hasta İlişkisinden Memnuniyet Düzeyleri.....	126
Tablo 3.3: İlaç Dağıtımından Memnuniyet Düzeyleri.....	127
Grafik 3.3: İlaç Dağıtımından Memnuniyet Düzeyleri.....	127
Tablo 3.4: Acil Hizmetlerinden Memnuniyet Düzeyleri.....	128
Grafik 3.4: Acil Hizmetlerinden Memnuniyet Düzeyleri.....	129
Tablo 3.5: Hastane Yemeklerinden Memnuniyet Düzeyleri.....	131
Grafik 3.5: Hastane Yemeklerinden Memnuniyet Düzeyleri.....	131
Tablo 3.6: Yönetimin Uygulamalarından Memnuniyet Düzeyleri.....	132
Grafik 3.6: Yönetimin Uygulamalarından Memnuniyet Düzeyleri.....	133
Tablo 3.7: Sağlık Hizmetlerinden Genel Memnuniyet Düzeyleri.....	134
Grafik 3.7: Sağlık Hizmetlerinden Genel Memnuniyet Düzeyleri.....	134
Tablo 3.8: Sağlık Hizmetlerinin Kalitesinden Memnuniyet Düzeyleri.....	135
Grafik 3.8: Sağlık Hizmetlerinin Kalitesinden Memnuniyet Düzeyleri.....	135
Tablo 3.9: Ödenen Bedel ile Alınan Hizmet Denkliği Memnuniyeti.....	136
Grafik 3.9: Ödenen Bedel ile Alınan Hizmet Denkliği Memnuniyeti.....	137

KISALTMALAR

AB	Avrupa Birliği
ABD	Amerika Birleşik Devletleri
ARGE	Araştırma Geliştirme
ATM	Otomatik Para Çekme Makinesi
AÜ	Ankara Üniversitesi
DNA	Dezoksi Nükleik Asit
DPT	Devlet Planlama Teşkilatı
GATA	Gülhane Askeri Tıp Akademisi
GSMH	Gayri Safi Milli Hasıla
HÜFAM	Hacettepe Üniversitesi Finanssal Araştırmalar Merkezi
ISO	Uluslararası Standartlar Örgütü/Organizasyonu
JCAHO	ABD’ de Bazı Sağlık Kurumlarının Akreditasyon Organ.
KEK	Kalite El Kitabı
KGS	Kalite Güvence Sistemi
KİT	Kamu İktisadi Teşekkülleri
KYS	Kalite Yönetim Sistemi
MÜ	Marmara Üniversitesi
PUKO	Planla, Uygula, Kontrol et, Önlem al Döngüsü
PUDK	Planla, Uygula, Değerlendir, Karar ver
SARS	Ani Gelişen Solunum Yetmezliği
SB/SSYB	Sağlık Bakanlığı/Sağlık Sosyal Yardım Bakanlığı
SSK	Sosyal Sigortalar Kurumu
TC	Türkiye Cumhuriyeti
TBMM	Türkiye Büyük Millet Meclisi
TODAİE	Türkiye ve Ortadoğu Amme İdaresi Enstitüsü
TSK	Türk Silahlı Kuvvetleri
TSE	Türk Standartları Enstitüsü
WHO	Dünya Sağlık Örgütü
YÖK	Yüksek Öğretim Kurumu



TEZ HAKKINDA

Araştırmanın Konusu

Sağlık işletmelerinde “Kalite Yönetim Sistemi” uygulamaları; geleneksel yönetimden kalite yönetim sistemlerine geçişte yaşanacak olumlu gelişmelerin gösterilmesidir. Bu amaçla kalite yönetim sistemlerinin tanıtılması uygulama koşullarının ortaya konmasıdır. Özelde ise Kütahya SSK Hastanesinde İSO 9000:2000 Kalite Yönetim Sistemi uygulamasının kalite artışı yaratıp yaratmadığının belirlenmesi ve bunun hasta memnuniyetindeki değişimlerin ölçülmesi ile gösterilmesidir.

Araştırmanın Amacı

Kalite yönetim sistemlerinin tanıtılması ve uygulama koşullarının ortaya konulmasıdır. Sağlık işletmelerinde kalite yönetim sistemlerinden birinin uygulanması sonucunda başta hasta memnuniyetinde artış olmak üzere iş ve işlemlerin standartlaşması, sağlık hizmeti kalitesinin artışı, çalışanların çalışma koşullarının iyileşeceği, hatalı yapılan test ve tahlillerin en aza indirileceği bu şekilde harcamalardan tasarruf edileceği vb. gibi faydalar sağlanacağı yönünde görüş ve kanaat oluşturmaktır. Bu kanaatin oluşması için yapılan uygulamalardaki hasta memnuniyeti artışının somut olarak gösterilmesidir. Kalite Yönetim Sistemlerinin özendirilerek sağlık hizmetlerinde kalite artışını teşvik etmek ve Türkiye'nin sağlık sistemine verimlilik, kalite artışı yönünde katkı sağlamak ve sağlık işletmelerinin toplumsal faydaları yanında ulusal ekonomiye tasarruf ve fayda üretmelerini sağlamaktır.

Araştırmanın Kapsamı

Literatür bölümünde sağlık sistemi ve sağlık hizmetlerinin tanımı, gelişimi ve sağlık hizmetlerinin geleneksel yönetimi konu edilmektedir. Başta TKY ve İSO 9000:2000 kalite yönetim sistemleri, bunlara paralel sistemlerin uygulama koşulları tartışılmaktadır. Uygulama bölümünde ise Kütahya SSK Hastanesinde yapılan kalite geliştirme çalışmalarının sonuçları hasta memnuniyeti düzeyi ölçümü ile ortaya konmaktadır. Bu amaçla poliklinik hastalarından 54 ve yatan hastalardan 51 olmak

üzere yüz beş kişiye anket uygulanmış¹ ve sonuçları 2001 yılında aynı işletmede Fatih Çelebioğlu'nun benzer konudaki "Hizmet Sektöründe Müşteri Hizmetleri, Kalitesinin Yükseltilmesi ve Kütahya SSK Hastanesinde Bir Uygulama" (DPÜ SBE yayınlanmamış yüksek lisans tezi, Kütahya, 2001), sonuçları ile karşılaştırılmaktadır.

Araştırmanın Metodu

Sağlık hizmetlerinin iki temel bileşeni tedavi hizmetleri ve bakım hizmetleridir. Bu iki bileşen aynı zamanda sağlık hizmetinin iki temel prosesidir. Bu iki proses birbirini tamamlayan ayrılmaz parçalardır. Her iki prosesin alt prosesleri vardır. Tedavi hizmetleri; hastaneye/hizmete ulaşım, doktor muayenesi, laboratuvar işlemleri, ilaç dağıtım ve uygulaması, ameliyat vb. dir. Bakım hizmeti ise hastane mekanı, yemekler, hizmetli personel davranışları, temizlik vb gibi alt bileşenlerine ayrılabilir.

Bütün bu hizmet bileşenleri ile ilgili hasta memnuniyeti, uygun sorular yöneltilerek anket yöntemiyle ölçümlenebilir. Burada hizmet bileşenleri veya alt prosesler memnuniyet düzeyi belirlenmek istenen lokal alanlara veya genel değerlendirmeye göre değiştirilebilir. Anket uygulanan hasta sayısı, zamanlama ve hasta çeşitliliği artırıldıkça daha doğru ve objektif genellemelere ulaşılabilir.

Bu çalışmada literatür bilgilerinden sonra kalite yönetim sistemi uygulaması sonrasında sağlık hizmeti alt bileşenlerine karşı oluşan hasta memnuniyeti ölçülerek buradan sağlık hizmetinin bütün olarak oluşturduğu hasta memnuniyeti ölçülmeye çalışılmıştır.

Araştırmanın Sınırları/Kısıtlar

Tezin sınırlarını anket yapılan hastaların sayısı ve eğitim düzeyleri, algılama düzeyler ve hastaların hastalığı nedeniyle içinde buldukları psikolojik ve sosyolojik durumları oluşturmaktadır. Anket yaparken durumu ağır ve tedavisi mümkün olmayan hastaların rahatsız edilmemelerine özen gösterdik. Halbuki durumu ağır ve umutsuz hastalara verilen hizmetler sınırlı fayda sağlasa bile içinde buldukları durum nedeniyle hastalarca büyük bir lütf ve minnetle karşılanacak bir iyilik olarak algılanabilmektedir.

¹ Bakınız: Ek1a,b,c,d,

Ağrısı çok şiddetli olan bir insan için doktora göre basit bir işlemle ağrısının kesilmesi sınırsız bir memnuniyet duygusu oluşturabilmektedir. Bazen de yapılan büyük ve pahalı bir tedavi sırasında ve alınan onca riskler sonucunda oluşan küçük bir komplikasyon/beklenmedik olumsuz gelişme hasta memnuniyetini negatif yöne çevirebilmektedir.

Hastaların hastalık ve sağlık konularındaki bilgilerinin sınırlılığı, insan ilişkilerinin teknik düzeyi gölgelemesi durumları, hasta ve hasta yakınlarının hastaneye tekrar işlerinin düşeceği kaygılarının yarattığı subjektif yanıtlar da anket sonuçlarının objektifliğinin kısıtlarıdır. Tesadüfen seçilen hastaların bazılarının anketi cevaplamaktan kaçınması da doğallığı açısından bir sapma oluşturabilir.

Hasta anketinin yapılmasında DPÜ hemşirelik yüksek okulu öğrencilerinden yardım istenmiştir. Anket konusunda kendilerine toplantıda yöntem ve teknik bilgiler verilmiş ancak cinsiyet yönünden oran verilmemiştir. Gönüllü dokuz öğrenci anketör olarak her biri değişik servislerdeki veya değişik polikliniklerde ki onar hasta ile yüz yüze görüşerek birbirlerinden bağımsız olarak anketlerini yapmışlardır². Sonuçlar toplandığında anket yapılan hastaların büyük çoğunluğu kadın olduğu ortaya çıkmıştır. Bu sonuç o sırada yatan hastaların gerçekten çoğunun kadın olmasından veya cinsiyet konusunda ayırım belirtilmeyen anketörlerin kadın hastaları tercih etmiş olmasından kaynaklanmış olabilir.

Araştırmanın Hipotezi

Sağlık hizmeti işletmelerinde TKY veya buna paralel bir kalite yönetim sistemlerinden biri uygulandığında sağlık işletmede kalitenin ve dolayısıyla da müşteri/hasta memnuniyetinin artacağı savunulmaktadır. Bizim tezimize konu olan iddia ise Kütahya SSK Hastanesinde kalite geliştirme programı olarak "İSO 9001: 2000 Kalite Yönetim Sistemine" geçilmesi sonunda sağlık hizmetlerinde kalitenin artacağı ve bunun hasta memnuniyeti ölçümüyle ortaya konabileceğidir.

² Bakınız: Ek 1a,b,c,d,



TEZ METNİ



BİRİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK HİZMETLERİ ORGANİZASYONU, GELENEKSEL SAĞLIK İŞLETMELERİ VE YÖNETİMİ

1.1. GİRİŞ

En basit ve en bilinen tanımıyla “sağlık; insanın fiziksel, ruhsal ve sosyal olarak iyi olma ve kendini iyi hissetme halidir”. Sağlık hizmeti ise herhangi bir şekilde bozulan sağlığın normal hale döndürülmesi ve bozulmayı önleme çabalarıdır. İnsanlar için sağlık hizmeti ihtiyacı olağan zamanlarda güvenlik ihtiyacı içinde irdelenirken hastalık hallerinde fizyolojik ihtiyaçlar basamağına yükselir.

Sağlık hizmetinin tedavi ve bakım olarak iki fonksiyonu vardır. Bu hizmet süreklilik gerektiren pahalı ve çok çeşitlilik gösteren bir hizmet türüdür. Bilimsel ve teknolojik gelişmelere bağlı olarak her on yılda bir çeşitlilik ve derinliği dolayısı ile de maliyetleri ikiye katlanarak artmaktadır.

Sağlık Hizmeti veren kuruluşların birer ekonomik işletme olup olmadığı hep tartışıla gelmiştir. Sağlık işletmelerinin sadece birer ekonomi işletmeleri olmadığını savunanlar, sosyal nitelikleri ağır basan bir hizmet ürettiklerini bu nedenle kar amacı ile bireylerin veya toplumun bu hizmetlerden yararlanmasına kısıtlama getirilemeyeceğini ileri sürerler. Karşıt görüşü savunanlar ise yeterli hizmet sunucu veya seçenek olduğunda fiyatların kabul edilebilir düzeye ineceğini, hatta rekabet sonucu kalitenin de yükseleceğinin iddia etmektedirler.

Sağlık İşletmeleri ekonomik sistemin maliyet ve istihdam açısından çok önemli bir parçasıdır. Bu nedenle ülkelerin çoğunda devletin/kamunun sorumluluğundadır. Üretim ilişkilerindeki değişime, teknolojik ve sosyal gelişmelere paralel olarak değişim ve gelişme göstermektedir. Sağlık işletmelerinde uygulanacak sağlık sistemi ve yönetim modelleri de içinde bulunulan genel ülke sistemin yanında hükümet politikaları, sosyal güvenlik sistemleri, maliyetine katlanan kurum, kuruluş ve bireylerin talep ve etkileri sonunda ortaya çıkar.

Çalışmamızda ülkemizin sağlık sistemindeki eksiklikler dile getirilirken sistemin merkezinde bulunan, hasta ve hekim arasındaki aslında herkesçe doğru olmadığına inanılan çıkar ilişkisinin; ortadan kaldırılması vurgulanmaktadır. Buradan şöyle bir sonuç da çıkarılabilir. Hastalar, işletme biliminden öğrendiğimiz klasik

müşteri tanımının dışındadır. Bazen öyle durumlar vardır ki acil durumlarda hastalar seçme şansı olmadan sağlık hizmetini almak zorunda kalırlar.

Bakım hastalarının hastane yatak işgallerini azaltmak için hasta yakınlarının özellikle ev hanımlarının eğitimine önem verilmesi önerilmektedir. Bunun yanında sadece tedavi anında hastanede bulunması gereken hastaların yatırılmadan tedavilerinin yapılabileceği bir birimin; Tıbbi Tedavi Merkezlerinin veya ünitelerinin hastanelere eklenmesiyle yatak işgallerinde azalmaya bağlı genel tedavi maliyetlerine olumlu etki yapacağı öngörülmekte ve özellikle sağlık hizmetlerine yeterli kaynağı ayıramayan ülkeler için önerilmektedir.

Çalışmanın içeriğiyle doğrudan ilgili olmamakla birlikte bir öngörü olarak önümüzdeki on, yirmi yıl içinde ülkemizde ve dünyamızda sayıca en çok rastlayacağımız ve tedavisi için sağlık harcamalarında en büyük payı ayırmak zorunda kalacağımız obezite/şişmanlık hastalığının olacağını belirtmeden geçemeyeceğim. Obezite gelecek yıllarda sağlık hizmeti harcamalarının gerek tedavi, gerekse bakım hizmeti olarak en büyük maliyetlerini oluşturacaktır. Bunun önüne geçmek çok zor olmakla birlikte bu konudaki eğitim ve uyarılara hemen başlanmalıdır. Şişmanlık/obezite hastalığına karşı önlem almayan ülkeler, tok mezarları ile öğünmeye şimdiden başlayabilirler.

Bu çalışmada ülkemizde ve dünyadaki sağlık işletmesi yönetimi uygulamalardan örnekler verilirken sağlık işletmelerinde var olan şartlarda uygulanacak/veya uygulanabilecek en doğru çağdaş sağlık işletmesi modeli ve yönetimi tartışılmaya çalışılmaktadır. Sağlık hizmetlerinin hata kabul etmezliği göz önüne alınırsa sağlık hizmetleri için ideal yönetim modeli “sıfır hata yönetimi” olacaktır. “Sıfır Hata Yönetimi”; hizmet üretiminin başından sonuna kadar bütün proses ve alt proseslerinin hiç hatasız tamamlanmasının ifadesidir. Burada kastedilen tedarik edilen malzemeler ve tedarik şekilleri dahil; bütün uygulama ve sunumların, tam zamanında ve hatasız, eksiksiz, bütün ölçüm ve testlerin önceden öngörülen ve bilinen kabul edilebilir sınırlarda yüzdelik sapma değerlerinde olmasını da içeren bir yönetimdir.

Bu çalışmada yine sağlık sistemi ve işletmelerindeki problemler ve bunlara olası çözüm önerileri gösterilmeye çalışılmaktadır. Sağlık işletmeleri özellikle hastanelerde var olan şartlara göre İSO Kalite Yönetimi Sistemi, Toplam Kalite Yönetimi veya uluslar arası bir Akreditasyon sistemine geçilerek hizmet kalitesi artışı

cesur ve alışkan yöneticilerin bilgi, tecrübe ve nsezileriyle gerekleēeēine inanıyoruz.



1.2. HASTANE YÖNETİMİ VE SAĞLIK HİZMETLERİ

Hastane işletmesini önemli kılan iki temel sebep vardır. Bunlardan birincisi verdikleri sağlık hizmetinin insanın doğal/yaratılıştan hakkı olan yaşama hakkıyla doğrudan ilgili olmasıdır. İkincisi ise sağlık işletmelerinin temel işlevi olan sağlık ve bakım hizmetinin çok pahalı, ekonomik boyutu yanında ahlaki/vicdani/sosyal boyutu da olan ve çok karmaşık süreçlerin koordinasyonu ve sinerjik çalışmaları sonucu fayda üretmeleridir.

Konumuz sağlık işletmesi yönetimi olduğuna göre sağlığın kısa bir tanımını vererek başlamamız doğru olacaktır. 1978 yılında Alma Ata'da yapılan 2000 yılında herkes için sağlık toplantısında "sağlık; fiziksel, ruhsal ve toplumsal anlamda iyi olma ve kendini iyi hissetme hali" olarak tanımlanmıştır.¹

Sağlık ve bakım hizmetleri bilimsel ve teknolojik gelişmelerle çeşitlenen ve derinleşen bir hizmet türü olmuştur. Bu nedenle gelişmiş ülkelerde sağlık ve bakım hizmetleri ile ilgili işletmelere her an bir yenisi, bir başka çeşidi eklenmektedir. Bu da genel kaynaklardan hem oran olarak, hem miktar olarak daha fazla kaynak aktarmayı gerektirmektedir.²

Ülkemizde yıllardır sağlık hizmetleri üretim unsurları (insan gücü, sermaye, tıbbi araç-gereç vb.) bakımından yetersizlikten şikayet edilmektedir. Halbuki sağlık kuruluşlarının temelini oluşturan hastanelerin en önemli verimlilik göstergesi olan yatak kapasitesi kullanım oranına baktığımız zaman Devlet Hastaneleri ortalamasının en yüksek olduğu yıllarda bile % 55 olduğunu görürüz. Yatak kapasitesi kullanım oranları sağlık sisteminin gelişmiş olduğu batı ülkelerinde çok daha yüksektir. Belirli ekonomik olgunluğa erişmiş, sağlık sistemleri aksamadan işleyen bu ülkelerde ortalama olarak bu oran % 80-82 arasındadır. Var olan kapasiteyi yeterince kullanmadan, veya yeterince verimli kullanmadan yeni kapasite yeni kaynak istemek kaynakları daha da verimsizleştirmek israf etmek anlamına gelecektir. Öyleyse sağlık sisteminin gelişmiş

¹ İnci User, Topluluk Temelli Sağlık Hizmetleri, Öneri Dergisi, M.Ü. S.B.E., sayı 9, cilt 2, Yıl: 4, Marmara Üniversitesi Sos. Bil. Ens., İstanbul, 1998 s:158

² Hikmet Seçim, "Hastanelerin Tanımı Sınıflandırılması, İşlevleri ve Organizasyonu Açısından Özellikleri", Hastane Yönetim Organizasyonu, Anadolu Üniv. Yayın No: 130, Eskişehir, 1985, s: 5

olduğu ülkelerdeki organizasyonları ve uyguladıkları sistemleri inceleyerek; önce var olan kapasitelerin kalitesini artırmak ve verimli bir şekilde kullanılmasını sağlamamız gerekmektedir³

Sağlık Bakanlığına bağlı 616 hastanenin başhekimleri ile yapılan ankette verimsizliğin en önemli nedeni nedir sorusuna başhekimlerin %48'i hastanelerin çağdaş hastane yönetim ve organizasyonu anlayışına uygun yönetilmemesi olarak cevap vermişlerdir. Kaynak yetersizliği, otelcilik hizmetleri, vb daha düşük yüzdelerle verimsizlik sebepleri olara belirtilmiştir⁴.

Çok pahalı ve hızla değişen gelişen sağlık hizmeti sektöründe 1990'lı yılların başında Toplam Kalite Yönetimi uygulamaları başlamıştır. TKY uygulamalarına geçmeyen veya geçemeyen işletmeler hantal, kendini yenilemekte ve gelişmelere ayak uydurmakta zorlanan, problemlili işletmeler haline gelmiştir. Halbuki TKY'nin müşteri/hasta odaklı, süreç odaklı ve istatistik verilere dayalı hastane uygulamaları yeni duruma uyum sağlama ve rekabet edebilirlik anlamında her türlü değişime açıktır ve yenilikleri kolayca uygulamaya geçebilmektedir.⁵

TKY uygulamasına geçmeye çalışan bazı sağlık işletmeleri başarılı olamamış ve hayal kırıklığına uğramışlardır. Ancak bu durum TKY'nin zaaflarından değil uygulayıcıların zaaflarından olup ya çalışanlara durumun kavratılamamasından ya da ağırlığı önceden hesaplanmamış dış etkenlerden kaynaklanmış olabilir. Etkili kararları ve finansmanı başka kurumlarca sağlanan sağlık işletmelerinde TKY nasıl uygulanabilir?. Bu konuya ilerde İSO Kalite Güvence Sistemleri/2000 yılından sonra ISO 9001:2000 Kalite Yönetim Sistemi'nde tekrar değinilecektir.

İşletmelerin bir kuruluş amacı veya amaçları vardır. Sağlık işletmelerinin de amaçları; süreklilik, büyüme, ekonomik ve sosyal katkı, kar etmektir⁶. İşletmenin sürekliliği içinde sürekli yenilenme/değişim gereklidir. Değişim/sürekli gelişmelerde en önemli sorunlardan biri kalite artırmanın ve değişimin bedelini/finans ölçümleri ile kalite ölçümlerinin nasıl birleştirileceği konusudur. Bu durum için Stratejik Hastane

³ Hüseyin Özgen-Azım Öztürk, "Devlet Hastanelerinde Verimlilik Sorunları", Verimlilik Dergisi, Milli Prodüktivite Merk. cilt 23, sayı 1, Ankara, 1994, s: 8,

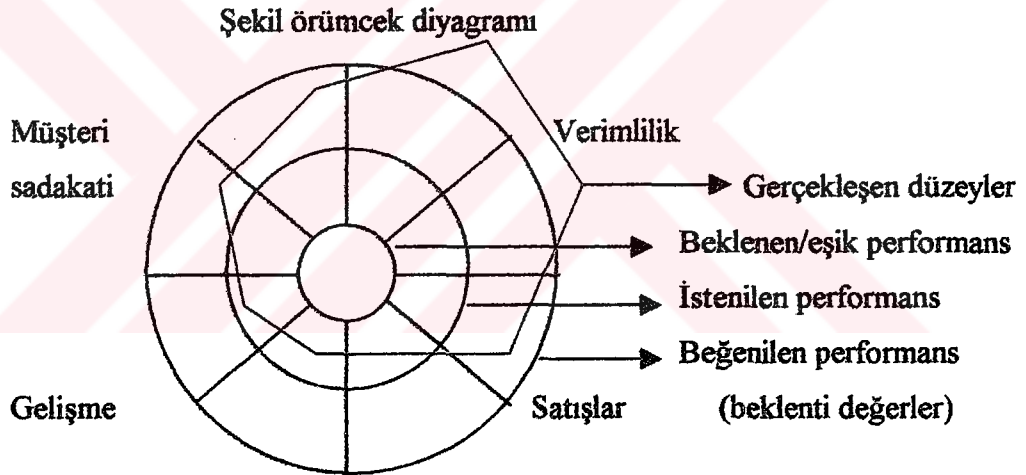
⁴ Ağı, s: 13,

⁵ Chip Cadwell "Değişim İhtiyacı" Stratejik Hastane Yönetimi, Çeviri: Osman Akınhay, Sistem Yayıncılık, İst. 1998 s: 5

⁶ Bilal Ak, "Modern Hastane Yönetimi ve Örgütsel Etkinlik" Kamu Çalışanları (Görüş) Dergisi, sayı 40, Ankara, Nisan 1994, s: 24

Yönetimi kitabında Chip Caldwell yeterince anlayamamış olduğunu söylediği “Örümcek Diyagramını” önermektedir.

Örümcek diyagramının bir anki işletme performansı ile müşteri beklentileri arasındaki ilişkilerin özelliklerini gösterdiği iddia edilmektedir. Bu ilişkiyi dört temel parçaya; 1.verimlilik, 2.satışlar, 3.gelişme 4.müşteri sadakatı ayırarak içte eşik değerler ve dışta beklenti değerlerini gösteren daireler arasında gerçekleşen değerler işaretlenerek hazırlanır. Yine aynı yazar kendi deneyimlerini anlatırken çok önemli iki gerçeği vurgulamaktadır: Bunlardan birinin bir şeyi veya işi gerçek öğrenmenin bizatihi yapmak/yaşamak olduğunu, ikincisi ise ekip üyelerinin/çalışanların müşteri ihtiyaçlarını analiz etmek ve bu ihtiyaçları fazlasıyla karşılamaktan gelen özgüvenler ve özsaygılarının artması sonucunda duyacakları memnuniyettir.



Şekil 1.1: Örümcek Diyagramı

Kaynak: Chip CALDWEL, “Stratejik Örümcek Diyagramı” Sağlık Kuruluşlarında Stratejik Yönetim, Çeviri: O Akinhay, Sistem Yayıncılık, İstanbul 1998, s:139

Yukarıdaki şekilde örnek bir stratejik örümcek diyagramı görülmektedir. Bu diyagram Kano'nun müşteri yargıları ile birlikte düşünülmelidir. Burada içten dışa doğru eşik değerler, beklenen/olması gereken değerler, hedef/ beklenti değerleri gösteren daireler ve gerçekleşen değerleri gösteren grafik değerler vardır. Yukarıdaki

şekilde gerçekleşen değerlerden anlaşılan verimlilik uğruna müşteri sadakati ve gelişmelerden vazgeçildiği veya fedakarlık edildiğinin ifadesidir.

Bu diyagram kullanılarak işletmedeki her unsur veya değişken için performans değerlemesi yapılabilir. Yukarıda belirtilen değişkenlikler veya başka değişkenliklere uygulanarak işletme politikalarının uzun/ stratejik ve orta vadede yönünün belirlenmesinde yol gösterici olacaktır. Önümüzdeki dönemde neleri önemli kılacağız; neler de fedakarlık yapabileceğiz karar vermemizi sağlar.

1.2.1. SAĞLIK İŞLETMESİ İLE İLGİLİ TEMEL KAVRAMLAR

1.2.1.1. Sağlık İşletmesi/Hastane

Dünya Sağlık Organizasyonu (WHO) hastaneleri, “müşahede, teşhis, tedavi ve rehabilitasyon olmak üzere gruplandırılacak sağlık hizmetleri veren; hastaların uzun veya kısa süreli tedavi gördükleri yataklı kuruluşlar” olarak tanımlamaktadır.⁷

Daha geniş ve benzer bir tanımın yapıldığı SSYB Yataklı Tedavi Kurumları İşletme yönetmeliğinde hastaneler, “hasta, yaralı, hastalığından şüphe edenlerin ve sağlık durumlarını kontrol ettirmek isteyenlerin; ayakta veya yatarak müşahede, teşhis, tedavi ve rehabilite edildikleri aynı zamanda doğumların yapıldıkları kurumlar” olarak tanımlamaktadır.⁸

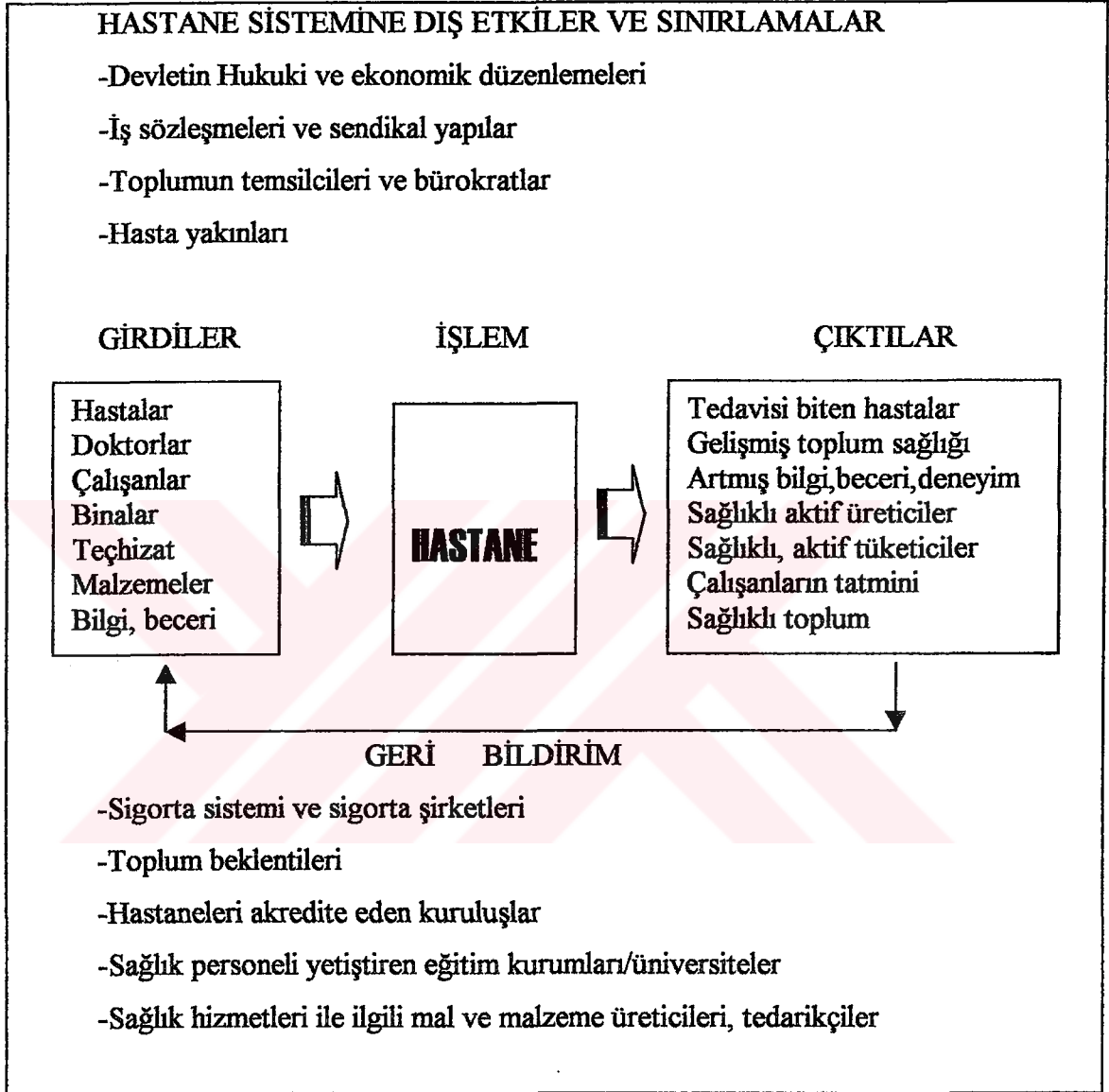
Bu tanımlar hastanelerin eğitim, araştırma, geliştirme ve toplumun sağlık düzeyine katkı sağlama gibi işlevleri kapsamamaktadır. Hastanelerin tedavi dışında işlevleri olsa da hastanelerin değişmeden devam eden işlevi tedavi olagelmıştır. Hastaneler tedavi hizmetlerinin türüne, finansman kaynaklarının türüne, yönetim ve yetki kontrollerine, hastaların hastanede kalış sürelerine, yatak kapasitelerine/ büyüklüklerine göre sınıflandırılırlar. İlerleyen bölümlerde bu konulara kısa kısa değinilecektir.

Hastaneler, toplumun tüm kesimlerine hizmet sunan, sağlık sistemi için ayrılan kaynakların önemli bir bölümünü tüketen önemli miktarda nitelikli işgücü istihdam eden, sosyal güvenlik, sağlık sigortası ve eğitim kurumları gibi birçok sosyal sektörle

⁷ Hikmet Seçim, “Hastanelerin Tanımı, Sınıflandırılması, İşlevleri ve Organizasyonu Açısından Özellikleri” Hastane Yönetim Organizasyonu, Anadolu Üniv. Yay. No: 130, Eskişehir, 1985, s: 5,

⁸ “Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği”, Sağlık Bakanlığı Yataklı Tedavi Kurumları Genel Müdürlüğü Yayını, Ankara, 1994, s: 3

önemli ve yakın ilişkisi bulunan, oldukça karmaşık bir örgüt yapısına sahip sosyo-ekonomik kurumlar-işletmeler özelliğindedir.⁹



Şekil 1.2: Hastane Sistemi/Prosesi Girdileri, Çıktıları ve Dış Etkileyiciler

AK Bilal, "Yataklı Tedavi Kurumları", *Yeni Türkiye Dergisi*, Sayı 39, Ankara, 2001, s: 854

Yukarıdaki tabloda hastane sistemi bütün bir proses olarak ele alınmış ve bir sistem olarak dış etkileyicileri belirtilmiştir. Hastane sisteminin neredeyse bütün

⁹ Oktay Alpagun, "Hastanelerde Verimlilik Sorunu", I Verimlilik Kongresi, Milli Prodüktivite Merkezi yayını no: 454 Ankara, 1991, s: 65

sistemlerle etkilemişimi vardır. Ancak sistemde değişiklik yapabilecek unsurlar ön plana alınmıştır. Hastane girdileri olarak; insan gücü, para, zaman, makine ve malzeme, yer ve bina, bilgiden söz edebiliriz¹⁰. Bunların bir araya gelmesi ile sağlık ve bakım hizmeti üretilir ve sunulur. Aslında burada sağlık hizmetini özelleştiren ve önemli kılan kritik girdiler; tıbbi bilgi ve malzemelerden de tıbbi sarf malzemeleridir.

Hastaneler diğer işletmelerle karşılaştırıldıklarında şu özellikleri ön plana çıkmaktadır:

- Hizmet sunan organizasyonlardır.,
- Dönüşüm sürecinden geçirdiği ürün ! hastalardır,
- Fonksiyonlarını toplumun istedikleri doğrultuda sürdürürler,
- Hizmetlerde maliyet ve etkinlik esastır,
- Hastane hizmetleri acil karakterde ve ertelenemezler,
- Hizmetlerde ahlaki değer yargıları büyük önem taşımaktadır¹¹.

Hastanenin Amaçları ve Fonksiyonları:

Sağlık Bakanlığına göre Hastane Amacı; çağın icaplarına ve memleket gerçeklerine uygun, süratli, disiplinli, üstün kaliteli ve ekonomik sağlık hizmeti üretmek ve bunu ihtiyaç veya hak sahiplerine sunmaktır. Bazı araştırmacılara* göre ise hastanelerin amacı; 1. Nitelikli hasta bakımı ve tedavi hizmetlerini düşük maliyetle üretmek ve ihtiyaç sahiplerine sunmak, 2. Milli gelirden ve hastalardan sağladıkları geliri ekonomik kullanarak çok sayıda hastaya hasta bakımı ve tedavi hizmeti üretmek ve sunmak, 3. Ulusal istihdam politikasına ve ekonomik ve sosyal kalkınmaya katkıda bulunmak için en son tıbbi ve teknolojik bilgilere dayalı eğitim ve araştırma metotlarını kullanmak; hastalıkların önlenmesi ve tedavisi için gerekli tedbirleri almaktır.¹² Hastane fonksiyonları, burada ana başlıklarla verilecek ilerleyen konularda önem ve derinliklerine göre incelenecektir. Bu fonksiyonlar şu şekildedir:¹³

- Tıbbi Fonksiyonlar,
- Hasta Bakım Fonksiyonları,
- İdari fonksiyonlar,

¹⁰ Bilal Ak, "Yataklı Tedavi Kurumları" Yeni Türkiye Dergisi, Sayı 39, Ankara, 2001, s: 860, 863

¹¹ Age, s: 866

¹² Bilal Ak, "Hastane Amaçları" Hastane Yöneticiliği, Hacettepe Üniversitesi, Ankara, 1990, s: 75

¹³ Age, s: 75-76

- Mali Fonksiyonlar,
- Teknik Fonksiyonlar,
- Otelcilik Fonksiyonları,
- Araştırma Geliştirme Fonksiyonları,
- Sosyal Fonksiyonlar.
- Koruyucu Hekimlik Fonksiyonu

1.2.1.2. Sağlık ve Hastalık

Sağlıklılık ve hastalık bütün canlılar için karşılıklı iki durumu ifade eder. Sağlıklılık, normal devam eden yaşamı; hastalık ise yaşamın normalden olumsuz yönde sapmalarını ifade eder. Ancak biz burada bitkiler ve hayvanlarla ilgilenmediğimiz için konunun insanlarla ilgili yönünden bakacağız. Öyleyse burada kısaca insanı tanımamız ve diğer canlılardan farkını kısaca belirtmemiz gerekir.

İnsan; biyolojik canlılık yanında idrak, irade ve akıl sahibi; bu yeteneklerinden dolayı da sürekli tekamül/gelişme gösteren, duygulu ve sosyal ilişkileri olan bir canlı varlık/yaratılmıştır. Bu nedenle kendisine bu biyolojik yapı ve yetenekleri veren güce beslediği bir hissiyat/inanma içersindedir. Burada ifade edilmek istenen şey insanlarda sosyal ve duygusal durumların bozulmasını da bir hastalık durumu olduğunu ifade edebileceğimiz halde bitki ve hayvanlarda böyle bir tanımlama yapamamakta olduğumuzdur. Eğer böyle bir durum bitki ve hayvanlarda da var ise bile yaşamsal olarak belirleyici olmamaktadır.

Sağlık ve hastalık; bu iki kavram insandaki iki durumu ifade ettiğini belirtmiştik. Bu iki kavram biri diğerine göreceli tanımlanır. Sağlık insanın iyilik halini; hastalık da iyilik halinin bir şekilde bozulması halini tanımlar. Sağlıkın yapılan tanımlarının hemen hepsi birbirine çok yakındır. Sağlıkın en yalın ve herkesçe bilinen, Dünya Sağlık Örgütünce (WHO) de kabul gören tanımı; “ Sağlık, insanın fiziksel, ruhsal ve sosyal tam bir iyilik hali” şeklindedir¹⁴.

Hastalık; biyolojik bütünde, dokularda veya hücresele düzeyde yapısal veya fonksiyonel bozulma yada normal olmayan durumdur. Yine insanın iç yapısında; iç ortamındaki dengelerin hümoral veya hormonal hemeostazisin/iç dengenin bozulması

¹⁴ WHO (Dünya Sağlık Örgütü)' nün kabul ettiği genel sağlık tanımıdır. Bilal Ak, “Kavramlar ve Sağlık Sistemi”, Yeni Türkiye Dergisi, sayı 39, Ankara, 2001, s:299

durumu/halidir¹⁵. Önceki paragrafta belirtildiği gibi ruhsal ve sosyal bozulma veya anormallikler/dengesizlikler (bazen hasta kendisi kabul etmese de) de hastalığı ifade eder.

Sağlıklı olduğu halde kendini hasta hissetme veya hasta sanma da bir çeşit ruhi bozukluk; hastalık olarak kabul edilmektedir. Biyolojik olarak hastalığı olmayan birinin yakınları veya diğer insanlarla ilişkileri bozulursa önce davranışlarına yansiyacak değişiklikler bir süre sonra biyolojik/bedensel olarak da bozuklukların ortaya çıkmasına zemin oluşturacaktır. Yine aynı şekilde hijyenik olmayan ortamda yaşayan bir insanın hastalıklara karşı daha savunmasız olduğunu bilmek için sağlık eğitimi almış biri olmaya sanırım gerek yoktur.

Sağlık kavramı diğer bir şekilde objektif olarak doktor tarafından yapılan muayene ve tetkiklerle fiziksel veya ruhsal saptanan bir hastalık veya bozukluk olmamasıdır. Yine bunun yanında da bireyin kendi durumunu fiziksel, ruhsal ve sosyal olarak sağlıklı algılaması halidir. Sağlıklı bireyin en önemli özelliği sürekli olarak değişmekte olan dış çevreye uyum sağlama kapasitesidir¹⁶. Sağlıklı olmak kişinin çevresiyle ve iç dünyasıyla uyumlu olması ve uyum sağlama kapasitesidir de diyebiliriz.

Blum, Lalonda ve Dever Sağlığı bütüncül düşünüş açısından ele almışlar ve birbirine yakın sonuçlara ulaşmışlardır. Sağlık kavramını oluşturan dört temel faktörü; çevre, davranış, kalıtım ve sağlık bakım hizmetleri olarak açıklamışlardır. “Çevresel sağlık modeli” olarak adlandırılan bu modelde bu temel faktörler oran ve önemlerine göre sağlığı farklı ölçülerde etkilerler. Bu dört temel faktör hem birbirileri ile hem de nüfus, kültürel sistemler, ruh sağlığı, ekolojik denge ve psiko sosyal ve bedensel çevreyle ilişki içindedir; bunlardan etkilenen alt sistemdir¹⁷.

1.2.1.3. Sağlık Hizmeti/Tedavi ve Bakım

Sağlık hizmeti, normal sağlıklı insanlar için güvenlik ihtiyacı içinde değerlendirilebilecekken; hastalar için fizyolojik/yaşamsal ihtiyaçtır. Maslow’un insan ihtiyaçları sıralamasında güvenlik ihtiyacı ikinci sıradayken; fizyolojik ihtiyaçlar

¹⁵ Nuran Akdemir, Tülin Bedük, “Hemeostazis-Hastalık Kavramı” İç Hastalıkları Hemşireliği, Vehbi Koç vakfı, Yayın No:6, 1993, Ankara s:2,7

¹⁶ Age, s:1,2

¹⁷ Bilal Ak, “Kavramlar ve Sağlık Sistemi” Yeni Türkiye Özel Sayı, Sayı 39, Ankara, 2001, s:299

(yeme, içme, barınma vb.) ilk sırada yer almaktadır. Sağlık hizmeti ihtiyacının fizyolojik ihtiyaçlar içerisinde ele alınmasını gerektiğinin savunanlar da vardır¹⁸.

Sağlık Hizmetlerinin iki temel unsuru vardır. Tedavi hizmetleri ve bakım hizmetleri. Tedavi hizmetleri deyince muayene, teşhis, ilaç tedavisi, ameliyat vb. anlatılmaktadır. Bakım hizmetleri ise tedavi sırasında yeme, içme, barınma vb. gibi otelcilik hizmetleri ifade edilmektedir. Bu iki çeşit hizmet birbirlerinin ayrılmaz parçasıdır ve birlikte sunulur. Her iki hizmet türü de müşteri memnuniyetinde önemlidir. Zaten birinin çok iyi olup diğer hizmet türünün çok kötü olması düşünülemez.

Sağlık hizmetlerini aşağıdaki şekilde sınıflandırmak mümkündür:

- Koruyucu sağlık hizmetleri; kişiye ve çevreye yönelik iki yönlüdür,
- Tedavi edici sağlık hizmetleri,
- Acil sağlık hizmetleri,
- Çevre ve toplum sağlığı programları,
- Kronik organ hastalıkları; özelde kronik böbrek yetersizliği ve diyaliz üniteleri,
- Doğal afet/deprem, sel, büyük yangınlar da sağlık hizmetleri,
- Turistlere sağlık hizmetleri yine özellik gerektiren sağlık hizmetlerindedir¹⁹.

Burada rehabilitasyon hizmetlerini de saymamız gerekir. Sakatlara ve iş gücünü kaybedenlere çalışma ve yaşamı idame ettirme imkanı sağlayan rehabilitasyon hizmetleri Tabip ve tabip olmayan sağlık personeli tarafından yapılan tıbbi rehabilitasyon ve sosyal hizmet uzmanlarınca uygulanan sosyal rehabilitasyon/toplumla yeniden kazandırma; iş bulma işe uyum sağlama vb. tedavileri kapsar²⁰.

112 Hızır Servisi:

Sağlık hizmeti kurumlarına yeni katılan 112 Hızır servisinden kısaca bahsetmek gerekir. Çoğu ilde örgütlenen ve nüfus yoğunluğuna göre sayı ve kapasiteye sahip il sağlık müdürlüğüne bağlı görev yapan hareketli/gezici ambulanslı ekiptir.

¹⁸ Şenay Üçdoğruk-Sevda Demirbilek, Türkiye’de Yataklı Tedavi Kurumlarının Verimliliği, M.P.M. Dergisi, Ankara, 1997/2, s: 165

¹⁹ Osman Durmuş (eski sağlık bakanı, doç. dr.), “2000’lerin Türkiye’sinde Sağlık”, Yeni Türkiye Özel Sayı 39, Ankara, 2001, s:11-22.

²⁰ Ayşe Turgu, “Ayaktan Tedavi Hizmetlerinde Hasta Tatminini Etkileyen Faktörler”, İ.Ü. İşletme Fak.Yayınlanmamış Tez Çalışması, İstanbul, 1997, s: 8

ABD'lerindeki 911 bezeri bir kurum olup özellikle kaza durumlarında hızla harekete geçerek olay mahalline varırlar ve ilk müdahaleyi yaparak; hasta veya yaralıyı ilgili kurum hastanesiyle irtibatlaşarak o hastaneye ulaştırırlar.

1.2.2. HİZMET DERİNLİĞİNE GÖRE SAĞLIK İŞLETMELERİ

Bu bölümde Sağlık İşletmelerini ayakta tedavi kurumları, yataklı tedavi kurumları, araştırma kurumları olarak sınıflandırabiliriz. Tabidir ki bu sınıflandırma keskin sınırlarla olamayacaktır. Ara işletmeler veya bütün sağlık hizmetlerini bir arada veren kuruluşlar da vardır. Bu sınıflandırma aynı zamanda sağlık hizmet sunum basamaklarını da işaret etmektedir. Sağlık hizmetinin sadece bir kesimine odaklanmış işletmelerde vardır. Özel laboratuvarlar, sıtma savaş, verem savaş birimleri bu şekilde çalışırlar.

1.2.2.1. Ayaktan Tedavi Kurumları ve Fonksiyonları

Ayaktan tedavi kurumları, hastayı yatırmadan ayaktan bir gün içinde/ki bu çoğu zaman resmi çalışma saatlerini ifade eder; tedavi edilmesi şeklindedir. Yani bu işletmelerde bakım hizmetleri ya çok azdır; veya hiç yoktur. Bu kurumlar resmi iseler 24 saat icap* hizmeti sunmak zorundadırlar. En önemli fonksiyonları hasta yönlendirme ve potansiyel hasta bölgelerine eğitim ve koruyucu sağlık hizmetleri sunmaktır. Bu sağlık hizmetlerin hepsine birden birinci basamak temel sağlık hizmetleri denir.

*İcap: Daha çok teknik işlerle ilgilidir. Kendi alanıyla ilgili bir iş; sağlık hizmetinde hasta olduğu zaman bilgi, deneyiminden yararlanmak veya doğrudan kendisi tarafından yapılacak bir iş için o sahsın çağrılmaya 24 saat hazır olması ve çağrılacağı yerini belli etmesi durumudur.

Ülkemizde birinci basamakta verilen temel sağlık hizmetleri 5.1.1961 tarihli 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında, kanun ile düzenlenmiştir. Buna bağlı olarak kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri; halkın sağlık eğitimi, yeterli ve dengeli beslenme, kişisel temizlik, bulaşıcı hastalıklara karşı bağışıklama, salgın hastalıkların kontrolü, temel ilaçların sağlanması, çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmeti, yeterli içme ve kullanma suyu sağlanması, atıkların zararsız hale

getirilmesi, besin ve konut hijyeni, gürültü kontrolü vb.dir. Yine bu kanunda sağlık işletmeleri arasındaki ve sağlık işletmeleri ile vatandaş arasındaki ilişkileri düzenleyen hükümler (sağlık hizmetinin herkese eşit sunumu, katılım payları sağlık işletmeleri sevk zinciri, vb.) yer alır.²¹

1.2.2.1.1. Sağlık Evleri

Sağlık evleri 1970'li yıllarda uygulanmaya çalışılan sosyalizasyon programı içinde yer alan ve halen devam eden bir uygulamadır. Tercihen merkeze uzak ve küçük yerleşim birimlerinde, şehirlerin kenar semtlerinde açılmaktadır. Buralara doktor kadrosu verilmemekte bir ebe-hemşire/çifte görevli ve bir hizmetli verilmektedir. Birincil görevi, aşı programlarında aşılama ekiplerine hazırlık, yardım ve aşı takip işleridir. Ayrıca merkeze gidemeyen gebelerin kontrol muayeneleri ve bir üst sağlık kuruluşuna gidecek olan hastalara danışma ve yönlendirme hizmeti verirler.

1.2.2.1.2. Sağlık Ocakları

Sağlık ocakları ayaktan tedavi kuruluşlarıdır. Sağlık Bakanlığına bağlı olarak kurulur ve çalıştırılırlar. Koordinasyon ve denetimlerini İl Sağlık Müdürlükleri yapmaktadır. Standart kadrolarında bulunulan yerin nüfus ve hasta potansiyeline göre sayıları değişebilen pratisyen doktor, sağlık memuru, büro memuru, hemşire, ebe, yeterli sayıda hizmetli, şoför ve tıbbi sekreter bulunmaktadır. Ama bugün çoğu sağlık ocağında bunlardan sadece doktor, hemşire ve hizmetli bulundurulmakta çoğu zaman sayıları da norm kadroların altında kalmaktadır.

Sağlık ocakları ilk basamak sağlık kuruluşudur. Sorumlusu pratisyen doktordur. Önceden belirlenmiş bir mntıkaları vardır ve o mntıkadaki her türlü sağlıkla ilgili problemlerden sorumludurlar. Hasta muayene ve ayaktan tedavi, ilk acil müdahale ve hasta yönlendirme, aşı uygulaması, aşılardan kayıtları takipleri, bulaşıcı hastalık takip ve bildirimleri, adli raporlar ve kayıtları vb yaparlar. Çok temel tahlillerin yapılabileceği bir laboratuvarı vardır. Ayaktan tedavisi mümkün olan basit hastalıkların teşhis ve tedavisini yaparlar. Tetkik olarak, basit kan sayımı, kan sedimantasyonu, basit idrar tahlili, kan şekeri ölçümü vb yapabilirler.

²¹ Nazlı Akyıldız, "Türkiye'de Temel Sağlık Hizmetleri", Yeni Türkiye Dergisi, sayı 39, Ankara, 2001, s: 184

Acil tedavi gerektiren hastalara gerekli ilk müdahaleyi yaparak ve yaşam desteği sağlayarak ilgili veya en yakın hastaneye götürürler veya gitmesini sağlarlar. Olayın adli/hukuksal bir yönü varsa gerekli kayıtları oluşturur, adli raporunu hazırlayarak ilgili mercilere bildirirler.

Bulaşıcı hastalıklar, aşılar, bölgesel ve yerel sağlık sorunları, hükümetin sağlık politikaları ve bunların uygulamaları ile ilgili eğitim ve bilgilendirme toplantıları düzenleyerek veya doğrudan müracaatlarda yazılı veya sözlü eğitim verirler. Yine kendi bölgeleri ile ilgili kayıtlardan istatistik bilgileri hazırlayarak ilgili mercilere iletirler. Sağlık Bakanlığı dışında başka kurumlara bağlı sağlık ocağı benzeri (sağlık istasyonu vb.) sadece ayaktan muayene ve tedavi yaparlar ve bunlarla ilgili kayıtları tutarlar.

1.2.2.1.3. Dispanserler

Dispanserler Sağlık ocağı benzeri sağlık kuruluşlarıdır. Kadroları daha geniştir ve uzman doktorlar da görevlendirilebilir. Bazılarında sınırlı sayıda yatak vardır ve kısa sürelerde gözlem amaçlı hasta takipleri yapılmaktadır. Dispanserlerin hastanelere bağlı ayaktan teşhis ve tedavi amaçlı olanları, hasta yoğunluğu fazla olan bölge veya semtlerde yerinde hizmet amaçlı olanları ve belirli bir sağlık problemi için özelleştirilmiş olanları (verem savaş dispanseri, sıtma savaş vb.) vardır.

1.2.2.2. Hastaneler

Önceki bölümlerde hastanelerin geniş tanım ve fonksiyonları belirtilmiştir. Teşhis, tedavi ve bakım hizmetleri ön planda olan sağlık işletmeleridir. Teşhis ve tedavi hizmetleri birimlerinde branş eğitimi almış sağlık personelleri görev sorumluluk alırlar. Bu birimler muayenelerin, tahlillerin yapıldığı, filmlerin çekildiği ameliyat veya tedavilerin yapıldığı birimlerdir. Bakım birimleri ise daha çok otelcilik hizmetleri sayılabilecek barınma, yeme, içme, temizlik ve tedarik işleridir. Bu birimlerde alt yöneticiler, memurlar ve hizmetli personeller çalışır ve başhekimin görevlendirmesi ile sorumluluk alırlar. Yine her işletmede olduğu gibi personel, muhasebe, bilgi işlem, teknik birimlerdeki işler, ilgili eğitimi almış sağlık personeli olmayan personellerce yürütülür.

Buldukları bölge ve kendilerine verilen resmi ve bölgesel görevlendirilme misyonuna göre çalışırlar. Hastaneler yoğun çalışırlar, iş ve işlemler fazla ve karmaşıktır. Türkiye de çoğu hastanelerin hasta sirkülasyonları da çok fazladır. Bu durum bazı yerlerde sağlık işletmelerinin bölge nüfusuna göre yeterli olmamasından kaynaklansa bile çoğu yerde hizmetin kalitesizliğinden ve hasta veya yakınlarının tatminsizliğinden dolayı tekrar tekrar gelmek zorunda kalmalarından kaynaklanmaktadır.

Bazen de yaşlı, kimsesiz veya özel bakım gerektiren hastaların bakılabileceği kurumların olmaması, bu konuda eğitilmiş kişilerin bulunmaması veya parasal imkanların yetersizliği nedeniyle her sıkıntılı durumda hastaneyi kullanmaya kalkılmasından kaynaklanmaktadır. Bu hastalar acil bir rahatsızlığı olmamasına rağmen sıkça acil servislere getirilerek hastaneye yatırılmak istenmektedir. Hasta yakınları bunalmıştır; kısa süre de olsa bir şekilde hastanede kalmasında ısrar ederler. Bu hastaların bakımı zor, durumlarında düzelme beklenmemekte olduğundan klinik hekimleri kabul etmek istemezler; tedavilerini düzenleyip evine gönderme eğilimindedirler.

Aslında sağlık hizmetleri yönünden gelişmiş batı ülkelerinde de sadece bakım hastaları hem maliyeti yüksek, hem de hastaneleri fazla işgal ettiklerinden istenmeyen hasta grubudurlar. Ancak bu ülkelerde yaşlılar için bakım ve huzur evleri, yaşlı barınma yerleri sayıca fazla, ve daha çok çeşitlidirler.

1.2.2.2.1. Hizmet Hastaneleri

Kuruluş amaçları ağırlıklı olarak hasta muayene, teşhis, tedavi ve bakım hizmeti sunmaktır. Eğitim, bağışıklama vb. hizmeti vermeleri ikinci plandadır. Hizmet verdiği nüfus kitlesinin büyüklüğüne göre kadrolarında uzaman doktor, pratisyen doktor, yardımcı sağlık personeli ve yeterli sayıda hizmetli personel ve diğer teknik veya destek hizmetleri personeli bulundurulur. Hasta kapasitesi en düşük olanlarda bile prensip olarak genel cerrahi, dahiliye, çocuk hastalıkları ve kadın hastalıkları/doğum uzmanlarından dört temel branşta birer uzman doktor bulundurulur / veya bulundurulması gereklidir. İdeal olanı hizmet hastanelerinde her branştan en az bir uzman doktor olmak üzere yeterli sayıda uzman pratisyen doktor bulundurmadır.

Norm* kadroları böyle olmakla birlikte çoğu zaman yeterli doktor bulundurulamaz veya dağılım dengesiz olmaktadır.

Norm kadro*: geriye dönük iş kapasitesine göre tepe yöneticilerin yönetmeliklere göre hesapladığı ilgili personel kadrosudur.

Hizmet hastanelerinin işlevi hastalara sağlık hizmetini mahallinde sunmak zaman ve işgücü kaybını azaltmaktır. Bu nedenle kısıtlı imkanlarına göre iş yükleri ve iş yoğunlukları oldukça fazladır. Ayrıca eksik olan hizmet branşlarında hastalar il dışı hastanelere sevk edilirler ve bilmedikleri şehir ve tanımadıkları hastane ortamlarında oldukça da mağdur olurlar.

Hizmet hastaneleri olarak adlandırdığımız bu hastanelerin büyük çoğunluğu Sağlık Bakanlığına ve Sosyal Sigortalar Kurumuna bağlı hastanelerdir. Diğer bazı kamu kuruluşlarına (TBMM, DDY, KİT'ler vb.) bağlı az sayıda hizmet hastaneleri de vardır. Bunların yönetimleri ilgili kurumlarca sağlık mevzuatına ve ilgili kurumun yönetmeliklerine göre oluşturulur ve aynı mevzuata göre idare edilirler.

1.2.2.2.2. Eğitim Hastaneleri

Eğitim hastaneleri dendiğinde ilk aklımıza gelen üniversite hastaneleri olarak ta bilinen Tıp Fakülteleri hastaneleridir. Tıp Fak. Hastanelerinde eğitim ve hasta tedavi ve bakım hizmetleri eşit ağırlıkta yürütülmektedir. Bu hastaneler bağlı buldukları tıp fakülteleri ve sağlık yüksek okulları ile birlikte başta doktor ve uzman doktor yetiştirmek olmak üzere her branştan sağlık personeli yetiştirirler. Ayrıca araştırma birimleri çeşitli konularda özellikle ülkenin sağlık problemleri konularında araştırma, geliştirme çalışmaları yaparlar. Bu nedenle taşra ve hizmet hastanelerinden teşhis ve tedavisi zor veya bilinmedik belirtiler ve hastalıklar gösteren vakalar üçüncü kademe tetkik ve tedavi amacıyla bu hastanelere sevk edilirler. Bu çeşit problemler gerekirse diğer tıp fakülteleri ile işbirliği yapılarak çözülür veya çözülmeye çalışılır. Yinede problem çözülemez ise yurt dışında bu konularda uzmanlaşmış sağlık kuruluşlarından yardım istenir veya hasta yasal prosedüre göre oraya sevk edilir.

Tıp Fakülteleri ve hastaneleri bölgesel nüfus yapıları ve hasta potansiyelleri hizmet alanları ve hasta sevk zinciri göz önünde bulundurularak kurulurlar. Yönetimleri Özerk Üniversite rektörlüklerince oluşturulur. Üst yöneticiler bazen atama, bazen seçimle belirlenir. Finansları büyük oranda devlet bütçesinden karşılanır. Ayrıca

küçümsenmeyecek oranda döner sermaye kalemleri vardır; küçümsenmeyecek ciroları oluşmaktadır.

Tıp fakültesi hastaneleri dışında da kurumsallaşmalarını tamamlamış, bünyesinde yeterli akademisyen barındıran diğer kurumlara bağlı hastaneler de sağlık hizmeti yanında uzman doktor yetiştirme ve sertifikalandırma konularında eğitim vermektedirler. Bu hastanelerin yapıları hizmet ağırlıklı oldukları için pratik uygulama ve deneyim için bulunmaz fırsatlar sunmaktadırlar. Bu nedenlerle Tıp Fakültesi hastaneleri ile rotasyon uygulamaları yapmaktadırlar.

1.2.2.2.3. İhtisas Hastaneleri ve Meslek Hastalıkları Hastaneleri

Bu hastaneler ülke problemleri ve onların çözümlerine yönelik devlet politikası olarak kurulurlar ve işletilirler. Bu hastaneler işlevine göre hangi kamu kurumuna bağlı olması uygunsa ona bağlanırlar. Meslek hastalıkları hastaneleri daha çok SSK bünyesinde bulundurulurken; kemik hastaneleri, tüberküloz hastaneleri, yanık hastaneleri, ruh, sinir ve madde bağımlılığı hastalıkları hastaneleri, Kanser hastaneleri, kalp/damar ve göz ihtisas hastaneleri vb Sağlık bakanlığı bünyelerinde bulundurulur. Özel ihtisas hastanesi sınıfına giren hastaneler uzmanlık ve sertifika eğitimi de verebilirler. Bu hastanelerin sayı, kapasite ve kaliteleri artırılmalı; kurumsal derinlik kazandırılmalıdır. Çünkü bütün Dünyada sağlık hizmetlerinde işbölümü artarak derinleşmekte ve keskinleşmektedir.

1.3. SAĞLIK İŞLETMELERİ ÖRGÜTLENMESİ VE GELENEKSEL YÖNETİMLERİ

Mevcut sistemi kısaca özetleyerek başlamak uygun olacaktır. Sisteme bir bölünmüşlük ve denetimsizlik hakimdir. Sağlık hizmeti kamu görevi olarak kabul görmekte ve algılanmaktadır. Ancak sağlık sistemine her taraftan girilmiş; her kurum kendi sistemine uygun bir yönetim oluşturmuştur. Sağlık Bakanlığı yanında, SSK, vakıflar, özel sektör, yabancılar, diğer bazı kamu kuruluşları sağlık sektörüne bulaşmış durumdadır. Bunların hepsi bir arada düşünüldüğü zaman niceliksel bir yeterlilikten bahsedebiliriz. Nitelik olarak ise gelişmiş dünyanın çok gerisindedirler. Bu zaten çok

pahalı olan hizmet türünün bir de dışa bağımlılık (ilaç ve cihazlar bakımından) ve kötü yönetimi maliyet ve israfı alabildiğince artırmaktadır. Sistemin kurulması ve çağdaş yönetilmesi halinde büyük oranda tasarruf yapılabilecektir²².

Cumhuriyet dönemi Türkiye’inde sağlık hizmetleri ve politikaları dört döneme ayrılabilir:

- 1923- 1937 Refik Saydam dönemi; ilk kurumsallaşma dönemi,
- 1938-1960 2. Dünya Savaşı ve Demokrat Parti dönemi,
- 1961-1982 Sağlık hizmetlerinde sosyalleştirme çalışmaları dönemi,
- 1983 ve sonrası gelişmelerin hızlandığı kalite artırma dönemdir²³.

1.3.1. Hastanelerin Yapısı ve Örgütlenmesi

Hastaneler kurulurken işletmede yürütülecek faaliyetler belirli esaslara göre gruplandırılmıştır. Bu duruma göre de proje yöneticisi, fonksiyonel yöneticiler, destek birimler; ilgili birim ve ilgili görevleri yürütmektedirler. Bu yönüyle hastaneler matris yapıda organizasyonlardır. Hatta bu görev ve yetkiler bazen bir günlük el değiştirmelerle değişebilirler. Çünkü hastaneler çok karmaşık ve çeşitli işleri 24 saat sürekli yaparlar. Bu süreklilik gündüz mesai; akşam ve gece nöbet/veya vardiya sistemi ile yürütülmektedir. Hastaneye özellikle acil servislere gelen hastanın tedavisi acillik ve reddedilmezlik özelliği gösterdiği, bir kısmının da sürekli bakım ve gözetim altında tutulması gerekmektedir. Bütün bunlar yönetsel çeşitlilik ve zorlukları da beraberinde getirmektedir.

Hastaneler karmaşık yapıda, açık dinamik, sosyal sistemlerdir. Hizmet işletmeleri olmalarına rağmen başta sosyal kuruluş olma özellikleri olmak üzere diğer ekonomik işletmelerden bir çok farkları vardır. Sağlık işletmelerinde “hizmetin maksimumlaştırılması” “kazancın maksimumlaştırılmasından” önce gelir²⁴. Özel hastaneler bile kamusal hizmetlere (acil hastaları reddetmeme, fakir hasta kontenjanları vb.) açık olma özelliği vardır. Benzer büyüklükteki işletmelere göre çok daha karmaşık bir yapıları vardır. Karmaşıklığın sebepleri; hastanelerin kesintisiz 24 saat hizmet

²² Bülent Kuşoğlu, “Sağlık Sistemimiz ; Mevcut Durum ve Çözüm Önerileri”, Yeni Türkiye Dergisi Sayı 39, Ankara, 2001, s: 82

²³ Yusuf Ekrem Özdemir, “Cumhuriyet Dönemi Sağlık Politikaları”, Yeni Türkiye Dergisi, sayı 39, Ankara, 2001, s: 259

²⁴ Bilal Ak, “Modern Hastane Yönetimi ve Örgütsel Etkinlik”, Görüş-Kamu Çalışmaları Dergisi, Sayı 40, İstanbul, 1994, s: 24

verme zorunlulukları, hastane dışında hastaneyi etkileyen etmenlerin çokluğu, hastanelerde aşırı uzmanlaşma ve işbölümü ihtiyacı olması, çok çeşitli iş ve işlevlerin bir arada ve koordineli olarak yapılması, karmaşık ve ileri teknoloji zorunluluğunu sayabiliriz.

Hastaneler açık sistemlerdir. Çevreleri ile alışverişleri çok ve önemlidir. Çıktılarının büyük bir kısmını çevresine vermektedir. Çevresindeki gelişmeleri yakından takip ederek değişimlere ayak uydurma zorunluluğu da açık sistem olma özeliğindedir²⁵. Hastanelerin ilişkili olduğu kurum ve kuruluşların sayısı da sağlık hizmetinin önemine ve çok çeşitlilik gösteren iş ve işlevlerine ve hastanenin bağlı olduğu kurumların özelliklerine paralel olarak çok fazla ve çeşitli olacaktır.

Sağlık kuruluşlarının yapımında ihtiyaçlar, nüfus hareketleri, verimlilik çalışmaları yapılmamakta veya yapılamamaktadır. Ülkemizde hastane mimarisi kavramı bulunmamaktadır. Hastanelerde kullanılan tıbbi cihazlarda standardizasyon yoktur. Yaşlılar için özel tedavi ve bakım hastaneleri yoktur. İş ve işçi sağlığı merkezleri yoktur veya olanlar çok cılız kalmaktadır.

Hastane konusunda; ulaşım kolaylığı, toplumun sosyo-ekonomik yapısı, nüfus yapısı ve yaş grupları, Sosyal Güvenlik sistemleri iyi bilinmelidir. Hastanelerin kapasiteleri, işlevleri ve o bölgedeki diğer kurum ve kuruluşlarla olası etkileşimleri ve uyumları göz önünde bulundurulmalıdır. Kuruluş aşamasında ve yönetimleri oluşturulurken mutlaka fizibilite verilerine göre hareket edilmelidir.

1.3.2. Geleneksel Hastane Yönetimi

Türk sağlık sistemi karışık ve karmaşık bir yapıya sahiptir. Mevcut durum stratejik planlamanın sonucu olmaktan çok tarihi gelişimin sonucudur. Sistemde kamusal, yarı kamusal, özel ve gönüllü kuruluşlar yer almaktadırlar. Her kurum sanki kendi başına örgütlenmiş ve diğerleri ile koordineli değildir²⁶. Bu karışık ve karmaşık yapıda alışlagelmiş klasik hastane yönetimini her kurum kendi bünyesine göre oluşturmaktadır. Değişmeyen tek şey hepsinin yönetimlerinin başında tabip başhekimlerin olmasıdır.

²⁵ Hasan Basri Üstünbaş, "Türkiye'de Sağlık Sorunları ve Çözüm Yolları", Yeni Türkiye Dergisi, Sayı 39, Ankara, 2001, s:195

²⁶ B.Serdar Savaş, "Türkiye Sağlık Sistemine Kısa Bir Bakış", Yeni Türkiye Dergisi, Sayı 39, Ankara, 2001, s: 95

ABD, İngiltere, Almanya gibi sağlık sistemleri gelişmiş ülkelerde hastaneler; Başhekim, Hastane Başmüdürü, ve Başhemşireden oluşan bir yönetim ekibi tarafından;

- Tıp hizmetleri,
- Hemşirelik Hizmetleri
- İdari Mali Destek Hizmetler

şeklinde yoğun bir işbölümü sonucunda çağdaş işletme esas ve ilkelerine göre yönetilmektedir. Yukarıda sözü edilen yönetici ekip üyeleri birer fonksiyonel yöneticidirler. Hastaneler Matriks organizasyon yapısına sahiptirler.²⁷ Bu üç fonksiyonel örgütlenme işbölümü, işbirliği ve dayanışma içinde senkron ve sinerjik çalışarak sağlık, bakım ve tedarik hizmetlerini üretir ve sunarlar. Bu klasik bir sağlık işletmesi/hastane yönetim modelidir.

Ülkemizdeki hastanelerde de klasik örgütlenme modeli batı ülkelerindeki klasik modeldeki gibidir. Her şeyden sorumlu tepe yöneticisi tıp hizmetlerinin de bizzat sorumlusu olan başhekim/baştabiptir. Yani idari, mali destek hizmetleri ve hemşirelik hizmetleri de baştabibe bağlıdır. Baştabip hastanedeki her şeyden bağlı bulunduğu kuruma karşı sorumludur ve tam yetkilidir. Üniversite ve askeri hastanelerin örgütlenmesi bu klasik modelden biraz farklıdır.

1.3.2.1. Tıp Hizmetleri:

Tıp hizmetleri; her türlü muayene, acil müdahale, teşhis, tedavi yöntemine karar verme, ilaç uygulama, ameliyat, rehabilitasyon vb. içerir. Tıp hizmetlerini o iş için eğitim almış sağlık personelleri yürütürler. Bu işlerin bir kısmı tabip olmayan kişilerce yapılırsa bile sorumluluk tabiptedir veya onun gözetiminde yapılmaktadır. Örneğin hemşirenin yaptığı tedavinin sorumluluğu da tedavi yöntemi ve şekline karar veren doktoru üzerindedir. Tedaviyi uygulayan hemşire ise sadece uygulamadan sorumlu olup uygulama tekniği ile ilgilidir.

Tıp hizmetleri doğrudan baştabibin sorumluluğundadır. Baştabip bu hizmetlerin yapıldığı birimlerin sorumluluk ve kontrollerini yardımcılara dağıtabilir. Bu nedenle hastanelerde büyüklüklerine göre baştabip yardımcılığı kadrosu vardır. Tıp

²⁷ Hüseyin Özgen, "Çağdaş Hastane Yönetim Anlayışı", *Hastane İşletmeciliği (Seçme Yazılar)*, Derleyen: Hikmet Seçim, Anadolu Üniversitesi Yay. No: 845, Eskişehir, 1995, s: 74

hizmetlerinin yapıldığı birimler; poliklinikler, tahlil veya tetkik laboratuvarları, yataklı servisler, ameliyathaneler, acil servis, doğum haneler, rehabilitasyon üniteleri, diş üniteleri,vb.dir. Ezacılık hizmetleri de hastane bünyesinde ise tıp hizmetlerine dahil gözükmektedir.

1.3.2.2. Hemşirelik Hizmetleri:

Hemşirelik hizmetleri; baştabibe bağlı başhemşire ve yeter sayıda yardımcılar tarafından yürütülür. Hemşirelik hizmetleri temelde sadece hastalara ilaç uygulanması olarak algılanmaktadır. Bunun yanında her türlü bakım hizmetlerini yapmak veya yaptırmak, bazı kayıtların tutulması, hastaların diyetlerinin takibi, vb. işlerde hemşirelerin görevleridir. Ameliyathanelerde hastanın hazırlanması ve oparetöre yardım da hemşirelik hizmetleri içindedir. Başta hemşire ve ebelerin görevlendirilmesi, izinler, nöbet düzenlemeleri, hatta hizmetlilerin görevlendirilmesi ve denetlenmesi bütün bunların mesailer vb. işleri sayabiliriz.

1.3.2.3. İdari Mali Destek Hizmetleri:

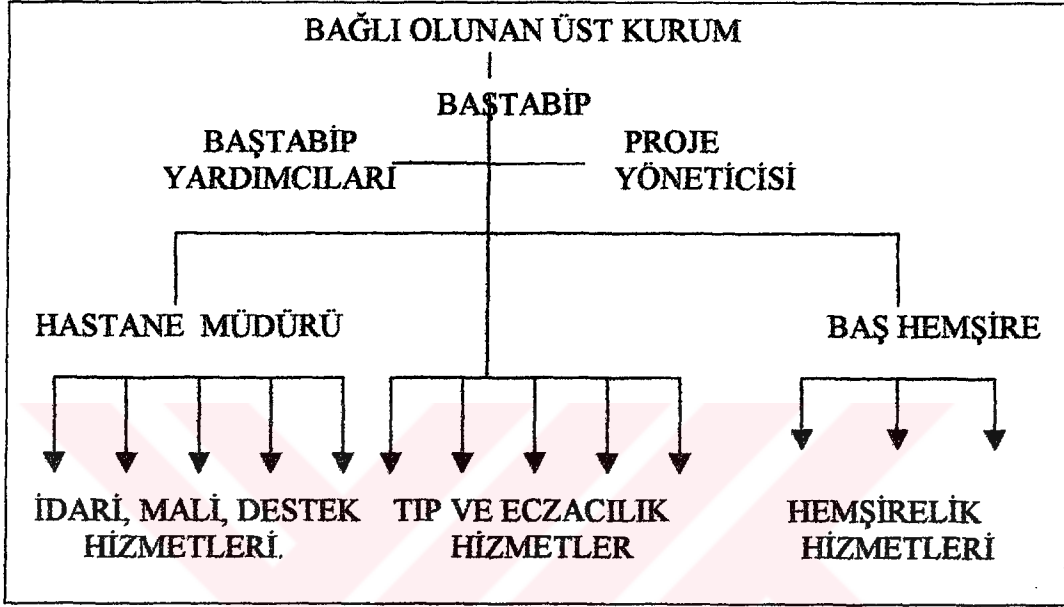
İdari ve mali destek hizmetleri hastanede hemen hemen sağlık personeli olmayan çalışanların yaptıkları bütün işleri kapsamaktadır. Sorumlusu hastane müdürüdür. Hastane müdürüne bağlı birimler; satın alma ve ikmal iase servisleri, personel servisi, teknik atölyeler, muhasebe servisi ve vezne, evrak servisi ve arşivler vb.dir. Bu birimler doğrudan sağlık hizmetleri ile ilgili olmadığı gibi buralarda çalışanlar da sağlık personeli statüsünde değildirler. Hastane müdürü bütün bu işleri başhekim adına yapar veya yaptırır.

Ülkemizdeki hastanelerde genellikle yönetimde tek yetkili ve sorumlu kişi, asıl mesleği hekimlik olan başhekimdir. Bütün kamu sağlık işletmelerinde; gerek devlet hastaneleri, gerek SSK hastaneleri, gerekse üniversite hastanelerinde her şey en ince ayrıntısına kadar başhekimden sorulur; başhekimin denetimindedir veya denetiminden geçer. Hekimlerin, tecrübe ile hastane yöneticiliği yaptığı sistemden fonksiyonel hastane yöneticiliğine geçmek değişim için iyi bir başlangıç olabilir²⁸

²⁸ Hüseyin Özgen, "Hüseyin Özgen,Çağdaş Hastane Yönetim Anlayışı", Hastane İşletmeciliği (Seçme Yazılar) , Derleyen: Hikmet Seçim, Anadolu Üniversitesi Yay. No: 845, Eskişehir, 1995, s: 75

1.3.3. Hastane Yönetim Modelleri

Hastane yönetimleri geleneksel olarak hastanenin en eğitilmiş, tıbbi tedaviye karar veren, uygulatan, hastayla doğrudan muhatap olan, en etkili personel olan

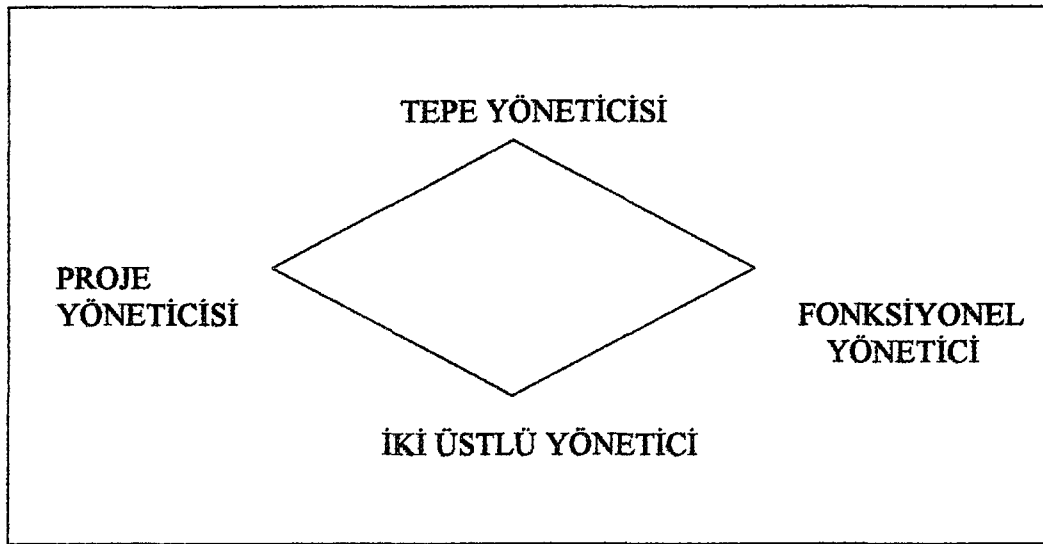


Şekil 1.3: Klasik Hastane Yönetim Organizasyon Şeması

Kaynak : Kütahya SSK Hastanesi Örgütlenme Şemasından Sadeleştirilmiştir. (Proje Yöneticisi; Kalite Güvence Başkanlığıdır).

doktorlara; onların da en kıdemlilerine verilmekteydi. Bu yapılanmada her şeyden baştabip olan doktor sorumlu olmaktadır. Bu durum sağlık işletmelerinin bu kadar büyük sağlık hizmetinin bu kadar çeşitlenip, derinleşmediği dönemlerde doğru olabilir.

Günümüzde sağlık hizmetlerinin son derece çeşitlenip, derinleşmesi ve bir o kadar da pahalılaşması sonucu sağlık işletmelerinin ciroların çok yükseltilmiş; hem de daha fazla kaynak aktarımını zorunlu kılmaktadır. Ancak yeni kaynaklar bulmak hiç de kolay değildir. Öyleyse öncelikli olarak var olan kaynakların daha verimli kullanılması zorunludur. Bu durum sağlık harcamalarına ayrılacak kaynakların işletme eğitimi almış doktor veya uzmanlarca yönetilmesini gerektirmektedir.



Şekil 1.4: Matriks Yapıda Yöneticiler

Bilal Ak, Modern Hastane Yönetimi, Görüş Kamu çalışanları yayını, Sayı 40, İstanbul, 1994, s:24

Sağlık sistemleri gelişmiş bir çok batılı ülkede halen klasik hastane yönetimlerini devam ettirmektedirler. Doktorlar yönetimi ellerinde bulundurlar veya yönetimde yöneticiler kadar etkilidirler. Bu durumun devam etmesindeki en önemli neden doktorların hastanede en fonksiyonel ve hastayla en yakından muhatap olan tedavide karar verici durumda olmasından kaynaklanmaktadır. Bir çok özel sermayeli hastanelerde bile yönetim kurulları ve ayrı yöneticileri olmasına rağmen Doktorlar yönetimde dolaylı olarak etkili ve söz sahibidirler. Buradan çıkarılan sonuca göre sağlık işletmelerinde en fonksiyonel personeller tıp doktorlarıdır. Karar almada da etkili bir yerde olmaları yanlış olmayacaktır. Öyleyse buradan yönetimin etkili bir noktasında yine tıp doktoru olması sonucu ortaya çıkmaktadır.

Hangi sistem uygulanırsa uygulansın ideal olan; hastanelerin işletme, finans, personel yönetimi vb. eğitimi de almış tıp doktorlarınca yönetilmesidir. Tabii tıp uzmanı bir doktorun bir uzmanlık alanı varken bu tür eğitimlere zaman ayırması veya ayrabilmesi ne kadar doğru veya verimli bir davranış biçimi olduğu tartışılmalıdır. Yine aynı şekilde tıbbi bilgisi olmayan bir işletmecinin hastane yönetmesi de o kadar tartışılmalıdır. Hastane veya sağlık işletmelerinin sadece kar amaçlı işletme olup

olmadığının yada olup olamayacağıının günümüzde hala tartışılan bir konu olduğunu belirtmekte yara vardır.

Hastane yönetimi bir tek başhekimle bırakılacak kadar hafif ve basit bir görev değildir. Hastane işletmesinin büyüklüğü, işlerin çeşitliliği ve iş bölümüne uygun bir yönetim kurulu olmalıdır. Yine tepe sorumlusu yönetim kurulu başkanı olmalıdır. Başkan ve yönetim kurulu işletmenin misyonuna göre seçilmeli veya atanmalıdır. Oluşturulacak yönetim kurullarında pirim ödeyenlerin, yerel yöneticilerin, hastaların vb. de hiç olmazsa öneri getirme ve denetleme yetki ve güçleri olabilmelidir.

1.3.4. Hastane Yönetiminde Yeni Organizasyon İhtiyacını Doğuran Sebepler

Ülkemizde özellikle son yıllarda hastane hizmetlerinden hemen herkes şikayet etmektedir. Gün geçmiyor ki sağlık işletmeleri ile ilgili olumsuz haberler basına yansımaları. Sağlık hizmeti ile ilgili konular kolay dramatize edilebilen, kamu vicdanını yaralayan konular olduğu için suiistimali veya kamu oyunu yanıltma, yöneltme, politik amaçlarla kullanmakta kolaydır. Hastalar ilgisizlikten ve ödedikleri primlerin karşılığını alamamaktan, iş görenler yetersiz ücretlerden ve kötü şartlardan, yöneticiler ise ödenek yetersizliği, kadro, var olan kadroya eleman verilmeyişi ve yatak sayısının azlığından şikayet etmektedirler. Yıllardır sağlık hizmetleri üretim unsurları (insan gücü, sermaye, tıbbi araç-gereç vb.) bakımından yetersizlikten şikayet edilmektedir.

Halbuki sağlık kuruluşlarının temelini oluşturan hastanelerin verimlilik göstergesi olan yatak kapasitesi kullanım oranına baktığımız zaman Devlet Hastaneleri ortalamasının % 55 olduğunu görürüz. Yatak kapasitesi kullanım oranları sağlık sisteminin gelişmiş olduğu batı ülkelerinde çok daha yüksektir. Bu ülkelerde Yatak kapasitesi kullanım oranı ortalama % 80 ve üzerindedir. Örnek verecek olursak; Norveç'te % 87.5, Japonya da % 82.2, Belçika da % 86. 4, Yunanistan da %69 vb dir²⁹ Var olan kapasiteyi yeterince kullanmadan, veya yeterince verimli kullanmadan yeni kapasite yeni kaynak istemek kaynakları daha da verimsizleştirmek israf etmek anlamına gelecektir. Öyleyse sağlık sisteminin gelişmiş olduğu ülkelerdeki

²⁹ S. Demirbilek-Ş Üçdoğruk, "Türkiye'de Yataklı Tedavi Kurumlarının Verimliliği", MPM Verimlilik Dergisi, sayı: 2, Ankara, 1997 s:167

organizasyonları ve uyguladıkları sistemleri inceleyerek önce var olan kapasitelerin verimli bir şekilde kullanılmasını sağlamamız gerekmektedir³⁰

Sağlık Bakanlığına bağlı 616 hastanenin başhekimleri ile yapılan ankette verimsizliğin en önemli nedeni nedir sorusuna başhekimlerin % 48'i hastanelerin çağdaş hastane yönetim ve organizasyonu anlayışına uygun yönetilmemesi olarak cevap vermişlerdir. Kaynak yetersizliği, otelcilik hizmetleri, vb Daha düşük yüzdelerle verimsizlik sebepleri olarak belirtilmiştir³¹

Sağlık işletmelerinde yukarıda sayılan olumsuzlukların hemen hepsi doğru olabilir. Ancak bu sorunların çözümü büyük oranda ülke ekonomisinin genel yapısı ve durumu ile paralellik göstermekte olup ondaki gelişmelere bağlı olarak da çözüm imkanları olgunlaşacaktır. Üstelik bu sorunların çözümü ek kaynak gerektirmektedir. Biz ise bu çalışmada daha çok ek kaynak gerektirmeyen veya sınırlı kaynaklarla yapılabilecek re organizasyon/yeniden yapılanma ve kalite artışı öngörmekteyiz. Örneğin; verimlilik artışları, lüzumsuz yatak işgallerinin azalması, buna mukabil yatak doluluklarının artırılması, prosedürlerin azaltılması ve anlaşılır hale getirilmesi, iş ve işlemlerin hızlandırılması, aynı maliyetlerle daha kaliteli hizmetin verilir hale gelmesi vb.dir

Gelişmiş sağlık sistemine sahip bir çok ülkede hasta hastaneye yatırılmadan önce yapılacak tedavi çeşidi (ameliyat, ilaç, radyoterapi vb), tahmini yatış süreleri, harcama tutarları konusunda masrafları karşılayan kuruluşla tedaviyi yapacak kurum arasında anlaşmaya varılır. Hastanın hastanede kalış sürelerini kısaltmak ve dolayısı ile maliyetleri azaltmak için tetkikler ayaktan yapılmakta, yeni ameliyat teknikleri kullanılarak ameliyat sonrası hastalar aynı gün bile taburcu edilmekte veya yatış süreleri kısaltılmaktadır.³²

Hastaneler uzmanlaşma ve işbölümünün en yoğun olduğu işletmelerdir. Teknolojide gelişmeler en çok tıp hizmetlerini etkilemektedir. Bu durum zaten pahalı olan tıp veya sağlık hizmetlerini daha da pahalılaştırmaktadır. Ayrıca vardiya ve nöbet sistemleri ile kesintisiz süren sağlık hizmetlerinde harcama ve maliyet kontrolleri de zorlaşmaktadır. Bunlara birde kamuya ait işletmelerde ki hantallığı ve verimsizliği

³⁰ Hüseyin Özgen-Azım Öztürk, "Devlet Hastanelerinde Karşılaşılan Yönetim Sorunları ve Bir Model Önerisi", *Verimlilik Dergisi*, cilt 23, sayı 1, Ankara, 1994. s: 8

³¹ Age, sayfa 13

³² Mithat Çoruh, *Geleceğin Hastaneleri Nasıl Olmalıdır*, *Modern Hastane Yönetimi*, Yıl 1, sayı 1, Özlem Grafik Matbaacılık, İstanbul, 1997, s: 3

eklersek kaşımıza kuruluş sermayelerinin yarısına yakın yıllık işletme sermayeleri çıkmaktadır.

Bir hastanın sağlığına kavuşturulmasının sosyal ve ekonomik boyutunun yanında psikolojik ve ahlaki yanları da bulunmaktadır. Hem bu durum, hem de sağlık hizmetlerinin kıt kaynaklardan sağlanması ve ikame edilemez oluşu sağlık hizmetlerine olan talebin düzensizliği fertlerin hayat standardı yükseldikçe yüksek olan talebin daha da yükselmesi sağlık işletmelerinde verimliliğin artırılmasını zorunlu hale getirmektedir.³³

Tıp hizmetlerinde ki teknolojik gelişmeler, sağlık hizmetlerinin maliyetlerinde ki artışlar ve sağlık hizmetinin doğrudan insanların yaşama hakları ile ilgili olması gibi nedenlerden dolayı sağlık işletmelerinin yönetimi amatör yöneticilere bırakılamaz. Üstelik hastalar istismara açık; neyin yada hangi tedavilerin kendileri için uygun olacağını bilecek durumda değildirler. Bütün bunların ışığında günümüzde artık sağlık işletmesi yöneticilerinin profesyonel, tam gün çalışan yöneticiler olmalıdır. Sağlık işletmeleri Lisans eğitimleri ne olursa olsun lisansüstü ve doktora düzeyinde sağlık yöneticiliği almış kişilerce yönetilmelidirler. Eğer yöneticiler tıp doktoru iseler veya tıp doktorundan olacaksak işletme ve/veya yönetim uzmanlığı veya doktora düzeyinde eğitim almalıdırlar.

Profesyonel yönetici, birilerine iş yaptıran kişi, bir ekibin başı, yöneticiliği meslek edinen kişidir. Yönetim ise başkaları vasıtasıyla iş görmektir. Yönetimin unsurları; bilgi, süreç, karar verme, kontrol ve önderlik/liderliktir. Yönetimin kabul gören üç boyutu vardır. 1.Teknik boyutu; yöneticinin fonksiyonel uzmanlık alanını ifade eder. 2.Beşeri boyutu; insan unsuru ile ilgilidir. 3.Kavramsal boyut; sistemi bütün görmeyi/görebilmeyi ifade eder.³⁴

1.4. ÜST YÖNETİMİ VE FİNANAS BAKIMINDAN HASTANELER

Sağlık sisteminin örgütsel yapısının karmaşıklığına daha önce değinmiştik. Sağlık alanında politika geliştirmeyi daha çok kamu kurumları üslenmiştir. Bu konuda

³³ Şenay Üçdoğruk-Sevda Demirbilek, "Türkiyede Yataklı Tedavi Kurumlarının Verimliliği: Ardışık Model Uygulaması" MPM Verimlilik Dergisi, Milli Prodüktivite Merk., Ankara, 1997/2, s: 166

³⁴ Abidin Özçelik, "Kaliteli Hizmet İçin Sağlıkta Profesyonel Yönetim", Görüş Dergisi, Cilt 1, Sayı 4, İstanbul, 1994, s: 7

TBMM; Devlet Planlama Teşkilatı, Sağlık Bakanlığı, Yüksek Öğretim Kurumu ve Anayasa Mahkemesi etkili olmaktadır³⁵. Yönetimde Kamuyu; Sağlık bakanlığı, Sosyal Güvenlik Kuruluşları, Üniversiteler ve Milli Savunma Bakanlığı temsil etmektedir. Özel sektörü ise özel hastaneler, vakıflar, azınlık hastaneleri, özel poliklinikler, laboratuvar ve tanı merkezleri, özel doktor muayenehaneleri, eczaneler, vb. temsil etmektedir

1.4.1. Kamu Sağlık İşletmeleri

Finansmanı tamamı veya büyük bir kısmı devletin gelirlerinden sağlanan hastanelerdir. Ayrıca kendi döner sermaye sistemleri vardır. Döner sermayeleri verdikleri hizmetler karşılığı aldıkları katılım payı veya kurumla doğrudan ilgisi bulunmayan bireylere verilen hizmet karşılığı alınan ücretlerden, seyrek olarak da bağışlardan oluşmaktadır. Temel işlevleri devletin öngördüğü şekilde sağlık hizmeti vermek, Sağlıkla ilgili konularda araştırma yapmak ve Sağlıkla ilgili her kademedeki personel yetiştirmek hastalara ve gereğinde bütün halka eğitim vermektir.

Kamu hastanelerinin idari yapıları ve idare sistemleri misyonlarına göre kısmen farklılıklar göstermektedir. Üniversite hastaneleri özerk bir yapıda olup idari yapısı üniversite yönetimince belirlenmektedir. Sigorta hastaneleri yarı özel statüde olup idari yapıları da ilgili kurumca oluşturulur, askeri hastaneler de kendi içinde GATA'ya bağlı ve Genel Kurmay Başkanlığı tarafından sevk ve idare edilmektedirler. Kamu hastaneleri olarak aşağıdaki sıralamayı yapabiliriz:

- Devlet hastaneleri
- Üniversite hastaneleri
- Sosyal Sigortalar Hastaneleri
- Askeri Hastaneler
- Diğer kurum ve vakıf hastaneleri

³⁵ B. Serdar Savaş, "Türkiye Sağlık Sistemine Kısa Genel Bir Bakış", Yeni Türkiye Dergisi, sayı 39, Ankara, 2001, s: 95

Tablo1.1: Finans yapılarına göre hastaneler ve yatak kapasitelerini göstermektedir.

KURULUŞLAR	Hastane Sayısı DPT (Tahmin) 2000	Yatak Sayısı DPT (Tahmin) 2000
Sağlık Bakanlığı	742	84.200
Milli Savunma bak	42	15.900
SSK	116	27.300
KİT	10	2.217
Diğer bakanlıklar	2	680
Tıp Fakültesi	43	24.200
Belediyeler	8	1.313
Dernekler	18	1.436
Yabancılar/azınlıklar	9	1254
Özel	230	11.500
Toplam	1.220	170.000

Kaynak: "8. Beş Yıllık Kalkınma Planı (2001-2005), Devlet Planlama Teşkilatı, Ankara, 2000, s:96

1.4.1.1. Devlet Hastaneleri

Sağlık Bakanlığına bağlı olarak çalıştırılırlar. Yönetimleri de ilgili bakanlıkça tayin edilir. Potansiyel hasta kapasitesine göre otuz(30) yatak kapasitesinden başlayıp 1500-2000 yatak kapasitesine kadar olabilirler. Finansmanı kamu tarafından sağlanır. Ayrıca kendi döner sermayeleri vardır. Bu döner sermaye ilgili bakanlıkça belirlenen yönetmeliklere göre yapılan iş veya işlemlerden belirtilen miktar veya oranlarda katkı payı alınmasından oluşmaktadır.

Devlet hastaneleri bütün kamuya/halka açık olmakla birlikte daha çok başka sosyal güvenlik kurumlarına bağlı olmayanlara hizmet verir. Emekli Sandığı ve Bağ kur hastalarına da belirlenen ve ilgili kurumlarca mutabakata varılan birim fiyatlar üzerinden hizmet vermektedir. 1 Ocak 2004 tarihi itibari ile kamu sağlık işletmeleri de hizmetlerin birim fiyatları veya üzerinde anlaşılan fiyatlardan her sağlık işletmesi her vatandaşa hizmet verebilecektir.

Devlet hastaneleri, kar amaçlı işletmeler olmayıp sosyal işlevleri ön plandadır. Yerleşim birim veya birimlerinin nüfus yapısı, ulaşım durumları, ekonomik yapısı ve durumu göz önüne alınarak siyasi ve politik etkilerle kurulmuşlardır.

1.4.1.2. Üniversite Hastaneleri/Akademik Sağlık Kuruluşları

Üniversite Hastaneleri ilgili tıp fakültesine bağlı dolayısıyla Üniversite Rektörlüğüne bağlıdır. Kamu ödenekleri yanında önemli oranda döner sermaye gelirleri vardır. Üniversite/tıp fakültesi hastaneleri Halen sağlık hizmeti konusunda öncülük ve önderlik etmektedirler. Ancak Üniversite Hastanelerimiz bile ne yazık ki hizmet hastanelerine dönmektedirler. Kaynak yetersizliği ve hasta yığılmaları nedeniyle yeterli araştırmalar yapılamamaktadır. Ancak gelişmiş ülkelerdeki araştırmaları takip etmekle yetinmektedirler.

Üniversite hastaneleri araştırma ve eğitim ağırlıklı çalışmak zorundadırlar. Tıp eğitimi klasik eğitim modelinden entegre tıp eğitimine veya probleme dayalı tıp eğitimine doğru kaymaktadır. Ülkemizde 47 kadar tıp fakültesi olup çoğu bu sistemleri uygulamaktalar veya geçmeye çalışmaktadırlar. On kadarı eski sistemle devam etmektedir³⁶.

Son 10 yılda tıp alanındaki en önemli gelişmeler insan genetiği/DNA yapısı konusunda sağlanmıştır. Bu konudaki taslak rapor 2000 yılında yayınlanmıştır. Bu gelişmeler sayesinde hastalıklar moleküler düzeyde tanınabilecek ve belki bu düzeyde de tedavi edilebileceklerdir³⁷. DNA analizleri sonunda sakat ve hastalıklı doğumlar engellenebilecek veya azaltılabilecektir. Genetik konusunda Türkiye istenilen yerin çok gerisindedir. Gen araştırmaları için bir merkez hemen kurulmalıdır. Yüksek eğitim ve lisansüstü eğitimler için gen teknolojisinde ileri ülkelere öğrenci gönderilmelidir.

1.4.1.3. SSK/Sosyal Sigortalar Kurumu Hastaneleri

Sosyal Sigortalar Hastaneleri, Sosyal Güvenlik Bakanlığına bağlıdır. Yarı özerk bir kuruluş olan Sosyal Sigortalar Genel Müdürlüğü tarafından kurulur, yönetimleri oluşturulur ve işletilirler. Sermayesinin/finansmanın büyük çoğunluğu işçi statüsünde çalışanlardan kesilen ve SSK tarafından toplanan primlerden oluşmaktadır. Finansmanın geri kalan kısmı/ki bu miktar uygulanan devlet politikalarına göre büyük değişkenlik göstermekte olup devlet tarafından subvanse edilmektedir.

³⁶ Mehmet Kaya, "Türk Tıbbı Dünya Tıbbının Neresinde", Yeni Türkiye Dergisi, sayı 39, Ankara, 2001 s: 33-34

³⁷ Age, s: 43

1.4.1.4. Askeri Hastaneler

Mili Savunma Bakanlığı ve Genel Kurmay Başkanlığının yönetim ve denetimindedirler. Tamamen Türk Silahlı Kuvvetleri mensuplarına, onların birinci derecede yakınlarına ve gazilere hizmet vermektedir. Finansmanı da Genel bütçeden TSK'ne ayrılan paralarla sağlanmaktadır. En alt birimleri kışlalardaki revirler olup askeri birlik ve personellerin sayısına göre kapasiteye sahiptirler. TSK'nin ayrıca savaş zamanında kullanılmak üzere yeterli miktar ve büyüklükte sahra hastaneleri/seyyar hastaneleri kuracak kadar yedek kapasiteleri vardır. Bu potansiyel savaş dışında büyük doğal afetlerde, tatbikatlarda da kullanılmakta hatta kurulduğu bölge halkına bedava sağlık hizmeti sunmaktadır. TSK'ne Bağlı sağlık kuruluşlarının hepsi Gülhane Askeri Tıp Akademisi (GATA) bağlıdır. Planlaması ve teknik talimatlarını GATA hazırlar ve uygulamayı denetler.

1.4.1.5. Diğer Kurum Hastaneleri

Bazı Büyük kamu kuruluşları ve vakıfların kendi iç bünyelerinde Sağlık Bakanlığı izni ile kurdukları ve işlettikleri hastaneler vardır. Bunların büyük bir kısmı Sağlık Bakanlığı veya Sosyal Güvenlik Bakanlığına devredilmiştir. Geri kalanlar da uygun kuruma devredilecektir. Son zamanlardaki devlet politikaları ve ilgililerin söylemleri sağlık işletmelerinin Sağlık Bakanlığı bünyesinde tek çatı altında toplanmasından yanadır.

Vakıf hastaneleri de maliyetine yakın ücretlerle ve düşük kar marjları ile ücretli hizmet sunmaktadırlar. Bir kısmı özel hastane gibi çalışmakta ve özel laboratuvar ve tetkik cihazları ile diğer hastanelere hizmet satmaktadırlar. Burada ülkemizdeki azınlıkların ve yabancıların kendi cemaatlerine hizmet sunmak için açtıkları vakıf hastanelerinden de bahsetmemiz gerekir. Bu hastaneler belirli durumlarda ve oranlarda müsait oldukları pozisyonlarda tamamen karşılıksız hayır işleri de yapabilirler.

1.4.2. Özel Sağlık İşletmeleri

Özel sağlık işletmeleri var olan yasalara ve Sağlık bakanlığının koyduğu kurallara/yönetmelikleri uygun olarak izinle kurulur ve kar/kazanç amacı ile işletilirler. Sermayelerinin tamamı özel kişi veya kurumlara aittir. Özel sağlık işletmeleri özel hastaneler, özel poliklinikler, yardımcı sağlık işletmeleri, doktor muayenehaneleri ve

sağlık kabinleridir. Ülkemizde doktor muayenehaneleri tıbbi denetimden uzaktırlar. Ne yaptıkları iş veya işlemlerin kayıtlarını tutarlar ne de yardımcı sağlık personeli çalıştırırlar. Bazı doktorlar bir araya gelerek muayenehanelerini daha çağdaş hizmet verme çabaları ile özel polikliniklere dönüştürme gayreti içindedirler.

1.4.2.1. Özel Poliklinikler

Bu işletmeler kamudaki dispanserlere benzerler. Hekim sayıları ve hizmet yelpazesi olarak farklı ve geniş uzman kadrolarına sahiptirler. Hekimlerin çoğu çeşitli sözleşmelerle ve pirim usulü çalışırlar. Çoğu 24 saat sağlık hizmeti verirler. Çoğunda nöbetleri pratisyen hekimler tutarken branş hekimleri icap sistemi ile gerektiğinde veya çağrıldığında gelerek işlerini yaparlar. Özel poliklinikler rutin tahliller yanında bazı spesifik laboratuvar yöntemlerine de yönelebilirler. Bu amaçla çeşitli düzeylerde check up/genel tarama muayeneleri ve tahlilleri yapabilirler.

Burada özel doktor muayenehanelerinden de söz etmek gerekmektedir. Türkiye’de tıbbi denetimden uzak, düzenli hasta kayıtları bile olmayan, çağdışı bir sistemle çalışmaktadır. Çoğunda yardımcı sağlık personeli yerine iş bitirici, emekli bir memur veya işçi bulundurulur. Hastalar bu büroları daha çok doktorun bağlı olduğu kamu hastanesinin imkanlarını daha kolay kullanmak, hastanede daha fazla ilgi, itibar görmek için kullanmaktadır. Bireysel doktor muayenehaneleri, ne yazık ki hasta ve doktor arasındaki para/çıkar ilişkisinin sürdürüldüğü çarpık uygulamaların sonucunda ortaya çıkan yanlış bürolara dönüşmüş durumdadırlar. Buralarda kayda değer hiçbir tıbbi hizmet üretilmemektedir. Bazı ayaktan tedavi işleri yapılabilmektedir. Geri kalanlar ilgili hastaneye yönlendirilmektedir.

1.4.2.2. Özel Hastaneler

Tamamen kazanç/kar amaçlı kurulan sermayesi tamamen özel ve tüzel kişi veya kişiliklerce karşılanan hastanelerdir. Daha çok gelir düzeyi yüksek kesime ve yabancılara hizmet sunarlar. Ayrıca kamu hastanelerinin yerine getirmediği veya yeterli olamadığı hizmet sistemlerini kendi hastanelerinde kurarak diğer hastanelere bu hizmeti pazarlarlar. Genellikle teknolojik donanımları yüksek, yatak kapasiteleri düşüktür. Özel hastanelerin çoğunda çeşitli düzeylerdeki ücretli tarama muayene ve tahlilleri/check up rutin olarak yapılmaktadır. Bu hastanelerin bir kısmı Uluslar arası

sağlık işletme zincirlerinin Türkiye şubesini/ayağını oluştururlar. Son on yılda ülkemizde özellikle büyük şehirlerde özel hastanelerin sayısı artış göstermiştir.

1.4.2.3. Özel Yardımcı Sağlık İşletmeleri

Bunların büyük bir çoğunluğu yardımcı ve destek sağlık hizmetleri üretirler. Bu işletmelerin başında eczaneler gelmektedirler. Eczaneler sağlık hizmetinin en kritik malzemesi olan ilaç ve bazı tıbbi sarf malzemelerinin dağıtımını üstlenmişlerdir. Bunların teker teker ve topluca ciroları çok yüksektir. Büyük bir kısmı veya hammaddesi ithal olan ilacın büyük bir kısmı kamuya satılmaktadır. Bunun dışında radyoloji merkezleri, tomografi ve manyetik rezonans görüntüleme merkezleri, lazerli taş kırma merkezleri vb.dir. Fizik tedavi ve rehabilitasyon merkezlerini bu işletmeler içinde saymakta yarar vardır. Bu işletmeler teknik düzeyi yüksek kamunun doğrudan temin etmediği veya edemediği hizmetleri sunan kar amaçlı işletmelerdir. Çoğu hizmeti çeşitli sözleşmelerle kamu sağlık işletmelerine satarlar.

Doktor olmayan sağlık personellerinin tansiyon ölçme, enjeksiyon yapmak, serum takmak hatta sünet yapmak amacıyla açtıkları sağlık kabinlerini de yardımcı sağlık işletmeleri içinde sayabiliriz.

1.4.2.4. Yabancı Hastaneler

Ülkemizdeki yabancılarda çeşitli amaçlarla hastaneler açmışlardır. Bunlardan bazıları kendi vatandaşlarına hizmet vermek bazıları da kar etmek veya ülkeleri/devletleri adına olumlu imaj vermek amacıyla açılmışlardır. Bunların yanında azınlık cemaatlerin hastanelerini sayabiliriz. Yabancı hastanelerin bazıları uluslar arası hastane zincirlerinin şubeleri olabilirler.

1.5. SAĞLIK VE BAKIM HİZMETİ

1.5.1. Sağlık ve Bakım Hizmeti Tanımı

Hizmet; bir tarafın diğer tarafa esas olarak ele geçmeyen ve beraberinde hiçbir şeyin mülkiyetini getirmeyen bir aktivite veya yarar sunmasıdır³⁸

³⁸ Yahya Fidan, Hizmet İşletmelerinde Strateji Sorunları, Öneri Dergisi, M.Ü. S.B.E. sayı 5, yıl: 3 cilt1, İstanbul Haziran 1996 s: 81

M.Ü. sosyal bilimler enstitüsü Öneri dergisi sayı:5 cilt 1deki bir makalede hizmetin beş özelliğinden bahsedilmektedir:

1. Soyutluk: Fiziksel nesnelere ifade edilseler bile fiziksel boyutu yoktur.
2. Bölünmezlik: Hizmet, hizmeti sunandan ayrılmaz; aynı anda üretilip pazarlanır. Hatta soyut olma özelliği nedeniyle önce pazarlanır; üretimi/sunumu ve tüketimi aynı anda/eşzamanlı olur; bir birinden ayıramaz (Halbuki mallar önce üretilir sonra pazarlanır) . Hizmetin parçalarının olması onun bölünebilirliğinden değil ekip halinde sunuluyor onmasındandır. Örneğin hastanelerde doktor, hemşire, laboratuvar teknisyeni vb. hizmeti birlikte yürütürler. Bu unsurlardan biri işini iyi yapmasa hasta memnuniyet duymayacak veya memnuniyeti azalacaktır. Hizmeti sunanlar ve alanlar birlikte bulunmak zorundadırlar.
3. Değişkenlik: Pek çok hizmet insanlar tarafından sunulmaktadır. İnsanların performansları farklı farklıdır. Bu nedenle standart sistemlerde bile değişkenlikler olabilmektedir.
4. Dayanıksızlık: Depolanamaz; üretim ve tüketimi aynı anda olur.
5. İnsan ağırlıklı olması: Bazı hizmetlerin makine veya cihazlarla verilebilir olmasına rağmen sağlık hizmeti alış verişinde insan ilişkisi gereklidir. İnsanların bilgi, birikim, tecrübe, karakter vb. özellikleri nedeniyle performansları farklıdır. Bu da kaliteyi doğrudan etkilemektedir.

1.5.1.1. Sağlık Hizmeti Tanımı

Allah'ın insanlara verdiği en değerli nimet yaşama hakkıdır. Hayat ise sağlıklı iken anlamlı ve güzeldir. Bu nedenle sağlığı korumak ve iyileştirmekle ilgili faaliyetler de insan emeğinin en kutsalıdır diyebiliriz. Anayasamızın 56.cı maddesinde belirtildiği gibi "Herkes sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahiptir." Bu nedenle sağlığı korumak ve daha iyiye götürmek, hastalıkların oluşumunu önlemek, hastalananları olabildiğince erken tanı koyarak tedavi etmek böylece insanlara mutlu ve uzun yaşama süresi sağlamak başta kamunun olmak üzere sağlık hizmetini meslek ve iş edinenlerin hem insani, hem vicdani hem de vatandaşlık görevidir³⁹.

Sağlık Hizmetleri, insanları hastalıktan korumak, hastalandıkları zaman tedavi etmek ve tedaviden sonra tekrar hastalanmalarını önleyebilmek için yapılan

³⁹ Ayşe Turgu, "Sağlık Hizmetleri ile İlgili Kavramlar" Ayaktan Tedavi Hizmetlerinde Hizmet Kalitesi ve Hasta Tatminini Etkileyen Fak...,Yayınlanmamış yük. lisans tez i. İstanbul, 1997, s: 6

faaliyetlerdir. Yani herhangi bir malzeme ve donanım kullanarak veya kullanmadan hastanın iyileşmesinde etkili ve yararlı olan tüm faaliyetlerdir⁴⁰.

1.5.1.2. Sağlık Hizmetinin Özellikleri

Hizmet üretimi ve sunumu; hizmetin karakteristikleri:

Hizmet fiziksel olarak boyutlandırılmaz; ölçülemez. Bu durum hizmetin dinamik oluşundan kaynaklanmaktadır. Hizmet fiziksel bir yapı değil; bir fonksiyondur. Sağlık işletmesinde hastanın vücut fonksiyonlarına ilişkin yapılan ölçüm ve tahliller sonuçta doktorun koyacağı teşhiste esas oluşturacaktır. Bu nedenle ölçüm ve tahlillerin doğru yapılması hastanın durumunu tam ve doğru olarak ortaya konmasını sağlayacağı için verilecek sağlık hizmetinin kalitesini doğrudan etkileyecektir. Kalitenin ölçüsü ise doğru ölçüm ve doğru teşhis ve bunların sonucunda tedavinin etkinliği ve hastaya sağlayacağı yarar olacaktır.⁴¹

Hizmet depolanamaz, saklanamaz, geri kazanımı mümkün değildir; sunumu yapıldığında tüketilir. Ancak tekrar edilebilir. Hizmet üretildiği anda tüketilir. Hizmet insan davranışları ile yönlendirilen bir dizi aktiviteden oluşur. İnsan ilişkileri önemli bir parçasıdır. Bu nedenle personelin seçilmesi, personelin eğitimi, tecrübe ve yeterliliğini artırmak, motivasyon önemli ve gereklidir. Hizmeti alan/müşteri işletmeyi kalite yanında; görünüş, kültür ve verimlilik açısından da değerlendirir.

Hizmet müşteriye fayda/yarar; tatmin duygusu verir veya algılatır. Ancak sağlık işletmelerinde cihazlar, malzemeler; ortamın hijyenik koşulları, iş ve işlemlerin süreleri, zamanlaması vb. ölçülebilir, test edilebilir. Burada hizmetin süresi; başlangıçtan bitişine kadar geçen süre önemlidir. Hizmet sürecinde alt zaman dilimleri beklèmeler, gecikmeler, zaman kayıpları hizmet kalitesi ve işletme performansı ile doğrudan ilgilidir. Hizmette kalite kontrol müşteri tatmini ve algılamalarının anketlerle ölçülmesine dayanır.

Hizmet talebe bağlıdır. Bu iki şekilde olur: a) Programlı talepler; sağlık, ulaşım, bankacılık vb. anlık talepler; musluktan su akması, her düğmeye basınca çalışan tel vs gibi şeyler. b) Programsız, ihtiyaç hasıl olduğunda oluşan talep gibi. Ör; Acil hastalık ve kazalarda Acil servis hizmeti talebi vb. dir.

⁴⁰ Age, :S:6

⁴¹ Nurettin Peşircioğlu, "Hizmet Sektöründe Kalite, Kalite Güvencesi ve Sağlık Hizmetlerinde Uygulanması", Verimlilik Dergisi, Özel Sayı, Ankara, 1993, s:142

1.5.1.3. Sağlık Hizmetlerinin Bileşenleri

Sağlık hizmeti temel olarak tedavi ve bakım hizmetlerinden oluşur. Bu iki temel hizmet birlikte üretilir ve sunulur. Bu her iki temel bileşenin çok çeşitli alt bileşenleri vardır. Hastaların bu hizmetlere ulaşımından başlayan sağlık hizmetleri tedavileri bitip sağlık kuruluşunu terk etmelerine kadar sürer. Hatta sağlık hizmetleri kontrol muayenesine çağırılma veya hastaneden ayrıldıktan sonra telefonla hastanın durumunun sorulması şeklinde devam eder. Ayrıca ilerleyen bölümlerde değineceğimiz gibi sağlık hizmetlerinin dışsallık özelliği nedeniyle toplumun bir ferdine veya bir bölümüne verilen sağlık hizmeti diğer kesimlerine de dolaylı fayda sağlar.

Tedavi hizmetlerinin alt bileşenlerinden söz ederken sağlık kuruluşuna ulaşım, kayıt kabul işlemleri, doktor muayenesi, ilaç alma ve bunların kullanma tarifleri, laboratuvar tetkikleri, hasta hastaneye yatırılacaksa yatış işlemleri, ilaç dağıtım ve uygulanması, gerekiyorsa ameliyat, acil hastalar için acil müdahale ve ilk tedavi, bütün bunların bekleme sürelerini sayabiliriz. Tedavi hizmetlerinde doktor hasta ilişkileri ve doktor kararları belirleyici olmaktadır. Bu nedenle doktor hasta ilişkisi önem kazanmaktadır. Bütün bunlar bir zincirin halkaları gibi birbirleri ile ilgili ve etkileşimlidir. Eğer sağlık hizmetlerinde kaliteden ve sunum sonunda hasta memnuniyetinden söz edeceksek bu bileşenlerin her birinin oluşturduğu memnuniyet veya memnuniyetsizlik sağlık hizmeti hasta memnuniyetini oluşturacaktır.

Sağlık hizmeti tedavi hizmetleri ve bakım hizmetleri olarak bir bütündür; birlikte sunulur. Öyleyse bakım hizmeti veya bazı işletmecilerin otelcilik hizmetleri olarak değerlendirdiği hizmetlerin de alt bileşenlerinden söz etmeliyiz. Burada hastanın hastaneye ulaşımında kolaylıkla (servis hizmet veya belediyelerle yapılan yazılı veya sözlü ulaşım mutabakatları vb.) başlayan bakım hizmetleri hastane içi yönlendirme levhaları, yönlendirme ve güvenlik hizmetleri, hastane fiziki ortamı, hijyenik şartlar, genel personel davranışları, bekleme salonları, dinlenme yerleri ve bu sırada ortaya çıkan ihtiyaçların (yeme, içme, tuvalet, kırtasiye vb.) karşılanma şartları, hasta yatacak ise kayıt ve karantina işlemleri, hasta taşıma işlemleri, hastane yemekleri ve ikramlar, temizlik hizmetleri, genel personel davranışları ve diyalogları vb. sayabiliriz.

Yukarıda ifade ettiğimiz sağlık hizmeti bileşenlerinin kalite ve hasta memnuniyeti üzerindeki ayrı ayrı etkileri olumlu veya olumsuz olabilir. Hastalar kendi

beklenti ve algılamalarına göre bu hizmet bileşenlerinden farklı farklı memnuniyet düzeyleri gösterirler. Hatta bazılarının memnun olduğu aynı düzey veya kalitedeki hizmetten bir diğeri memnun kalmamış olabilir. Ancak hastaneden ayrılırken toplam bir tatmin olmuşluk veya memnuniyet duygusu/kanaati oluşmaktadır. Araştırmamızın sonunda bazı temel sağlık hizmeti bileşenlerini değişken olarak kullanarak hasta memnuniyet düzeylerini belirlemeye çalışacağız.

1.5.1.4. Sağlık Hizmetinin Gelişimi

Sağlık Hizmetlerinin gelişimi çok eskilere dayanmaktadır. Sağlık hizmetleri, ilk başlarda din adamları, bazı yetkin ve girişken kişiler büyücüler vb tarafından ilgili şahısların kendi yerlerinde veya hastanın bulunduğu mahalde ilkel yollarla yapılmaktaydı. Tedaviler de daha çok dua veya büyü seansları ile yapılmaktaydı. Bu nedenle ilk hastaneler ya ibadet yerleri olmuş veya ona yakın bir yerlerde ilave binalar olmuşlardır.

Türklerde ilk hastaneler Selçuklular döneminde gerçek hastane niteliği göstermeye başlamıştır. 850-953 yıllarında yaşayan Büyük Türk Hekimi Mehmet Razi (Razi) Bağdat Hastanesinde hastane başmüdürlüğü yapmıştır. Anadolu Selçukluları zamanında kurulan şifa hanelerin çoğu günümüze kadar gelmiştir.

Osmanlı İmparatorluğunda sağlık idaresinde ise bu günkü sisteme yakın bir uygulama vardır. Hastaneler, Sertabip ve Müdiri hastane tarafından yönetilmektedir Osmanlı döneminde, sarayda hekimbaşılar, taşrada ise darüşşifa denilen hastaneler bulunmaktadır. Sere tıbbı-i Sultani denilen ve halkın kısaca hekimbaşı olarak adlandırdığı hekim, sarayın olduğu kadar tüm ülkenin sağlık işlerinden de sorumlu olup bugünkü sağlık bakanı ile eşdeğerdir.⁴²

Osmanlılarda batılı anlamdaki ilk tıp okulu, II. Mahmut döneminde, 1827 yılında Hekimbaşı Mustafa Behçet Efendinin gayretleriyle İstanbul'da Top kapı Sarayına bitişik bir binada Tıphane-i Amire adıyla kurulmuştur. Bu mektep modern tıp eğitiminin ilk nüvesini teşkil etmiştir. Bunun hemen ardından Cerrahane kurulmuş, 1831 yılında bu iki okul yeniden düzenlenmiştir. 1845' te İstanbul Vakıf Gurebe ve

⁴² Mehmet Kaya, "Türk Tıbbı Dünya Tıbbının Neresinde" *Yeni Türkiye Dergisi*, Sayı 39, Ankara, 2001, s: 29

Haydarpaşa Askeri hastanesi, 1862'de Zeynep Kamil Hastanesi açılmıştır⁴³. Daha sonra tıp ve cerrah okulları, Avrupa'daki gelişmelere uygun şekilde birleştirilmiştir. Başlangıçta, eğitim/öğretim dili Fransızca olan bu okulda 1866 yılında Osmanlıca eğitime geçilmiştir.

Cumhuriyet dönemi Türkiye'sinde sağlık hizmetleri ve politikaları dört döneme ayrılabilir:

- 1923- 1937 Refik Saydam dönemi,
- 1938-1960 2. Dünya Savaşı ve Demokrat Parti dönemi,
- 1961-1982 Sağlık hizmetlerinde sosyalleştirme çalışmaları dönemi,
- 1983 ve sonrası gelişmelerin hızlandığı dönemdir⁴⁴.

Cumhuriyetin kurulması ile sağlık hizmetleri ilk defa Dr Refik Saydam döneminde çağdaş anlamda kurumsallaşmaya başlamıştır. Hükümet tabiplikleri oluşturulmuştur. 1944 yılında Dr. Behçet Uz'un sağlık bakanlığında sağlık hizmetlerinde planlı döneme girilmiş Türkiye 7 bölgeye ayrılarak sağlık hizmetlerinin bütün ülkeye yaygınlaştırılması sağlanmaya çalışılmıştır.

Özellikle 1961-1982 Devlet Planlama Teşkilatını beşer yıllık kalkınma planlı dönemine geçilmiştir. Sağlık hizmetlerinde başlatılan sosyalleştirme döneminde sağlık hizmetlerinin Türkiye'nin her köşesine yaygınlaştırma çalışmaları yapılmıştır. Su dönemde başlatılan Sosyalizasyon Projesi uygulaması 1980 lere kadar ağır aksak sürdürülmüştür. 1983 sonrası dönemde ise kapasite ve kalite artırma çalışmalarına ağırlık verilmiştir. Ülkemizdeki özellikle son 10-20 yıllık dönemler bu çalışmanın içeriğinde genel anlatım içerisinde ifade bulmaktadır.

Batı ülkeleri örneğinde ABD' nde daha çok otelciler hastane yöneticiliği yapmaktaydı. Daha sonraları dünyanın bir çok ülkesinde bu işleri tecrübeli ve yetkin doktorlar yapmaya başladı. 1920 li yıllarda yine ABD de hastane yöneticiliği kursları açılmış, 1932 senesinde de hastane idareciliği yüksek okulu kurulabilmiştir⁴⁵

⁴³ Cihangir Özcan, "Türkiye'de Tedavi Hizmetlerinin Analizi", *Yeni Türkiye Dergisi*, sayı 39, Ankara, 2001, s: 868

⁴⁴ Yusuf Ekrem Özdemir, "Cumhuriyet Dönemi Sağlık Politikaları", *Yeni Türkiye Dergisi*, sayı 39, Ankara, 2001, s: 259

⁴⁵ Bilal Ak, "Hastane Yöneticiliğinin Gelişimi" *Hastane Yöneticiliği*, HÜ Sağlık İdaresi Yük. Okulu Ankara, 1990, s: 101

1.5.2. Türkiye’de Temel Sağlık Hizmetleri

T.C. anayasasının 56. maddesinde; “herkes, sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahiptir. Devlet, herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak; insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi artırarak, işbirliğini gerçekleştirmek amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp, hizmet vermesini düzenler. Sağlık hizmetlerinin yaygın bir şekilde yerine getirilmesi için kanunla genel sağlık sigortası kurulabilir.” demektedir⁴⁶

Burada dünya sağlık örgütünün ortaya koyduğu ilkeleri de belirtmekte yarar vardır. Çünkü Dünya sağlık örgütü anayasası olan bu ilkeler TBMM tarafından onaylanmıştır ve yürürlüktedir.

1.5.3. Dünya Sağlık Örgütü Anayasası:

-Erişilebilecek en yüksek düzeyde sağlıklı olmak ırk, dini veya politik inanç, ekonomik ve sosyal koşullar gözetmeksizin her insanın hakkıdır,

-Hükümetler kendi halklarının sağlığından sorumludur. Bunu da sağlık için ve sosyal önlemler olarak gerçekleştirebilir,

-Halk sağlığının geliştirilmesi halkın bu konuda eğitilmesi, aydınlatılması ve aktif işbirliği ile sağlanabilecektir.

-Tüm ulusların sağlığı barış ve güvenliğe ulaşmak için temel öge olup devletler ve bireyler arasında tam bir işbirliğine bağlıdır⁴⁷.

Temel Sağlık Hizmetleri şu temel başlıkları içermektedir:

-Sağlık hizmeti doğuştan kazanılmış bir insan hakkıdır,

-Herkes kendi sağlığının değerini bilmeli, kendinden sorumlu olmalıdır,

-Sağlık hizmeti sektörler arası işbirliği ile yürütülmelidir,

-Sağlık hizmetinde ülkeler arası eşitsizliğin azaltılması için gelişmiş ülkeler diğer ülkelere sağlık hizmetlerinde destek olmalıdır.⁴⁸Bu destekleme bir yerde zorunluluk gibidir.

Dünyadaki insan hareketleri ulaşımdaki hıza paralel artmaktadır. Özellikle bulaşıcı bir hastalığın yayılma hızı; nereden başladığının önemini azaltmaktadır.

⁴⁶ Hasan Basri Üstünbaş, “Türkiyede Sağlık Sorunları ve Çözüm Yolları”, Yeni Türkiye Dergisi, Sayı 39, Ankara, 2001, s: 194

⁴⁷ Feridun Özdingiç, Kalite Nasıl Artırılabilir, Görüş Dergisi, Ankara, 1995, sayı 2, s: 42

⁴⁸ Nazlı Akyıldız, “Türkiyede Temel Sağlık Hizmetleri”, Yeni Türkiye Dergisi, Sayı 39, Ankara, 2001, s: 183

Bunun en güzel örneğini en son 2003 yılında Çin'de görülen SARS salgını oluşturmaktadır. Eğer bu salgın birkaç ülkedeyken engellenemeseydi bütün ülkeler işbirliği yapmak zorunda kalacaklardı. AIDS/kazanılmış bağışıklık sistemi bozukluğu (yetmezliği) sendromu hastalığında da durum böyledir. Afrika ülkelerinde yaygın olan bu hastalık medeni dünyaya çabucak yayılmış ve henüz önü alınamamıştır. (Sendrom: Başka sistem bulgularıyla birlikte tanımlanmış hastalıktır).

Türkiye'nin temel sağlık düzeyi göstergelerine bakıldığında Dünya ülkeleri arasında orta grubun alt sıralarında gözükmektedir. Temel göstergelerden olan 5 yaşından küçük çocukların ölüm hızı 1995 yılı verilerine göre % 0,50, bebek ölüm hızı ise %0,44'dür. Yine 10.000 kişiye düşen yatak sayısı da Dünya ortalaması 36 iken ülkemizde bu ancak 24 kadardır. GSMH'dan sağlık harcamaları da %3,5-4 gibi gözükmekte ve bu oran seksenli yillardan beri daha da düşme eğilimindedir ⁴⁹ Yasal çerçevede Türkiye de sağlık hizmetleri başta Sağlık Bakanlığı olmak üzere Emekli Sandığı, SSK, Bağ kur, Tıp Fakültesi Hastaneleri, Askeri Hastaneler, özel hastaneler koordinasyonsuz ve karmaşa içinde hizmet vermeye çalışmaktadırlar. Bu karmaşıklığa bir de doktor-hasta arasındaki çarpık para ilişkisini de katarsak sağlık sistemi bir systemsizliğe ve içinden çıkılmaz; çarpık, verimsiz, karmaşık rant yumağına döner. Hastalar gereksiz durumlarda, zamansız, oradan oraya sevk edilirler; adeta şutlanırlar; kimse sorumluluk almak istemez veya çıkar ilişkileri kurulur. Bütün bunlara birde GSMH'dan yetersiz ayrılan kaynağı ve kötü yönetimi de ilave etmek gerekir.

Yukarıda belirtilen sebeplerden dolayı ülkemizde sağlık hizmetleri en sorunlu sektör olmaktadır. Sağlık hizmetini alanlar kalitesizlikten ve hizmet sunumundan; Doktorlar ve sağlık personelleri yetersiz ücretlerden ve kötü koşullardan şikayet etmektedirler. Sağlık işletmelerine ayrılan kaynakların büyük bir kısmı bilinçsiz kullanılan ilaçlara gitmektedir. Yeni altyapı yatırımı ve teknolojik yatırımlara çok az kaynak kalmaktadır. Bu hantal ve çarpık yapıda değişim hiç gündeme gelememektedir.

1.5.4. Türkiye de Sağlık Sorunları:

-Sağlık Sistemi karmaşa içindedir ve koordinasyonsuzdur. -Ağırlıklı olarak sağlık işletmesi yönetimi kamuda görülmekle birlikte başta ilaç, tıbbi cihaz ve sarf

⁴⁹ Kemal Macit HİSAR, "Sağlık Hizmetlerinde Ulusal Kalite Yönetimi Modeli", Anahtar Dergisi, M.P.M., Yılı: 11, sayı 134, Ankara, Şubat 2000. s: 6

malzemesi üretim veya ithalat hakkı özel sektördedir. Bu durum teknik dışı bağımlılık nedenidir⁵⁰.

- Finansmanının büyük bir kısmı kamu tarafından karşılanan sektöre GSMH'dan yeterli kaynak ayrılamaması,

-Sağlık hizmetleri için ayrılan kaynakların harcanmasında nüfus hareketleri, fizibilite, verimlilik çalışmaları yapılmadan Politik kaygılarla o anki iktidar partisinin yerel yöneticilerinin talep ve baskılarına uygun davranılması,

-Temel eğitimin zayıflığı ve hizmet içi eğitimin yokluğu veya göstermelik kalması,

-Sağlık Hizmet veren kurum ve kuruluşlar arasındaki koordinasyonsuzluk, rekabet olmayışı; varsa bile aksak bir rekabet anlayışının varlığı,

-Hastanelerdeki yöneticilerin hemen hiçbirinin (Özel hastaneler hariç) profesyonel sağlık yöneticileri olmamaları; politik taleplere göre atanmaları,

-Yine politik kaygılarla göstermelik sağlık birimlerinin açılması. Küçük ilçelere kadro ve ekipmanı eksik veya olmayan hastaneler açılması, çok yakın küçük köylere ayrı ayrı sağlık ocağı açılması sonra da buralara değil doktor hemşire veya ebe bile gönderilememesi,

-Kararlarda ki aşırı mekeziyetçilik; bu merkeziyetçilik nedeni ile taşra birimlerinin durumunun yeterince bilinmemesi, yeterli denetimin yapılmaması, yapılan denetimlerin de göstermelik olması; usulsüzlük bulunsa dahi şikayet olmaması halinde yaptırım uygulanmaması,

-Hizmet alanların planlama, karar ve uygulamalara hiçbir şekilde katılmaması veya katılamaması

-Hala fiyat ve maliyet hesabı yapılmamaktadır bu nedenle işletmelerde verimlilik bilinci olmadığı gibi ölçümü de yoktur.

- Sağlık sistemimizde yeterli ve doğru istatistiksel veri yoktur .

-Sağlık sistemimiz çağdaş bir mevzuata ve sağlık hukukuna sahip değildir.

-Halkın %30-35'inin hala bir sosyal güvenlik kurumu şemsiyesi olmaması ve bu gurubun sağlık hizmetini ücret karşılığı alamayacak kadar gelir düzeyinin düşük olmasıdır.

⁵⁰ Bülent Kuşoğlu, "Sağlık Sistemi Mevcut Durum", Yeni Türkiye Dergisi, Sayı 39, Ankara, 2001 s: 85

-Ülkemizde hastanelere başvuran hastaların gerçekte sadece % 14 ünün hastane şartlarında muayene ve tedavi gerektirdiği geri kalan % 86 sının ise birinci basamak sağlık hizmeti veren kurumlarda temel sağlık hizmeti ile tedavisinin yapılabileceği tespit edilmiştir. Anacak birinci basamak sağlık kurumlarına olan güvensizlik yada gerçekten bu birimlerde yeterli sağlık hizmeti verilmemesi gibi nedenlerle bütün hastalar hastanelere yığılmakta ve sistemi tıkamaktadırlar. Gelişmiş ülkelerin çoğunda bu durum aile hekimliği uygulaması ile engellenmiştir⁵¹.

Bütün bunların yanında GSMH'dan ayrılan payın parçalanması sonucu verimsizleşmesi; yeterli faydanın elde edilememesidir. Bir çok kaynakta GSMH'dan sağlık harcamalarına % 3.5 ayrıldığı yazılmaktadır. Ancak bu gerçeği yansıtmamaktadır; sadece Sağlık Bakanlığı ve SSK'nın yaptığı harcamaları göstermektedir. Bu konuda da yeterli veri ve istatistik bilgileri yoktur veya gerçeği yansıtmamaktadır. Halbuki Tıp Fakülteleri, Askeri Hastaneler, Bazı kurum ve kuruluşlara ait hastane ve sağlık işletmeleri, vakıflara ait olanlar ile özel sağlık işletmelerini de katarsak GSMH'dan sağlık harcamalarına ayrılan pay % 6-7' lere çıkmaktadır. Bu miktar gelişmiş sağlık sistemine sahip ülkelerde % 10 lar düzeyindedir. Bu ülkelerde ekonomilerin büyüklüğünü de hesaba katarsak kişi başına sağlık hizmeti harcamalarının ülkemizden en az birkaç misli fazla olduğu ortaya çıkmaktadır. Örneğin ABD 'lerinde sağlık sektörünün yıllık cirosu 400 milyar dolar kadardır. Bu miktarın yine önemli bir kısmı sağlık hizmetlerinde ki ARGE harcamalarına ayrılmaktadır.

1.5.4.1. Kalitesizliğin ve Kötü Yönetimin Kayıpları:

-Hatalar: Hatanın yapıldığı süreler ve hatanın giderilmesi için yapılan harcamalar,

-Müşteri kaybı; Müşteri şikayetlerinin giderilmesi veya azaltılması zaman ve iş gücü kaybıdır, yine sağlık hizmetleri özellikle de tıbbi hizmetlerin tamamı güvene dayanmaktadır.

-Kusurlar: Yeni bağlantılar ve yeni sözleşmeleri engelleyici etki eder⁵².

⁵¹ Feridun Özdingiç, "Kalite Nasıl Artırılabilir", *Görüş Dergisi*, sayı 2, İstanbul, 1994, s: 41

⁵² Pınar Kılıçoğulları-Sinan Kılıçoğulları, "Sağlık Hizmetlerinde Kalite", Makale, Kocaeli Üniv. Tıp Fak. Klinik Mikrobiyoloji ABD, İzmit, 2001, s: 3

Sonuç olarak, Türkiye deki sağlık sisteminin temel sorunu; Kötü kurumsallaşma ve kötü veya yetersiz yönetim sonucu kaynakların israf edilmesi ve yeterli faydanın elde edilememesi; var olan imkanların da ihtiyaç veya hak sahiplerine kalitesiz ve çarpık sunulmasıdır. Hatalar ve kalitesizlik nedeniyle tekrar hastaneye başvurular kamu hastaneleri için hem büyük israf hem de hastanelere ertesi günlerdeki yığılmaların sebebidir. Özel sağlık kuruluşları için ise hastanın başka sağlık kuruluşuna kayması söz konusu olur. Kusurlar ise her sağlık kuruluşu için güven kaybettirici bir nedendir. Eğer sağlık sektöründe tam rekabet olabilseydi, kötü kalitenin yıkıcı etkisi o zaman daha belirgin ve etkileyici olabilirdi.

1.5.5. Doktor Hasta İlişkisi

Sağlık hizmetinin insan ağırlıklı olması insan ilişkilerini de zorunlu kılmaktadır. Halbuki bazı hizmetler(ATM, Bilgisayar, İnternet hizmetleri vb.) sadece makinelerle yapılır veya verilebilir. Sağlık hizmetlerinde bir çok gelişmiş cihazlar, bilgisayar, İnternet gibi teknolojiler çok kullanılmakla birlikte karar verici (ki hemen hepsi insan hayatı ile ilgilidir) konumda doktorlar vardılar. Doktorların bilgi, beceri/maniplasyon yetenekleri, karakter, tecrübe, diyalog kurabilme vb gibi özellik veya yetenekleri performansları dolayısı ile de sağlık hizmetinin kalitesiyle çok yakından ilgilidir.

Donabedian'ın hasta tatminini; hasta veya hizmetten yararlanan kişilerin hizmetin kendisinden, sunum biçiminden, ve hizmet ortamından hoşnut olması veya beklentilerini gerçekleştirilmesi olarak belirtmektedir. Bu tanım bile doktor hasta ilişkisinin hasta tatmininde önemli değişken olduğunu ortaya koymaktadır⁵³.

Sosyal kültürel açıdan doktor hasta ilişkisine bakarsak, iki noktanın ön plana çıktığını görürüz. Bunlardan biri doktor hasta etkileşmesinde güç ilişkisi, diğeri de doktor hasta arasındaki bilgi ve yetenek farkı/açığıdır. Davranış bilimleri açısından bakarsak; hasta rolü pasif, bağımlı ve güvenen şeklindedir. Halbuki geçek tüketici rolü ise kararlı, bağımsız ve sorgulayan şekilde karakterize edilmektedir⁵⁴. Maliyet açısından bakarsak yeterli seçenek olduğunda hastalar da aktif ve karar sahibi

⁵³ H.Hüseyin Yıldırım, "Kaliteli ve Uygun Sağlık Bakımının Temel Malzemesi Doktor Hasta İlişkisi", *Verimlilik Dergisi*, M.P.M. , Ankara, 1999, s: 119.

⁵⁴ H.Hüseyin Yıldırım, "Kaliteli ve Uygun Sağlık Bakımının Temel Malzemesi Doktor Hasta İlişkisi", *Verimlilik Dergisi*, M.P.Merk. , Ankara, 1999, s: 120

müşteriler olabilirler. Bu son ifade çoğu resmi kurumsal bağımlılığı olan hastalar için geçerli olamamaktadır.

Ülkemizde sağlık sistemi bozuk ve yapılaşması/kurumsallaşması da çarpıktır. Çağdaş, medeni sağlık sisteminin gelişmiş olduğu hiçbir ülkede hasta ile doktor arasında doğrudan para ilişkisi yoktur. Halbuki ülkemizde hastalar hala büyük çoğunlukla sağlık hizmetini ücret karşılığı muayenehanelerde doktorlardan satın alma durumundadırlar. Bu çarpıklığın sonucu olarak hastalar doktorun görev yaptığı hastanenin kamu imkanlarını kullanabilmek için doktor muayenehanelerine müracaat etmekte veya müracaat etmek zorunda bırakılmaktadırlar.

Muayenehane hekimliği sosyal açıdan çarpık olmasının yanında hizmet kalitesi ve hizmetin yeterliliği hususunda da çağdışı ve ilkel kalmaktadır. Tıbbi kayıtları yoktur veya eksiktir. Doktorların büyük çoğunluğu muayenehanelerinde tıbbi eğitim almış personel çalıştırmazlar. Hastalar muayenehaneleri hizmet alırken yararlanacağı, bizzat doktorun da çalıştığı kurumda daha fazla ilgisini sağlayabilmek için kullanmaktadır.

Gelişmiş, çağdaş ülkelerdeki uygulamalarda hasta ile doktor arasında doğrudan para ilişkisi olmamalıdır. Daha doğrusu doktor hasta ilişkisinde önyargı oluşturacak hiçbir şey olmamalıdır. Doktorun doğrudan insan sağlığı/insan hayatı ile ilgili kararlarında özgür ve vicdanı ile baş başa olması; bilgi, deneyim yetenekleriyle hareket etmesi ve hastasına beklediği ve ihtiyaç duyduğu, insani hakkı olan güveni, tıbbi hizmeti vermesi gerekir. Bu güven duygusu hastanın iyileşeceğine inanması, tedaviye uyum sağlaması, moralinin yükselmesi için de gereklidir. Bir çok hastalığın sebeplerinde psikolojik durumun da etkileri çok fazladır. Aynı şekilde yine bir çok hastalığın iyileşmesinde sadece hastanın iyileşeceğine inanması (plesebo etkisi *) bazı hastalıklarda yüzde otuzlara varan olumlu etki sağlamaktadır. Morgan ve Rourke gibi araştırmacılar doktor hasta arasındaki pozitif sosyal ilişkilerin tedavinin başarı şansının artmasına; teşhis ve tedavi kararlarında isabetliliğin ve verimliliğin artmasına neden olduğunu ifade etmektedirler⁵⁵.

*Plesebo etkisi: Hastanın tıbbi müdahalenin kendisinden beklenen ve öngörülen etkilerinden yararlanmadan sağladığı faydadır.

⁵⁵ Age, s: 122

Doktor hasta ilişkilerinde bir çok model önerilmekle birlikte çoğunluk alışlagelmiş tıbbi modele uyulmaktadır. Tıbbi model de doktor bilgi ve beceri gereklerine göre hasta ve hastalık üzerine yoğunlaşırken hasta doktorun dediklerini pasif olarak kabul eder uyar ve uygular durumdadır. Bu modelde sağlık hizmeti mesleki bir hizmet olarak algılanır. Ancak sağlık hizmetinin geliştiği, seçeneklerin arttığı ülkelerde durum hastalarında diğer hizmetleri satın alan müşterilerin durumuna yaklaşmaktadır. Bütün bunların yanında doktor hasta ilişkilerinde uluslar arası kabul görmüş hasta ve doktor haklarının da etkilerini unutmamak gerekir. Örneğin hasta veya hekimin acil ve şüursuzluk halleri hariç karşılıklı birbirlerini ret veya kabul etme hakları vardır..

1.6. SAĞLIK İŞLETMELERİ VE YÖNETİMİNİN ÖNEMİ

Sağlık işletmeleri genel işletmecilik açısından diğer işletmelere benzemekle birlikte hastanelerin özelliklerinden kaynaklanan farklılıklar işletmecilik ilkelerini de farklılaştırmaktadır. Hastane işletmelerinde kar yerine fayda önemlidir. Temel hedef faydanın maksimumlaştırılmasıdır. Hastane ünitelerini zarar ediyor diye kapatmak söz konusu olamaz. Hizmet üretiminin sürekliliği veya sürekli belirli potansiyelin hazır bulundurulma zorunluluğu kapasite üstü personel görevlendirmeyi gerektirmektedir. Personellerinin üçte biri bayan personellerden oluşmaktadır. Herhangi bir işletme gibi sadece erkek veya bayan çalıştırılarak hastane işleri yapılamaz.

Hastanelerin verdiği tıbbi bakım ve tedavi hizmetlerinde hastaların beklentilerini karşılamak, tıbbi hatalardan uzak, gelişmiş tanı ve tedavi olanaklarını kullanarak kaliteli ve etkin bir şekilde hizmet sunmak her sağlık işletmesi yönetiminin amacı olmalıdır⁵⁶.

Yeni bir ünitenin kurulması ve çalıştırılması pahalı ve uzun zaman alıcı bir iştir. Hastane çevresi karmaşık ve kalabalık bir işletmedir. Çok sayıda farklı hasta ve bunların yakınları sayısız taleple hastaneye başvururlar. Bazı büyük hastanelerde neredeyse çarşı pazarda ne varsa insanların sosyal ihtiyaçlarının karşılanması için

⁵⁶ Cesim Demir-A. Güçlü- A. Teke, "Poliklinikler Hasta Tatmin Düzeyinin Saptanması", Yayınlanmamış Yüksek Lisans tezi, GATA Eğitim Hastanesi, Ankar 1999, s: 7

gerekli her ünite vardır veya bulundurulmak zorundadır. Hastanede tam bir şehir yaşantısı söz konusudur⁵⁷.

Sağlık hizmetinin alıcı ve satıcı arasındaki yakın ilişki zorunluluğu insan faktörünün önemli olduğunu gösterir. Hizmet işletmesinde hizmet sunucularının yanında işletme yöneticilerinin özellikleri ve davranışlarının da kalite ve hasta memnuniyetine etkileri olacaktır. Büyük bir işbölümü içersinde, uyumlu çalışan iyi eğitilmiş ve uygun işlerde görevlendirilmiş personellere ihtiyaç vardır.

Sağlık işletmelerinin yönetimi konusunda çok şey söylenebilir. Bunların başında sağlık hizmetlerinin doğrudan insan yaşamıyla ilgili olması ve ikame edilemez olması gelir. Bunun dışında sağlık hizmeti üretiminin pahalılığı, karmaşıklığı, sürekliliği, acil hallerde talebin kendiliğinden olması ve reddedilmezliği, ahlaki/vicdani boyutunun olması, sağlık hizmeti talebinin karşılanması hususunun kamunun asli görevleri arasına olması vb. sayılabilmektedir.

Sağlık hizmetleri çok fazla kaynak gerektiren; birim maliyetleri de yüksek hizmet türüdür. Maliyetleri azaltmak veya kısıtlı kaynaklarla daha fazla fayda elde edebilmek için sağlık işletmelerini örgütlerken/kurarken ülkenin genel durumu iyi analiz edilmeli ve fizibiliteye uygun işletmeler olarak tasarlanmalıdır. Yine aynı şekilde önleyici tedbirler yani sağlığı koruyucu tedbir veya tedavilere ağırlık verilmelidir. Çünkü koruyucu önlem veya tedavilerin maliyeti, ortaya çıkmış bir hastalık veya bozukluğun tedavi maliyetlerine göre kıyaslanamayacak kadar daha düşüktür. Sosyalizasyon düzeyi yüksek, demokratik, refah ülkelerinde koruyucu önlemlere ve tedavilere daha fazla yer verilmektedir.

1.6.1. Sağlıkta Kalite Standartları

Kalite objektif ve sübjektif boyutları olan bir kavramdır. 1.Objektif boyutları; kişisel duyu ve hislerden bağımsız, somut kriterlere, önceden yapılan tanımlara, şartname ve standartlara bağlı ölçülebilir boyutlardır. Bunlar; sayı, veri, formül, ölçü, kontrol kartı, maliyet, metot/teknik, grafik, süre vb.dir. 2.Sübjektif boyutları; insanın değer yargılarından, beğenilerinden, psikolojik ve sosyolojik yapılarından vb. etkilenmektedir. Sübjektif boyutlara örnek; duygu, düşünce, beklenti, motivasyon,

⁵⁷ Bilal Ak, "Modern Hastane Yönetimi ve Örgütsel Etkinlik(etkililik)" (Görüş), Kamu Çalışanları Aylık Mesleki Yayın, sayı:40, İstanbul, Nisan, 1994, s: 26-27

tatmin, ihtiyaçlar, tercih, değer yargısı, algılama, tutum, tavır ve motivasyon ve benzeri sayabiliriz.⁵⁸

Başka bir araştırmada ise sağlık hizmeti şletmelerinde kalite karakteristikleri üç bölümde incelenebileceği belirtilmiştir. 1. Ölçülebilir değerler; zaman, fiyat, laboratuvar deneyleri, cihazlarla yapılan test ve ölçümler, performans ölçümleri, hatalar, ekipmanların güvenilirliği/kalibrasyon vb.dir. 2. Gözlemlenebilir etki ve koşullar; tanının doğru konması veya konmaması hastalığın tedavi edilmesi veya edilememesi, ilacın yararlı olması veya olmaması olabilir. 3.Gözlemlenebilir alışkanlık ve davranışlar; Nezaket, dikkat, ilgili olmak; doğruluk güvenilir olmak, anlamak, özen göstermek; yeterlilik vb. gibidir.⁵⁹

1.6.1.1. Kaliteli Sağlık Hizmeti:

Hastanın fiziksel yapısında ve fonksiyonlarında, ruhsal durum ve zihinsel yeteneklerinde mümkün olan en kısa sürede iyileşme sağlar. İnsan sağlığının korunması ve geliştirilmesini sağlar.

İnsan sağlığının bedensel ve zihinsel özürlü olmaya karşı korunması, bu gibi sonuçlarla karşılaşmaması için erken teşhis ve doğru tedavi sağlar. Teşhiste zaman kaybını önler ve optimum sürede tedavi sağlar.

Kaliteli sağlık hizmeti hastaya hastalığı ve kendisi hakkında alınan karar ve uygulamalar, olmuş ve olası sonuçlar hakkında doğru ve açıklayıcı bilgi verir; onunla işbirliği kurulmasını sağlar.

Tıp biliminin doğruluğu kanıtlanmış prensiplerine dayanır; ilgili teknik ve uzmanlık dallarından yararlanır.

Hastanın sağlık durumu ile ilgili yeterli, doğru ve güvenilir kayıtların oluşturulması, saklanması ve izlenebilirliğini bu sayede sağlık hizmetinin sürekliliğini sağlar.

Tıbbi, teknolojik beşeri, ve finanssal kaynakların verimli kullanılmasını sağlar. Personelin uyumlu ve koordineli çalışmasını sağlar sinerji oluşturur. Ast üst ilişkilerine katkı sağlar çalışma ortamını demokratik hale getirir.

⁵⁸ Nurettin Peşkircioğlu, "Hizmet Sektöründe Kalite, Kalite Güvence ve Sağlık Sektöründe Uygulaması" Verimlilik Dergisi, özel sayı, M.P.M., Ankara, 1993. s: 146

⁵⁹ Pınar Kılıçoğulları, Sinan Kılıçoğulları, "Sağlık Hizmetlerinde Kalite", Makale, Kocaeli Üniv. Tıp Fak. İzmit, 2000 (tel:0 262 2335474), s: 2.

“Kalite müşteri ihtiyaçlarının tatminidir” ifadesinden sadece sağlık hizmetinden yararlananları anlamamalıyız. Çalışanlar da kuruluşun iç müşterileridir.⁶⁰

Hastaneler, hizmet kalitesinde sıfır hata ile sağlık hizmeti üretmek zorunda olan işletmelerdir. Donebedin, sağlık hizmetlerinin 7 özelliğinin kaliteyi belirlediğini ifade etmektedir:

-Etkinlik: Sağlık durumunu yükseltebilecek en doğru tedavi ve en iyi bakımı sağlayabilme becerisi.

-Etkilik: Sağlık durumunda sağlanabilecek iyileştirmeyi gerçekleştirme derecesi.

-Verimlilik: Sağlıkta ulaşılabilir ilerlemeleri azaltmaksızın bakımın maliyetini düşürme yeteneği.

-Optimallik: Yararlar ve maliyet arasındaki en iyi dengenin sağlanmasıdır.

-Kabul edilebilirlik: Doktor-hasta ilişkileri, kolay hizmet bulabilme, bakım, maliyet yönlerinden hastanın isteklerine uygunluk.

-Meşruluk: Toplumsal tercihlere uygunluk.

-Eşitlik: Hizmet sunumunda ve kullanımında adil olmaktır⁶¹.

Nasıl tanımlarsak tanımlayalım kaliteli sağlık hizmeti veya sağlık hizmetlerinde kalite için teknik yeterlilik ve teknik uygulamalar yanında seçilen yönetim modeli de önemlidir. Klasik yönetim modellerinin bile başarılı olduğu durumlar yok değildir. Belirli ekonomik koşul ve hallerde belirli kapasitelerde belki en doğru çözüm bile olabilir.

Bütün dünyada ekonomik ve politik gelişmeler, gelişen teknolojiler yada bunların tümü adına globalleşme ve pazarların daralması nedeniyle işletmeler en doğru yönetim modelini kurarak rekabet üstünlüğünü ele geçirmeye çalışmaktadırlar. Öyleyse hiçbir işletme bu gelişmelere sırtını dönemez.

Dünyada çağdaş yönetim modellerinden bahsederken her zaman ilk akla gelen TKY'dir. Teorik olarak da “sıfır hata yönetimi” gelmektedir. Bu yönetim modellerinin uygulanması her zaman mümkün olmamaktadır. Bu durumlarda uygulanması daha

⁶⁰ Nurettin Peşkirioğlu, “Hizmet Sektöründe Kalite” Verimlilik Dergisi, özel sayı, M.P.M.,1993. s: 148-149

⁶¹ Pınar Kılıçoğulları, Sinan Kılıçoğulları, “Sağlık Hizmetlerinde Kalite”, Makale, Kocaeli Üniv. Endüstri Müh. Böl., İzmit 2000, s: 3

kolay ve daha kısa sürelerde sistemi kurulabilen İSO akreditsyon serilerine yönelinmektedir. Bizim araştırmaya konu işletmemiz Kütahya SSK hastanesi de kurumsal özelliklerinden ve o zamandaki yapısal şartlarından dolayı “İSO 9001:2000 kalite yönetim belgesi” olarak yönetsel olarak belirli bir kalite standardına ulaşmaya çalışmıştır.

İSO 9001 KYS standartlarına özellikle sağlık hizmeti üreten işletmelerde alternatif veya üstünlüğü olduğu iddia edilen ABD geliştirilen ve uzun süreler uygulana gelen JCAHO Akreditasyon sistemi önerilmektedir. JCAHO Akreditasyon sistemi, kısaca hastane ve diğer hasta bakımı veren kuruluşlarda hizmet kalitesi standartlarını oluşturmak, izlemek ve denetlemek olarak tanımlandı. JCAHO akreditasyon sistemi üst yönetim liderliği, süreç odaklılık, performans iyileştirme, hasta bakımı ve hakları, kurumsal etik, hastanın değerlendirilmesi, bakımı, eğitimi, bakım sürekliliği yanında bilgi yönetimi, acil durumlar, atıkların kontrolü, güvenlik uygulamalarını da kapsamaktadır.

Sağlık kuruluşları kurumsal yapılarını oluştururken yönetim modellerini de bu modellerden veya ara bir model seçerek oluştururlar.

1.6.2. Sağlık Hizmetinin Kamu Ekonomisindeki Yeri

Sağlık hizmeti üreten işletmelere kalite yönetimleri açısından işletme demek doğru bir yaklaşımdır. Ancak koruyucu hizmet üretmeleri ve diğer sağlık hizmetlerinin de dışsallık özellikleri nedeniyle bu yapılara örgüt demek daha doğru olacaktır⁶². Biz burada sağlık işletmelerini bütün boyutları ile ele almakla birlikte örgütlenme ve yönetim bakımından incelemekteyiz. Bu nedenle bazı bölümlerde sağlık kuruluşu tanımlarını kullansak bile sağlık işletmeleri olarak adlandırmakta ve değerlendirmekteyiz.

Sağlık hizmeti üreten işletmelere özellikle 1990' lı yıllarda bütün dünyada GSMH'dan sağlığa ayrılan pay arttırılmış, sağlık hizmetlerinde köklü reformlar yapılmıştır. AB ülkelerinde sağlık sektörüne GSMH'dan ayrılan pay en az %7-8; ortalama ise %10 kadarken ABD'de ortalama % 12 kadardır. Ülkemizde ise % 5'in altındadır(%3.5-4 arasında). Resmi kaynaklara göre durum böyleyken fiili harcamalarda bu oran % 6-7 leri bulmaktadır. Bu rakamlar bile özel sağlık işletmeleri

⁶² Ömer Dinçer, “Kar Amacı Gütmeyen Örgütlerde Yönetim”, Stratejik Yönetim ve İşletme Politikası, Beta Yayınları, 5. baskı, yayın no: 659, İstanbul, 1998, s:449

ve şahısların ceplerinden yaptığı sağlık harcamalarını kapsamamaktadır. Sağlık sektörüne el atmış bütün işletmelerin harcamalarını birlikte değerlendirirsek bu oranlara ulaşılır.

Tablo 1.2: Temel Makro Sağlık Finansman göstergeleri

Zaman dilimi/yıl	1998
Genel Bütçe Kaynaklı Sağlık Harcamaları/Genel bütçe	%6.5
Toplam Sağlık Harcamaları/GSMH	%4.5
Kişi başına toplam sağlık harcaması/dolar	151

Kaynak: Oğuz Engiz, "Sağlık Finansmanı, Yayınlanmamış Eğitim Notları" HÜFAM Ank., 2001, s: 23

Sağlık hizmetlerinin yürütülmesi için resmi bütçelerden ayrılan kaynaklar; 1. Dolaysız maliyetleri oluştururken, 2. üretimde meydana gelen kayıplar, insan kayıpları da Dolaylı maliyetleri ifade etmektedir. Dolaylı maliyetlerin hesaplanıp ortaya konması kolay değildir. Gelişmiş çağdaş devletler dolaylı maliyetleri azaltmak için dolaysız maliyetleri artırmaktan çekinmemektedirler⁶³. Bunun yanında Halen nüfusumuzun % 30-35'i (ki 23-24 milyondur) sosyal güvenceden mahrum olduğunu unutmamalıyız.

Sosyal güvence altında olanların büyük bir kısmı; Emekli Sandığı; Sosyal Sigortalar Kurumu, ve Bağkur bağlı bulunmaktadır. Bu kurumların sağlık sigorta primi sağlık hizmetlerini karşılamadığı için özellikle Bağ kur ve SSK'ya kaynak aktarmaktadır. Aktarılan bu kaynaklar bütün toplumun hakkı olan genel bütçeden karşılanmaktadır. Bu durum hiçbir sosyal güvence şemsiyesine dahil olmayan % 20 lik haklarının başka bir yere kaydırılmasıdır ve sağlık hizmetinin dağıtımında hakkaniyetlilik kuralına da aykırıdır. Bu kurumlardan,

-Emekli Sandığı: Devlet memuru statüsünde çalışanlara,

-Sosyal Sigortalar Kurumu: İşçi statüsünde çalışanlara,

-Bağ Kur: Esnaf ve Özel Girişimcilere Güvence ve sağlık hizmeti vermektedir.

Bu üç kurumun da gelirleri/finansmanı şu kalemlerden oluşmaktadır:

-Pirim gelirleri temel gelir kaynağıdır,

⁶³ Zühra Yıldız, "Sağlık Hizmetleri Piyasasının Nitelikleri" Verimlilik Dergisi, M.P.M., Sayı:4, Ankara, 1996, s: 86

- Fon gelirleri,
- Gecikme vb.den doğan ceza gelirleri,
- Dolaylı vergiler (alkol, sigara vb.)

Burada bazı kurumların kişi başına tedavi maliyetleri ile ilgili rakamları döviz(dolar) cinsinden yaklaşık olarak vermekle yetineceğiz.

Bu kurumlarda 1997 yıl için tedavi ve bakım için kişi başına;

SSK	:	50
Sağlık Bakanlığı	:	78.9
Milli Savunma Bakanlığı	:	322.3
Emekli sandığı	:	312.5
Bağ kur	:	125.2

Harcama yapılmıştır⁶⁴. Bu miktarlar teknoloji kullanımındaki artışa bağlı olarak da artma eğilimi göstermektedir. Burada kurumlar arasındaki kişi başına harcamalardaki fark dikkat çekicidir. Bir kurumda 300 dolar olan maliyet diğerinde 50 dolar düzeyindedir. Kurumlar arası eşitsizlik çok fazladır ve sağlık hizmeti kalitesi de kısmen ve birim fiyatlara paralel olarak düşük kalacaktır. 1998 rakamlarına göre kişi başına ortalama sağlık harcaması, 150 doların biraz üzerindedir⁶⁵ Halbuki AB ülkeleri ortalaması 2000 dolar kişi/yıl, ABD’inde 3000 dolar kişi/yıldır⁶⁶

Ülkemizde sağlık işletmelerinin % 94’ ü kar amacı gütmeyen kamu kuruluşu statüsündedir. Bunların % 51’i Sağlık Bakanlığına, % 14 Üniversite tıp fakültesi hastanelerine, geri kalanın büyük bir kısmı da SSK hastanelerine aittir. Bu sağlık kuruluşlarında dikey örgütlenme modeli mevcuttur. Planlama; kaynak tahsis etme, karar verme ve uygulama ilgili bakanlık ve tepe yöneticisi konumundaki ilgili genel müdürlüklerce yapılmaktadır⁶⁷. Bu durum yönetim ekibi ve yönetim sistemi değişikliklerini de etkilemekte veya TKY gibi yatay örgütlenme modeli öngören sistemlerin uygulanmasına engel teşkil etmektedir.

⁶⁴ B. Serdar Savaş, “Türkiye Sağlık Sistemine Kısa bir Genel Bakış”, Yeni Türkiye Dergisi, Sayı 39, Ankara, 2001, s: 109

⁶⁵ Oğuz Engiz, “Sağlık Finansmanı”, Yayınlanmamış Eğitim Notları, Hacet Üniv.Finansal Araştırmalar Merk. (HÜFAM), Ankara, 2001, s:21

⁶⁶ Age, s: 21, 23

⁶⁷ Ümit Şahin, “Hastane İşletmeciliğinde Örgütsel Performans Göstergeleri ve İSO 9000 Uygulamaları”, Anahtar Dergisi, Sayı 145, Ankara, Ocak 2001, s: 18-19

Bunların dışında Milli Savunma Bakanlığı kendi mensupları ve aile bireyleri ile silah altında bulundukları er ve erbaşların sosyal güvencesini sağlamaktadırlar. Ayrıca sayıları az olmakla birlikte Bankalar, Ticaret ve Sanayi Odaları mensupları, borsa mensupları kendi bünyelerinde oluşturdukları özel sandıklarca sosyal güvence sağlamaktadırlar. Sosyal hizmetler, Çocuk Esirgeme Kurumu; Sosyal Yardımlaşma Kurumu; kimsesizleri, çocukları, düşkün ve 65 yaş üzeri iş göremezleri, yardıma muhtaçları korumakta ve yardımlar yapmaktadır. Hangi şekilde olursa olsun ülkemizde sağlık işletmelerinin % 94'ü kamu tarafından örgütlenip işletilmektedir⁶⁸. Sağlık alanında özel sektör henüz yeterli büyüklüğe erişememiştir. Bu alanda özel sektörün kısıtlı kalmasının iki nedeni olabilir. Sağlık hizmetinin kamunun asli görevi olması ve yerleşmiş iyi işleyen bir sigorta sisteminin olmayışı veya özel sigorta şirketlerinin güçsüz olmalarıdır.

Ülkelerin ekonomik sistemleri ne olursa olsun sağlık hizmeti kamusal olma özelliğini göstermiştir. Burada kamusal hizmetin iki özelliğine dikkat etmemiz gerekiyor. 1. Tüketicilerin rakip olmamaları 2. Tüketicilerin tüketimden dışlanmamalarıdır. Yarı kamusal, yarı bölünebilir malların dış faydaları büyüktür. Bu nedenle tamamen dış piyasaya bırakılmaz; bırakılmamalıdır. Örneğin bir ilacın kullanana sağladığı fayda yanında bulaşmadan koruyucu etkisi nedeniyle topluma koruma ve fayda sağlar. Ayrıca yine koruyucu hizmetlerden yararlanan tüketiciler de birbirlerine rakip değillerdir⁶⁹.

Oy verme, zorunlu askerlik vb nasıl piyasa konusu olmaması gereken konular iseler yaşama hakkı da piyasa tarafından denetlenir olmamalıdır. Toplumda farklı bireylere sunumları, gelire bağlantılı olmaması gereken sağlık hizmeti gibi malların olduğu görüşü "özel eşitlikçilik" olarak bilinir⁷⁰.

Hastane işletmeciliği veya diğer sağlık hizmetleri sektörü Özel ve kar amaçlı şirketlere tam olarak açılmalı ancak halkın sağlığı devletin asli görevi/sorumluluğunda olmaya devam etmelidir. Sağlık hizmetlerinin devletin faaliyeti olmasının iki temel gerekçesi vardır: 1. Özel piyasaların etkin olmayışına sebep olan piyasa aksaklıkları

⁶⁸ Ümit Şahin, Erdoğan Ünal, Selda Bekem, Dilek Tanrıku, "Hastanelerde ISO 9000 Kalite Sistemi Uygulamaları İçin Öneriler", *Anahtar Dergisi*, sayı 146, , 2001, Ankara s: 19

⁶⁹ Zühra Yıldız, "Sağlık Hizmetlerinin Piyasa Nitelikleri", *Verimlilik Dergisi*, M.P.M., sayı 4, Ankara, 1996, s: 80,82

⁷⁰ Joseph E. Stiglitz "Sağlık Hizmetleri", *Kamu Kesimi Ekonomisi*, Princeton Üniversitesi, ABD. (çeviri: Ömer Faruk Batırel), , Marmara Üniv. yayın no: 549 İstanbul, 1994, s: 351

vardır. Sağlık hizmetleri piyasasında yasa aksaklıkları, hizmet sunumlarındaki aksak rekabet, tüketiciler arasındaki eksik bilgi ve dışsallıklardır. 2. Gelir eşitsizliği yine devletin müdahale ve sorumluluğunu zorunlu kılar⁷¹.

-65 yaş ve üzeri,

-% 50 nin üzerinde iş görme kısıtlılığı olan hatta tüm sakatlar,

-17 yaş dahil çocuk ve gençlerin sağlığı,

-Felakete maruz kalmış sosyal güvencesi olmayan vatandaşlar, sağlık hizmetleri bakımından mutlaka devletin sorumluluğunda olmalıdır. Bütün bunların yanında tıbbi araştırma-geliştirme ve tıbbi öğretim de devletin bu alandaki dolaysız finansmanı ile karşılanmalıdır.

Sağlık hizmeti bileşik ve karmaşık bir yapıya sahip olduğundan bireyler iyi bilgilendirilmemişse ki bu hiç mümkün gözükmemektedir; o zaman düşük fiyatın daha iyi alımın mı yoksa daha düşük kalitedeki malın göstergesi mi olduğunu söylemek güç olacaktır⁷². Örneğin bir beyaz eşya alıcısı konu ve markalar hakkında hiçbir bilgisi olmasa bile araştırıp öğrenme şansına sahiptir. Veya bilen birinden yardım isteme şansına da sahiptir.

1995'ten sonra Genel Sağlık Sigortası çalışmaları başlatılmış ancak finansman yetersizliği, yeterli prim toplanamaması, çalışanların sürekli ve düzenli iş bulamamaları, sağlık kurum ve kuruluşlarının politik nedenlerle verimsiz ve hantal yapılaşmaları, sağlık sisteminin suüstimallere açık olması, hasta hekim arasında para ilişkisinin bulunması gibi nedenlerle bu çalışmalarda ilerleme sağlanamamıştır.

Devlet Planlama Teşkilatı/DPT 2001-2005 sekizinci beş yıllık kalkınma planında tedavi hizmetleri kapsamında aşağıdaki amaç ve politikaları belirlemiştir. Bunların olduğu gibi alınmasında fayda olacağı düşüncesiyle aşağıda verilmiştir⁷³;

-Sağlık hizmet sunumu ve finansmanı birbirinden ayrılacak; bu konuda gerekli düzenlemeler yapılacak, herkese sağlık sigortası kapsamında sağlık hizmetinden yararlanma hakkı sağlanacaktır.

-Sağlık hizmeti basamakları arasında etkin işleyen bir hasta sevk sistemi geliştirilecektir.

⁷¹ Age, s: 350

⁷² Age, s: 353

⁷³ Cihangir Özcan, "Türkiye'de Tedavi Hizmetleri Analizi" Yeni Türkiye Dergisi, Sayı 39, Ankara, 2001, s: 873

-Ayaktan teşhis ve tedavi merkezleri ve yataklı tedavi kurumları ile irtibatlı evde hasta bakımına yönelik bir hizmet modeli geliştirilecektir.

-Hastaneler idari ve mali yönden özerkliğe kavuşturulacak; çağdaş yönetim modeli ve anlayışıyla yönetilecek, kendi gelirleri ile giderlerini karşılayan işletmeler haline getirilecektir.

-Hastane yataklarının planlanmasında sağlık ihtiyaçlarının yoğunlaştığı ve hizmet açığı bulunan dallara öncelik verilecektir.

-Araştırma, eğitim ve referans hastanelerin asli amaçları yönünde hizmet vermeleri sağlanacaktır.

-Acil sağlık hizmetlerinin ülke düzeyinde yaygınlaştırılması ve geliştirilmesi sağlanacaktır.

-Sağlık hizmet sunumu kademeleri; insan gücü, teknoloji ve yönetim olarak geliştirilecek ve sağlık bilgi sistemi oluşturulacaktır.

-Sağlık işletmelerinde kanıta dayalı teşhis ve tedavi usulleri ve buna uygun ilaç kullanımı uygulamasına geçilecektir.

-Hastanelerin rekabet edebilir özerk işletmeler haline dönüştürülmesi ile ilgili mevzuat değişiklikleri yapılacaktır.

-Kamu kesimi sağlık işletmelerinde tam gün çalışma sistemini özendirici düzenlemeler yapılacaktır.

Sağlıklı insanların oluşturduğu sağlıklı bir toplumun önemi giderek daha fazla anlaşılmaktadır. İyileştirilen bir hastanın uzayan ömrü onun üretime yansması , nüfus kalitesini ve verimliliğini artıran, insan sermayesi yatırımlarının önemi artık tartışma konusu bile değildir⁷⁴. Ekonomik kalkınma ile sağlık düzeyindeki artış arasında çift yönlü bir ilişki mevcuttur. Kalkınmışlık, toplumun sağlık düzeyinin yükselmesine yardımcı olacağı gibi sağlıklı bir toplumda ülke kalkınmasına olumlu etki yapacaktır⁷⁵.

1.6.3. Sağlık Hizmeti Yönetiminde Bir Model Önerisi

Sağlı işletmesi yönetiminde en üstte temel fonksiyonu denetim olan “Mütevelli Heyeti” bulunmalıdır. Onun altında ve ikinci kademedede yürütme komiteleri (tıp, finans,

⁷⁴ Zühra Yıldız, “Sağlık Hizmetlerinin Piyasa Nitelikleri ve Kamu Ekonomisindeki Yeri”, *Verimlilik Dergisi*, M.P.M. Sayı 4, Ankara, 1996, s: 91

⁷⁵ Ayşe Turgu, “Ayaktan Tedavi Hizmetlerinde Hizmet Kalitesi ve Hasta Tatminini Etkileyen Faktörler”, yayımlanmamış Yüksek Lisans tezi, İst.Üniv. İşletme Fakültesi, İstanbul, 1997. s: 11

personel, vb.), onun altında ise bütün alt kademe işleri koordine eden Başmüdürlük bulunmalıdır. Başmüdürün yönetim ve gözetimi altında dört fonksiyonel bölüm ve yöneticileri olmalıdır.

- a) Tıp Hizmetleri; başhekimin sorumluluğunda,
- b) Yardımcı tıp hizmetleri; başında sorumlu müdür,
- c) Hemşirelik Hizmetleri; başında Başhemşire,

d) Mali-destek Hizmetleri; başında Sorumlu Müdür bulunmalıdır.⁷⁶ Bu model daha çok 200 veya daha fazla yatak kapasitesi olan Devlet hastaneleri için düşünülmüşse benzemektedir. Diğer sağlık işletmelerine özellikle küçük işletmelere uygulanabilir genel bir organizasyon modeli değildir. Yönetim kademe ve kadrosu geniş tutulmuştur. Bu nedenlerle detaylı anlatmaya gerek duyulmadı, sadece bir model önerisi olarak ele alındı. Ayrıca yatak kapasitesi 400-500 veya daha fazla hastaneler için uygun gözükmemektedir. Çünkü bu denli büyük hastanelerdeki iş ve işlemlerin takip ve kontrolü ancak iyi koordine edilmiş yönetim kadrosu geniş işbölümü yapılarak sağlanabilir.

1.6.3.1. İş Ölçümüne Dayalı Kadrolama

Mevcut kadrolama yönteminde bazı yanlışlıklar bulunmaktadır. Birincisi, Hastaneden hastaneye ve hastane içinde de servisten servise değişen yükünün dikkate alınmaması. Hizmetin yürütülüş biçiminin/iş-dizaynının ihmal edilmesi. Sonuncusu da gerçekçi iş analizine dayanılmıyor olmasıdır.

Kadrolama sürecinde; kadroların ve pozisyonların oluşturulması, bu pozisyonlara atanacak personel sayılarının tespitidir. Genellikle hastanelerin kurulum aşamalarında yatak sayıları planlanmış olduğu için kadrolama sürecinde alışlagelmiş uygulamalar yol gösterici olabilir.

1.6.3.2. İş Dizaynı

İş dizaynı; işbölümü ve uzmanlaşma esasından hareketle işletme faaliyetlerinin ayrılabilir parçalara bölünerek işlerin farklılaştırılması, işletmenin bütününde veya bir bölümünde yürütülecek işler arası ilişkilerin belirlenmesidir

Sağlık hizmetlerinin kalitesinde yönetsel sebeplerin yanında her kademedeki çalışanların düşünce ve davranışları, sorumluluk almadaki istek ve gayretleri ile de

⁷⁶ Hüseyin Özgen-Azım, Öztürk, "Devlet Hastanelerinde Karşılaşılan Sorunlar ve Bir Model Önerisi", Verimlilik, Dergisi, cilt 23, sayı 1, Ankara, 1994, s: 17

ilgisi vardır. İş ve işlemlerin sıralanışları/iş akışları, alt süreçlerde zaman kullanımları da kalite veya kalitesizlik olarak algılanmaktadır. Sağlık hizmetlerinde kalitesizliğe tedarikçilerden satın alınan ürünlerdeki kusurlar, insan hataları, kabul edilemez insan davranışları, yüksek fiyat, güvenli olmayan sağlıksız koşullar vb. neden olur.⁷⁷

1.6.3.3. Sivillerin Sağlık Hizmetlerine Sağlayabileceği Katkılar:

Toplumun her kesiminin başta sağlık hizmetleri ve sağlığın korunması yönünde eğitilmesi ve bu bilgilerin toplum sağlığı için kullanılabilir hale getirilmesi gerekir. Öncelikle herkesin kendi sağlığını anlama ve koruması sağlanmalıdır. Bunun için ek maliyet oluşturmadan alışkanlıkların değiştirilmesi yönünde eğitim gerekirse şartlandırma yöntemleri kullanmak gereklidir. Temizlik, alışkanlıkların değiştirilmesi, su kullanımı, diş fırçalama, alkol ve sigara kullanımının azaltılması, tırnak bakımudur.

Okullardaki sağlık eğitim ve hizmetleri mutlaka geliştirilmeli ve derinleştirilmelidir⁷⁸. Ülkemizde 15 milyonun üzerinde öğrenci bulunmaktadır. Okullardaki sağlık problemlerinin çözümü ile hem şimdiki nüfusun %20 si sağlığına kavuşturulur, hem de gelecek nesillerin sağlığına yatırım yapılmış olur. Bu nedenle okullarda sağlık birimleri kurulmalıdır. Sağlıklı nesiller için öğretmenler uyanık birer sağlık ajanı haline getirilmeli, öğrencilerin işbirliği sağlanmalıdır.

Yaşama şartlarının her türlü bozulması biyolojik, psikolojik ve sosyolojik olarak güçsüzlük, direnç düşüklüğü oluşturacaktır. Güçsüzlük; özgüvenden, farkındalık ve eyleme geçme yeteneğinden yoksun olmaktır. Eğer bir topluluğun bilgisi, becerileri, deneyimleri ve görüşleri dikkate alınmaz, yetersiz sayılırsa o topluluk güçsüzleştirilmiş olur. Şu anki medikal yaklaşımların insanları mahkum ettiği durum budur. Bu anlayışın en büyük mağdurları eğitimi yetersiz ve duyuşal yetenek zayıflamış olan yaşlılar, çocuklar ve kadınlardır⁷⁹.

Kadınlara özellikle ev hanımlarına potansiyel gönüllü sağlık personeli gözüyle bakılmalı ve öyle yaklaşılmalıdır. Kadınlar her ailenin sağlık ajanıdır. Ancak modern sağlık sistemleri profesyonel olmayan hizmeti kaba ve adi hizmet olarak kabul etme

⁷⁷ Pınar Kılıçoğulları-Sinan Kılıçoğulları, "Sağlık Hizmetlerinde Kalite", Makale, Kocaeli Üniv. Mikrobiyoloji abd. İzmit., 2000, s: 3

⁷⁸ Hasan Basri Üstünbaş, "Türkiye'de Sağlık Sorunları ve Çözüm Yolları", Yeni Türkiye Dergisi, Sayı 39, Ankara, 2001, s: 196

⁷⁹ İnci User, Topluluk Temelli Sağlık Hizmetleri, Öneri Dergisi, Marmara Üniv. S.B.E. Sayı 9, yıl: 4, Cilt 2, İstanbul, 1998, s: 161

eğilimindedirler. Bu yüzden bu rol önemli görülmez ve geliştirilmeye çalışılmaz.⁸⁰ Halbuki kadınlar bütün dünyada hastalarla sağlıkçılar kadar yakından ilgilidir. Hastalığın ortaya çıkışı ve fark edilmesi aşamasında (özellikle çocuklar ve yaşlılar için durum böyledir) ve hastane çıkışı nekahet dönemlerinde kadınlar hastanın hemen yanı başındadırlar. Hem bakımlarını üstlenirler, hem durumunu takip açısından en iyi gözlemcisidirler.

Özellikle geri kalmış ülkelerde ve sağlık harcamaları kısıtlı olan ülkelerde kadınların yukarıda ifade edilen konularından yararlanılmalıdır. Bunun için sağlığı geliştirmeye çalışan kişi veya gruplar ile kadınlar arasında işbirliği ve koordinasyon ilişkileri olmalıdır⁸¹. Kadınlar özellikle ev hanımı olanlar sağlık, hastalık ve bakım konularında her fırsatta eğitilmelidir. Bu konuda en ucuz hatta bedava işgücü/emekçidirler. Üstelik kadılar bebek ve yaşlı bakımı nedeniyle bu durumlarda erkeklerden daha deneyimli ve daha sabırlıdırlar. Zengin ve sosyal güvenlik sistemleri yeterli olan; yaşlı bakımının çoğunun kurumlarca yapıldığı devletlerde kadınlara daha az iş düşmektedir.

Bunların dışında belediyeler ve belediye çalışanları, muhtarlar ve muhtarlıklar, imamlar, apartman yöneticileri toplumun gönüllü sağlık ajanları olabilirler. Gelişmiş medya sektörü yanında bu kurumsallıklardan da koruyucu sağlık hizmeti ve hasta yönlendirme konularında mutlaka faydalanılmalıdır.

1.6.4. Hastane Yöneticilerini Seçme Yöntemi

Tıp eğitimi almış, ihtisasını yapmış bir genel cerrahi uzmanın Başhekimlik görevine getirilmesiyle; onun uzmanlık alanında hizmet sunmasına da engel olunmaktadır. Bir taraftan doktorun uzmanlık alanı ile ilere yeterli vakit ayırması engellenmiş oluyor diğer taraftan eğitimini almadığı bir konuda sorumluluk verilerek hastanenin yönetimi amatör ellere bırakılıyor Sonunda verimli ve kaliteli bir hizmet olmadığı gibi kaynak israfı ve hoşnutsuzlukların artmasına sebep oluyor⁸² Eğer yöneticiler tıp doktoru iseler veya tıp doktorundan olacaksa işletme ve/veya yönetim uzmanlığı veya doktora düzeyinde eğitim almalıdırlar. Bu durum bile kendi branşında

⁸⁰ İnci User, Topluluk Temelli Sağlık Hizmetleri, Öneri Dergisi, Marmara Üniv. S.B.E. Sayı 9, yıl: 4, Cilt2, İstanbul, 1998, s: 161

⁸¹ Age, s:157

⁸² Azim Öztürk, Hastane Yöneticilerini Seçme Yöntemi Sosyal Siyaset Dergisi, cilt I, sayı 8., Ankara, 1992 s: 67

yeterli eğitim alan doktora hem ek külfet, hem zaman kaybı; hem de onun bilgi beceri ve yeteneklerinin israfı olacaktır.

Tıp hizmetlerinde ki teknolojik gelişmeler, sağlık hizmetlerinin maliyetlerinde ki artışlar ve sağlık hizmetinin doğrudan insanların yaşama hakları ile ilgili olması gibi nedenlerden dolayı sağlık işletmelerinin yönetimi amatör yöneticilere bırakılamaz; bırakılmamalıdır. Üstelik hastalar istismara açık; neyin yada hangi tedavilerin kendileri için uygun olacağını bilecek durumda değildirler. Bütün bunların ışığında günümüzde artık sağlık işletmesi yöneticilerinin profesyonel, tam gün çalışan yöneticiler olmalıdır. Sağlık işletmeleri Lisans eğitimleri ne olursa olsun lisansüstü ve doktora düzeyinde sağlık yöneticiliği almış kişilerce yönetilmelidirler.⁸³ Bu görüşler tıp doktorlarının da aktif olarak bir şekilde yönetime/ve veya yönetim kurullarına katılmasına engel değildir. Doktorların yönetime etkili katılmaları gerekliliğinin ardında yatan temel sebep sağlık işletmelerindeki belirleyici fonksiyonlarından ve hasta ile bire bir ilişkilerinden kaynaklanmaktadır.

Günümüzde her çeşit işletmenin yönetimi ilgili eğitimi almış kişilere yaptırılmaktadır. Küçük bir otelin veya lokantanın yönetimi bile bu konuda eğitim almış kişilerce yürütülmektedir.⁸⁴ İş ve işlemleri karmaşık ve pahalı olan sağlık hizmetlerinin üretildiği hastane yöneticileri de amatör yöneticiler olmamalıdır. Bu sektör küçümsenecek bir sektör değildir. Hastane cirolarına bakıldığında ortalama büyüklükteki 250- 300 yatak kapasiteli bir hizmet hastanesinin cirosu 15-20 milyon dolarlarla ifade edilmektedir.

⁸³ Abidin Ökçelik. "Sağlıkta Profesyonel Yönetim", Görüş, Cilt 1, Sayı 4, İst. 1994, s: 14

⁸⁴ Age, s: 14



İKİNCİ BÖLÜM

KALİTE YÖNETİM SİSTEMLERİ

VE SAĞLIK İŞLETMELERİNDE

KALİTE YÖNETİMİ

2.1. TOPLAM KALİTE YÖNETİMİ

Yeni bir yönetim tarzına yani TKY ine geçilebilmesi için sağlık işletmesinin kendi misyon ifadesini, vizyonunu, kalite ve verimlilik ölçülerini bütün çalışanları kapsayacak şekilde anlatılması ve ikna edilmesi gerekir. Uygulamaya geçildiğinde, sistem yerleştiğinde bile hala emin olamayan ve tereddüt içinde olan çalışanlar olacaktır. Hatta çalışanların endişe ve korkuları devam edebilir. Zira çalışanların çoğunun gelecek planları ve kişisel beklentileri yoktur veya beklentilerini bilmemektedirler.

TKY uygulamalarında denetim ve bağımlılık ihtiyacı artacaktır. Eski alışkanlıklar ve alışlagelmiş uygulamalar tehdit altındadır. Eski uygulamaların ve yeniliklerin karışık sinyalleri kafaları karıştırır. Kafası karışan, kararsızlaşan çalışanlarda statükoya aşırı bağlılık ve değişime direnmeler başlar. Liderler yorulur, bu aşamada değişimin yeni savunucuları da ortaya çıkmaya başlarlar. Bu noktadan sonra değişimi savunanlar ağır basar yılmadan çalışmalara devam ederler ise yeni roller, yeni ekipler oluşmaya başlar. Değişim yönünde ağırlık artmaya başlar. TKY kavramları ortak bir dil oluşturur ortak hoş bir hava estirmeye başlar. Burada gurup üyesi olmak ve devinim ve değişimin bireysel gelişmelere katkısı görülmeye başlar; bu durum yenilikçilerin şevk ve heyecanlarını artırır. Katılımsız bazı çalışanlar memnuniyetsizlikleri nedeniyle bu aşamada işletmeden ayrılabilirler⁸⁵

TKY uygulamasında kayıplar iyi değildir. Çünkü TKY' inde her değer önemlidir. Değerler değerini bulmalı, geliştirilmeli, dönüştürülmelidir. Var olan değerler, yeni değerlere dönüştükçe katma değer dolaysı ile aynı kaynakla elde edilen toplam fayda artacaktır. TKY inin bir amacı da budur.

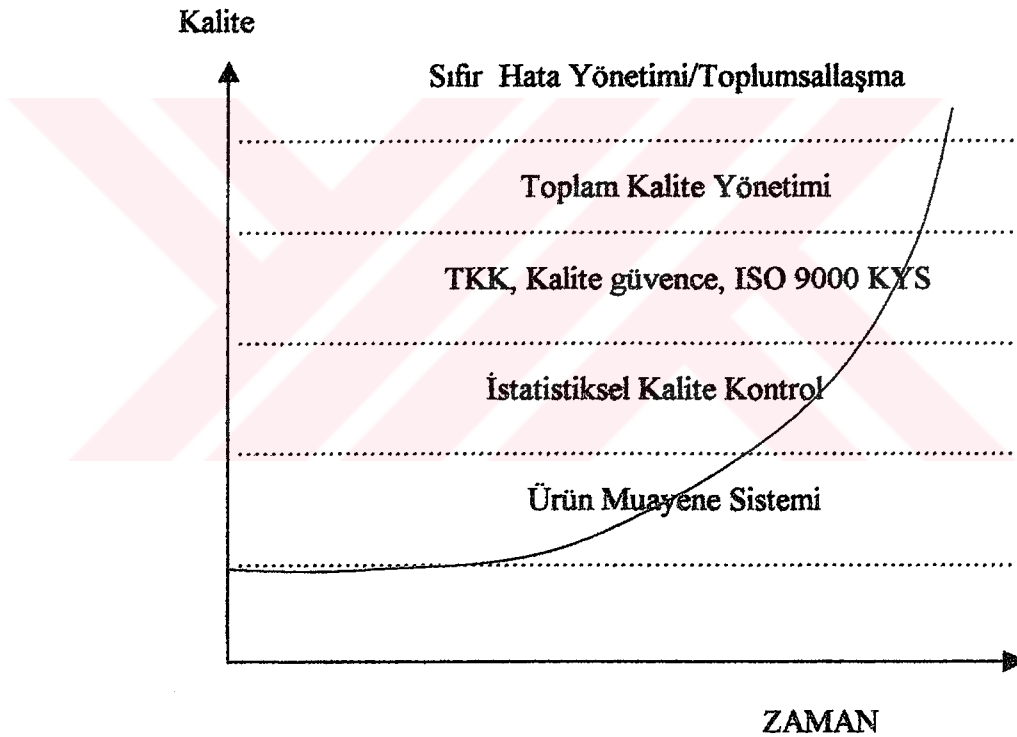
Toplumun genel yapısı, sosyokültürel unsurları ve kurumsal kültürün dikkat alınmadan başlatılan TKY veya paralel çalışmaların sonuçları başarılı olamamaktadır. Arzulanan sonuçlara ancak insan faktörünü ön plana çıkararak ve gerçek anlamda işletme çapında katılım sağlayarak ulaşabiliriz⁸⁶.

⁸⁵ Chip Caldwell, "Genel Konular" *Stratejik Hastane Yönetimi*, Çeviren: Osman Akınhay, Sistem Yayıncılık, İstanbul, 1998 s: 8.

⁸⁶ Murat Toktamışoğlu, "TKY de İç Müşteri Memnuniyeti ve Performans Değerlendirmesi", *Sağlık Hizmetlerinde TKY ve Performans Değerlendirmesi*, Editör: Mithat Çoruh, Haberal Eğitim Vakfı, Ankara, Kasım 1996, s: 125.

2.1.1. TOPLAM KALİTE YÖNETİMİ TANIMI VE ÖZELLİKLERİ

TKY 1950' lerde Japonya'da ortaya atılmış ve ellili yılların sonuna doğru sistemleştirilerek uygulamaya başlanmıştır. Temel olarak işletmelerdeki proseslerin tedarikten başlayan, üretim süreçlerini her aşamada doğrudan kontrol etmeyi hatasız üretim veya az kayıpla kaliteli ürün elde etmeyi öngörmektedir. Ancak TKY'nin sağlık işletmelerinde yaygın olarak uygulanmaya başlaması 1990'lı yıllarda olmuştur. Batı ülkelerindeki özellikle özel sermayeli sağlık işletmeleri TKY'ine oldukça fazla ilgi göstermişlerdir.



Sekil 2.1: Kalite Düşüncesinin Gelişimi

Halit Kasa, TKY Sınırları, Modern Hastane Yönetimi, Cilt 3, Sayı 1, Ankara, Ocak 1999, s: 9

2.1.1.1. Toplam Kalite Yönetimi Tanımı

TKY uygulamasında amaç, müşteri/insan ve toplumun istek ve ihtiyaçlarını istenilen kalitede, uygun fiyatta ve ihtiyaç duyulan zamanda karşılamak ve bunu sürekli

iyileştirme yoluyla sürekli geliştirerek daha iyi bir yaşamı güvenceye almaktır. Bu sonuca ulaşmada en etkili güç insan kaynağıdır⁸⁷

Hastaneler sağlık hizmeti üreten işletmelerdir. Diğer hizmet üreten işletmelerden farkı insanın yaşama hakkıyla doğrudan ilgili olmasıdır. Sağlık Hizmeti hayati olması nedeniyle; hataların maliyeti yüksek, hatta telafisi imkansız sonuçlar doğurabileceği için yüksek duyarlılıklar gereklidir. Bu alanda TKY' nin ötesinde sıfır hata ilkesi hedeflenmelidir⁸⁸

Çok pahalı ve hızla değişen gelişen sağlık hizmeti sektöründe 1990' ıl yılların başında Toplam Kalite Yönetimi uygulamaları başlamıştır. TKY uygulamalarına geçmeyen veya geçemeyen işletmeler hantal, kendini yenilemekte ve gelişmelere ayak uydurmakta zorlanan problemlili işletmeler haline gelmiştir. Halbuki TKY'nin müşteri/hasta odaklı, süreç odaklı ve istatistik verilere dayalı hastane uygulamaları yeni duruma uyum sağlama ve rekabet edebilirlik anlamında her türlü değişime açıktır ve kolayca uygulamaya geçebilmektedir⁸⁹.

Kalitenin sürekli artırılması için planlama ve uygulama aşamalarında işletme genelinde katılımı sağlayıcı, tüm çalışanların kalite bilincinde olduğu, işletme kültürünü oluşturma yolundaki çabaların tümünü kapsayan bir yöntemdir. TKY'nin temelinde devamlı veri toplamak ve bu verilerin analiz edilmesi; bu analiz sonucu ulaşılan bilgilerin sistem içindeki süreçlerin iyileştirilmesi ve geliştirilmesi vardır.⁹⁰ TKY geçmesi düşünülen sağlık işletmelerinde başarılı olmak için şu şartlara dikkat edilmesi gerekmektedir.

-İşletmenin hazır olması: Başta yöneticiler (yönetici desteği) olmak üzere bütün birimlerin değişime inandırılmalarının gerekliliği. Personel, altyapı, ekipman eksikliği belirlenip tedarik edilmeli; bunun için olabirliği şüphe götürmeyen finansman kaynakları gösterilmelidir.

-Hızlandırıcı faktörler: Dış faktörlerinin zorlaması (değişen hukuksal yapı, rekabet şartları, gelişen ve değişen teknolojik şartlar), finans sağlayanların ve yöneticilerin istekli ve hevesli olmaları vb.

⁸⁷ Halit Kasa, "TKY ve Sınırları Hastane Yönetiminde Uygulanması Olanığı" *Modern Hastane Yönetimi* cilt 3, sayı 1, Ankara, Ocak 1999. s: 9

⁸⁸ Age, s: 11

⁸⁹ Caldwell Chip, "Berwick'in Önsözü" *Stratejik Hastane Yönetimi*, Çeviren: Osman Akınhay, Sistem Yayıncılık, İstanbul, 1998, s: xvii

⁹⁰ Sinan Kılıçoğulları, "Sağlık Hizmetlerinde Kalite", Makale, Kocaeli Üniv. Tıp Fak. Klinik Mikrobiyoloji ABD, İzmit, 2001, s: 2.

Engelleyici faktörler: Devam ede gelen durum/statükodan yarar sağlayanların direnci; işlerini kaybetme veya kazançlarının azalacağı korku ve kaygısı taşıyanların dirençleri, fazladan iş yükü geleceğini düşünen ve gerçekten değişimden yarar olamayacağını düşünenlerin dirençleridir.

TKY'in de değişim/sürekli gelişmelerde en önemli sorunlardan biri kalite artırmanın ve değişimin bedelini/finans ölçümleri ile kalite ölçümlerinin nasıl birleştirileceği konusudur. Bu durum için Stratejik Hastane Yönetimi kitabında Chip Caldwell yeterince anlaşılamamış olan Örümcek Diyagramını önermektedir. Önceki bölümlerde örümcek diyagramı ile ilgili açıklayıcı bilgi verilmişti. Yine aynı yazar kendi deneyimlerini anlatırken çok önemli iki gerçeği vurgulamaktadır: Bunlardan birinin bir şeyi veya işi gerçek öğrenmenin bizatihi yapmak/yaşamak olduğunu, ikincisi ise Ekip üyelerinin/çalışanların müşteri ihtiyaçlarını analiz etmek ve bu ihtiyaçları fazlasıyla karşılamaktan gelen özgüvenlerinin ve özsayılarının artmasının verdiği memnuniyet ve mutluluk duygusudur.

-Müşteri bakışılık: Gerek iç, gerek dış müşterilerin tanınması ve onların ihtiyaçları ile beklentilerinin saptanmasıdır. Müşteri yönelimli Stratejik zorunluluklar ile stratejilerin etkin ve verimli uygulanabilmesi iş gören ve yöneticilerin müşteri ihtiyaçlarını daha iyi nasıl karşılanm düşünce ve felsefesinin yerleşmesine bağlıdır. Kanaatimce TKY' in özü de budur.

-Süreç Bakışılık: Süreçlerle ilgili ayrıntılı bilgilere ulaşılmasını sağlayan adımlarla yöntemlerin bir araya getirilmesidir. Süreçler ve alt süreçlerde ve iş akış planlarında veya şemalarında zamanın iyi kullanılması, hatasızlık kontrolünün yapılabilmesi ve diğer birimler veya bölümlerle koordineli ve senkron işleyen/sinerjik bir sistem kurulmalıdır.

-İstatistik bakışılık: Süreçlerin uygulanmasında müşteri beklentilerinin karşılanamaması ile değişkenliğin temel nedenlerini ortaya çıkarmak için başlıca istatistik verilerden yararlanma konusunda ısrarcı olunmasıdır.⁹¹

TKY İşletme Kültürü ve ortamda köklü değişimler gereklidir. İletme TKY ile sürekli iyileştirme çevrimini içselleştirmek, değişkenliği kavramak ve azaltmak, hatasız

⁹¹ Chip Caldwell, "Değişim İhtiyacı" Stratejik Hastane Yönetimi, Çeviren: Osman Akınhay, Sistem Yayıncılık, İstanbul, 1998, s: 4

tasarım yapmayı kavramak/olabilirliğine inanmak ve bu konuda ustalaşmak, her çalışanın organizasyonu yetkinleştirdiği anlayışını yerleştirmektir.⁹²

2.1.1.2. Müşteri/Hasta Memnuniyeti

Hasta/müşteri memnuniyeti; Hastaların aldıkları sağlık ve bakım hizmetinden beledikleri, faydalara hastanın katlanmaktan kurtulduğu külfetlere , hizmetten belediği performansa, hizmetin sunuluşunun sosyo kültürel değerlerine (aile kültürüne, sosyal statüsüne, yaşam tarzına, zevk ve alışkanlıklarına, ön yargılarına) uygunluğuna bağlı bir fonksiyondur.

Sağlık işletmesinde hastaları etkileyen klinik ve idari fonksiyonlar⁹³:

-Hasta Odaklı Fonksiyonlar;

- Hastane etik kuralları ve hasta hakları
- Hastaların tedavileri
- Bakım hizmeti
- Hastaların kontrol
- Eğitim

-Organizasyonel Fonksiyonlar;

- Liderlik
- İnsan kaynakları yönetimi
- Bilgi sistemlerinin yönetimi
- Enfeksiyon kontrolü
- Hastane performansının geliştirilmesi

-Fonksiyonel yapılar;

- Sağlık sistemi
- Hastane yönetimi
- Tıbbi hizmet çalışanları
- Hemşirelik hizmetleri

⁹² Caldwell Chip, "Değişim İhtiyacı" Stratejik Hastane Yönetimi , Çeviren: Osman Akınhay, Sistem Yayıncılık, İstanbul, 1998, s: 10

⁹³ Oğuz Engiz, "Hasta Memnuniyeti" Hacett. Üniv.Finansal Analiz Merk., Yayınlanmamış Eğitim Notu, Ankara, 2001, s: 12

Hasta memnuniyetinin ve artırılması korunması için; hastanın hizmeti satın alma öncesinden haberdar olmasından, hizmetle ilişkisi kesilene kadarki zaman sürecinde yukarıda belirtilen faktörlere uygun doğru karşılık verilmesi gerekli ve şarttır. Hasta tatminini hijyen, ilgi, zamanındalık ve yerindelik, teknolojik altyapı gibi fiziksel özellikler yanında ihtiyaç duyulduğunda ulaşılabilen uygun fiyat ve uygun kalitede olma kriterleri de göz önünde bulundurulmalıdır.

Fiziksel ortam ve olanaklar, iç ve dış müşterilerin her iki tarafın da ihtiyaç ve isteklerine cevap verecek şekilde düzenlenmelidir. Fiziksel ortam ve olanaklar, İç müşterilere satın almayı düşündüğü hizmeti üreten işletme/hastane kalitesi ve yetenekleri/imkanları hakkında fikir verirken oluşacak güvene de olumlu katkı yapar. Bütün gününü hastanede geçiren personelin, gerektiğinde birtakım ihtiyaçlarını aynı ortamda karşılayabileceğini bilmesinin verdiği rahatlık ve huzur performansına yansiyacaktır.⁹⁴ Aksi halde ihtiyaç hissettiği şeyleri temin için izin alıp gitmesi gerekecektir yada zihnine takılacaktır. Örneğin hastane içinde ATM makinesinin olmadığı durumda para çekilmesi için bir bankaya gidilmesi gerekmektedir.

Fiziksel ortamla ilgili geniş çerçeve öneriler bölümünde belirtilmişti. İlaveten, hastane odalarının, koridorlarının tanzimi; buraların renkleri, mobilya ve döşemeler, sedye, tekerlekli sandalyelerin, diğer alet edevatın yeni veya eskiliği, iç ve dış müşterileri daha kasvetli veya daha mutlu, neşeli yapabilir. Çevre düzenlemesi, park ve otoparklar, giriş, çıkışlar ve yönlendirme levhaları vb. müşterilerin memnuniyetine etki edecektir.

Sağlık kuruluşları açısından müşteri kavramları üç temel grupta algılanabilir⁹⁵:

-Dış müşteriler: İşletme faaliyetlerinden;üretilen mal veya hizmetlerden birinci derecede etkilenen kişi veya kuruluşlardır. Bunlar; hastalar, hasta yakınları, sigorta kuruluşları vb.dir.

-İç müşteriler: Mesleki faaliyetlerimizi yerine getirirken ilişkide olduğumuz kişi ve kuruluşlardır. Başta hekimler olmak üzere, yönetim, çalışma gurubunuz ve tüm çalışanlardır.

⁹⁴ Semra Kardeş, "Hastanelerde Sağlık Hizmeti Pazarlaması ve Verimliliğin Artırılması", Hastane İşletmeciliği Seçme Yazılar, Derleyen: Hikmet Seçim, A.Ü. yay no:345, Eskişehir, 1995, s: 304

⁹⁵ Oğuz Engiz, "Hasta Memnuniyeti,Kavramlar, Kazanımı", HÜFAM (Hacettepe Üniversitesi Finanssal Araştırmalar Merkezi), Stratejik Hastane Yönetimi Sertifika Programı, yayınlanmamış notları, s:1/27

-Global müşteriler: Tutum ve davranışlarımızdan dolayı bir şekilde etkilenen kişi ve kuruluşlardır. Sağlık Bakanlığı, tıbbi etik, toplum, kuruluşla doğrudan ilişkisi olmayan herkes diyebiliriz.

2.1.1.2.1. Dış Müşteriler

Sağlık İşletmelerinde dış müşteriler, sağlık hizmetinden doğrudan fayda sağlayanlar, onların yakınları ve ilgili kurumlar olabilirler. Hastanın kendisi, ailesi ve yakınları, hastanın sosyal güvenliğinden sorumlu olan kurum veya kuruluşlar, hata bütün vatandaşların yaşama hakkından sorumlu olan devleti dış müşteri olarak görebiliriz.⁹⁶

Sağlık hizmetlerinden bahsederken bütün iş ve işlemlerin merkezinde hastalar ve onlara bağlı olan çıkar gurupları/dış müşteriler vardır. Bu nedenle burada sadece tanımlar gibi kısaca isimleri söylenip geçilecektir. Sosyal güvenlik sistemleri gelişmiş ülkelerde sağlık işletmelerinin en önde gelen müşterisi kaza veya hastalık sigortası için önceden prim toplayan sigorta şirketleridir. Çoğu zaman masrafları ilgili sigorta şirketi öder ve yapılan iş ve işlemleri de birebir uzman elemanlarına denetlettirir. Bu konuya hasta memnuniyeti bölümünde de değinilmiştir.

2.1.1.2.2. İç Müşteriler/İş Görenler

TKY uygulayan işletmelerin çalışmalarının odak noktası müşteri memnuniyetinin sağlanmasıdır. İşletmeler bu amaca ulaşma sürecinde yer alan çalışmalarında önceliği iç müşteri olarak görülen personel memnuniyeti ve iş doyumlarının sağlanmasına vermelidirler. Çalışanların kişisel gelişmelerine imkan verilmeden, motivasyonlarını artırıcı uygulamalara ağırlık verilmeden ve iş doyumunu artırıcı çalışmalar yapılmadan dış müşterilerin sürekli memnuniyeti de düşünülmemelidir. Burada özellikle dış müşterilerin memnuniyetinin sürekliliği için iç müşteri/çalışanların memnuniyetinin gerekliliği anlatılmaktadır.⁹⁷

Üst yönetimin iç müşteri memnuniyetini anlaması, inanması ve istemesiyle oluşur. Yönetici veya yöneticilerin çalışan personele davranış ve sözleriyle olumlu

⁹⁶ Halit Kasa, "TKY ve Sınırları Hastane Yönetiminde Uygulanması Olanakları", *Modern Hastane Yönetimi* cil 3, Sayı 1, İstanbul, 1999, s: 11.

⁹⁷ Murat Toktamışoğlu, "TKY'de İç Müşteri Memnuniyeti ve Performans Değerlendirmesi", Editör: Mithat Çoruh, *Sağlık Hizmetlerinde TKY ve Performans Ölçümü*, Haberal Eğitim Vakfı Yayını, Ankara, 1996, s: 125.

imaj, güzel bir iklim oluşturmaları gerekir. Öte yandan personeli güdülemek için yeterli maaş, uygun çalışma koşulları, saygı ve kabul görme, saygın bir işletmede çalıştığı duygusu verilmelidir⁹⁸

Çalışanların memnuniyeti söz konusu olduğunda işletmelerin kuruluş yapıları ve işletme kültürü de gündeme gelmektedir. Öz eleştiri yapabilen, işletmede korkuyu dışlayan, güven ve açık iletişim ortamı yaratabilen yönetimler TKY' inde istenilen hedeflere daha kolay ulaşabilirler. Toplumun genel yapısı, sosyo-kültürel yapı ve kurumsal kültür/işletme kültürü dikkate alınmadan yapılan TKY veya buna paralel çalışmaların başarı şansı olmamaktadır yada süreklilik gösterememektedir.⁹⁹

Çalışanların işletmede yetkinleşmesi işletmeyi de yetkinleştirdiği anlayışına bağlı kalarak “İnsanın karakteri yaratılıştan gelişmesi faaliyettedir” vecizesine inanmak ve iş gören/iç müşterilerin her türlü eğitimine ortam hazırlamak destek olmak; bunu idari görev saymak gerekmektedir.¹⁰⁰

2.1.1.2.3. Hasta Memnuniyeti ve Hasta Memnuniyetinin Ölçülmesi

Müşteri araştırmalarına, hedef gruplara yönelik çalışmalara gerçekten önemli yatırımlar yapmak gereklidir. Müşteri yargılarını yönlendirme konusunda Noriaki Kano'nun Müşteri Yargıları Teorisinden yararlanabiliriz. Kano onların ihtiyaçları ve beklentilerinin düzeylerini anlamamıza yardımcı olmak amacıyla müşteri yargılarını üç düzeyde tanımlıyordu.

- I. Düzey: Beklen/olması gereken
- II. Düzey: İstenilen/olsa iyi olur
- III. Düzey:Beğenilen/müşterilerin iftihar etmesi.

2.1.1.2.4. Hasta Tatmini ve Etkileyen faktörler:

Hasta tatmini, hastanede arzulanan çıktılardan en önemlisidir. Hasta tatmini aynı zamanda sağlık sisteminin seçiminde ve hizmet kullanımında belirleyici rol

⁹⁸ Semra Kardeş, “Hastanelerde Sağlık Hizmeti Pazarlaması ve Verimliliğin Artırılması”, *Hastane İşletmeciliği Seçme Yazılar*, Derleyen: Hikmet Seçim, A.Ü. yay no:345, Eskişehir, 1995, s: 304.

⁹⁹ Murat Toktamışoğlu, “TKY’de İç Müşteri Memnuniyeti ve Performans Değerlendirmesi”, Editör: Mithat Çoruh, *Sağlık Hizmetlerinde TKY ve Performans Ölçümü*, Haberal Eğitim Vakfı. Ankara Kasım, 1996 s: 125.

¹⁰⁰ Age, s: 125.

oyunlar. Hasta tatmini ile ilgili veriler ve bilgiler kalite değerlendirmesinde olduğu kadar sağlık hizmetlerinin tasarımında ve yönetiminde de yol göstericidir; gerekliliktir.

Hasta tatmini, tüketicinin ürün veya hizmetten beklediği performans ile tüketim deneyimi sonucunda ulaşılan ürün veya hizmetin gerçek performansı arasında algıladığı farkın bir değerlendirmesi olarak tanımlanabilir. Tatmin düzeyinin beklenen fayda ile elde edilen fayda arasındaki orana bakmak süratiyle belirlemenin mümkün olabileceği ileri sürülmektedir. Eğer hastanın beklenti düzeyi düşükse bu beklentilerinin karşılanması hastada memnuniyet duygusu/yargısı uyandıracaktır. Ancak hastanın algılama düzeyi gelişmeyecektir¹⁰¹. 1966-1990 yılları arasında yapılan 221 araştırmanın ortak sonuçlarının analizleri sonucu yayınlanan bir makalede Hasta tatminini etkileyen faktörler olarak;

- %65 hizmet sunucuları hastalarına karşı gösterdikleri ilgi,
- %50 hastaları hastalıkları konusunda bilgilendirme,
- %45 yakın ilgi ve hizmet sunucu ve sağlık işletmesinin güvenilirliği,
- %43 Profesyonel yeterlilik ,
- %28 uzun bekleme süreleri, bürokratik işlemler,
- %27 ulaşılabilirlik,
- %16 hijyen ve teknolojik altyapı olarak ortaya konulmuştur.

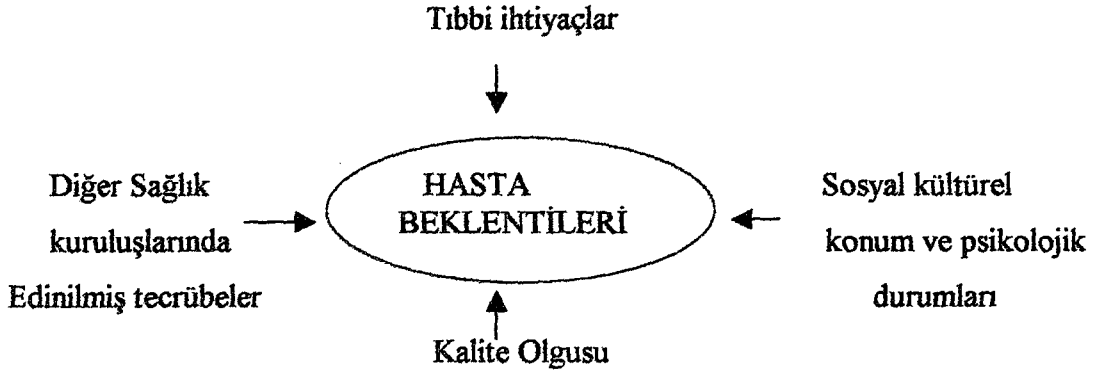
Bunların yanı sıra hizmetin sürekliliği, hastaların psikolojik durumlarını dikkate alma gibi bazı kriterler de daha düşük oranlarda hasta tatminini etkileyen diğer önemli faktörlerdir¹⁰². Burada ilk dört faktör dikkat çekicidir. Çünkü bu dört faktör hem doğrudan hizmet sunucularla ilgili hem de oranları yüksektir. Hastanın hastane hizmetlerinden beklentisini etkileyen faktörler ise;

- Hastanın medikal/tıbbi ihtiyaçları,
- Diğer sağlık kuruluşlarında edindikleri tecrübeler,
- Sosyal, kültürel konumları ve psikolojik durumları,
- Zihinlerindeki kalite tanımlarıdır¹⁰³.

¹⁰¹ Diliver Tengilimoğlu, "Ankara'da Bir Üniv. Hast. De Hasta Memnuniyeti Ölçülmesi" Derleyen: Mithat Çoruh. Sağlık Yönetiminde Devamlı Kalite İyileştirme, Ankara, 1997, s: 104.

¹⁰² H. Seval Akgün, Rengin Erdal, "Hastanelerde Kaliteli Hizmet Sunumunda Tüketici Faktörü", Derleyen. Mithat Çoruh Sağlık Yönetiminde Devamlı Kalite İyileştirme, Haberal Vakfı, Ankara 1997, s: 220.

¹⁰³ Age, s: 220.



Şekil 2.2: Hasta Beklentilerini Etkileyen Faktörler

Kaynak: H. Seval Akgün, Rengin Erdal, "Hastanelerde Kaliteli Hizmet Sunumunda Tüketici Faktörü", Derleyen: Sağlık Yönetiminde Devamlı Kalite İyileştirme, Mithat Çoruh, Haberal Eğitim Vakfı, Ankara, 1997, s: 220.

Hasta tatmin araştırmalarının amaçları, içerikleri, yöntemleri ve analizleri değişiklik göstermektedir. Bu araştırma sonuçları kalite ölçümlerinde kullanılmakla birlikte bu sonuçların aşağıdaki nedenlerden sapmaları vardır.

-Hastalar tıbbi personelin becerisini tam olarak değerlendirme konusunda bilgisinin yetersiz oluşu, yine hastaların hastalıkları nedeniyle bedensel ve duygusal durumları yargılarını etkiler ve yanıltabilir.

-Kişiler arası ilişkiler ve tıbbi olmayan diğer hizmetler teknik kaliteyi gölgeleyebilir. Hastalar önceki karşılaşmalardan dolayı hekime bağımlı veya hekime güvensiz olabilirler. Bu da gerçek düşüncelerini söylemelerini engelleyebilir.

-Hastalar sağlık hizmetinin sürecinin aşamalarını doğru ve tam olarak hatırlayamazlar. Dahası hasta anketlerinde subjektif etkiler fazladır.

a)Wolley hasta tatmini üzerinde etkili olan temel faktörleri dört grup altında toplamıştır.

I.Çıktılardan memnuniyet ,

II.Hizmetlerde devamlılık/süreklilik,

III.Hasta beklentileri,

IV.Doktor Hasta ilişkisi

b) Pitzpatrik ise hasta tatmininde aşğıdaki konuların dikkate alınmasını önermektedir.

I.Sağlık hizmetlerinin bulunabilirliğı ve ulaşılabilirliğı,

II.Hasta-doktor ilişkisi,

III.Hasta bakım kalitesi, mesleki beceri,

IV.Bakımın örgütsel yönü

Yukarıda iki grupta iki ayrı görüşte birlikte ele alınmalıdır. Bunların daha kolay anlaşılabilmeleri için kısaca açıklanmalarında yarar var.

Bulunabilirlik ve ulaşılabilirlik: Fiziksel uzaklık ve yakınlık; ulaşım kolaylığı, sağlık sistemine girebilme (randevu alabilme,sevk işlemleri vb.),gece ve tatil günleri hizmet verebilme, uzman bulundurabilme, istediğı zaman doktoru ile görüşebilme; muayene öncesi, teşhis, ve tedavi sırasında ve yatışta bekleme süreleri.

Hasta bakım kalitesi: Hekimlerin mesleki becerileri ve yeterliliğı, hastanede kalış süreleri, tedavi sonrası oluşan kalıcı rahatsızlıklar, ileri teknolojiye dayalı hizmet,zamanında müdahale, mortalite, hizmetin yaygınlığı ve konsültasyon hizmetlerindeki hızdır¹⁰⁴.

Hasta-Doktor-Personel ilişkisi: Hekime güven, hastaya yeterince zaman ayırma ve ilgi, arkadaşça tutum, samimiyet, güler yüzlülük, bilgilendirme, hasta bilgilerindeki gizliliğidir.

Örgütsel yapı ve Fiziksel yapı: Örgüt içi ilişkiler, çalışma ortamı, işlemlerde basitlik ve akıcılık, otomasyon, haberleşme imkanı, hizmetlerin maliyeti, ödeme kolaylığı refakat ve ziyaret, yemekler, sosyal ve kültürel etkinlikler, aradığı yeri kolay bulabilme, otopark imkanları vb.dir.

Devamlılık/Süreklilik: Hastaneye tekrar gelme niyeti, başkalarına tavsiyedir. Bütün bunların yanında hasta tatmininde hastaların kişilik yapıları etkili olmaktadır. Aynı koşullar altında sunulan hizmetten biri tatmin olurken bir diğeri olmayabilir.

Ayrıca yapılan araştırmalar göstermiştir ki hasta beklentilerinin karşılanması ile hastanenin mali yönden güçlü olması arasında da bir ilişki olduğunu göstermiştir. Yani kalite-maliyet-hasta tatmini arasında da ilişki vardır ve bu üçü arasında da bir denge kurulmalıdır.

¹⁰⁴ Dilaver Tengilimoğlu, "Ankara'da Bir Üniv. Hast. De Hasta Memnuniyeti Ölçülmesi" Sağlık Yönetiminde Devamlı Kalite İyileştirme, Derleyen: Mithat Çoruh, Ankara, 1997, s: 105.

Sonuç olarak hastaların görüşlerine, hasta bakım hakkındaki algılarına dayanmadan TKY'ni veya kalite geliştirme çalışmalarını devam ettirebilmek mümkün değildir. Sağlık hizmetleri pazarında hastanenin rekabet gücünün artırılması sunulan hizmetlerin çeşitliliğinin artırılması yanında hedef kitlenin talep ve beklentilerinin etkin bir şekilde karşılanmasına da bağlıdır.

Gelecek zamanlarda hasta-personel ilişkisinin önemi giderek artacaktır. Bugün hastanelerin çoğunda özellikle kamuya ait hastanelerde tıbbi personelin genellikle klinik bakım üzerine yoğunlaştığı; hastalara yeterli zaman ayırmadıkları veya ayıramadıkları zayıf bir iletişim görülmektedir. Halbuki nezaketlilik, samimiyet, arkadaşça tutum ve davranışların; güven duygusu, dolayısıyla hasta tatmininde ve hastanın hastaneye/hekime bağlılığında önemli etkisi olmaktadır. Bu durum göz önüne alınarak Personel/iç müşteri tatminine önem verilmelidir ve personelin müşteri yönlü düşünce ve davranış içinde olması sağlanmalıdır.

Hastaların zaman kaybını önlemek için randevu sistemine geçilebilir. Hastaneye müracaatlarda hedef kitlenin şartlarına göre alternatifler/seçenekler çoğaltılmalıdır. Bekleme süreleri en aza indirilmelidir. Eğer bekleme süresi azaltılamıyorsa nedenleri hastalara çeşitli şekillerde anlatılmalı ve ikna yoluna gidilmelidir. Ayrıca bekleme bölümü veya salonlarına TV, paralı çay ve kahve makineleri, telefon, çocuk oyun bölümleri vb. oluşturulabilir.

Hastane hakkında olumlu imaj yaratılmalıdır. Hastalara sunulan hizmetin olumlu değerlendirilmesini sağlayacak iletişim programları yayınlanmalıdır. Diğer hastanelere göre farkları ve üstünlükleri ön plana çıkarılmalıdır; bu konuda halk ve ilişkiler tekniklerinden yararlanılmalıdır. Hasta tatmini periyodik olarak ölçülmeli şikayet ve öneri sistemi kurularak problemler alanlar belirlenmeli ve çözüm yolları geliştirilmelidir. Başta hasta olmak üzere bütün müşterilerin tatmin düzeylerini artırmak ve geliştirmek ve bu yönde stratejiler geliştirmek gerekmektedir¹⁰⁵ Hasta memnuniyetinin ölçülmesinde farklı yöntemlerden yararlanılabilir. Bunlar;

1. Odak grup çalışması.
2. Kritik olay değerlendirmesi.
3. Direkt gözlem.

¹⁰⁵ Dilaver Tengilimoğlu, "Ankara'da Bir Üniv. Hast. De Hasta Memnuniyeti Ölçülmesi", Derleyen: Mithat Çoruh. Sağlık Yönetiminde Devamlı Kalite İyileştirme, Ankara, 1997, s: 110-111.

4. Mektup ve önerilerin içerik analizi.
5. Yazılı anketler.
6. Arşiv çalışması.
7. Telefon anketleri.
8. Yüz yüze görüşme olabilir.

Sonuç olarak nezaket, samimiyet, arkadaşça tutum ve güven hastanın tatmininde ve hastaneye/hekime bağlılığında daha da ön plana çıkmaktadır. Hastane hakkında olumlu imaj yaratmaya çalışmalı ve bu imajı bozacak davranışlardan sakınılmalıdır. Bir aksaklık veya zaman kaybı meydana gelmişse makul açıklaması yapılarak hasta veya yakını ikna edilmelidir.

2.1.1.3. Sürekli Gelişme

Değişimde hızlandırıcı ve engelleyici faktörlerin tanınması ve yönetilmesi gereklidir. Hızlandırıcı güçler artırılırken engelleyici faktörleri de kontrol altında tutmalıyız. Gelişme veya yenilik ise çarpıcı oranlarda başarılar olarak tanımlanabilir. Yeni teknolojilerin devreye sokulması, daha fazla veya daha kaliteli mal veya hizmet üretilmesi vb. de yenilik/gelişme olarak değerlendirilebilir.

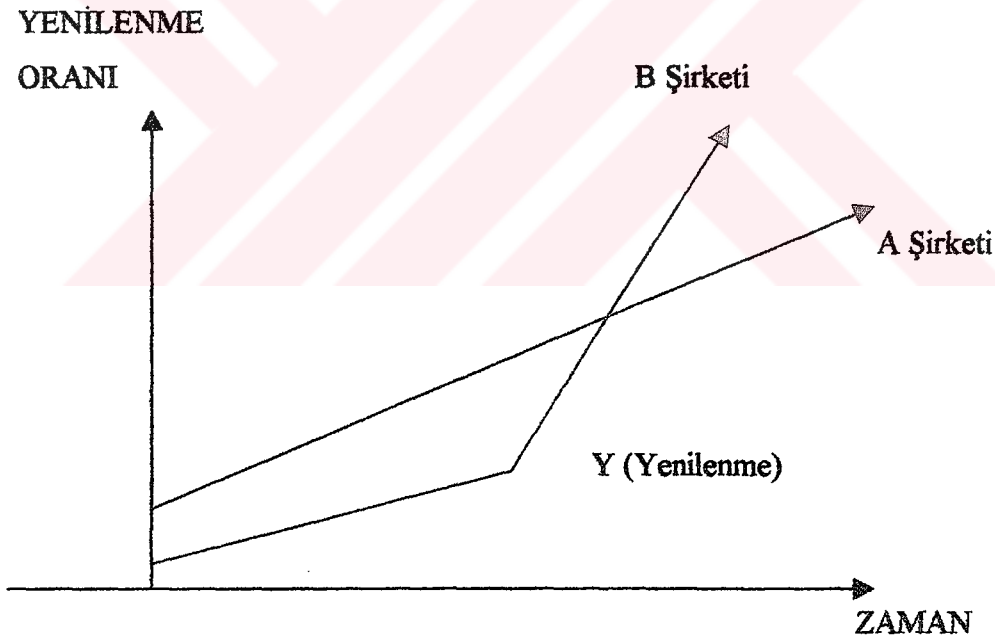
Yenilenme hızı 1930'lerden 1970'lere öğrenme hızına paralel hafif yükselen bir grafik izlerken 1970 ler sonrasında mikro işlemci teknolojisi, hücre teknolojisi ve enformasyonun yoğun bir şekilde uygulanması sonucu eldeki bilgiler logaritmik artışlar göstermiştir. Bu durum hızlanarak devam etmektedir.¹⁰⁶ Eğitim hızımız ve metodumuz değişimi en çok etkileyen faaliyet olacaktır. Artık çağımızı Bilgi Çağıdır. En yeni ve en çok bilgiye kim sahip ise veya kim önce ulaşırsa tartışılmaz bir rekabet üstünlüğüne sahip olmaktadır.

- Mikro işlemci teknolojisi/yazılım,
- Hücre/genetik teknolojiler; biyoteknoloji,
- Enformasyon teknolojileri/iletişim,
- Katılımcı yönetim modelleri/demokrasi,

¹⁰⁶ Chip Caldwell, "1'inci Paradigma: Yenilenme Hızının Önemi", Stratejik Hastane Yönetimi, Çeviren: Osman Akınbay, İstanbul, 1998, s: 32-33

alanındaki teknolojiler ve bu alanlardaki yenilik ve gelişmeler çağımızda da güç ve rekabet üstünlüğü sağlamaya devam ediyor; gelecekte de devam edecek gibi gözüküyor. Özellikle bankacılık alanında son 10-15 yılda yaşanan değişimler sonucunda istenilen her saatte bilgisayar veya telefonla hemen her türlü finansal işlemler yapılabilir hale gelmiştir.

Tıp alanında hücre ve gen teknolojilerindeki gelişmeler sayesinde ilaç sanayi çok gelişmiş yüksek seçici ilaçlar üretilmeye başlanmıştır. Öyle ki bu teknolojiler kullanılarak üretilen aşı ve ilaçların yan etkileri sıfıra yaklaştırılmıştır. Yakın bir zamanda kanser türleri ve viral hastalıkların da tedavisi veya aşları yapılabilecektir. Tıp alanında Yazılım ve İletişim teknolojileri de yoğun olarak kullanılmaktadır. Her türlü hastalık ve hasta bilgileri kolayca depolanabilmekte ve nakledilebilmektedir. Dünyanın birçok yerindeki yüzlerce hekim aynı anda bir hastanın hastalığı hakkında konsültan olabiliyor veya sempozyumlara konuşmacı ve dinleyici olabiliyorlar.



Şekil 2.3: İşletmelerde Yenilenme Hızı Grafiği (Y Dönüşüm Başlangıcı Noktası)

Kaynak: Chip Caldwell, 1'inci Paradigma Yenilenme Hızının Önemi, Stratejik Hastane Yönetimi, Çeviren: Osman Akınbay, İstanbul, 1998, s: 31

Yukarıdaki grafikte görüldüğü gibi şirketlerdeki değişim hızları/yenilenme oranı aynı olmamaktadır. Bu grafikte A şirketinde değişim hızı değişmezken B şirketinde Y

noktasında bir yenilenmeye veya sistem değişikliğine bağlı olarak değişim hızı/ ivme artmış B şirketi A şirketini geçmiştir. Eğer bu iki işletme aynı işi yapıyor veya aynı sektörde çalışıyorsa rekabet üstünlüğünün B şirketine geçtiğini söyleyebiliriz.

Değişimin Yönetilmesi:

- Yenilenme hızı yönetimi,
- Kötü kalite maliyetinin azaltılması,
- Müşteri yargısının öğelerinin tanınması ve yönetimi,
- Sistemlerin koordinasyonu ve sinerjimi,
- Destek altyapının kurulması,
- Sürekli iyileştirme çemberinin bütün proseslerde uygulanması,
- Çalışanların yetkilendirilmesi ile yapılabilir.

2.1.1.4. Takım/Ekip Çalışması ve Toplam Kalite Yönetimindeki Yeri

İşbölümü ve uzmanlaşma, günümüz üretim sistemlerinin en belirgin özelliğidir. Hastaneler ise işbölümü ve uzmanlaşmanın derecesi en yüksek işletmelerdir¹⁰⁷. Hastanelerin klasik yönetiminde bile çalışanlar ikiye ayrılırlar. Sağlık personelleri ve diğer memurlar, hizmetliler. Sağlık personelleri de aldıkları eğitime göre birimlerde görev alırlar. Ürettikleri sağlık hizmeti parça parça olsa da sunumda birlikte sunulur ve tüketilir. Tabidir ki Kalite algılaması da bütün üzerinde olacaktır.

Takım/Ekip çalışması üzerine çok şey söylenebilir. Takım ortak amaç ve hedeflere ulaşmak için karşılıklı olarak sorumlulukları paylaşan ve birbirini tamamlayıcı yeteneklere sahip bireylerin oluşturduğu az sayıda insan topluluğudur¹⁰⁸. Tamamlayıcı nitelikler; teknik ve fonksiyonel uzmanlık, problem çözme ve karara verme yeteneği, kişilerin iletişim ve işbirliğini sayabiliriz¹⁰⁹

Ekip çalışmasının koşullarını sayarken bireysel koşullar, örgütsel koşullar ve yönetsel koşulları göz önüne almamız gereklidir. Burada özellikle yönetimin isteği ve desteği ekiplerin oluşmasında ve başarılı olmasında önemli olmaktadır¹¹⁰. Takımlar oluşturulurken projenin veya yapılacak iş veya işlerin özellikle kritik aşamalarının iyi

¹⁰⁷ Şahin , Kavuncubaşı “Ekip Çalışması ve TKY’deki Önemi” Sağlık Yönetiminde Devamlı Kalite İyileştirme, Derleyen: Mithat Çoruh, Başkent Üniversitesi Haberal Eğitim Vakfı, Ankara, 1998, s: 259

¹⁰⁸ Oğuz Engiz, “Ekip Yönetimi” Stratejik Sağlık Kuruluşları Yönetimi Bursa Eğitim Programı Ders Notları, HÜFAM, Ankara, Mayıs 2001, s: 7.

¹⁰⁹ Age, s: 7

¹¹⁰ Şahin Kavuncubaşı, “Ekip Çalışması ve TKY Açısından Önemi” Sağlık Yönetiminde Devamlı Kalite İyileştirme; Derleyen Hikmet Çoruh, Haberal Eğitim Vakfı, Ankara, 1998, s: 261-263

bilinmesi gerekmektedir. Yine takım üyelerinin bilgi, beceri ve yeteneklerinin iyi bilinmesi gerekir. Takım üyelerinin uyumlu; destekleyici/sinercik ve senkron/eşzamanlı çalışması için doğru iş bölümü ve görev almada gönüllülük esasına göre görevlendirme önemlidir.

Takım içinde yıkıcı çatışmaya varmayan düşük şiddetteki çatışmalar veya rekabet faydalı olabilir. Takım liderinin yöneticilik vasfı, irade kullanması, adil olması da takımın başarısında etkili faktörlerdir. Takımlar veya takım elemanları projeye veya yapılacak işe göre ve gönüllülük esasına göre oluşturulmalı ve değiştirilmelidir.

Takım çalışmasının en önemli faydası takım üyelerinin diğer işlersen kısmen soyutlanıp görevlendirildikleri projeye yoğunlaşabilmeler veya yoğunlaşmalarıdır. Yine uygulanan her proje, yapılan her iş takım üyeleri için hem bir referans hem de güven unsuru olacaktır. Gerçektende yapılan her iş, başarılı her proje uygulayıcılarına/veya çalışanlara bilgi, tecrübe, özgüven ve özsaygı olarak geri dönecektir. Takım güçlenecek, özgüvenleri artacak ve daha büyük projeleri gerçekleştirecek potansiyele erişeceklerdir. Bu durumu bütün çalışanlara içselleştirecek şekilde kavratmamız gereklidir. “İnsanın gelişmesi/tekamülünün faaliyetten” olduğunu bilen iş görenler yapılan her faaliyetin kendisini geliştirmek için fırsat olduğunu anlar/en azından düşünebilirse iş yapmadaki gönüllülüğü daha ön plana çıkacaktır.

Gerçek Öğrenme: Daha önceki uygulamaların mantığını içselleştirip, özümseyip(anlayıp-kavrayıp), öngörüleni yapmaktır. Var olanı kopya etmek değildir.¹¹¹ Takım Çalışmasında; takım üyelerinin müşteri ihtiyaçlarını analiz edip bu ihtiyaçların fazlasıyla karşılandığını görmekten güven ve özsaygılarının artması işini tam yapmanın huzurunu görmek gerçekten çok etkileyicidir. Belki de bu duygu ve özsaygının oluşturacağı motivasyon diğer yöntemlerle oluşturulan motivasyondan daha güçlüdür.

2.1.1.5. Liderlik

Lider Yöneticiler cesaret, merak, açık fikirlilik ve sabırla harekete geçerler. Bunlar yeni ve alışılmış dışındaki şeyleri deneme ve olacağına inanma cesareti göstermişlerdir. Bu cesaretin karşılığı çoğu zaman ağır bedeller olabilir.¹¹²

¹¹¹ Chip Caldwell, “Sunuş Bölümü”, *Stratejik Hastane Yönetimi*, Çeviren: Osman Akınhay, Sistem Yayıncılık, İstanbul, 1998, s: xxvii

¹¹² Age, s: xvi

Başarıldığında ise herkesin hayranlık ve saygı duyduğu durumlara ulaşılmaktadır. Gerçek liderlik kahramanlık gerektirir.

İyi yöneticiler hem destekleyici hem eleştirci olmalıdır. Ancak değişimde irdeleyici, uygulamada destekleyici yönlerini ön plana çıkarmalıdır. Herkesin pes ettiği noktada sabır, azim ve inançla doğruları anlatmaya devam etmelidir...

Değişim projelerinde ekiplerin ve birim sorumlularının aktif ve etkili ve katılımcı olması gerekmektedir. Aksi halde bu proje Genel Müdür/Başhekim odasında veya toplantı odasında kalır. Burada Lider Yöneticiler stratejilerini iyi belirlemeli ve uygulamalıdır¹¹³ Yöneticiler bu değişim projesinde ekipleri kurarken, bölüm başkanlarını (ki bölümleri de ekip olarak ele alabiliriz) seçerken stratejik düşünmelidir. Çünkü ekiplerin değişim projesi konusunda eğitilmesi ve ikna edilmesinin sorumluluğu da yöneticinin omuzlarındadır. Bunu sağlamanın bir yolu da daha proje hazırlanırken projeyi yürütecek ekibin kurulmasına da başlanması ve ekip/takımı oluşturacak bireylerin de projeye katılımlarının sağlanmasıdır.

2.1.1.6. Halk ve İlişkiler

Sağlık hizmetlerini insan ağırlıklı; insan ilişkileri ve diyaloguna ihtiyaç gösteren sosyal ve ahlaki boyutu olan hizmet çeşidi olduğunu belirtmiştik. Bu nedenle yönetici ve alt yöneticilerin ve hatta bütün çalışanların hasta, hasta yakınları ve toplumun diğer ilgilileri ile ilişkilerinin amaca uygun sınırlarda kontrol altında olması yani yönetilmesi gereklidir. Sağlık işletmelerinde olduğu gibi çok çeşitli nedenlerle hastanelere başvurulması durumları ve yapılan iş ve işlemlerin çeşitliliği göz önüne alınırsa başta dış müşteriler olmak üzere çalışanların memnuniyeti için sağlıklı halk ve ilişkiler zorunludur.

Hastanın henüz almadan/hizmeti tüketmeden deneme imkanının bulunmadığı sağlık hizmetlerinin tüketiminde güven unsuru önemlidir. Daha öncede bahsedildiği gibi doktor-hasta ilişkisi de güvene dayanmaktadır. Başta doktorlar olmak üzere sağlık işletmesinin yöneticileri ve diğer tüm çalışanlarının bu güveni oluşturmada katkıları gereklidir. Hastanelerin veya hastane yönetimlerinin hastane içindeki ve hastane dışındaki hedef kitleye bu güveni verebilmeleri için profesyonel halk ve ilişkiler birimine profesyonel davranışlara ihtiyaçları vardır. Halk ve ilişkiler birimlerinin

¹¹³ Age, s: 12

hastane yönetiminin izlediği sağlık hizmet politikalarını halka duyurmak, benimsetmek, hastane hakkında olumlu hava yaratmak, ayın zamanda halkın hastane hakkındaki düşünce, görüş, istek ve şikayetlerini öğrenmek; sonuçta hedef kitle ile işbirliğine gitmesi gerekir.

Halkın büyük bir kısmı hastane işleyişleri, hastanedeki iş ve işlemleri bilmedikleri için olağan iş ve uygulamalardan da şikayet edebilmektedirler. Halkın katkı ve desteğinin sağlanması, sağlık ve bakım hizmetlerinde kalitenin artırılması ve kamunun katkısının artırılması, sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırılması; hastane personeli ile hedef kitle arasındaki problemlerin giderilmesi için iyi bir halk ve ilişkiler birimi ve iyi bir iletişime ihtiyaç vardır. Yine hastane sağlık hizmetlerinin geri bildirimine ulaşmanın ve hedef kilenin eğitimine de katkısı olacaktır ¹¹⁴. TKY'nin temel amacı olan müşteri memnuniyetinin sağlanabilmesi hedef kitlenin iyi tanınmasına, onun ihtiyaç ve beklentilerinin doğru öğrenilmesine ve onlarla iyi diyalog ve paylaşılan kalite ve değerlerin üretilmesine bağlıdır.

2.2. SAĞLIK KURULUŞLARINDA TOPLAM KALİTE YÖNETİMİ

Sağlık kuruluşlarında yönetim sisteminin ve yöneticilerin belirlenmesinde sağlık kuruluşunun özellikleri belirleyici olmaktadır. Sağlık işletmelerinin finans kaynakları ve finansman şekilleri, bağlı olunan üst kurum veya kuruluşların yapıları ve yönetim şekilleri etkili olmaktadır. Finansmanı özel sektör tarafından sağlanan, kar amaçlı bir sağlık işletmesinde yönetim sistemi ve yöneticiler girişimcilerin iradelerine uygun belirlenir. Kamu kurumu sayılan veya yarı kamu özelliği gösteren sağlık işletmelerinde durum farklıdır. Sağlık işletmesinde yönetim ve yönetim sistemi bağlı olunan üst kuruluşun mevzuat ve yönetmeliklerine uygun olarak ve izin verdiği kadar olabilir. Bu işletmeler de kendi şartlarını belirleyip kendilerine uygun bir kalite yönetim sistemlerinden birini seçer ve bağlı oldukları kurumun onayı ve desteğiyle uygulayabilirler.

¹¹⁴ A.Ezel Esatoğlu, Dilaver Tengilimoğlu, Kamil Ufuk Bilgin, "Sağlık Hizmetlerinde TKY Başarıya Ulaşmasına Halk ve İlişkilerin Katkısı" Kamu Yönetiminde Kalite I. Ulusal Kongresi Bildirileri, Editör:Ömer Peker, 2. cilt, TODAİE Yayın no:299, Ankara, 1999, s: 135

2.2.1. Hastane İşletmelerinin Özellikleri

Hastane işletmelerinin özelliklerini iki grupta toplayabiliriz: Birincisi, genel hizmet işletmesi özelliğine bağlı özellikler ki bu daha çok mal üreten işletme ile hizmet üreten işletmeler arasındaki farklardır. İkincisi asıl önemlisi hizmetin sağlık hizmeti olma özeliği ve hastanelerin diğer işletmelerden farklılık/özellik gösterin işleri ve işleyişi ile ilgilidir. Başka bölümlerde de değinilen bu konuda burada temel farklılıklardan bahsedeceğiz.

Sağlık hizmeti yaşama hakkıyla doğrudan bağlantılı olduğu için insanlar için doğal hak yada doğal hak gibi algılanmaktadır. Bir çok ülkede olduğu gibi ülkemizde de insanlara anayasal hak olara verilmiş ve devlet bu görevi üzerine alarak kendisini bağlamıştır. Buradan sağlık hizmetinin reddedilmezliği özeliği ortaya çıkmaktadır. Sağlık hizmeti talebiyle bir hastaneye veya sağlık işletmesine müracaat eden kişiye özellikle acil servislere yapılan müracaatlarda işlem yapılması zorunluluğu vardır. Hele müracaat eden şahsın hayati tehlikesi mevcut ise veya olayın adli yönü varsa şahsın talebi reddedilemeyeceği gibi; aksi durumda cezai yaptırımları da vardır.

Ayrıca bu durumlar toplum vicdanını da kolayca harekete geçirir ve zincirleme olumsuzlulara sebep olabilir. Sağlık işletmesi tamamen özel şahıslara ait bile olsa bu konuda sorumluluktan kurtulamaz. Zaten bu konuda yapılan bir olumsuzluk özel işletmeleri çalışamaz duruma veya ruhsat iptaline kadar götürebilir.

Sağlık hizmeti, hasta için yaşam hakkını tehdit eden veya sakatlık riski oluşturan bir durumda; fizyolojik ihtiyaçlar (yeme, içme, vb.) bile önüne geçeceği için ihtiyari değil, zorunluluk haline gelir. Durum daha da acil ise sağlık işletmeleri arasında seçim/tercih yapma şansı bile olmaz. Bu durumda sağlık işletmesinin türüne bakılmaksızın en yakın sağlık işletmesine/kuruluşuna gidilir veya hasta götürülür. Müracaat edilen sağlık işletmesi, imkanları ölçüsünde işlem yapacak ve hayati tehdit eden tehlikeleri yok edecek veya azaltacak şekilde bir tedaviye hemen başlayacaktır. Olayın hukuksal yönüyle ilgili kayıtları oluşturmak, saklamak ve olayı adli mercilere zaman geçirmeden haber vermek zorundadır. Bu durum kanun ve yönetmeliklerde açıkça ifade edilmiştir. Bütün bunlardan sonra hastanın dahil olduğu sosyal güvenlik sisteminin öngördüğü sağlık işletmesine yönlendirecektir.

Ancak imkanlarının kısıtlı olduğu durumlarda, hastanın durumu hangi aşamada olursa olsun uygun koşulları(ambulans temini, refakatçi sağlık personeli temini vb.)

sağlayarak, doğru ve uygun yönlendirme ile bir üst sağlık kuruluşuna nakil yapılabilir. Bu durumda acil tedavi imkanı yoksa ilk müdahale (solunun ve dolaşım temini, varsa kanamanın durdurulması vb.) yapılır. Bulunulan şartlarda en uygun acil tedaviye başlanır.

Sağlık işletmelerinde iş ve işlemlerin sayısı aynı boy diğer hizmet işletmeleri ile kıyaslanmayacak kadar fazladır. Bu iş ve işlemler çok çeşitli olup aşırı uzmanlaşma gerektirirler. Sağlık işletmelerinin çoğu özellikle hastaneler. faaliyetlerini 24 saat sürdürmek durumundadırlar. 24 saat açık olan işletmelerde vardiya veya nöbet işlemleri süresince günlük yetki ve sorumluluk devirleri, görev bitiminde de karşılıklı devir-teslim ve raporlar söz konusu olur.

2.2.2. Sağlık Hizmetlerinde Kalite Artırma Yöntemleri

Bugün bir çok sektörde çağdaş işletmecilik uygulamalarına yer verilirken, sağlık sektörü bu uygulamanın dışında kalmıştır. Bunun sonucunda hastane işletmeciliği yalnızca tıbbın ve tıbbi teknolojilerin gelişimi ve istihdamı ile özdeşleştirilmiştir. Hastane işletmeciliğinin başarı ölçütü de yalnızca verilen tıbbi hizmetin nispi kalitesi ile ölçülmüştür.¹¹⁵ Hastanenin verimlilik düzeyini belirleyen faktörler başlıca dört grupta toplanabilir. 1. İşgücü verimliliği 2. Sermaye verimliliği 3. Teknoloji verimliliği 4. Malzeme verimliliği. Dolayısıyla bir hastanenin verimliliği o hastanede ki bu dört üretim faktörünün verimliliğine ve yine verimliliğin artırılması da bu üretim faktörlerinin verimliliğinin artırılmasına bağlıdır.¹¹⁶

Verimlilik elimizdeki girdiler ile kayıpsız maksimum çıktının sağlanmasıdır. Verimliliğin ölçülebilmesi için girdi ile çıktıların miktar veya parasal değerlerini bilinmesi gerekir. Sanayi işletmelerinde verimlilik ölçümü girdi ve çıktıların fiziksel boyutunun ve parasal değerlerinin ölçülebilmesi nedeniyle nispeten daha kolaydır. Halbuki sağlık işletmelerinde verimlilik anlayışı büyük farklılıklar ortaya koymaktadır. Çünkü sağlık hizmetlerinde ürün çıktı anlayış ve algılayışları çok farklılık arz etmektedir. Sağlık kavramını belli ölçülerle, standartlarla ölçülememektedir. Fiziksel acılardan kurtarılmış, veya ruhsal sıkıntılardan arındırılmış bir bedenin parasal değerini

¹¹⁵ Hikmet Seçim, "Hastanelerde Verimliliği Artırma Yöntemleri", Hastane İşletmeciliği Seçme Yazılar, Derleyen: Hikmet Seçim, Anadolu Üniv. Yay. No: 845 Eskişehir, 1995, s: 184.

¹¹⁶ Age, s: 185

kim söyleyebilir. Burada verimlilik için tıbbi bakım, hasta sayısı, hasta günü, vb. gibi açılardan bakan birisi veya yönetici için verimlilik başka başka anlamlar kazanabilir.¹¹⁷

2.2.2.1. Kalitenin Artırılması:

Joseph M. Juran tarafından sistemleştirilen Kalite Yönetimi 1990'lı yılların ortalarında uygulanan bir kuram olarak günışığına çıkmış ve uygulandığı işletmelerde üstünlüğünü kabul ettirmiştir. Kalite Yönetimi; ya tüm süreçleri kontrol eden TKY veya süreçleri tanımlayıp standardize eden İSO 9000 kökenli Kalite Yönetim Sistemi (KYS) /2000 yılı öncesinde Kalite Güvence Sistemi şeklinde kendini göstermiştir.¹¹⁸

TKY veya KYS uygulamalarının savunucuları ve uygulayıcıları; bütçeleri ve finans kaynaklarını fazla düşünmezler. Onlar rekabetin kaliteden geçtiğine o kadar inanmışlardır ki fazladan yapacakları harcamaların karları kazançlarından emin gibidirler. Yeter ki TKY'nin üstünlüğüne/yararlarına başta yönetim olmak üzere tüm çalışanların inanmış olması; düşünce, çaba ve gayretlerinin bütün potansiyellerinin bu hedefe yönlendirilmesi gereğidir. Diğer faktörler teknik veya finansal faktörlerdir.

Bir işletmede hedefine ulaşılacağına kuşkusuz inanarak yapılan çalışmalar; çoğu zaman finansmanını kendisi sağlamaktadır. Bu çalışmaların coşku ve heyecanını gözlemleyen finansörler verdikleri desteğin boşa gitmediğine kanaat getirerek ek finans sağlayacaklar; hatta ilgisi olmayanlar bile kredi açma teklifinde bulunabilirler. Çünkü finans çevreleri de paralarını sürekliliği olan ve artı değer üreten işletmelerde değerlendirerek daha fazla kar etmek isterler.

2.2.2.2. Değişimi Yönetmek:

İş kimlerin yapması gerektiği, çalışanların görevlerine nasıl yaklaşmaları gerektiği; bu iş veya işlemlerin ne kadar zaman alacağı gibi ayrıntılarda özel çözümler üretmeliyiz. Bu gibi ayrıntılar iş veya işlemlerin kalitesini doğrudan etkileyen ayrıntılardır. Üstünlük, ayrıntılardaki özel çözümlerde saklıdır. Zira benzer şeyleri benzer şekillerde benzer işletmeler zaten yapmaktadırlar. Üstünlük, olumlu yönde fark

¹¹⁷ Oktay Alpugan, "Hastanelerde Verimlilik Sorunu" Verimlilik Dergisi, MPM yayın no: 454, Ankara, 1991, s: 61

¹¹⁸ Chip Caldwell, "Godfrey'in Önsözü", Stratejik Hastane Yönetimi, Çeviren Osman Akınhay, Sistem Yayıncılık, İstanbul, 1998, s: xxi.

üretmekten geçer. Üstünlük, olumlu yönde fark üretmekten geçer. Üstünlük, olumlu yönde fark üretmekten geçer...

2.2.2.3. Sürekli İyileştirme Çevrimini Anlamak:

Hayatın değişik alanlarında her an bir yenilik keşfedilmekte ve bir yenilik uygulamaya konulmaktadır. Günümüzde de bu yenilikler ve gelişmeler hızlanarak /ıvmelenerek artmaktadır. Bu nedenle çağımıza “bilgi çağı” denmektedir. Her bir yenilik veya değişiklik ilgililik durumlarına veya bağımlılık oranlarına göre diğer sistem veya birimleri etkilemektedir. Hatta bütün kainat ve içindekiler görünmez bağlarla birbirlerine bağlı gibidir. Her bir değişiklik veya etki kendi dışındakileri etkilemekte az veya çok kendi dışında da bir değişikliğe neden olmaktadır. Bu açıdan bakıldığında “Pekinde kelebek kanat çırparsa Londra’da, Newyork’ta bir etki ortaya çıkaracağını” ileri süren teoriler birer komplodan ibaret değildir.

Öyleyse bu sürekli değişen devingen dünyada nasıl ayakta kalınacak, istikrar ve devamlılık; hatta gelişme sağlanacaktır ? Hiçbir ileri yönlü değişme veya gelişme olmasa bile **entropinin** yıkıcı, yok edici etkisi karşısında nasıl durulacaktır ? Devamlılığın ve var olmanın tek bir yolu vardır: “sürekli gelişme/değişimdir”. Diğer bir ifadeyle açık sistem; ilave enerji aktarımıdır. Görülüyor ki önde değişimin zorunluluğunu kavrayıp sürekli değişim için bir sistem/metot geliştirerek enerji ve çaba harcamalıyız.

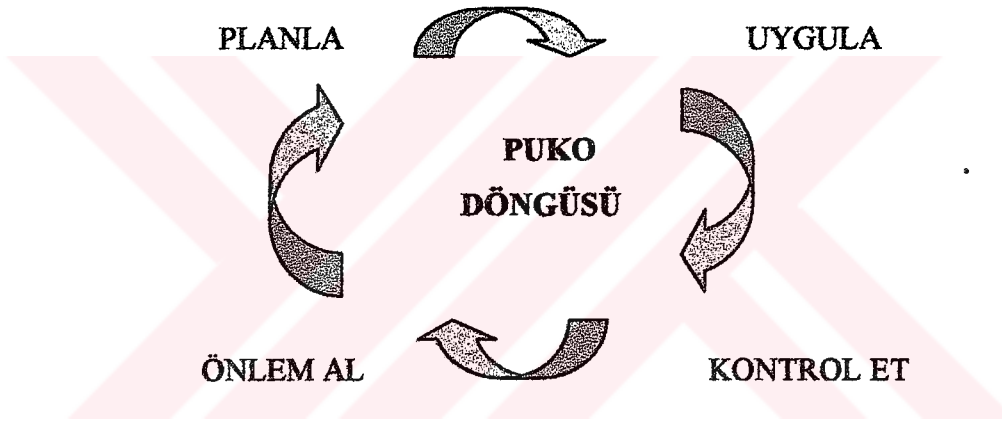
2.2.2.5. Juran Kalite iyileştirme süreci :

- Bir proje saptayın
- Projeye girişin
- Nedeni teşhis edin
- Kazanımları koruyun
- Sonuçları çoğaltın ve yeni projeler belirleyin

Kalite yönetimi modellerinin hemen hepsinde önce sistemin uygulanacağı bir süreç belirlememiz gerekir. Bu iyileştirme fırsatı oluşturan bir süreç ya da sizin iyileştirme kararı verdiğiniz bir süreç olabilir. Sürecin değişim veya iyileştirme

nedenini ortaya koyup; sürecin o anki durumunu, sorumlularını ve müşteri ve tedarikçi ilişkisinin tespit edilmesi gerekir.

Sonra süreci bilen bir takım kurarak ve bu takımın üyelerinin ismini, unvanını, takımdaki rolünü, görev tanımlarını belirtilmesi o takıma bir kişilik, bir bütünlük verilmesi, ön plana çıkarılması gerekir. İş akış planı/çizelgesiyle sürecin ayrıntılı adımları belirlenir. İyileştirmenin hangi noktalara odaklanacağı belirlenir. Aşılmaz sınırlar, değişmemesi gereken noktalar var ise bunlar belirtilir. Süreç içindeki gereksiz, karmaşık ve kaldırılması düşünülen bölümler varsa ortaya konur. PUKÖ çevriminin nasıl uygulanacağını gösterin ve varsa değişimin zaman içindeki akış şeması hazırlayarak müşterilerin de görebileceği bir yere asılır.



Şekil 2.4: PUKÖ: Proses değişim/yenilenme çevrimi

Kaynak: TSE İSO 9000:2000 Kalite Yönetim Sistemi Temel Eğitim Notlarından Yararlanılmıştır.

PUKÖ: 1. Planla 2. Uygula/Yap 3. Kontrol et 4. Önlem al; sürekli iyileştirme döngüsü değişim planlanan sürece uygulanır. Planlamada değişkenliğin nedenlerinin anlaşılması, iyileştirme, verilerin toplanması, yöntemler, neden-sonuç ilişkilerinin anlatılması, kalite kurulları ve yetkililerin karar ve onaylarını içerir. Uygulamada, iyileştirme adımları ilgililere anlatılır, orijinal projede değişiklik varsa izahı yapılır, veri toplama araçları ve analiz sonuçları çizelge veya grafiklerle gösterilir. İyileştirme sırasında öğrenilenler tartışılır, tespit ve ifade edilir.

Kontrol aşamasında iyileştirme veya değişimin göstergelerde ne gibi değişikliklere yol açtığını, iç ve dış müşterileri nasıl etkilediğini gözlemleyin ve

ölçümler(anketler, istatistik vb.) yaparak ortaya konması gerekir. İstenilen faydalar, tasarruflar sağlanmış ise değerleri ile tespit edilmelidir.

Önem Alma, kazanımların korunması ve sürekli iyileştirmenin devam ettirilmesi yönünde hareket edilmesini ifadesidir. Süreç sorumlusunun değişmesi gereği ve kalite kurullarının süreci nasıl takip edeceği/izleyeceği belirtilmelidir.

Değişkenlerin/sapmaların azaltılması: Sistem ne olursa olsun değişimlerde düşünce ve dolayısıyla gelişmelerin yönü daima değişkenlerin sayısının azaltılması ve sapmaların oransal olarak küçültülmesi yönünde olmalıdır. Sadece farklı olmak için fark üretilmemelidir.

Çalışanların yetkilendirilmesi/katılımcılık: İşletmenin türü ne olursa olsun bütün çalışanlar ve çalışanların olumlu özellikleri işletme için bir değerdir. İşletme yöneticilerinin bir görevi de çalışanların üremine katkı sağlayacak bütün özelliklerinin ortaya çıkarılması ve bu değerlerin üretime katılmasını sağlamak veya en azından çalışanların bu olumlu özelliklerinin ortaya çıkmasına zemin hazırlamak olmalıdır. Çalışanların bilgi, beceri, deneyimleri yanında duygu, düşünce ve hallerinin bile gönüllülük temelinde üretime katılmasını sağlamak çağdaş işletme yönetimine katılmalıdır. Unutulmamalıdır ki her yenilik, her değişim önce hayallerde, düşüncede başlar sonra maddesel düzeye iner ve uygulama alanı bulur.

2.2.3. Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi

Toplam Kalite Yönetimi, İşletmenin bütün sistemine hakim bir kalite politikası oluşturmak ve bu politikanın sürekliliğini sağlayabilmek için hem yönetimin hem çalışanların destek ve katılımını öngören bir sistemdir. Sistem içinde sürekli iyileşmeyi ve yenilenmeyi öngörür. Yine sağlık işletmelerinde TKY bütün süreçlerin ve alt süreçlerin kontrolünü, hataların yapılmadan önlenmesini öngörür.

Sağlık işletmelerinde kalite; “tüketici beklenti ve ihtiyaçlarının karşılanması” olarak en sade haliyle ifade edilmektedir. TKY, işletmenin ürettiği hizmetin müşteri/hasta istek ve beklentilerini karşılayabilmesi için üst yönetimden, en alt seviyedeki çalışanlara kadar tüm bölüm ve birimlerin aktif katılımını esas alan bir yönetim biçimidir. İşletmedeki değişim sürecini, sağlık hizmetini sunanların değil de tüketicinin ihtiyaçlarına göre oluşturma felsefesine dayanmaktadır. Çalışanları da iç

müşteriler olarak değerlendirmektedir. Yönetim açısından gerçek anlamda sağlık hizmetlerine iştirak eden tüm bireyleri müşteri olarak kabul etmektedir.

TKY, üst yönetim liderliğinde müşterilere odaklanan, tedarikçiler ve müşteriler ile yakın ilişkiler kurulmasını gerektiren, çalışanların eğitilmesi ve entelektüel potansiyellerinden yararlanılmasını benimseyen, sorunları ortaya çıkmadan çözmeyi esas alan ve bu amaçlarla sürekli iyileştirme felsefesine dayanan bir yaklaşımdır. TKY'nin önemli yönlerinden birisi de işletmenin kendi yetersizliklerini tanıma ve tanımlama ve bu yolla kaliteyi geliştirmek amacıyla müşterilerden geri bildirim almaya yöneltmesidir ¹¹⁹

Konu insan sağlığı olduğunda konunun hassasiyeti de artmaktadır. Sağlık sektörünün şu üç özelliği bu duyarlılığın haklılığını göstermektedir.1. Konu insan sağlığı olduğundan yapılacak hatalar onarılamayacak hasarlara yol açarlar. 2. Hizmeti verenler ve bu hizmeti alanlar dolaysız bir ilişki içindedirler. 3. Bir sağlık kuruluşunun hatası maliyetine morbidite olarak yansımakta ve olumsuzluk ortaya çıktıktan sonra bu maliyet artışından kaçınmak söz konusu olamamaktadır. Bu üç temel nokta bile sağlık hizmetlerinde TKY uygulamasının ne kadar gerekli olduğunu göstermektedir ¹²⁰

Hastanelerde TKY'nin başarı ile uygulanabilmesi için; önceki konularda anlatılmaya çalışılan sağlık işletmelerinin ve sağlık hizmetlerinin diğer hizmet işletmeleri ve diğer hizmetlerden farkının iyi bilinmesi gerekmektedir. Yine kaliteli sağlık hizmeti üretimi ve iyileştirme süreçlerine çalışanların aktif katılımı sağlanmalıdır. Katılım sağlamanın bir yolu da Kalite çemberleri çalışmalarıdır.

Sağlık işletmelerinde sistemik iyileştirme ve daha iyiyi arama süreci olarak belirlenmiş istatistiksel kalite kontrol araç ve yöntemlerini kullanan kalite çemberleri 4-10 (bazı kaynaklarda 7-10 veya 7-14) kişilik ekipler halinde çalışmalarını sürdürürler. Kalite çemberlerinin temelini oluşturan ilkeler; gönüllülük, ekip çalışması, üyelerin tam katılımı, yönetim desteği, eğitim ve istatistiksel kalite kontrol tekniklerinin kullanımı olarak sayılabilir. Bayındır Tıp Merkezinde 1995-1997 yılları arasında yapılan çalışmalarla Toplam Kalite Yönetimine geçilmiştir. Bu kuruluşta Kalite

¹¹⁹ Efsun Ezel Esatoğlu, Dilaver tengilimoğlu, Kamil Ufuk Bilgin , “Sağlık Hizmetlerinde TKY'inin Başarıya Ulaşmasına Halk ve İlişkilerin Etkisi”, Kamu Yön Kalite I Ulusal Kongre Bildirileri, Editör: Ömer Peker, TODAİE yayın no 299, II cilt Ankara, 1999, s:134.

¹²⁰ Yaman Zorlutuna, “Sağlık Hizmetlerinde TKY, Hekimler Açısından Önemi Nedir?” Görüş Dergisi, Sayı 4 İstanbul, Ocak-Şubat 1999, yıl 1, s: 20-21

Çemberleri sürekli iyileştirme amaçlı (Planlama-Uygulama-Değerlendirme-Karar); PUDK yararlanmaktadır.¹²¹

TKY'nin sağlık işletmelerinde uygulanabilmesi için mutlaka doktorların katılımı gerekmektedir. Ancak bu katılım kolay sağlanamamaktadır. Çünkü geleneksel yapıları içinde doktorlar; mesleklerini yaparken dıştan gelecek müdahalelere kapalı otonom bir davranış içindedirler. Bu özellik onların hastalarına karşı dolaysız olarak sorumlu olmalarından kaynaklanmaktadır. Ayrıca onlar, yüksek kalitede hizmet vermenin yalnızca kendilerinin kişisel sorumluluğunda olduğunu; TKY'nin mesleki özgürlüklerini kısıtlayıcı bir olgu olduğunu ileri sürmektedirler/veya sürebilirler¹²². Doktorların katılımını sağlamak; muayenehanesi olan, tam gün çalışmayanlarda daha zor ve problemlidir.

2.2.4. Stratejik Hastane Yönetimi

Stratejik hastane yönetimi; hastanenin dış çevre ile olan ilişkilerinin düzenlenmesi uzun dönemde işletme olarak hedeflerinin belirlenmesi ve hedefe ulaşmak için izlenecek yolun seçilmesi için yapılacak faaliyetlerin planlanması, örgütlenmesi, uygulanması, koordinasyonu ve kontrol edilmesi süreci olarak tanımlanabilir¹²³. Bu tanım bütün işletmeler için geçerlidir. Kar amacı gütmeyen işletmelerde daha farklı algılanmalıdır.

Sağlık hizmeti alanında kar amacı gütmeyen işletmeler olduğu gibi özel sektör tarafından kurulan kar amaçlı işletmelerde vardır. Kar amacı gütmeyen sağlık örgütleri/ işletmelerinin; koruyucu fonksiyonları ön plandadır. İdari veya politik amaçlarla da kurulmuş olabilirler. Bu sağlık işletmelerin öncelikli amaçları topluma hizmet olmakla birlikte iyi yönetilerek toplumsal fayda yanında kar edebilirler. Buradaki kar asıl amaca hizmet için ek kaynak üretmek anlamı taşır.

Kar amaçlı işletmelerde temel hedef uzun dönemde “karlılığı optimize etmek” iken hastane gibi kar amaçsız kamu sektörlerinde ihtiyaç duyulan hizmeti sunmada

¹²¹ Hemser Aydın, “Hastanelerde Hizmet Kalitesinin Sürekli İyileştirilmesi Çalışmaları”, Bayındır Tıp Merk. Kalite Eğitim Broşürü Ankara, 1997, s: 1

¹²² Yaman Zorlutuna, “Sağlık Hizmeti TKY, Hekimler Açısından Önemi Nedir” Görüş Dergisi, Sayı 4 Ankara, Ocak, 1999, s: 21

¹²³ Ömer Dinçer, “İşletmelerde Stratejik Yönetim” Stratejik Yönetim ve İşletme Politikası, Beta Yayınları 5 baskı, yayın No: 659 İstanbul, 1998, s: 35

başarılı olmaktadır¹²⁴. Her iki hedefin motivasyon etkisi çok farklı olacaktır. Hastaneler gibi özel bile olsa sosyal fayda sağlayan işletmelerin stratejik hedefler oluşturmaları için idealist yöneticilere ve ekiplere ihtiyaç vardır.

2.2.4.1. Geleneksel Yönetimden Farkları, Üstünlükleri; Uzun Dönem Etkileri ?

Juran Enstitüsünün yaptığı araştırmalara göre kötü kalitenin maliyetleri doğrudan veya müşteri kaybı olarak maliyetleri %30 artırdığı ispatlanmıştır. Kötü kaliteyle ilgili olayların hepsi ürünlere ve hizmetlere ek maliyet getirmekte; ancak işletmeye hiçbir artı değer katmamaktadır.¹²⁵ Stratejik yönetim düşüncesi işletmelerin uzun ömürlü olmaları/ sürekliliği için uzun vadeli düşünmemizi, ileriye görmemizi kolaylaştırır. Sektör içindeki konumumuzu doğru algılamamızı sağlayarak eksikliklerin giderilmesi için yol gösterici olabilir. Kendi işletmemizi daima sektördeki en iyi işletme ile karşılaştırarak rekabet gücümüzü korumamıza yardım eder.

Stratejik yönetimin genel olarak işletmelere geleceğe bakarken önünü görme vizyonu sağlaması ve bu şekilde olası tehlikelerden kaçınırken önümüze çıkan fırsatların işletme lehine olumlu değerlendirilmesini sağlar. Stratejik yönetim düşüncesi daima alternatif maliyetlerinde göz önünde bulundurulması anlamını taşımaktadır. Gerek işletme yönetiminde bütün kademelerde, gerek işletmenin işletme dışı diğer kurum ve kuruluşlarla olan ilişkilerinde alternatiflere açık olmayı, ve doğru alternatiflerde risk almayı gerektirir.

2.2.4.1.1. Stratejik Yönetimin Özellikleri:

- Tepe yöneticileri ve stratejistlerin fonksiyonu,
- Gelecek yönelimli ve uzun vadeli amaçlar ile ilgilidir,
- İşletmeyi açık sistem olarak ele alır,
- İşletme amaçları ve toplum menfaatlerini bütünleştirir,
- Yöneticilerin alt kademelerde yol göstericilikleri ön plandadır,
- İşletme kaynaklarını iyi tanır ve etkili ve verimli kullanır,
- Karar vermede kullandığı bilgi ve veri kaynakları kendine hastır¹²⁶.

¹²⁴ Age, s: 451

¹²⁵ Chip Caldwell, "Kötü Kalitenini Azaltılması" Stratejik Hastane Yönetimi, Çeviren: Osman Akınhay, Sistem Yayıncılık, İstanbul, 1998, s: 40-41

¹²⁶ Ömer Dinçer "İşletmelerde Stratejik Yönetim" Stratejik Yönetim ve İşletme Politikası, Beta Yayınları, 5 baskı, yayın No: 659 İstanbul, 1998, s: 36-37

İşletmenin şekli ve konumu ne olursa olsun stratejik hedef sürekliliktir. Bunun da yegane koşulu kendi alanında rekabet gücünü koruyabilmektir. Bu amaçla müşteri araştırmalarına, hedef gruplara yönelik çalışmalara gerçekten önemli yatırımlar yapmak gereklidir. Müşteri yargılarını yönlendirme konusunda Noriaki Kano'nun Müşteri Yargıları Teorisinden yararlanabiliriz. Kano onların ihtiyaçları ve beklentilerinin düzeylerini anlamamıza yardımcı olmak amacıyla müşteri yargılarını üç düzeyde tanımlıyordu.

I. Düzey: Beklen/olması gereken

II. Düzey: İstenilen/olsa iyi olur

III. Düzey: Beğenilen/müşterilerin iftihar etmesi.

2.2.4.1.2. Stratejik Plan Örneği:

Misyon: Sağlık bakım ve hizmetinde mükemmelliğe ulaşmak; hizmet hastanelerinde standartları iyileştirmek/yükseltmek, dış ve iç müşterilerin ihtiyaçlarına karşılık verecek hizmeti sunmak, personele sürekli eğitim verilmesini teşvik etmek ve uygulamaktır. Hastalar, tıbbi personel ve diğer çalışanlar için ölçülebilir faydalar sağlamaktır. Bizim örnek işletmemiz için ifade edersek, Yasaların verdiği yetki ve Sosyal Sigortalar Kurumunun sağladığı olanakları kullanarak hak sahiplerine sağlanan şartlarda en iyi sağlık ve bakım hizmetini sunmaktır.

Vizyon: İşletmenin Stratejik amacıyla, uzun vadeli niyetiyle ilgili açıklamasıdır. 2004 yılında En iyi sağlık sistemine sahip olma ve öyle tanınmak. Prof. Dr. Canan Çetin HİŞD dergisine yazdığı bir makalede vizyonun üç temel ögesini; amaç, değerler ve imaj olarak özetler. Amaç, işletmenin varoluş nedenini, ne yaptığını, hangi alanda çalıştığını açıklar. Değerler toplumsal değerler yanında işletme kültürünü kapsar. İmaj ise zihinde yaratılan ve gelecekte olması en çok istenilen yer, durum ve değerlerin bir resmidir.¹²⁷

Kalite tanımı: Hastalarımızın, doktorlarımızın, hizmetin bedelini ödeyenlerin, çalışanların ve hizmet ettiğimiz toplumun ihtiyaç ve beklentilerini karşılayan bu hizmetleri sürekli iyileştiren bir çizgide yaptıklarımıza yeni değerler eklemektir.

¹²⁷ Canan Çetin, "Hastane İşletmeciliğinde Vizyon ve Misyon Yaklaşımları" HİŞD (Hastane İşletmecileri Dergisi), cilt 1, sayı 1, Eylül, 1999, s: 6

2.2.4.1.3. Kalite Artırma Yaklaşımı:

Kalite fonksiyonunu yaygınlaştırarak,
 İç ve dış müşterilerin ihtiyaçlarını saptamak ve ölçmek,
 Kaliteyle ilgili her göstergesi iyileştirmek,
 Her süreçteki çevrim süreleri ve değişkenliği azaltmak,
 Hatasız süreç tasarımına yoğunlaşmak,
 Yüzde yüz etkin katılım,
 Ve takım çalışmasına ulaşmak.¹²⁸

2.2.5. Toplam Kalite Yönetimi Sürecinde Yol Gösterici İlkeler

Yol gösterici ilkeler, Müşteri, Çalışan, ve tedarikçilere ve de diğer ideolojik ifadelerle karşı kendi kültür ve prensiplerini tanıtmaya ve benimsetmeye faaliyetidir. İşletme El Kitabı, Proje El Kitabı bu işlevi yerine getirmek için hazırlanır.

Değişim ve dönüşüm projelerinde Misyonun ve Vizyonun iyi bilinmesi doğru kavranması, doğru algılanması gerekir. Bu değişim ve dönüşüm projelerinde belirlenmiş hedef ve politikalar; izlenecek yol ve prosedürler yol gösterici ilkeler Kalite El Kitaplarında anlaşılır bir şekilde yazılı olarak ifade edilirler. Bunları TKY anlayışına uygun olarak yol gösterici ilkeler olarak açıklayıcı bir şekilde ifade edebiliriz.

Strateji yerleştirme haritası; Her ögeyi birbirine bağlayan faaliyet planıdır. Sonuçlar ile vizyon arasındaki boşluğun nasıl doldurulacağını gösterir.

Kalite birinci önceliktir: Ürün veya Hizmette kalite birinci önceliktir. Bunun amacı hasta yararı sonrasında Pazar payı ve karlılıktır. Karlılığı resmi kurumlar için tasarruf veya daha az kaynakla daha çok ürün veya hizmet üretmek olarak algılamak daha doğrudur. Bu amaçla iş ve işlemlerin/ süreçlerin yenilenmesi; karmaşıklığın giderilmesi, standartlaştırılması gereklidir.

Müşteriye odaklanmak: Dış ve iç Müşterilerin talep ve beklentilerinin farkına varmak; bunları karşılamak için çalışmak, uğraş vermek şikayetler başta olmak üzere müşteri seslerine kulak vermektir. Müşteri talep ve beklentilerini objektif ölçümlerle/anket vb belirlemek ve sürekli kontrol altında tutma gereğidir.

¹²⁸ Chip Caldwell, "Güncel Sonuçlar" Stratejik Hastane Yönetimi, Çeviren: Osman Akınhay, Sistem Yayıncılık, İstanbul, 1998, s: 91

Çalışanlarımızın en kıymetli değer olduğunu bilmek: Çalışanların iyi niyetli olduğu varsayımı ile onlara yaklaşmak; çaba, emek ve yeteneklerine saygı duymak girdiler içinde en değerli faktör olduklarını asla unutmamak. Özellikle hizmet üretimi yapan sağlık kuruluşlarında bu durum çok önemlidir.

Doktorlar: Doktorlar hem müşteri hem de partner olarak kabul edilmelidir. Sağlık işletmelerinde işler onların bilgi yetenek ve sorumluluk almaları ile yürümektedir. Değişim süreçlerine mutlaka katılmaları gerekmektedir.

Sürekli iyileştirme anlayışına bağlı tedarikçilerle çalışma: Her şeyi kendimiz üretemeyeceğimize göre dışarıdan temin ettiğimiz ürün veya hizmetleri de TKY anlayışına bağlı tedarikçilerden karşılıklı yarar ilişkileri kurarak almalıyız.

Lider yönetici: Vizyonunu paylaşan başkalarını da aynı doğrultuda harekete geçmesini sağlayacak, takım çalışmasını öne çıkararak, kalitenin önünü açan gerektiğinde astlarına yetki vererek işlerine özendirmek ve işleri ile gurur duymalarını sağlamak; bütün bunları yaparken doğru zamanlama yapan lider yöneticidir.

Kişiliğe ve güvenilirliğe değer verin: İkelere dayanan, bireylere değer veren ilişkiler geliştirmeliyiz. Başkaları ile ilişkilerimizde kendimizi karşımuştakinin/veya başkalarının yerine koyma düşüncesini (empati) alışkanlık haline getirmeliyiz.

Sürekli iyileştirme anlayışının yerleştirmek: Yaptığımız her iş veya işlemde her defasında sistemin bütünü, süreç veya alt süreçlerde mükemmele/sıfır hataya ulaşmak için doğru gözlem, düşünce üretme ve istatistik verilere dayalı raporlar hazırlayarak ilgili ve yetkililere ulaştırmalıyız. Kaliteye ulaşmak için periyodik kontrollere bel bağlamamalıyız. İnsanları süreci iyileştirmeye özendirmeliyiz. Süreç veya alt süreçlerde değişkenliği azaltmanın yollarını sürekli aramalıyız.

Eğitimi destekleyin: Bireylere ve bireylerin gelişmesine önem vererek onların kendilerini geliştirme çabalarını destekleyin. Gerek yaptığı işle doğrudan ilgili olsun gerek olmasın çabaları destekleyin, ödüllendirin.

Yeniliği; yaratıcı düşünceleri hele de işle ilgili ise mutlaka değerlendirin, ilgili uzmanlara iletin. Başarıları övün iyileşmelerin ve bunları sağlayanların farkında olduğunuzu sözlü, yazılı ifade edin; katkı sağlayanları ödüllendirin.

Wesley'in bu Yol Gösterici İlkeleri Dr.Deming'in zincir reaksiyonunu harekete geçirecektir. Bütün bunları yaparken böylesi bir köklü dönüşümün bir gecede olmayacağını bilmemiz gerekir. Kaldı ki değişimin sonu yoktur; bilimin ilerlemesine

paralel gelişme/ değişim devam edecektir. Biz her defasında değişen ve gelişen şartlara göre yeni hedefler ve bu hedeflere ulaşmak için yeni ilkeler ortaya koyarak kesintisiz bir şekilde uygulamaya devam edeceğiz.¹²⁹

2.2.5.1. Corning'in "Kaliteyi Gerçekleştirme" İlkeleri:

- Şeffaf, tartışmasız bir liderlik yapmak
- Müşteri sonuçlarına odaklanmak
- Tüm çalışanları eğitmek
- Çalışanların katılımını sağlamak
- Kalite düşüncesini hem kurum hem de kurumla ilgililere; hatta ulaştıklarımıza anlatmak ve yaygınlaştırmak.
- Bir Kalite Süreci ve kalite araçları sunmak. Şeklinde daha özet olarak verebiliriz¹³⁰

2.2.5.3. Kaliteli Sağlık Hizmetinin Sağlayacağı Yararlar:

-Hastanın fiziksel ve fonksiyonel durumunda mümkün olan en kısa sürede iyileşme sağlar.

-İnsan sağlığının geliştirilmesi, kötü sağlık şartlarının erken tespiti; hastalıkların erken teşhisi ve doğru/uygun tedavinin sağlanması

-Optimum sürede sağlık hizmetinin verilmesini sağlar.

-Hizmet süresince hastaya kendisi veya hastalığı ile ilgili alınan kararlar hakkında bilgi verilmesini sağlar.

-Hastanın sağlık durumu ve hastalığı ile ilgili yeterli ve güvenilir kayıtların oluşturulmasını bu sayede hizmetin izlenebilirliğini sağlar.

-Sağlık sisteminin tıbbi, teknolojik, finansal kaynaklarının ve insan kaynağının en verimli bir şekilde kullanılabilmesini sağlar.

-Personelin uyumlu ve koordineli çalışmasını sağlar; ast-üst ilişkilerinin gelişmesine katkı sağlar¹³¹

¹²⁹ Chip Caldwell, "Organizasyonun Vizyonu" Stratejik Hastane Yönetimi, Çeviren: Osman Akınhay, Sistem Yayıncılık, İstanbul, 1998, s: 94,95,96

¹³⁰ Chip Caldwell, "Organizasyonun Vizyonu" Stratejik Hastane Yönetimi.. Çeviren: Osman Akınhay, Sistem Yayıncılık, İstanbul, 1998 s: 98

¹³¹ Pınar Kılıçoğulları, Sinan Kılıçoğulları, "Sağlık Hizmetlerinde Kalite", Makale Kocaeli Üniv. Tıp Fak. Mikrobiyoloji Ana Bilim Dalı, İzmit, 2000, s: 4

2.2.5.3. Medikal/Tıbbi Süreçlerin Tasarımı:

Bütün süreç ve alt süreçlerde iş akışlarının ve ilgili formların bizzat o süreçlerde görev alanların da katılım ile onların rapor, öneri ve isteklerini de göz önüne alarak periyodik kontrolleri ve güncelleştirilmesi, sadeleştirilmesi hızlandırılması yönünde yapılan çalışmalar; yeni ihtiyaç ve taleplerin karşılanması için düşünülen yeni proses ve proses revizyonlarının uygulamalarıdır. Burada amaç, daha ucuza, daha kısa sürede daha fazla müşteri/hasta tatmini sağlamaktır.

Medikal süreçlerin tasarımı gündeme geldiğinde süreç içinde görev alanlardan veya alacaklardan bir komisyon/ekip oluşturulur. Bu ekipte sürecin teknik veya tıbbi boyutunu bilen iş görenlerin ve bir idare temsilcisinin olması yararlı olacaktır. Bu komisyon gerekli incelemeyi yapar alternatif çözüm ve olası maliyetlerini bir raporla kalite geliştirmeye veya üst yönetime sunar. Üst yönetim uygun görür onaylarsa gerekli kaynak temin edilerek uygulamaya geçilir. Üst yönetim bir karar veremez ise ilgili uzmanlardan kurulan bir komisyonda tekrar görüşülerek alternatif çözümler ve olabirlikleri yine yaklaşık maliyetleri ile yeni raporlar hazırlanır. Tekrar üst yönetime geldiğinde ya uygulamaya geçilir veya projeden vazgeçilir veya beklemeye bırakılır.

Medikal süreçlerin tasarımında; maliyetlerin düşürülmesi, servisler arası kopukluğun azaltılması, hasta ve yakınlarının memnuniyetinin artırılması, sağlık hizmetinde devamlı kalite geliştirme, disiplinler arası işbirliğinin geliştirilmesi ve artırılması, hastane çalışanlarının bilgi düzeyinin artırılması, hastane kalış sürelerinin kısaltılması, hasta ve yakınlarının hastalık hakkında bilgilendirilmesi, Her kademedeki yapılan işlerden kimin sorumlu olacağını belirlenmesi, tıbbi dokümantasyonda otomasyonun sağlanması dikkate alınması gereken durumlardır ¹³²

2.2.6. Hastanelerde Maliyet/Etkinlik; Performans Değerlemesi

2.2.6.1. Geleneksel Yönetim ve Toplam Kalite Yönetiminde Performans

Bugün kuruluşların çoğunda performans ölçüm ve değerlendirmesi ya hiç yapılmamakta veya formaliteden yapılmaktadır. Performans değerlendirmesi amaç

¹³² Ayşe Gürel, "Medikal Süreçlerin Tasarımı İzlenmesi ve Kontrolünde Multidisipliner Aksiyon Planlarının Uygulanması", *Kamu Yönetiminde Kalite*, I. Ulusal Kongre Bildirileri, Editör: Ömer Peker, TODAİE Yayın No: 289 , 1999, Ankara, s: 130

değil TKY temel unsurları arasında yer alan bir araçtır. TKY ve buna paralel sistemlerde performans değerlendirmesi Performans Yönetim Süreci olarak bir alt süreci oluşturmaktadır. Bu süreçte anahtar noktalar; 1.Kurumsal hedef ve stratejilerin açık olarak belirlenmesi, 2.Yatay iletişim ve açık organizasyon modelinin sağlanması, 3.Müşteri beklenti ve ihtiyaçlarının belirlenerek analiz edilmesi, 4.Sürece çalışanların katılım ve katkısının sağlanması, 5.Sürecin ödül, motivasyon ve eğitim sistemleri ile desteklenmesi olmaktadır.¹³³

Kaliteyi düşürmeden maliyet düşürme yenilikleri veya maliyet artırmadan kaliteyi artırmadan kaliteyi artırma yönündeki yenilikler Stratejik üstünlük sağlayacaktır. Burada pazarın/müşterilerin ihtiyaçlarına odaklanmak gerekmektedir. Pazarın ihtiyacı dediğimizde ise bu ihtiyacı belirleme/tanımlama ve ölçmeyi müşteri diliyle ifade edebilmektir.

- Hizmet verme şartnamesine bağlılık
- Hizmet verme şartnamesine uyulduğunun gözlenmesi; periyodik denetimler.
- Varsa sapmaların ve nedenlerinin belirlenmesi, sapmaların giderilmesi; şartnameye uygunluğun sağlanması.
- Tedarikçilerin hizmet kalitesinin incelenmesi.
- Personelin kendi kendisini değerlendirmesi
- Şartnamelerin yeterliliğinin yeniden gözden geçirilmesi.

Gibi konular la ilgili veriler göz önüne alınarak önceden tanımlanmış olan standart ve koşulların hangi ölçüde başarıldığını ölçmek hizmet kalitesini daha da geliştirmek için olanakları belirlemek suretiyle yapılacaktır.

Ülkemizde sağlık hizmetleri koordinasyonunu yapan veya yapması gereken Sağlık bakanlığı sistem gelişip oturana kadar bir akreditasyon komisyonu gibi hastanelerdeki performans ölçüm ve değerlendirmelerini, hasta memnuniyetin ölçerek bir derecelendirme sistemi geliştirebilir. Veya akreditasyon benzeri kontrol ve

¹³³ Murat Toktamışoğlu, "TKY'inde İç Müşteri Memnuniyeti ve Performans Değerlendirmesi" Sağlık Hizmetlerinde TKY ve Performans Ölçümü, Editör: Mithat Çoruh, Haber al Eğitim Vakfı Yayınları, Ankara, Kasım 1996, s: 126.

değerlendirmeleri bir üst kurula verebilirler. Bu değerlendirmeler görece kaliteli sağlık hizmeti üretimi ölçümü ile yapılır ve kalite geliştirme çalışmaları için motivasyon olabilir. Periyodik olarak anketler yapılır ve sonuçları kamuoyuna ulaşacak şekilde açıklanabilirse açıklanan anket sonuçlarına sağlık hizmeti alan kişi ve kuruluşlar daha sağlıklı karar vermiş olacaklar. Sağlık hizmeti sunanlar ise kendilerine çeki düzen vermek zorunda kalacaklardır¹³⁴. Burada önemli olan bu anketlerin ve sonuçlarının objektif ve standart kriterler ile yapılması ve yayınlanmasıdır.

Beş departmanı olan ve her departmanının % 95 lik bir performansla çalışan bir işletmede bir ürün veya hizmet bu departmanın üçünden geçiyorsa %85 performansla üretilmiş gibi olacaktır. Eğer ürün veya hizmet dört departmandan geçmeyi gerektiriyorsa müşteri gözünde performansı; müşterinin performans algılaması/veya memnuniyet derecesi % 80 olacaktır. Halbuki işletme %95 performansla çalıştığını iddia edecektir. Bu durum da yöneticiler ve müşteriler arasında yanıltma ve polemik konusu edilebilmektedir.

2.2.6.2. Personel Performans Değerlendirme

Personelin başarı ve başarısızlığını etkileyen fiziksel, örgütsel, yönetsel, eğitsel ve iş tanımlarına ilişkin çok yönlü sistematik bir analiz olarak performans değerlendirmesi yönetim biliminde yeni yaklaşımlar getirmiştir. Uzmanlaşmanın yoğun olduğu hastane işletmelerinde personelin değerlendirilmesi bu nedenle büyük önem taşımaktadır. Personel performans değerlendirmesi; değer biçme, taktir etme, başarı değerlendirmesi kavramları ile ifade edilmektedir.

Personel performans değerlendirmesi; çalışanların statüsünü değiştiren kararların alınmasında, birim ve kişi performansı hakkında bilgi sahibi olmada, işletme çalışanlarının bilgi, beceri vb gibi iş ve işleyişte doğrudan etkili olan özelliklerinin geliştirilmesi için eğitim programları uygulamada, çalışanlar üzerinde ve çalışanların performans ve gelişiminde yönetsel rolü belirlemede yardımcı olur.

Değerlendirmenin önemli bir amacı da çalışanlara başarılı/güçlü oldukları yönlerini keşfetmede, yanlışlıklarını düzeltmede veya minimize etmede karar verebilmeye yardımcı olmasıdır. Aynı zamanda çalışanların performansın nelerden etkilendiği ve nasıl hangi eğitim yöntemiyle artırılacağına ortaya koymaktır. Sağlık

¹³⁴ Oğuz Engiz, "Sağlık yöneticisinin gözüyle, Amerikanın Sağlık Sistemine Kısa Bir Yolculuk", Görüş Dergisi, sayı 4, Ankara, 1999, s: 25

yöneticileri düzenli olarak personeli ile amaçları, başarıları, eksiklikleri, zorlukları, ve kolaylıkları tartışmalıdır(WHO).

Tyson'a göre değerlendirme sisteminin üç temel elemanı vardır:

- Performans değerlendirmesi,
- Potansiyel değerlendirme,
- Ödüllendirme değerlendirme (Tyson;153)

Başarı (performans) değerlendirmesinin işletmenin şu stratejik amaçlarına hizmet ettiği söylenebilir.

- Personel geliştirme,
- Başarı ölçme; personelin yaptığı katkıyı belirleme ve ödüllendirme,

Performans değerlendirme objektif kriterlere göre, açıklık ilkesine uygun, değerlendirme sürecine personelin de katılımı sağlanarak yapılmalıdır. Başarı veya başarısızlık kişisel, örgütsel, çevresel faktörlerden veya motivasyonla ilgili olabilir. Değerlendirme sisteminin önceden çalışanlarca bilinmesi yararlı olmaktadır. Performans değerlendirmelerinde hastanelerdeki uzmanlaşma yaygınlığı göz önüne alınmalı ve bu iş tek elden değil ilgililerce yapılarak sorumluluk dağıtılmalıdır. Üst düzey yöneticilerin ve alt düzey yöneticilerin performansı ise doğrudan çalışanların performansıyla yakından ilgilidir¹³⁵.

Performans açık usulle veya kapalı usulle yapılabilir. Kapalı usulde üstler veya amirler ve tepe yöneticisi geriye dönük çalışmalara bakarak bir puanlama yapar veya çalışanla ilgili form/rapor doldurur. Burada verilen periyodik puanlar çalışanların dosyasına kaydedilir. Açık usulde ise çalışan form üzerine olumlu, olumsuz kendi görüşlerini yazar¹³⁶. Bu anketler astlara ve üstlere farklı olacağı gibi formlar aynı ancak farklı soru kümeleri dikkate alınarak değerlendirme yapılacak şekillerde hazırlanabilir. Performans değerlemede kişisel etkinlikler ve iş disiplini ile ilgili faktörler göz önüne alınmalıdır.

¹³⁵ Gökhan Baydar, "Kamu Hastanelerinde Personel Performans Değerlendirmelerinde Mevcut Uygulama Çağdaş Yaklaşımlar ve Hastane Yöneticilerinin Konuyla İlgili Değerlendirmeleri", Sağlık Kurumları Yönetimi Bilim Uzmanlığı Tezi (Yayınlanmamış Yüksek Lisans tezi) Hacettepe Üniv. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, 1995, s: 67

¹³⁶ Mehmet Öztürk, "Hastanelerde Performans Değerlendirmesi" (HİSD) Hast. İşletm.Derg., cilt 1, sayı 1, Eylül, 1999, s: 9



ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

**ULUSLARARASI STANDARTLAR ORGANİZASYONU / ISO
KALİTE GÜVENCE BELGESİ VE KALİTE YÖNETİM SİSTEMİ,
VE SSK KÜTAHYA HASTANESİ UYGULAMASI**

3.1. ISO KALİTE GÜVENCE ve KALİTE YÖNETİMİ SİSTEMLERİ

Toplam Kalite Yönetimi ürün veya hizmet üreten işletmelerde süreçlerin tedarikten kontrol altına alınmasıyla başlayan ve müşteri/kullanıcı veya tüketiciye kadar olan her aşama veya alt süreçlerin tamamının birebir takip ve kontrolünü önerir. Burada ürün kontrolü değil süreçlerin ve iş akışlarının birebir tek tek kontrolü söz konusudur. TKY uygulayan bir işletme tedarikçilerini seçerken TKY uygulayan veya kalite yönetim sistemi uygulayan işletmeleri tercih eder veya seçer. Bu da TKY'inin tedarikten önce başladığı anlama gelir.

Oysa bazı kuruluş veya işletmelerde özellikle kamu veya yarı kamu kuruluşu özelliğinde olanlarda gerek yapıları, gerek işlevleri, gerek yönetimlerinin ve iş görenlerinin seçim veya atama şekilleri nedeniyle TKY uygulanamaz. Bu çeşit işletmelerde bütün süreçlerin kontrolü mümkün olmadığı gibi; görev ve yetkilendirmede işletme dışından ve kısıtlı olarak yapılmaktadır. Tedarikçileri seçme sansı da yoktur. İş görenleri ihtiyaca göre ve liyakatlerine göre alamazsınız. Hatta donanım ve sarf malzemelerinde bile bire bir söz sahibi olmayabilirsiniz.

Böyle durumlarda işletme yönetimi kalite geliştirme çalışmalarını İSO Kalite Yönetim Sistemi yoluyla yapmayı tercih edecektir. Çünkü İSO kalite geliştirme programları bütün süreçlerin kontrolünü öngörmemektedir. Onun yerine kontrol edebileceğimiz süreçleri belirlememizi, bunun yanında sistemin bütününde kendi şartlarımızı belirleyip bütün süreçleri tanımlayıp iş görme usullerini ve prosedürleri standart ve yazılı hale getirilmesini ve bunların ilgililere taahhüdünü ve bunları uygulama garantini önermektedir. Ancak burada da işletme kendi sektöründe uluslararası kabul gören belirli bir kaliteye ulaşır ve Kalite Yönetim Sistemi adı altında bunu taahhüt eder ve uygulama garantisini verir. Aksi halde Kalite Yönetimi/Güvencesi geçersiz olur ve belgesi alınır.

Bundan anlaşılıyor ki İSO Kalite Yönetim/Güvence Sistemleri TKY'ine giden yolda ileri doğru atılmış doğru bir adımdır. Zaten TKY de Sıfır Hata Yönetimine giden yolda en büyük veya son adımdır. Eğer bir işletmede tamamen hatasız iş ve işlemler yapılabiliyorsa neden işlerin tamamı, her defasında sıfır hata ile yapılmasını ?...

3.1.1. İSO 9000 /ULUSLAR ARASI STANDARTLAR ORGANİZASYONU KALİTE GÜVENCE SİSTEMLERİ ve ISO 9001:2000 KALİTE YÖNETİM SİSTEMİ

3.1.1.1. Tanım

İSO 9000 Standartlar Serisi etkin kalite sistemi uygulamaları ve kalite artırma çalışmalarını kolaylaştırmak için geliştirilmiştir. Kalite Yönetim Sisteminin temellerini açıklar. İSO 9000 standartları adı altında ürünle ilgili, hizmet ile ilgili, servis şartları, çevre şartları vb. ile ilgili değişik standartlar tanımlamıştır. Müşteri memnuniyeti için yönetimde sistem, işletmede proses yaklaşımını benimsemektedir. Neyin yapılacağını söyler nasıl yapılacağını söylemez. Ekin bir kalite yönetimi için minimum şartları belirtir.

Standardın amacı işletmeler arası güven ortamı yaratmak, proseslerin yönetilmesiyle ürün/hizmet kalitesini sağlamak, devam ettirmek ve sürekli iyileştirmek, müşteriye ürün ve hizmet tutarlılığı açısından güven vermektir. Kalitenin yönetilmesi için genel bir çerçeve sağlamak ve bu çerçeve içerisinde uygulamaları standart hale getirmek; başta ürün yada hizmeti satın alanlar olmak üzere ilgililere belirlediğimiz ve uyguladığımız standardı taahhüt etmektir. Bu standartlar ulusal ve uluslar arası ticarete güveni ve dolayısı ile karşılıklı anlaşmayı kolaylaştıran kalite yönetim sisteminin tamamlayıcı takımını oluştururlar.

3.1.1.2. İSO 9000 Serileri/2000 den sonra ISO 9000:2000 serileri

- İSO 9000:2000 Standardı: Kalite Yönetim sisteminin temelini oluşturur ve terminolojiyi belirler. Terimler ve sözlük.
- İSO 9001:2000 Standardı: Kalite Yönetim Sistemi için kuruluşun müşteri tatmini ve uygulanabilir mevzuat şartlarını karşılayan ürünleri sağlama yeteneğini göstermek ihtiyacında olduğu ve müşteri tatminini artırmayı amaçladığı durumda gerekli olan şartları belirler. Standardize eder.
- İSO 9003:2000 Standardı: Son Muayene ve Deneyle Kalite Güvencesi Modeli

- ISO 9004:2000 Standardı: Kalite yönetim sisteminin etkinliğini ve verimliliğini dikkate alan kılavuz sağlar. Bu standardın amacı kuruluş performansının iyileştirilmesi ve müşterilerle diğer ilgililerin tatminidir.
- ISO 90011:2000 Standardı: Kalite ve çevre yönetim sistemleri tetkiki için kılavuz sağlar.

ISO standartları her beş yılda bir gözden geçirilmekte ve tanımlanmaktadır. En son 2000 yılı gözden geçirmesinde ISO 9001:2000 'de doküman haline getirilmiş prosedür şartlarının sayısı ISO 9000'e göre azaltılmıştır. Zorunlu prosedürler altıya indirilmiştir. Bunun yerine işletmenin Kalite Yönetim Sistemini etkin uygulaması, denetimi, sürekli yenilenmesi ve güncelleştirilmesi ön plana çıkarılmıştır. Toplam kalite yönetimi yönünde ilerleme sağlamıştır.

ISO 9001:2000 Versiyonunda dört ana bölümde yeniden yapılanmıştır:

- Yönetimin sorumluluğu (madde 4-5)
- Kaynak yönetimi (madde 6)
- Ürün gerçekleştirme (madde 7)
- Ölçme, analiz, iyileştirme(madde 8)

3.1.1.3. ISO 9001:2000 Özellikleri/Kalite Yönetim Sistemi Prensipleri

Genel: Kalite Yönetim sisteminin benimsenmesi ve uygulama kararı işletmenin/hastanenin uzun vadeli stratejik bir karardır. İşletme standardın şartlarına uygun olarak bir kalite yönetim sistemi oluşturmalı, dökümante etmeli, uygulamalı, sürekliliğini sağlamalı ve kalite yönetiminin etkinliğini sürekli iyileştirmelidir. İşletme Kalite yönetim sistemi için ihtiyaç duyulan prosesleri ve bunların işletmedeki uygulamalarını belirlemelidir. Bu proseslerin sırasını ve birbirleri ile etkileşimlerini tayin ve tespit etmelidir. Proseslerin işleyiş ve kontrolü için kriterler ve metotları belirlemeli. Uygulanan prosesleri izlemeli, ölçmeli, ve analiz etmelidir. Planlanan hedeflere ulaşmak ve proseslerdeki sürekli iyileştirmeyi sağlamak için gerekli faaliyetleri de uygulamalıdır.

İşletmedeki bütün prosesler, varsa alt prosesler ve iş akışları standardın şartlarına uygun olarak yönetilmelidir. Ürün veya hizmet şartlarını etkileyecek herhangi bir prosesi veya prosesleri dış kaynaklı hale getirmeyi/başka bir işletmeye yaptırmayı tercih ettiğinde proseslerin kontrolünü sağlamalı ve tanımlamalıdır. Yine bütün bu uygulamalarını standardın öngördüğü şekilde kayıt altına almalıdır.

Kalite Yönetimi Prensipleri:

Müşteri Odaklılık: İşletmenin devamlılığı doğrudan müşterilere bağlıdır. Bu nedenle yöneticiler Müşterilerin mevcut ve gelecekteki ihtiyaç ve beklentilerini anlama ve yerine getirme yeteneklerine sahip ve mevcut durumun üzerine çıkmaya istekli olmalıdırlar. Müşterilerin (iç müşteriler dahil) memnuniyeti hem araç; hem amaç olmalıdır.

Liderlik: Liderler kuruluşun amaç ve idare birliğini oluştururlar. Lider, kişilerin ve kaynakların hedefe ulaşılması için tam olarak katılımını ve hedefe yönlendirilmesini aynı zamanda buna ortam oluşturabilen kişi veya yöneticidir.

Katılımcılık: Her kademedeki ve her seviyedeki personelin emek, bilgi, yetenek ve deneyimlerinin kuruluşun yararına kullanılmasını sağlar.

Proses Yaklaşımı: İşletmedeki iş ve işlemlerin birbiri ile ilişkilerinin/ etkileşimlerinin tanımlanması ve iş akışlarının koordine edilmesini kolaylaştırır.

Yönetimde Sistem Yaklaşımı: Birbiri ile ilgili proseslerin bir sistem olarak tanımlanması; anlaşılması ve yönetilmesi karşılıklı etkileşimleri ve koordinasyonunu dolayısı ile de işletmenin etkinliğinde ve verimliliğinde önemli etkindir.

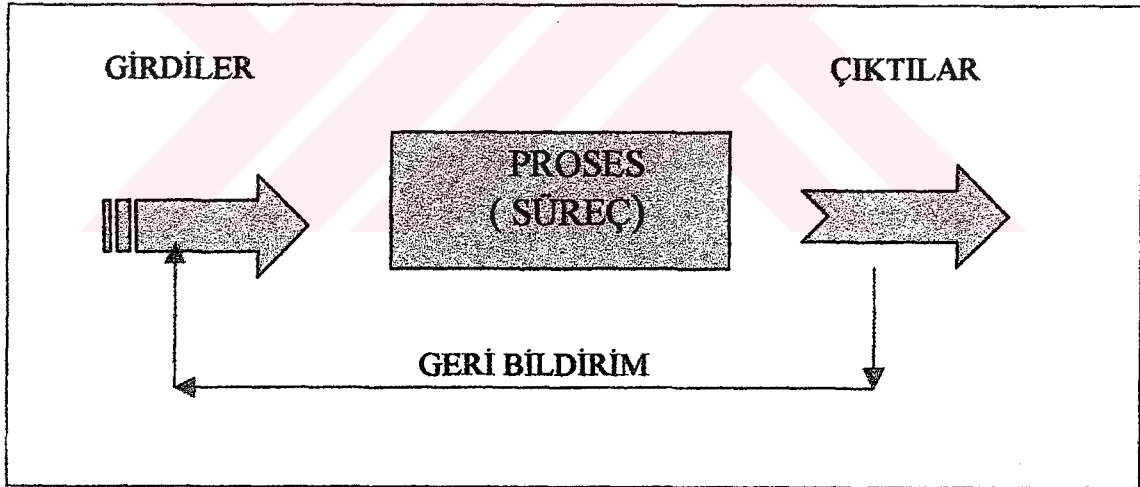
Sürekli İyileştirme: İşletmenin zamanının icaplarına ekonomik, politik, hukuksal ve diğer şartlara göre sürekli bir iyileştirme, geliştirme hatta değişim içinde olmalıdır. Aksi halde hiçbir işletmenin ömrü sonsuz veya fazla uzun olamayacaktır. Değişim, varlığını devam ettirmenin tek yolu olabilir.

Diğer: Yukarıda sayılanlar dışında verilere, analiz sonuçlarına yani bilgiye dayanan kararlar almak, gerçekçi kararlar almak, olabildiğince hızlı karar alıp çabuk uygulamaya geçmek, tedarikçilerle dürüst ve karşılıklı yarar ilkesi gözetmeyi kalite yönetimi şartları olarak sayabiliriz.

3.1.1.4. Proses Yaklaşımı :

TS EN ISO 9001: 2000 standardı/kalite yönetim sistemi; müşteri şartlarını karşılamak sureti ile müşteri memnuniyetini artırmak için kalite yönetim sisteminin sürekli geliştirilmesi ve etkinliğinin artırılmasında proses yaklaşımını teşvik eder. Kuruluş etkin ve verimli çalışması ve sürekli gelişme sağlayabilmesi için birbirine bağlantılı faaliyetleri tanımlamalı ve yönetmelidir.

Proses; kaynakları kullanan ve girdilerin çıktılara dönüşümünün sağlanması için yönetilen ve birbiri ile bağlantılı faaliyettir. Bazen bir işlem proses olarak ele alınırken ardışık işlemler bütünü de proses olarak ele alınabilir. Bir prosesin çıktısı bir başka prosesin girdisini teşkil eder. Proseslerin tanımlanması ve etkileşimleri ile birlikte yönetilmesine "Proses yaklaşımı" denir. Proses yaklaşımının temel faydası; proseslerin ayrı ayrı kolay kontrolünü sağlar hem de prosesler arası bağlantı ve etkileşimlerin kontrolünü kolaylaştırır.



Sekil 3.1: Proses Şeması

Kaynak: TSE Kalite Yönetimi Temel Eğitimi Broşürü, Ankara, 2001

Proseslerin ve proses etkileşimlerinin doğru tanımlanması halinde değişim ya da iyileştirme yapılacak prosese PUKO döngüsünü uygulayarak aksaklıkların giderilmesi ya da prosesin yenilenmesi kolaylaşacaktır. PUKO döngüsü kısaca; Planla, Uygula, Kontrol et, Önlem al; Planla... şeklinde prosesler veya alt prosesler için klasik düzeltme, iyileştirme ya da yenileme yöntemidir.

Planla: Kuruluşun politikası ve müşteri isteklerine uygun sonuçların ortaya çıkması için objektif hedefleri ve prosesleri oluştur.

Uygula: Proseslerin uygulanmasını ifade eder.

Kontrol et: Prosesleri ve ürünü politikalar ve ürün şartlarına göre izlemeyi, ölçmeyi ve sonuçlarını rapor etmeyi ifade eder.

Önlem al: Prosesin performansını sürekli iyileştirmek için gerekli tedbirleri içerir.

3.1.1.5. İSO 9001:2000 Kalite Yönetim Sistemi Uygulamaları İçin Öneriler

İSO 9000 kalite yönetim sistemleri esas itibari ile proses tanımları ve proses standartlaşması ve kontrolünü öngörmektedir. Bu haliyle sanayi işletmelerinde uygulanması ve daha fazla yarar sağlaması düşünülebilir. Oysa sağlık işletmeleri gibi tamamen hizmet üreten işletmelere kalite artırma aracı olarak yeterli görülmeyebilir. Ülkemizde İSO 9000 kalite güvence belgesi alan bazı özel sağlık işletmeleri (Acıbadem hastanesi, Bayındır tıp merkezi; Doğan hastanesi vb.) sağlık işletmeleri için daha uygun olduğunu ileri sürdükleri JCAHO (Hastane Akreditasyon Komisyonu) Akreditasyon standartlarına yönelmişleridir.

JCAHO Akreditasyon standartlarının amacı; hastane ve diğer hastane bakımı veren kuruluşlarda hizmet standartları kalitesini oluşturmak, izlemek ve denetlemek olarak tanımlandı. Kurallar içerisinde; üst yönetim liderliği, süreç odaklılık, performans iyileştirme ve hasta bakımı gibi faktörlerin yanında bilgi yönetimi ve çevresel konusunda temel şartlar vardır¹³⁷. Ayrıca diğer kalite yönetim sistemlerinde olduğu gibi sürekli iyileştirme, verilere dayalı karar alma, stratejik yönlendirme vb. de vardır.

3.1.1.6. Toplam Kalite Yönetimi Uygulaması

TKY uygulaması uzun bir geçiş dönemi gerektirdiği, kamu kurumlarında neredeyse hiç uygulanamayacağı, uygulanmasının toplumun belirli bir eğitim ve kültür düzeyine erişmesi gerektiği iddiaları ve yine belirli bir örgütsel kültür, felsefe gerektirdiği, arz-talep dengelerinin oturmuş olması gerekliliği, ve haksız rekabetin olmayacağı ortamlarda uygulanabileceği öngörü ve görüşleriyle zorluklar

¹³⁷ Okan Demir, "Sağlıkta Kalite Standartları" *Kapak*, Sayı 3, Ankara, . 1994 , s: 16

sergilemektedir. TKY uygulamalarındaki bazı başarısız örnekler de her ne kadar işletmelerin yeterince hazır olmadıklarına bağlansa bile yukarıdaki gerekçelere paralellik göstermektedir; bu çekinceleri kuvvetlendirmektedir. TKY ile ilgili tanımlar, varsayımlar ve sağlık işletmelerindeki uygulama koşulları önceki bölümlerde geniş olarak anlatılmaktadır.

3.2. KÜTAHYA SSK HASTANESİ İSO 9001/2000 KALİTE YÖNETİMİ UYGULAMASI

3.2.1. İşletmenin/Hastanenin Tanıtımı

Kütahya SSK Hastanesi; resmi olarak 200 yatak, fiili olarak ta 325 yatak kapasitesi ve 500'e varan personel sayısı ile temel işlevi sağlık hizmeti olan bir sağlık işletmesi/veya kuruluşudur. Ancak norm kadroda gösterilen yüze yakın kadrosu atamalarda çarpık sistem nedeniyle aynı kurumun başka hastanelerinde bulunmaktadır. Yönetim ve denetim olarak Sosyal Güvenlik Bakanlığına bağlı faaliyet gösteren SSK sağlık işleri daire başkanlığının taşra hizmet hastanesidir. Üst kurumun finansman kaynaklarına uygun olarak yarı resmi/ kamu, yarı özerk bir işletme olarak tanımlayabiliriz¹³⁸.

3.2.1.1. Hastanenin Yeri

SSK Kütahya hastanesi, Kütahya'nın batısında merkezine 2.5 km uzaklıkta Evliya Çelebi Mahallesi ile Yeni Mahalle arasında bulunmaktadır. Kütahya -Tavşanlı yoluna 150-200 metre uzaklıktadır. Ulaşımı Belediye özel halk otobüsleri veya hat minibüsleriyle yapılmaktadır. Halen hizmete açıl olan üç binası ve toplam 23000 m2 kullanım alanıyla hizmet vermektedir. Ayrıca iki blok halinde 20 dairelik ikamet binası vardır. Yine hastanenin kendi bahçesinde on katlı, bitişik, üç blok halinde toplam kullanım alanı 30000 m2 olan ek binalarının yapımı devam etmektedir¹³⁹.

¹³⁸ SSK Kütahya Hastanesi Müdürlüğünden elde edilen sözlü ve gözlemsel bilgiler.

¹³⁹ Hastane Bahçesindeki Şantiye Şefliğinden, elde edilen sözlü ve gözlemsel bilgiler.

3.2.1.2. Hastanenin Tarihi

SSK.Kütahya Hastanesini temeli 1964 yılında atılmış, 1968 yılı şubat ayında 120 yatak ruhsatlı Dahiliye, Hariciye, Nisaiye, Göz, KBB ve Röntgen Servisleri ile faaliyete geçmiştir. Açılışında 4 uzman tabip, 2 pratisyen tabip, 1 diş tabibi, 1 eczacı, 2 sağlık memuru, 7 idari memur, 44 hizmetli personel ile hizmete başlamıştır.

Daha sonra 1975 yılında 3 kat intaniye - göğüs hastalıkları klinik binası ,5 katlı poliklinik binası, 2 bloktan oluşan 5 katlı 20 daireli hizmet/lojman binasının temeli atılmış ve bu ek tesislerle 1981 yılında hizmete girmiştir. 120 Yataklı hastanenin ruhsatı 200 yatağa çıkarılmış, 1987 yılından başlamak üzere bir çok defalar hastane ruhsatlı yatak sayısı 255 yatağa çıkarılmak istenmiş fakat Sağlık Bakanlığından gerekli izin alınamamıştır.

11.11.1987 tarihinde hastanemize 4 makineli hemodiyaliz servis açılmış ve bu makine sayısı 1996 yılında 4 makine daha ilave edilerek 8 makineli hemodiyaliz servis olarak hizmet vermektedir. Genel Müdürlüğümüzce 3 makine daha verilmiş halen montajı yapılmaktadır. 2 makine içinde satın alınması için yetki verilmiştir bu ihale aşamasındadır. Bu işlemler tamamlandığında toplam 13 Hemodiyaliz Makinemiz olacaktır. 1994 yılında 4 yataklı koroner yoğun bakım servis, 1996 yılında 4 yataklı yoğun bakım birimi hizmete girmiştir. 1995 yılında hastane içerisinde gerekli tadilat yapılarak mutfak en üst kata çıkarılmış, 1997 yılında yine hastane içerisinde gerekli düzenleme yapılarak yeni bir acil servis biyokimya ve bakteriyolojik tetkikleri yapan oto analizörlü merkez laboratuvar ile ayrıca patoloji laboratuvarı ve çocuk servisimizde de ayrı bir küvez bölümü oluşturulmuştur.

1998 senesi içerisinde de 375 yataklı kadın doğum ve çocuk hastalıkları hastanesi inşaatının ihalesi yapılarak 22 Aralık 1998 tarihinde temeli atılmış halen inşaatı devam etmektedir. Eylül 1999 ayında hastanemize bilgisayar otomasyonu satın alınmış, poliklinikler, ameliyathane ve laboratuvar dışındaki tüm birimlerimiz işlemlerini bilgisayarla yapmaktadır.

Hastanemizin Boya, Tadilat, Tamirat ve onarım işleri Kurumumuz ve Hastanemiz bünyesinde faaliyet gösteren Derneğimiz imkanlarıyla yapılmaktadır. Ayrıca SSK.Emet ve Hisarcık Sağlık İstasyonu Hastanemize bağlı olarak faaliyet göstermektedir. Halen SSK.Kütahya Hastanesi 200 kadro, 325 fiili yatakla 30 uzman, 7 tabip, 5 diş tabibi, 8 eczacı, 88 hemşire, 11 ebe, 21 sağlık teknisyeni ve laborant, 43

idari memur 123 diğ er personel olmak üzere toplam 334 personelle yıllık ortalama 12449 yatarak, 334779 ayaktan müracaat eden hastaların muayene ve tedavilerini sağlayarak Kütahya ve çevresine yoğun bir şekilde hizmet vermektedir¹⁴⁰.

3.2.2.3. Durum Tespiti

SSK Kütahya Hastanesinin işleri ve bunların uygulama biçimleri, istatistik verilerle ilgili bilgiler hastane kayıtlarından elde edilebilir. Çünkü hastane kayıtları adli/hukuki yükümlülükler de taşıdığı için kayıtlar düzenli tutulur ve güvenilirlerdir. Ancak arşivlerdeki düzensizlikler nedeniyle istenilen belgelere ulaşmak kolay olmayabilir.

Konu hasta memnuniyeti ve kaliteyle ilgili ise SSK Kütahya hastanesinde durum tespiti sayılabilecek ilk bilimsel çalışma 2001 yılının başında araştırmacı Çelebioğlu Fatih tarafından yapılmıştır. Yapılan bu çalışmada yarısı poliklinik hastası, yarısı yatan hasta olmak üzere toplam 100 hastaya anket uygulanmış Hastaların hastane hizmetlerinden genel memnuniyet düzeyleri ortaya konmaya çalışılmıştır. Özelde ise o dönemde hastanede yeni uygulanmaya başlamış olan telefonla randevu uygulamasından memnuniyetleri irdelenmiştir.

Yapılan bu çalışmanın sonuçlarına göre hastaların telefonla randevu sistemine büyük oranda uyum sağladıkları gözlenirken genel hizmetlerden memnuniyetleri hizmetin çeşidine göre %35-40 oranlarında kaldığı tespit edilmiştir. Bu çalışmada çarpıcı bir yön de hastaların memnuniyetinde tanıdık doktora veya genel olarak doktorlara güvenin önemli bir unsur olduğu ortaya çıkmıştır¹⁴¹. Çalışma sonuçlarına göre doktora güvenme veya bir anlamda sığınma kalite gibi veya kaliteli hizmet olarak algılanmaktadır. Bu durum iki nedenle ortaya çıkmış olabilir: birincisi doktorun hastanedeki konumu ve en etkili , karar verici konumda olmasından. İkincisi de hekimin bire bir yaptığı tıbbi tedavi hizmetinin teknik uygulama olmasından ve sağlık hizmetinin diğ er unsurlarının düşük kalite nedeniyle geri plana düşmesinden yada her iki nedenden kaynaklanmaktadır.

¹⁴⁰ Ek: 2: "Hastanesinin Tarihçesi" (Hastane kayıtları)

¹⁴¹ Fatih Çelebioğlu, "Hizmet Sektöründe Müşteri Hizmetleri, Kalitesinin Yükseltilmesi ve Kütahya SSK Hastanesinde Bir Uygulama" DPÜ SBE yayınlanmamış yüksek lisans tezi, Kütahya, 2001

3.2.2. Değişimin İhtiyacı

Ülkemizde hastane hizmetlerinden genel bir yakınma gözlenmektedir. Hastalar yeterli ve kaliteli hizmet alamadıklarından yakınır; çalışanlar yeterli ücret alamadıklarından ve çalışma koşullarının kötülüğünden şikayet ederler. Yöneticiler ise yeterli kaynak verilmediğinden ve politik baskılardan, yetkisizlikten şikayet ederler. Basında hemen her gün hastanelerle ilgili bir olay dramatize edilerek bazen de çarpıtılarak ve uzatılarak anlatılır. Kamuoyunun duyguları ve dikkatleri kendilerine çekilmeye çalışılmaktadır.

Gerçekte ise herkes kendi açısından haklıdır. Çünkü söylenenlerin her birinde kısmen doğruluk payı vardır. Görülen odur ki önceki bölümlerde de değinildiği üzere esas problem sağlık sistemindeki bozukluk veya çarpıklık ve sağlık hizmeti işletmelerindeki kötü yönetim; hatta yönetimsizliktir. Ancak olan hastaya yani sağlık sisteminin merkezindeki insanlara ve ülke kaynaklarına olmaktadır. Sağlık sistemindeki ve uygulamalarındaki her bozukluk veya çarpıklık kaliteyi düşürmekte; düşük kalite de bedel ödeyenlere ek yük getirmektedir, üstelik karşılığında da bir şey elde edilmemektedir.

SSK Kütahya Hastanesinin de yukarıda söz edilen eksikliklerin tamamı ve üstüne üstlük taşrada bir hizmet hastanesi olmanın getirdiği olumsuzluklar (eğitim düzeyi düşüklüğü, fakirlik, vb.) vardı. Bu şartlar altında yapılan çalışmalarda hasta memnuniyetinden bahsetmek bile zorlama bir tanım oluyordu. Sonuçta hata kabul etmeyen sağlık hizmetlerinde hasta memnuniyeti % 30- 40 arda kalıyordu¹⁴².

Bütün bunların üzerine ülkemizde 2001 şubat bütün sektörleri etkileyen genel bir kriz başladı. Kiriz ağırlıklı olarak finans krizi idi ama finanssal olarak bütün sektörleri etkiliyordu. Tam da bu sırada Sosyal Güvenlik Bakanlığı ve SSK Genel Müdürlüğü değişim ve kalite artırma çalışmalarına başlıyordu. Değişim konusunda maddi, manevi ve mevzuat desteği vermeyi taahhüt ediyorlardı. Kiriz dönemlerinde en doğru yolun değişimden geçtiğini yöneticilerimizin bilmediğini; öngörmediğini düşünmek ve bu kararları tesadüfe bağlamak haksızlık olur.

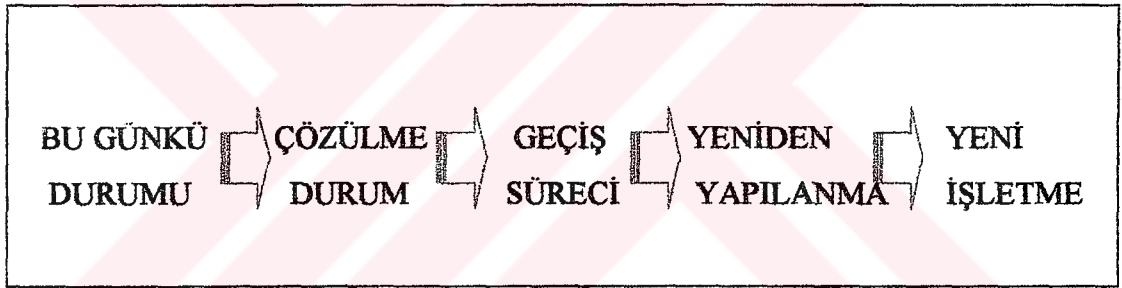
O program sonunda iki yıl içinde SSK hastanelerinden 40 hastane ve bir o kadar da bağlı işletme İSO Kalite güvence belgesi veya kalite yönetim sistemi belgesi alıyordu. Örnek işletmemizde değişimin finansmanı ise sağlık hizmetini alan hasta veya

¹⁴² Fatih Çelebioğlu, "Hizmet Sektöründe Müşteri Hizmetleri Kalitesinin Yükseltilmesi ve Kütahya SSK Hastanesinde Bir Uygulama" DPÜ SBE yayınlanmamış yüksek lisans tezi, Kütahya, 2001

yakınlarından alınan katkılardan, sağlık hizmeti dışında kalan diğer hizmetlerin karşılıklarından ve yerel sendikaların katkılarıyla sağlandı. Burada çalışanların inanmışlığı ve gayretlerini yapılan işlerin finansmanı kadar önemliydi.

3.2.3. Değişimin Planlaması ve Finans Kaynağının Oluşturulması

Değişim/dönüşüm önce var olan durumun kabullenilmesi ve egemen tutumların çözülmesi ile başlamalıdır. Kurt Lewin'in görüşüne göre değişim yalnızca hızlandırıcı güçlerin oluşturulup yönetilmesine bağlı değil aynı zamanda engelleyici güçlerin de kontrol edilmesini gerektirmektedir. Bir işletmedeki değişim basit bir teknolojik değişim değildir. Çoğu zaman işletmenin hedefi, iş yapma usulleri, felsefesi, işletme kültürü de değişmektedir. Bu nedenle değişim bir caba, emek ve belirli bir zaman dilimini gerektirir. İşletmedeki değişim süreci beş farklı aşama olarak tanımlanabilir.



Şekil 3.2: İşletmedeki değişim/dönüşüm aşamaları

Kaynak: ISO 9000: 2000 Kalite Yönetim Sistemi Temel Eğitimi (TSE eğitim dokümanları)

Dönüşüm Modeli İçin:

- stratejik planlama
- Pazar/dış müşterilerin değerlendirilmesi
- Faaliyet planı
- Bütçeleme ve finans yönetim
- İnsan kaynakları yönetim
- Tedarikçi yönetimi ¹⁴³

¹⁴³ Chip Caldwell, "Dönüşüm Modeli", Stratejik Hastane Yönetimi, Çeviren: Osman Akanhay. Sistem Yayıncılık, İstanbul, 1998, s: 23

Model konusunda tüm işletme anlaşmış; Model de anlaşılmış olmalıdır. Model konusunda genel çerçevede anlaşılmamış ise çözümler; birbirlerini engelleyici olabilirler. Ortak düşünüş ve anlayış birliği oluşturulmalıdır. İşletme sağlık işletmesi olduğuna göre bu pazarın ihtiyaçları(Büyüklük, beklentiler, sosyolojik ve psikolojik yapılar vb) doğrultusunda Hekim-Hastane işbirliği karşılıklı yarar ilkesine göre sağlanmalıdır. Hekimler, hem hastanenin en kritik iş ve işlemlerini yaparlar, hem sorumluluk alırlar, hem de müşterileri/hastaları en çok etkileme gücüne ve yeteneğine sahiptirler.

Değişim ve dönüşümün en büyük handikaplarından biri de kuşkusuz gerekli olan finans kaynaklarıdır. Ancak iyi bir fizibilite yaparak; uygun, uygulanabilir projeler ilgililere ve kamuoyuna iyi anlatılır ve doğru zamanda uygulamaya geçilirse destekleyenleri olacaktır. Bu durum özel sektör de daha fazla kar/kazanç umudu ile kendini finanse edebilirken, kamuda da kamuoyu baskısına dönüşerek ve olumlu intibaları artırmak için olumlu projelerin desteklenmesi ve kendi zamanlarında başarılması amaçlı benimsenmektedir. Zaten olumlu sonuçlar alınmaya başlandığında her türlü kıskançlık ve taktir değerlendirmelerinde destek gelecektir. Bu durum bitirilen bütün projelerde böyle olmuştur, öyle de olacaktır.

Değişimin Yönetilmesi:

- Yenilenme hızı
- Kötü kalite maliyetinin azaltılması
- Müşteri yargısının öğeleri
- Sistemlerin koordinasyonu
- Destek altyapısının kurulması
- Sürekli iyileştirme çemberi
- Değişkenliklerin azaltılması
- Çalışanların yetkilendirilmesi

3.2.4. Yasal Prosedürler

Bağlı bulunulan Sosyal Sigortalar Genel müdürlüğünün onayı ile İSO Kalite Güvence Belgesi/daha sonra Kalite Yönetim Sistemi belgesi almak üzere TSE'ne yazılı müracaat edilmesi ve programa dahil olmak. TSE kendi hedef plan ve programlarına göre destek eğitim programının zamanı, yeri ve programa kabul edebileceği eğitilecek personel sayısının üst sınırını bildirir.

3.2.5. İSO 9001:2000 Kalite Yönetim Sistemi Kütahya SSK Hastanesi Uygulama Aşamaları

Kalite Yönetim Sistemi veya bir akreditasyon sistemine geçerken ilk adım Üst Yönetimin karar vermesi gereklidir. Daha sonraki aşamalarda ise destek ve kararlılığını sürdürür. İkinci adım Kalite koordinatörünün/proje yöneticisi atanması ekibinin oluşturulmasıdır. Üçüncü adımda işletmenin vizyonu, misyonu, işletme değerleri ve hedeflerinin belirlenmesi gerekir. Geçiş planı hazırlanarak bütün bunların doğrultusunda planlı eğitimlere başlanır.¹⁴⁴

Bir sonraki adım öncü veya lider çalışanların belirlenmesidir ki bunlar değişime inanmış gönüllü personellerdir. Öncüler içinde başta doktor olmak üzere yeterli sağlık personeli bulundurulmalıdır. Bunlar birimlerde liderler veya ekip lideri olacak kimseler olmalıdır.

Bundan sonraki adımlar işletmeyle ilgilidir. İşletmenin örgütsel yapısı ve yönetsel süreçlerin incelenmesi ve ana ve alt süreçlerin belirlenerek tanımlanması gerekir. İş ve işlemlerde 5 düzeltme uygulaması; standart ve disiplin oluşturma formülünün uygulanması. Uygulamayı kısaca şu şekilde açabiliriz:

Sınıflandırma; gerekli gereksiz ayrımı ve gereksizlerin uzaklaştırılması

Düzenleme; kolay elde edilebilecek şekilde yerleştirme

Temizlik; cihaz ve malzemelerin korunması

Standartlaştırma; temel işlerin sürekliliğinin sağlanması

Disiplin; yeni alışkanlıkların yerleştirilmesi ve sürdürülmesi¹⁴⁵

¹⁴⁴ Rıdvan Bozkurt, "Toplam Kalite Uygulaması (makale)" Toplam Kalite Yönetimi, Anahtar Dergisi, MPM, Yayını, sayı 118, Ankara, Ekim 1998, s: ?

¹⁴⁵ Age, s: ?

Daha sonraki aşamalarda öneri ve değişiklik sistemleri, tedarikçilerin geliştirilmesi, kıyaslama veya performans değerlendirmeleri il sistemin sürdürülmesi devamlılığı sağlar. İşletmenin birimleri arasında kıyaslama, sektördeki en büyük veya en iyi işletmelerin uygulamaları ile kıyaslamalar yolu ile ileriye dönük geliştirme/iyileştirme ve süreklilik sağlanmaya çalışılır.

3.2.5.1. Lider Çekirdek Kadronun Eğitimi

Müracaatın onaylanması ve eğitim programının belirlenmesinden sonra eğitime katılacak yeter sayıda, tercihen her kademeden ve gönüllü personellerden, gönüllü yok ise yönetimin belirlediği çekirdek kadronun oluşturulması. Bu aşamada hastane yönetiminin de uygun görmesi ile başhekim, bir pratisyen doktor, personel müdür yardımcısı, bir eczacı/baş eczacı, bir yüksek okul mezunu memur, iki hemşire/biri başhemşire, baş teknisyen olmak üzere sekiz kişilik çekirdek kadro TSE'nin verdiği beş tam günlük sertifikalı eğitim programına müracaat etmiş ve kabul edilmişleridir.

Eğitim sonrası hastaneye dönen sertifikalı lider kadronun yardımıyla yine tercihen gönüllü personellerden oluşan, değişim ve eğitim çalışmalarına yatkın olan on beş kişilik bir grup iç eğitime alınmıştır. Bu şekilde lider kadro genişletilmeye, yeki dağıtımına ve iş bölümünün yaygınlaştırılarak dağıtılmasına çalışılmıştır. Bu eğitimlerin bir parçası olarak lider kadrolar ve diğer gönüllü personeller yakın illerdeki kalite güvence belgesi almış hastanelere gönderilerek uygulamaları yerinde görmeleri ve bilgilenmeleri sağlanmıştır. Bu programda SSK Bozüyük Hastanesi, SSK Eskişehir Bölge Hastanesi, SSK Soma Hastanesine gönüllü veya ilgili personeller dönüşümlü gönderilerek uygulamaları yerinde görmeler, bilgilenmeleri, ve doküman toplamları sağlanmıştır. Bu programlar eğitim yanında giden personellerin hem ödüllendirilmesini sağlarken çalışma heves ve motivasyonlarını artırmıştır.

3.2.5.2. Kalite Politikası ve Kalite Hedefleri

Yönetim ve değişime inanan lider çekirdek kadronun önderliğinde hastane işletmesinin kalite politikası hazırlanmıştır. İşletmenin Kalite Politikası Yasal şartlar içerisinde kalite, amaç ve uygulamalarla ilgili genel çerçeveyi ve taahhütleri içeren bağlayıcı metindir. İlgililerin görüşleri sorulmuş, değişim ve işletme hedefleri göz

önünde bulundurularak Kalite Politikasına son şekli verilmiştir. Kütahya Hastanesi Kalite Politikası aşağıdaki şekilde son şeklini almıştır.

3.2.5.1.1. Kütahya SSK hastanesi Kalite Politikası:

“Yasa ve Yönetmeliklere Bağlı Kalarak; Hastaların Talep ve Beklentileri Doğrultusunda; Kalite Yönetim Sistemi Şartlarını Uygulayıp; Etkinliğini Sürekli Geliştirerek, Çevreye Duyarlı, Eğitimli ve Güler Yüzlü Personelimizle, Hızlı Güvenli ve Kaliteli Sağlık Hizmeti Sunmak; Hasta ve Personel Memnuniyetini Artırmaktır.”¹⁴⁶

3.2.5.1.2. Kalite Hedefleri:

SSK Kütahya Hastanesinin ana hedefleri belirlenmiş uygulanabilirlik düzeyinde yazılı hale getirilmiştir. Burada hastanenin kalite yönetim sistemine ilk geçtiği dönemdeki çalışmaları yerine 2004 yılı kalite hedeflerinden örnekler vermeyi doğru buluyorum. Bu hedeflerin bazılarını şöyle sıralayabiliriz:

- Ameliyathane ve doğum hane girişlerine fotoselli ve şifreli kapılar koyarak giriş çıkış kolaylığı sağlamak ve ortamın hijyenini daha iyi duruma getirmek,
- Ameliyat sonrası enfeksiyonları % 2'nin altında tutmak,
- Hastane eczanesinden ilaç verme süresini hastaların % 60'ı için 30 dakikanın altına indirmek,
- Tüm personele yılda ortalama 8 er saatlik eğitim vermek veya verdirmek,
- Hastanede genel hasta memnuniyetini % 80'in üzerinde tutmak,
- Hastane personel memnuniyetini % 60'ın üzerinde tutmak ve motivasyon sağlayıcı önlemler almak,
- Hastanede hasta ölüm hızını % 3' ün altında tutmak vb. dir¹⁴⁷.

3.2.5.3. Eğitim ve Teknik Danışmanlık

Sıra İSO Kalite Güvence Belgesi, kalite bilgisi ve değişim konularında, hastanenin Kalite politikası ve hedefleri konularında tüm personelin bilgilendirilmesi ve eğitilmesine gelmiştir. Unutulmamalıdır ki değişimin en etkili faktörü eğitimidir. Bu konularda yardım almak üzere Kalite Güvence eğitimi almış bu konularda deneyimi

¹⁴⁶ Kütahya SSK Hastanesi “Kalite El Kitabı / KEK” Kütahya 2001

¹⁴⁷ SSKB Kütahya Hastanesi Baştabipliği “2004 yılı Kalite Hedefleri” KEK, Kütahya 20. 2.2004

bulunan bir danışman tutularak yol gösterici olmuş ve eğitimlere katkıları sağlanmıştır. Bu şartlar yerine getirildikten sonra bir eğitim komitesi ve eğitim programı oluşturularak en tepedeki personelden en alt kademedeki personele kadar eğitimlere başlatılmıştır.

Her yenilik veya olumlu gelişmede yeni bilgilere ihtiyaç duyulmaktadır. Bazen ilgili konu hakkında teknik bilgilerin bilinmesi bile yetmemektedir. Öğrenilenlerin işe yarar, uygulanabilir şeyler olduğuna inanılması için bu bilgilerin içselleştirilmesi gerekmektedir. Yenilikler, bilinmezlikler doğal olarak her zaman biraz da korku veya kaygı ile karşılanmaktadır. Acaba statümü kaybeder miyim? acaba uygulaması mümkün olur mu? veya başarılı olabilir miyiz? Gibi düşüncelerden kurtulmak ve bütün çalışanları kurtarmak için elimizdeki en önemli silah eğitimidir.

3.2.5.4. Çalışma Guruplarının/Ekiplerin Oluşturulması

Kalite Güvence Başkanlığı/proje yönetim birimi ekibi oluşturularak başkanlığına sertifikalı bir hekim tam yetkili görevlendirilmiştir. Kalite Güvence Başkanlığı/Kalite Yönetim Başkanlığı hem yönetim adına işlerin yürütülmesi hem de koordinasyon ve denetimlerini üstlenmiştir. Hastanemizdeki proses ve alt proseslerin tanımlanması; ilgili dokümanların yasal prosedürlere uygun hazırlanması, tasnifi, düzeltilmesi, ve geriye dönük izlenebilir şekilde arşiv oluşturulması ve gerektiğinde güncelleştirilmesi işini üstlenmiştir. Aynı zamanda üst yönetimle kalite çalışmalarının bağlantı ve koordinasyonunu sağlamıştır.

Çalışma gurupları oluşturulurken hastanenin örgütlenme yapısı ve gönüllülük belirleyici faktörler olmuştur. Ana birimlere göre her birimdeki personel sayısına göre katılım sağlanmaya çalışılmış; yeterli ilgi göstermeyen birimlere ilgili personellerden kaydırma veya görevlendirme yapılmıştır. Bazı birimlerde ise teşvik edici uygulamalara gidilmiştir.

Çalışma ve eğitim gurupları oluşturulduğunda bu gurupların koordinasyonu ve eğitimi yönetim ve kalite güvence başkanlığınca sağlanmıştır. Kalite Yönetim Sistemi ve genel olarak da kalite eğitimi bütün personele tekrar tekrar verilmiştir. Ayrıca her birimin personeline birimiyle ilgili eğitim verilmiştir. Hastanedeki meslek veya iş

guruplarına da ayrı ayrı eğitimler verilerek değişim ve yeniliğe adaptasyonları kolaylaştırılmış; katılımları ve katkıları artırılmaya çalışılmıştır.

Dokümanların hazırlanması, dağıtılması ve gerektiğinde değiştirilmesi işleyişi de ana aboneler ve alt aboneler sistemiyle sağlanmıştır. Bu amaçla yazışma ve kayıtlarda kullanılan her doküman standart hale getirilip fonksiyonel ismi yanında bir de kod numarası verilerek çoğaltılması istendiğinde veya değiştirilmesi önerildiğinde oluşacak karışıklıklar ve yanlışlıklar önlenmiştir. Dokümanlar hazırlanırken ilgili birimin hazırladığı örnek formlar yine kullanıcılarla görüşülerek ve eskiden beri süregelen uygulamalara göre bilgi kaybı oluşturmayacak şekilde en sade ve kolay kullanılacak şekilde hazırlanmıştır.

3.2.5.5. Örnek Hastanelerin Görülmesi

Teorik olarak eğitimler alınmış, bütün personele de yazılı sözlü çeşitli toplantılarla anlatılmaya çalışılmıştı. Ancak elle tutulur gözle görülür bir şeyler gerekli idi. Başta çekirdek kadro olmak üzere, birim sorumluları ve kalite gönüllüleri yönetimin destek ve teşvikleri ile bölgedeki kendilerinden önce kalite güvence belgesi almış Bozüyük SSK hastanesi, Eskişehir SSK hastanesi ve Soma SSK Hastanelerine ekipler veya gruplar olarak geziler düzenlenmiş bu şekilde yüzden fazla her kademedeki personel değişimi ve uygulamaları yarınde görmüş, örnek doküman toplamış ve birim sorumluları veya bizzat yönetim kadrolarından, Hastane Başhekiminden, Hastane Müdüründen bilgi almışlardır. Gözlemlediklerini ve öğrendiklerini Kütahya SSK hastanesi şartlarına göre sistemleştirerek uygulamaya başlamışlardır. Burada bu toplantıların üçüne bizzat aktif olarak katıldığımı ve kuruluş aşamasında sisteme katkı sağladığımı ifade etmeliyim.

Uygulamaların görülmesi sistem farkının, kalite farkının ve uygulanabilirliğin görülmesi dolayısıyla kaliteye, değişime ve yeni sistemin uygulanabilirliğine inanma ve de bizde yapalım, bizde yapabiliriz inancına dönüşmektedir. Bu durum bizzat gözlemi yapan ve muhataplarında yeni bir şevk ve heyecan oluşturmaktadır. Değişimden çekinen, statü korkusu veya kaygısı yaşayan personelleri de olumlu etkilemektedir.

3.2.5.6. Değişimin Planlanması ve İzlenecek Metodun Seçilmesi

Ana hedef Kütahya SSK Hastanesinde Kalite Yönetim Sistemine geçilerek hizmet kalitesinin artırılması ve sürekli değişime açık bir sistemin kurulmasıdır. Değişimi planlarken bu temel hedefe yönelik olarak bir yol/metot izlenmeliydi. Sağlık hizmetlerinde temel proseslerde değişiklik yapılamamaktadır. KYS' ine geçerken daha çok proseslerdeki iş ve işlemlerin akıcılığı sağlanmaktadır. Burada iş akışları gözden geçirilerek buralarda değişiklikler yapılmış, faydasının olmadığına inanılan iş ve işlemler ilgililer ve yönetimle görüşülerek iptal edilmiştir.

KYS' inde amaç bütün proseslerin süreçlerinin tanımlanması, kontrolü ve geriye doğru izlenebilir kayıtların oluşturulmasıdır. İşletmedeki var olan durum analizinden sonra değişimin yönünü belirlerken bunun bilinmesi gereklidir. Var olan durumdan yeni duruma geçerken hedefe ve amaca uygun bir kalite politikası belirlenir. Kalite politikası bağlayıcı hukuksal sınırları, hedefi ve uygulanacak sistemi de içermelidir. Hatta izlenecek metodu da göstermelidir. Yine uzun vadeli stratejik hedefler yanında orta vadeli/yıllık hedefler ve kısa vadeli hedefler belirlenir. Orta ve uzun vadeli hedefler genellikle yazılı olup bütün personele duyurulurken kısa vadeli hedefler daha çok ilgili birimlere iç sirküler olarak duyurulmakta veya sözlü olarak ifade edilmektedir. Bu hem uygulama esnekliği sağlamak hem de ilgisiz birimleri meşgul etmemektedir.

3.2.5.7. Altyapının Uygun Hale Getirilmesi

Altyapı dendiğinde bir işletmede kullanıma uygun yer ve bina, gerekli alet, edevat ve makine, cihaz vb. ile yeterli sayı ve yeteneğe sahip personel gelmektedir. Organizasyonun altyapısı içinde; işletmenin tasarımı, performans değerlendirme ve ücretlendirme felsefeleri, kaynak dağıtım ilkeleri, tedarikçi ilişkileri, elaman alma ve görüşme yapma süreçleri, müşteri yargılarını ölçme sistemlerini de sayabiliriz.¹⁴⁸

Bir sağlık işletmesinde de bina tasarımı, kullanma koşulları ve hizmet birimlerine uygun olmalıdır. Poliklinik hizmeti için ayrı, acil için ayrı, röntgen laboratuvarı için kurşunla yalıtılmış, atom enerjisi kurumundan ruhsatlı ayrı bir yer; diğer laboratuvarlar için ayrı, eczane için gene ruhsatlı ayrı bir yer ve klinik kısım için

¹⁴⁸ Chip Caldwell, "5. Paradigma: Destek Altyapısının Kuruluşu" Stratejik Hastane Yönetimi, Çeviren: Osman Akınhay, Sistem Yayıncılık, İstanbul, 1998, S: 53

yataklı bir yer ile destek hizmetleri için yine yer ve gerekli malzemeler bulundurulmalıdır.

Kalite yönetim sistemlerinden birini tercih eden bir yönetici sağlık işletmesinde belirtilen bu altyapılarda belirli standartları sağlamalıdır. Hastane binalarında ortamın hijyen kurallarına uygun tutulabilmesi için periyodik temizlik, ilaçlama, dezenfeksiyon/hastalık yapıcılardan arındırma ve sterilizasyon/her çeşit bulaşıcılardan tam arındırma yapılabilmesine uygun düzenlemeler yapılmalı ve uygulanmalıdır. Aksi halde tedavi edici olmak yerine hastalık yayıcı bir yer haline gelinebilir. Hastaneye mal, malzeme ve insan girişleri kontrollü, kayıtlı, ilgili komisyonun onayı ile yapılmalıdır. Bu nedenle giriş noktalarında ön kabul ve reddedilen mal bölümleri olmalıdır.

Sağlık kuruluşlarında liyakatli yönetici ve liyakatli personel görevlendirilmesi de altyapı da önemli bir faktördür. İlaç, gıda, malzeme temini kanalları ve metotları da altyapının önemli unsurlarını oluşturur. Alınan ve kullanılan cihazların kalitesi, kapasitesi, ayar ve periyodik kalibrasyonları da altyapıdaki en önemli belirleyicilerdendir. Özellikle ölçüm cihazlarının ayar ve kalibrasyonları bunların sapmaları ve standartları sağlık hizmeti kalitesini doğrudan etkileyen faktörlerdir. Alet edevat ve cihazların kullanma talimatları yazılı olarak bulunmalı ve ilgili personel bu konuda eğitilmelidir. Bozuk ve ayarsız cihazların kullanılması önlenmelidir

3.2 5.8. Proseslerin Belirlenmesi ve Tanımlanması

Başta hastaneler olmak üzere sağlık işletmelerinde yapılan iş ve işlemler çok çeşitlilik göstermektedir. Sağlık hizmetlerini tanımlarken iki ana prosese ayırmıştık. Tedavi hizmetleri ve bakım hizmetleri. Burada bakım veya otelecilik hizmetleri olarak tanımladığımız hizmetler farklılık gösterse de sağlık hizmetleri dışındakilerden farklı değildir. Ancak gerçek sağlık hizmetleri olarak tanımladığımız tıbbi özellik gösteren tedavi hizmetlerinin alt prosesleri çok fazladır.

Tıbbi/tedavi hizmetlerin alt prosesleri işletmelerin büyüklüğü, yaptıkları işlerin seçiciliği vb. göre değişse bile temel olarak çok farklı değildir. Burada genel eğilime uygun düşen temel prosesleri şöyle sıralayabiliriz: 1. Poliklinik hizmetleri, 2. Acil servis Hizmetleri, 3. Klinik hizmetler, 4. Ameliyathane hizmetleri 5. Yoğun Bakım Hizmetleri 6.Yardımcı sağlık hizmetler/laboratuar hizmetleri, 7. Eczacılık hizmetleri, ve 8. Tedarik/satın alma hizmetleri. Bu proseslerin her birinin ana proses sayılabilecek

alt prosesleri vardır. Yardımcı sağlık hizmetlerinin mikrobiyoloji, biyokimya, patoloji laboratuvarı., Röntgen laboratuvarı., vb. Klinik hizmetlerinin Ameliyathane hizmetleri, yoğun bakım ve koroner hizmetleri, hemodiyaliz hizmetleri, yatarak tedavi gibi farklılık gösteren temel prosesleri vardır.

Sağlık işletmelerinde Prosesler oluşturulurken ve tanımlanırken birbirleri ile ilişkileri de göz önünde bulundurulur. Bu proseslerin ve alt proseslerinin her birinin tanınması, tanımlanması, standardize edilmesi, iş akışlarının ve prosedürlerinin yazılması, ilgililerin bu konularda bilgilendirilmesi ve kayıt altına alınması gereklidir. Burada ilgililer olarak ifade edilenler hizmet alanları ifade etmektedir. İş görenler ise bu faaliyetlere aktif olarak katılırlar veya katılmaları gereklidir.

3.2.5.9. İş Akış Şemaları ve Prosedürlerin Yazılması; Yapılan İş ve İşlemlerin Kayıt Altına Alınması

Sağlık hizmetleri çeşitlilik gösteren karmaşık bir yapıya sahip olduğundan prosedürler hazırlanırken ve iş akışları belirlenip standardize edilirken temel prosesler ve alt prosesler; bu proseslerin birbirleri ile ilişkileri göz önünde bulundurulur. İş akışları işlerin en uygun/optimal hangi sıra ile yapılacağını gösteren tablo veya şemalardır. İş akış tablolarında işlerin ayrı ayrı süreleri ve alternatif akışlarda belirtilebilir. Ayrıca başka proseslerle bağlantılarda gösterilebilir.

İş akışları belirlenirken işlerin en sade, en hızlı/zamanın iyi kullanımı, az personelle ve en az enerji harcayarak yapılacağı metot ve model seçilmelidir. İş akışları düzenlenirken mutlaka işi bizzat yapanların veya yapacakların görüş ve önerileri alınmalı ve bu görüş ve öneriler eğer temel anlayışa/politikalar ve kalite ters düşmüyorsa uygulamaya katılmalıdır.

Prosedürler iş veya işlemlerin hangi kanun veya kurallara uyularak, hangi metotla yapılacağını gösteren ve taahhüt eden yazılı belgelerdir. Bir çeşit İşletmenin anayasasıdır. Değiştirilmesi yazılı müracaatla önerilir ilgili kurul ve yönetim onayı ile olur. İlgili birimlerin ve yönetimin bilgisi olmadan değiştirilemez değiştirildiğinde ise tüm alt abonelere ve ilgililere bildirilmesi gerekir/zorunludur.

Görev tanımları da iş ve işlemlerin sorumluları/yapanları, sorumlulukları ve onların yetkilerini tanımlayan; veya görev ve sorumluluk sınırlarını gösteren yazılı belgedir. Kayıtları tamamlayan yazılı belgedir.

Bu çalışmanın ek bölümünde ilgili sağlık işletmesiyle ilgili prosedürler, iş akış şemaları ve görev tanımları ile ilgili örnekler verilmiştir. İş görenler veya birim sorumlusu yakarıda bahsedilen yazılı onaylı belgelerde değişiklik öngörüyorsa yanlışlığı veya aksaklığı açıkça belirtecek aynı formda kendince daha doğru olduğunu düşündüğü öneriyi düzeltici önleyici faaliyet formuna yazacak isim ve imzasıyla kalite güvence başkanlığına verecektir. Sonuçta müracaat sahibine yazılı olarak verilir.

3.2.5.10. En alt kademedeki iş görenlerin katılımının sağlanması:

Katılımın sağlanması için bütün personelleri yeteneğinin altında görevler verilmiştir. Bunlar bulunduğu odanın tanzim ve tanıtım şemasının oluşturulması kendi yaptığı iş ve işlemlerin yapılış sırasına göre yazılması(bir çeşit iş akış tablosu) vb. dir. Alt düzeyde sınıflama ve sıralama işlemleri yaptırılmıştır. Güdüleyici ve motive edici slogan, afiş ve şemalardan, fotoğraflardan yararlanılmıştır. Manevi ödüllendirmeler ve maddi değeri düşük ödüllendirmelerin de yararı olmuştur.

3.2.5.11. İç Denetim ve Eksikliklerin Giderilmesi

İşletme herhangi bir kalite yönetim sistemine veya uluslararası standartlar kuruluşuna bağlı ise sistemi devam ettirebilmek ve geliştirebilmek için kendi iç bünyesinde önceden belirlediği ve taahhüt ettiği sıklıkta veya bağlı olduğu kuruluşun öngördüğü şekil ve sıklıkta periyodik iç denetimler yapar ve eksiklikleri ve aksaklıkları belirler ve usulüne uygun olarak onları giderir veya atıl bir iş veya işlem olduğuna karar verilirse yine prosedürlere uygun olarak iptal eder. İç denetimler bu konuda eğitim almış sertifikalı personellerce yapılır. İşletmede bu vasıflarda personel yok ise iç denetimler için de işletme yönetimi dışarıdan yetkin ve yetkili personel bulmak zorundadır. İç denetimler işletme içinden personellerce yapılacaksa denetimcinin çalışmadığı ve sorumluluk taşımadığı birimlerde görevlendirilmesi şarttır.

Denetimler sonunda ortaya çıkarılan uygunsuzluklar bir rapor ile Kalite Güvence Başkanlığına sunulur. İlgili kurullar, birim sorumluları, iş görenlerin görüş ve önerileri alınarak alternatif çözüm önerileri ortaya konur ve üzerinde mutabakat sağlanan değişiklik rapor olarak hazırlanır kalite güvence başkanlığına sunulur. Uygun görülürse yönetim onayı ile uygulamaya konur.

3.2.5.12. TSE Denetçilerini Davet; Dış Denetim ve Hata Puanlaması

Sağlık işletmesi İSO Standartlarından birisine talip olursa önceki bölümlerde ifade edilen sorumluluklarını yerine getirir. İç denetimlerini yapar ve dış denetime hazır olduğuna kanaat getirirse dış denetim için İSO standartları için belge verme ve periyodik denetime yetkili olan Türk Standartlar Enstitüsüne/TSE müracaat ederek denetim zamanı ve denetim ekibiyle ilgili görevlendirmeyi bekler. TSE gerekli görevlendirmeyi yapar ve zamanı belirler. Bu işlemler bir bir buçuk ayda tamamlanır. Denetim ekipleri İSO Standartları, KYS, TKY vb konularında uzman olan bu konularda eğitim almış, çeşitli aktivitelere katılmış kişilerden ve her meslekten olabilirler.

Dış denetim işletmenin büyüklüğüne göre zaman almakla birlikte 2-3 gün sürer. Denetimin ilk bölümü dokümanların ve kayıtların kontrolünü kapsar. Burada Dokümanlar yasa ve yönetmeliklere, İSO Standartlarının öngörülerine, yapılan işlere uygun hazırlanmış olup olmadığına bakılır. Kayıtların Standartların belirlediği ve işletmenin taahhütlerine uygun tutulup tutulmadığına ve geriye doğru izlenebilirliğine bakılır ve önem verilir. Dokümanlarda ve kayıtlarda yazılı olanların anlaşılabilirliği ve uygulanabilirliğine bakılır.

Dış denetimler ikinci aşamada her birimdeki uygulamaları yerinde görerek standartlara ve taahhütlere uygunluğu, çalışma şartları, ortam ve çalışma hijyenini, altyapıyı kontrol ederler. Bu aşamada iç ve dış müşterilerle ilgili gözlemler de yaparlar. Birimlerdeki kayıtları kontrol ederler, birimlerdeki iş görenlerin işleri ile ilgili eğitim, bilgi ve deneyimleri ile ilgili bilgi alırlar eksiklikleri tespit ederler. Özellikle birimler arası ilgileri, ilişkileri, iş paylaşımları ve bunların kayıtlarda izlenebilirliğine dikkat ederler.

Denetim sırasında fark edilen bir aksaklık daha o birimin denetimi bitmeden düzeltilir ve kasıt gözlenmez ise denetimler bu eksikliği zaten anında çözümlendiği/düzeltildiği için raporlarına yazmayabilirler; hatta yazmazlar. Denetimler korkulacak bir uygulama olmadığı gibi sistemin dışından gözlemcilerce yapıldığı için bizim göremediğimiz eksiklik ve aksaklıkların tespiti bakımından son derece yararlıdır.

Denetimler sırasında buldukları her eksikliği veya aksaklıkları tutanak olarak kaydederler. Bu denetimin sonunda denetimler tespit ettikleri eksiklikleri

birleştirebilirler. Denetimin son bölümü diyebileceğimiz bu bölümde değerlendirme toplantısı yapılır. Denetimciler işletmeyi her şeyi ile yeniden değerlendirerek TSE'ne sunulacak raporu ve ön kararı hazırlarlar. Değerlendirme toplantısında tespit edilen eksiklik veya aksaklıkların her biri ayrı ayrı değerlendirilerek yapılan iş veya işlerdeki belirleyiciliğine göre büyük/majör ya da küçük/minör hata olarak rapora yazılır. Genel bir ölçü olarak başka süreçleri de bozacak veya değiştirecek kadar etkileyen eksik veya bozukluklar majör/büyük hata olarak değerlendirilmektedir. Bu hataların çokluğu veya büyüklüğüne göre olur verilir veya önceden belgesi olan bir işletmeye devamına karar verilir. Bu denetimcilerin ön kararıdır TSE yetkililerince onaylandığında kesinleşmiş olur. Denetimciler kendi kararlarını ve sonucu yönetime veya çalışanların da katıldığı bir toplantıyla açıklarlar.

3.2.5.13. Sistemin Devam Ettirilmesi

Sistem kurulduktan ve onay aldıktan sonra bütün süreç ve alt süreçlerde sürekli değişim/yenilenme döngüsü ile çalışmaya devam eder. Uygulamalar yılda iki kere iç denetim; bir kez de TSE denetçileri tarafından tetkikler yapılır. Bunun dışında her düzeyden çalışanlar gördükleri eksiklik veya aksaklıkları ve çözüm önerisini düzeltici-önleyici faaliyet olarak ve ilgili formu doldurarak yazılı olarak kalite güvence başkanlığına verir. Kalite güvence başkanlığı denetleme kurulu veya ilgililerden oluşturulan bir kurulda bu müracaat incelenir. Değişiklik uygun görülür ise uygulanacağı şekliyle başhekimliğe rapor edilir. Üst yönetim onaylar ise değişiklik uygulanmaya başlamış olur.

Yine ölçme cihazları en az yılda bir kere kalibrasyon yetki ve yeterliliği olan bir işletmeye kalibre ettirilir. Bunun dışında arıza şüphesi olan veya arızalanan cihazlar yazılı formla teknik atölyeye gönderilir. Tamir ve kalibrasyonu yapılamazsa üzerine kullanım dışıdır ibaresi yazılır; hatta bir depoya alınır. Bilahare tamir ve ayar yapılabileceği bir üst merkeze gönderilir.

Sürekli ölçüm istatistik veri analizleri ile izleme ve elde edilen sonuçlara göre sorunlu birimin gözden geçirilmesi; gerekirse yeniden organize edilmesiyle sistem devam ettirilir. En küçük bir şikayet veya memnuniyetsizlik belirtisi ciddi bir şekilde ele alınıp incelenip araştırılmalıdır. Özellikle memnuniyetsizliğini gösteren hasta veya hak sahibi toplantıya çağrılarak dinlenmeli, görüşleri alınmalı ve gerekirse de

kendisinden sağlık işletmesi adına 6z6r dilenmelidir. Hiç olmazsa bu defalık memnun ayrılması sağlanmalıdır.

Hastaların memnuniyet d6zeylerini kabul edilebilir veya işletme şartlarına g6re belirli ortalamaların 6zerinde tutmayı; eğer olabileceğin/beklentilerin altında olduğunu d6ř6nd6đ6m6z birimler varsa daha da artırmayı hedeflemeliyiz. Unutmamalıyız ki algılanan kalite veya kalitesizlik her işlemde algılanan kalite veya kalitesizliğin toplamı gibi bazen duyulan tepkiyle birlikte daha da fazla olabilecektir.



3.3. SONUÇ VE DEĞERLENDİRME

3.3.1. Sağlık Hizmetlerinin Bileşenleri ve Araştırma Metodu

Sağlık hizmeti temel olarak tedavi ve bakım hizmetlerinden oluşur. Bu iki temel hizmet birlikte üretilir ve sunulur. Bu her iki temel bileşenin çok çeşitli alt bileşenleri vardır. Hastaların bu hizmetlere ulaşımından başlayan sağlık hizmetleri tedavileri bitip sağlık kuruluşunu terk etmelerine kadar sürer. Hatta sağlık hizmetleri kontrol muayenesine çağırılma veya hastaneden ayrıldıktan sonra telefonla hastanın durumunun sorulması şeklinde devam eder. Ayrıca ilerleyen bölümlerde değineceğimiz gibi sağlık hizmetlerinin dışsalılık özelliği nedeniyle toplumun bir ferdine veya bir bölümüne verilen sağlık hizmeti diğer kesimlerine de dolaylı fayda sağlar.

Tedavi hizmetlerinin alt bileşenlerinden söz ederken sağlık kuruluşuna ulaşım, kayıt kabul işlemleri, doktor muayenesi, ilaç alma ve bunların kullanma tarifleri, laboratuvar tetkikleri, hasta hastaneye yatırılacaksa yatış işlemleri, ilaç dağıtım ve uygulanması, gerekiyorsa ameliyat, acil hastalar için acil müdahale ve ilk tedavi, bütün bunların bekleme sürelerini sayabiliriz. Tedavi hizmetlerinde doktor hasta ilişkileri ve doktor kararları belirleyici olmaktadır. Bu nedenle doktor hasta ilişkisi önem kazanmaktadır. Bütün bunlar bir zincirin halkaları gibi birbirleri ile ilgili ve etkileşimlidir. Eğer sağlık hizmetlerinde kaliteden ve sunum sonunda hasta memnuniyetinden söz edeceksek bu bileşenlerin her birinin oluşturduğu memnuniyet veya memnuniyetsizlik sağlık hizmeti hasta memnuniyetini oluşturacaktır.

Sağlık hizmeti tedavi hizmetleri ve bakım hizmetleri olarak bir bütündür; birlikte sunulur. Öyleyse bakım hizmeti veya bazı işletmecilerin otelcilik hizmetleri olarak değerlendirdiği hizmetlerin de alt bileşenlerinden söz etmeliyiz. Burada hastanın hastaneye ulaşımında kolaylıkla (servis hizmet veya belediyelerle yapılan yazılı veya sözlü ulaşım mutabakatları vb.) başlayan bakım hizmetleri hastane içi yönlendirme levhaları, yönlendirme ve güvenlik hizmetleri, hastane fiziki ortamı, hijyenik şartlar, genel personel davranışları, bekleme salonları, dinlenme yerleri ve bu sırada ortaya çıkan ihtiyaçların (yeme, içme, tuvalet, kırtasiye vb.) karşılanma şartları, hasta yatacak ise kayıt ve karantina işlemleri, hasta taşıma işlemleri, hastane yemekleri ve ikramlar, temizlik hizmetleri, genel personel davranışları ve diyalogları vb. sayabiliriz.

Yukarıda ifade ettiğimiz sağlık hizmeti bileşenlerinin kalite ve hasta memnuniyeti üzerindeki ayrı ayrı etkileri olumlu veya olumsuz olabilir. Hastalar kendi beklenti ve algılamalarına göre bu hizmet bileşenlerinden farklı farklı memnuniyet düzeyleri gösterirler. Hatta bazılarının memnun olduğu aynı düzey veya kalitedeki hizmetten bir diğeri memnun kalmamış olabilir. Ancak hastaneden ayrılırken toplam bir tatmin olmuşluk veya memnuniyet duygusu/kanaati oluşmaktadır. Araştırmamızın sonunda bazı temel sağlık hizmeti bileşenlerini değişken olarak kullanarak hasta memnuniyet düzeylerini belirlemeye çalışacağız.

3.3.2. Kalite Yönetimi Öncesi ve Sonrası Sağlık Hizmeti Bileşenleri Açısından Hasta Memnuniyeti Düzeylerinin Karşılaştırılması

Bu anket çalışması ile KYS uygulaması sonucunda Müşteri/ hasta memnuniyetinde ne yönde değişiklikler olduğu konusu aydınlatılmaya çalışılmaktadır. Bu çalışmanın soruları hazırlanırken SSK Kütahya Hastanesinde 2001 yılında yapılan çalışmaya kısmen paralellik kurulmaya çalışılmıştır¹⁴⁹. Burada amaç KYS öncesi durum tespiti olarak değerlendirilen/varsayılan yapılan Çelebioğlu çalışmasıyla karşılaştırarak KYS uygulaması sonrasında Müşteri/hasta memnuniyetinin olumlu yönde gelişme gösterdiğini göstermektir.

Anket çalışması yapılırken farklı anakütlenin farklı örneklemiyle çalışıldığının bilincindeydik. Ancak yine de aynı kurumda, aynı iş ve işlemlerin yapıldığı ama bu defa ISO Kalite Yönetim uygulaması şartlarına uyularak yapıldığı bir ortamda gözlemsel bir karşılaştırma ile olumlu yönde bir fark ortaya koyabileceğimiz kantindeydik.

Anket sonuçlarında sözel de olsa bir karşılaştırma yapılabilmesi gayesiyle çalışılan örneklemi de aynı büyüklükte tutmaya çalıştık. Bu nedenle 55 yatan hasta ve 55 poliklinik hastasına birebir yüz yüze anket uygulamasıyla tanıtım bilgileri ile ilgili sorular dahil 25'er soru sorulmuş; soruların yarısından azına cevap verildiği 5 anket formu değerlendirme dışı bırakılmış, kabul edilen 54 poliklinik anketi ve 51 yatan hasta anketi değerlendirmeye tabi tutulmuştur. Bu formlardaki soruların pek azı (%3) hariç tamamı cevaplandırılmıştır. Taktir edersiniz ki tanıtım bilgileri her iki guruba da aynı

¹⁴⁹ Fatih Çelebioğlu, "Hizmet Sektöründe Müşteri Hizmetleri, Kalitesinin Yükseltilmesi ve Kütahya SSK Hastanesinde Bir Uygulama" DPÜ SBE yayınlanmamış yüksek lisans tezi, Kütahya, 2001

sorulmuştur. Ayrıca genel işler ve genel memnuniyet düzeyi ile ilgili sorularda ortak sorular olarak hazırlanmıştır.

Sonuçta soru ve seçeneklerin aynı olduğu dokuz (9) soru referans alınarak KYS öncesi ve KYS sonrası yüzdeler önce bir tablo üzerinde bir araya getirilmiş sonra da grafikler üzerinde karşılaştırma ve değerlendirme yapılmıştır. Burada yapılan karşılaştırmalar sağlık hizmetleri, genel bakım hizmetleri, yönetim hizmetleri ve uygulamaları, doktor hasta ilişkilerini vb. kapsamaktadır.

3.3.2.1. Hastane Yeri ve Ulaşımında Kolaylık:

KYS ile doğrudan ilgili olmayan hastane yeri ve ulaşımıyla ilgili sorunun sonuçlarında hastanın hastaneye ulaşım problemi var mıdır, yok mudur ? bir tespit yapılmaktadır. Ulaşım problemi varsa ilgili kurumlarla irtibatlı olarak düzeltilme yoluna gidilmelidir. Ulaşım da problem olmadığını düşünenlerin oranı toplam % 71 iken şimdi %76'ya yükselmiştir. Bu iki oran birbirine çok yakındır. Eğer yönetim bu oranı yeterli görürse problem yoktur; yok eğer yetersiz görürse müdahale ederek ilgililerle çözüm üretmelidir. Ulaşım da hastanın memnuniyetini etkileyen faktör ise ki öyledir; Belediye işbirliği ile ulaşım konusu çözüme kavuşturulabilir.

Şimdi referans aldığımız aşağıdaki dokuz tablo/grafiği yorumlayarak sonuçları ve beklemediğimiz sapmaları değerlendirmeye çalışalım:

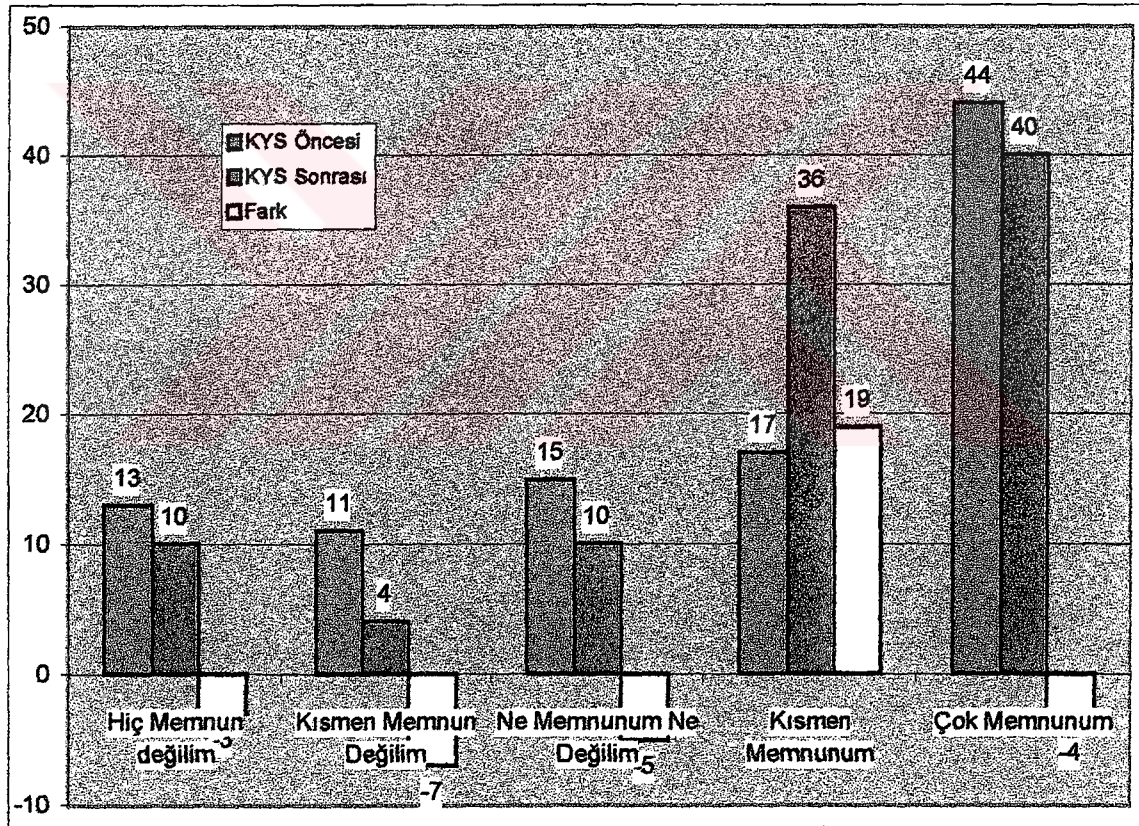
Grafik 3.1 sonuçları değerlendirilmiştir. Zaten Ulaşım da İşletmenin uygulamaları ile dolaylı ilişkilidir. Memnuniyetsizliklerdeki hafif azalışlar hastane sağlık hizmetlerindeki genel iyileşme ve memnuniyet artışı ile ilişkili olabilecektir. Ancak burada Hastane yeri ve ulaşımında kolaylık hastalar tarafından sadece hastaneye ulaşım olarak algılanmamış; sağlık hizmetini satın almaya ulaşım; sağlık hizmetine ulaşım olarak algılanmış olabilir. Örneğin bazı temel branşlarda yeterli sayıda hekim olmamasından veya randevu sistemindeki teknik sorunlar nedeniyle randevu alınamamakta veya istemediği bir branşa randevu almak zorunda kalılabilmektedir. Eğer durum böyle ise KYS ile yönetimin uygulamaları ile ilişkisi daha fazla ve hasta memnuniyetinde doğrudan etkili ve sağlık hizmeti ile de ilişkili olacaktır.

Tablo 3.1: Hastane Yeri ve Ulaşımında Kolaylık

Hastane Yeri Ve Ulaşımından Memnuniyet Düzeyleri:

SEÇENEKLER	KYS Öncesi	KYS Sonrası	Fark
Hiç Memnun değilim	13	10	-3
Kısmen Memnun Değilim	11	4	-7
Ne Memnunum Ne Değilim	15	10	-5
Kısmen Memnunum	17	36	19
Çok Memnunum	44	40	-4

Grafik 3.1: Hastane Yeri ve Ulaşımında Kolaylık



3.3.2.2. Doktor-Hasta İlişkisi:

Tablo ve Grafik 3.2: deki sonuçlara baktığımız zaman Doktor muayene ve bilgilendirmesinde yani doktor hasta ilişkilerinin oluşturduğu hasta memnuniyetinde belirgin bir düşme gözlenmektedir. Kısmen memnun olanların oranında kısmi bir artış

gözlense bile kararlı bir memnuniyetsizlik gözlenmektedir. Hiç memnun olmayanların sayısındaki artış ve çok memnunum diyenlerin yüzdesinde de önemli miktarda azalış gözlenmektedir. Burada bizim iddiamıza ters bir durum söz konusudur. Üstelik Doktor-Hasta ilişkisi sağlık hizmetlerinin temelinde yer almaktadır. Bu durumu iki şekilde izah edebiliriz:

Birincisi KYS uygulamalarına geçildiğinde doktorlar bu konuda eğitilmemiş, uygulamalara katılmamış, değişime inanmamış; hatta değişime direnen bir tavırla, bilinçli olarak hasta memnuniyetini geriletmeye yönelik davranış sergileyerek KYS uygulamasını engellemeye çalışmaktadırlar. Bu durum bir uygulama ve eğitim sorunu değilse KYS'nin sistemin kendisinden kaynaklanıyor olabilir.

İkincisi ise önceki bölümlerde (doktor-hasta ilişkisi, genel sağlık sorunları, vb.) değinildiği üzere ülkemizde doktor-hasta ilişkisi doğrudan para ilişkisi nedeniyle zaten bozuk ve çarpık şekillenmiştir. Bu sonuçlarda etkili olan bir neden de diğer hizmetlerdeki memnuniyet artışının nisbi memnuniyetsizlik oluşturmuş olmasıdır.

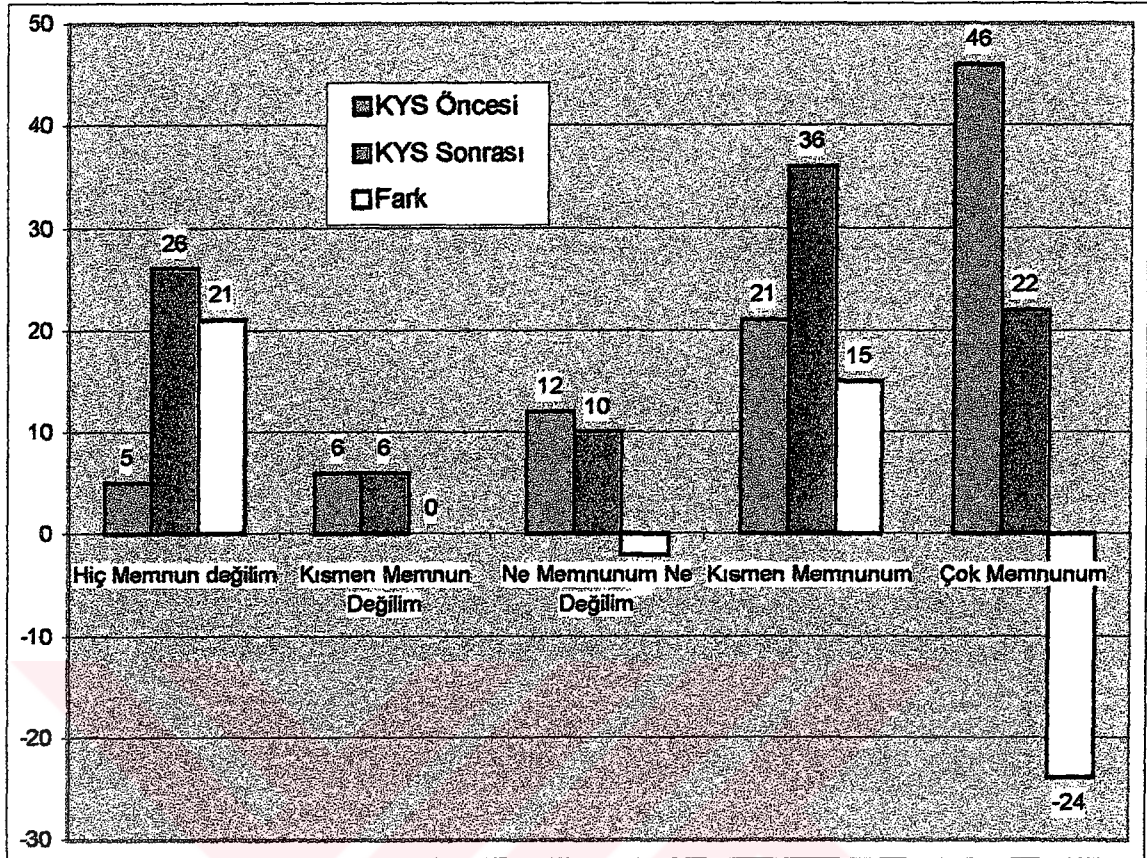
Sonuç olarak nedeni ne olursa olsun bir sağlık hizmeti işletmesinde doktor hasta ilişkisinde problem var ise doktorlara da çeşitli anketler uygulayarak; şikayet ve önerilerini dinleyerek sorunun nedenleri ortaya konmalı ve ivedilikle çözüme kavuşturulmalıdır. Çünkü Doktorlar Sağlık Hizmetinin odak noktasındadırlar. Yönetim bakımından etkin ve aktif iç müşterilerdir. Eğer doktor hasta ilişkisi bozuk ise hastalar diğer hizmetlerden memnun gözükseler bile kısa sürede diğer hizmet sunumlarının da olumsuz etkileyecektir.

Tablo 3.2: Doktor Hasta İlişkisi

Doktor Muayenesi ve Bilgilendirmesinden Memnuniyet Düzeyleri:

SEÇENEKLER	KYS Öncesi	KYS Sonrası	Fark
Hiç Memnun değilim	5	26	21
Kısmen Memnun Değilim	6	6	0
Ne Memnunum Ne Değilim	12	10	-2
Kısmen Memnunum	21	36	15
Çok Memnunum	46	22	-24

Grafik 3.2: Doktor Hasta İlişkisi:



3.3.2.3. İlaç Dağıtımı:

İlaç temini ve dağıtımı hastanelerde sağlık hizmetinin önemli bir bölümünü oluşturmaktadır. İlaçlar sağlık hizmeti maliyetinin de büyük bir kısmını oluştururlar. Ayrıca Sağlık hizmetinin kritik unsurdurlar. İlaç temini ve doğru ilaç kullanımı hasta ve sağlık hizmeti açısından önemlidir.

KYS'ine geçilmeden önce ilaç dağıtımında büyük sorunlar olduğu gözlenmektedir (Grafik 3.3.). İlaç dağıtımından memnun olmayanların oranı % 66 gibi yüksek düzeylerdeymiş. Kısmen memnun olanlar dahil memnuniyet oranı ise sadece % 20 düzeyinde kalmaktadır. KYS'ine geçildikten sonra ilaç dağıtımından memnuniyetsizlerin oranı % 20 lere inerken toplam memnunların oranı % 57 düzeyine çıkmıştır. Bu memnuniyet artışı KYS ile doğrudan ilişkili olmasa bile KYS'ine geçerken ilaç dağıtımında önemli oranda iyileştirmeler yapılmış olmalıdır.

Hastalar için ilaç almak hastalığına doğru teşhis konması kadar önemlidir. Sağlık hizmeti halkasının sıfır hata ile yapılması gereken; hata kabul etmeyen

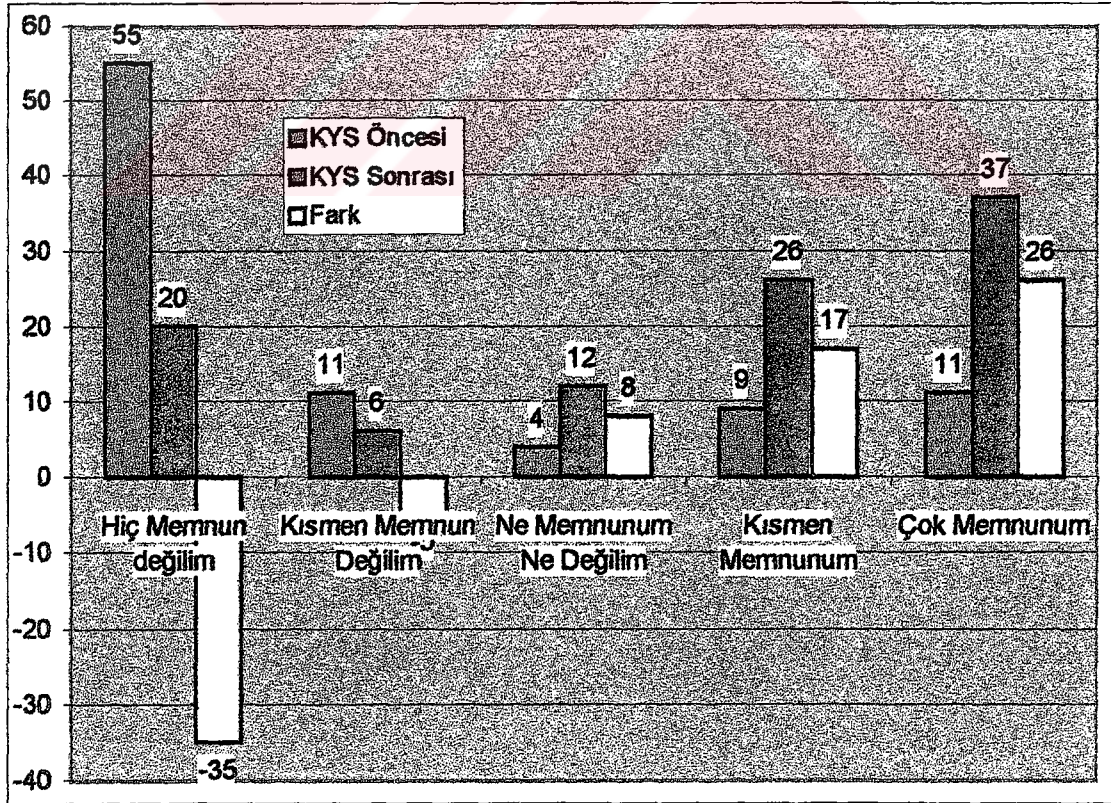
parçasıdır. Üstelik hastalar ilaç alma aşamasına kadar yapılan ve yaptıkları işler nedeniyle yorgun ve de gergin gelmektedirler. İlaç dağıtım ve kontrolü Sağlık Hizmeti zincirinin de son halkasıdır. Bu aşamadaki bekleme süresi veya yapılan bir yanlışlık hastanın daha önceki edindiği bütün olumlu imajı bir anda olumsuz çevirebilmektedir.

Tablo 3.3: İlaç Dağıtımı

İlaç Dağıtımından Memnuniyet Düzeyleri:

SEÇENEKLER	KYS Öncesi	KYS Sonrası	Fark
Hiç Memnun değilim	55	20	-35
Kısmen Memnun Değilim	11	6	-5
Ne Memnunum Ne Değilim	4	12	8
Kısmen Memnunum	9	26	17
Çok Memnunum	11	37	26

Grafik 3.3: İlaç Dağıtımı



3.3.2.4. Acil Hizmetlerinden Memnuniyet Düzeyi:

Acil Hizmetleri Sağlık Hizmetinin en vazgeçilmez ve reddedilmezliği olan bölümüdür. Acil servisler her an beklenmedik olaylara gebedir. Sağlığı tehdit eden veya ettiği sanılan ani gelişen durumlarda acil servislere baş vurulur. Bu rahatsızlıkların bir kısmı hayatı tehdit eder veya öyle sanılır. Halbuki yapılan istatistikler acile müracaat eden hastaların %14-15'inin acil hastalığı olduğunu ortaya koymaktadır. Geri kalan hastalar ya gerçekten sürekli hastalığı nedeniyle sıkıntılı olanlar veya prosedürlerden ve bürokrasiden kaçınan vatandaşlardır. Ancak bütün bunların anlaşılabilmesi için hastanın kabul edilmesi ve gerekli işlemlerin yapılması gerekmektedir. Acil olmadığı anlaşılmış olsa bile zaten yapılacaklar yapılmış, zaman ve malzeme harcanmış, acil serviste meşgul edilmiş; başkalarının hakkı çalınmış olmaktadır.

Tablo 3.4: Acil Hizmetleri memnuniyet Düzeyleri

Acil Hizmetlerinden Memnuniyet Düzeyleri:

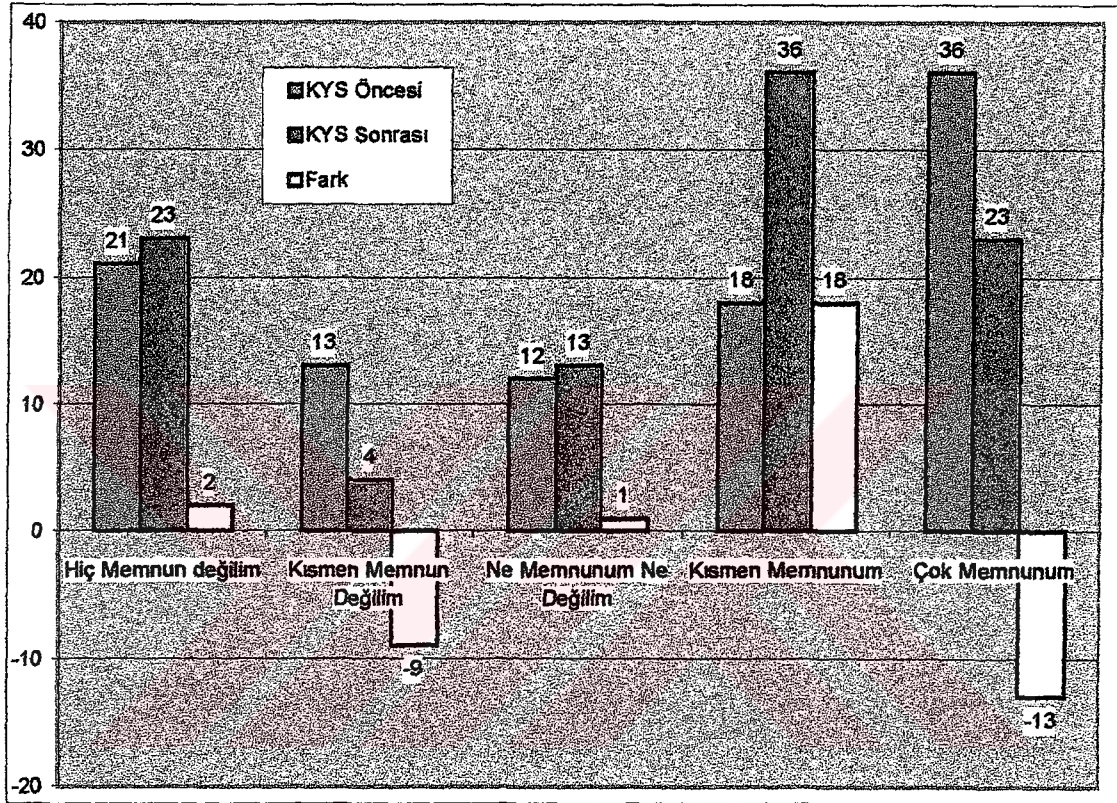
SEÇENEKLER	KYS Öncesi	KYS Sonrası	Fark
Hiç Memnun değilim	21	23	2
Kısmen Memnun Değilim	13	4	-9
Ne Memnunum Ne Değilim	12	13	1
Kısmen Memnunum	18	36	18
Çok Memnunum	36	23	-13

Acil Hizmetlerinde olumlu veya olumsuz büyük bir değişiklik gözlenmemektedir. Bir kere ankette her ne kadar acil hizmetlerinden memnuniyet sorulmuşsa da bu ankete acil servis hastaları dahil edilmemişlerdir. Bu durum kısıt olarak belirtilmiştir. Anketi cevaplayan hastaların verdikleri cevaplar daha önceki acil servis deneyimlerini yansıtmaktadır.

Acil servisteki sağlık hizmetlerinin reddedilmezliği ve 24 saat devamlılığı vardır. Kayıtlarının ve yapılan işlerin hukuksal bir yönü var ise de ilgili mercilere bildirilmesi zorunluluğu vardır. Bir yandan ivedilikle tanı koymaya, hastanın acil tedavilerini yapmaya çalışırken kolluk kuvvetleri de varsa olayın adli yönüyle ilgili kayıtları oluşturmaya ve delillerin kaybedilmemesi yönünde caba gösterirler. Bütün bu

iş ve işlemler nöbet veya icap sistemi ile sürekli değişen hastane çalışanlarınca yapılır. Her ne kadar ortak prosedürlere ve görev talimatlarına uygun yapıyor olsa da farklılıklar gösterebilmektedir.

Grafik 3.4: Acil Servis Hizmetleri Memnuniyet Düzeyleri



Tablo ve Grafik 3.4' te gözlendiği gibi KYS uygulaması Acil servis hizmetlerini çok fazla değiştirmemiş/değiştirememiştir. KYS öncesi memnuniyetsizlik toplamı % 34 iken KYS uygulaması sonrası % 27'ye düşmüştür. Toplam memnuniyet ise % 54'ten % 59' çıkmıştır. Burada büyük bir değişim gözlenmemekle birlikte kısmi iyileşme ve kısmi memnuniyet artışından bahsedebiliriz. Burada yine de KYS' inin uygulandığı sağlık işletmesinde acil hizmetlerinden toplam memnuniyet oranının % 60' ın altında olmasının açıklanması gerekebilir. Bunu hastaların acil servise başvurdukları anlarda kötü duygular, kaygılar ve korku içinde olmaları nedeniyle objektif olamamaları ve içinde buldukları durum nedeniyle küçük olumsuzlukları büyütebilmelerine bağlayabiliriz.

Bir de Acil serviste bütün işlerinin görülmemesine bağlayabiliriz. Çünkü acil servisler sağlık sorunlarını tamamen çözmezler, çözemezler. Hasta, yaralı veya kazalılara ilk teşhis ve ilk tedaviyi (ilk yardım değil) yaparak onlara zaman kazandırır ve doğru tedavi için doğru yönlendirme yaparlar; ilk kayıtları yaparlar, adli raporlamaları yazar veya yaparlar. Acil servislerin bu yönü hastalarca doğru algılanamamakta, bazen de suiistimal edilmektedir. Özellikle telefonlu randevu sisteminden kaçınan veya uygun branşlarda randevu alamayan hastalar da acil servisi suiistimal eden hastalardır ve durumlarının acil olmadığı söylendiğinde ise tepki göstermeye hazırdırlar.

Yine ağır durumlarda acil servise gelen hastalar ve /veya hasta yakınları acil de vefat ettiklerinde verilen hizmet yeterli ve iyi bile olsa bunu algılayamazlar veya memnun olmaları beklenemez. Çünkü onlar için sağlık hizmetinin kalitesi değil hastasının kurtarılabilmiş olması önemli ve önce hatırlayacağı durumdur. Bu nedenlerle acil servislerde çoğu kez “Allah ne düşürsün ne yokluğunu göstereyim” serzenişleriyle karşılaşabilirsiniz.

3.3.2.5. Hastane Yemeklerinden Memnuniyet Düzeyleri:

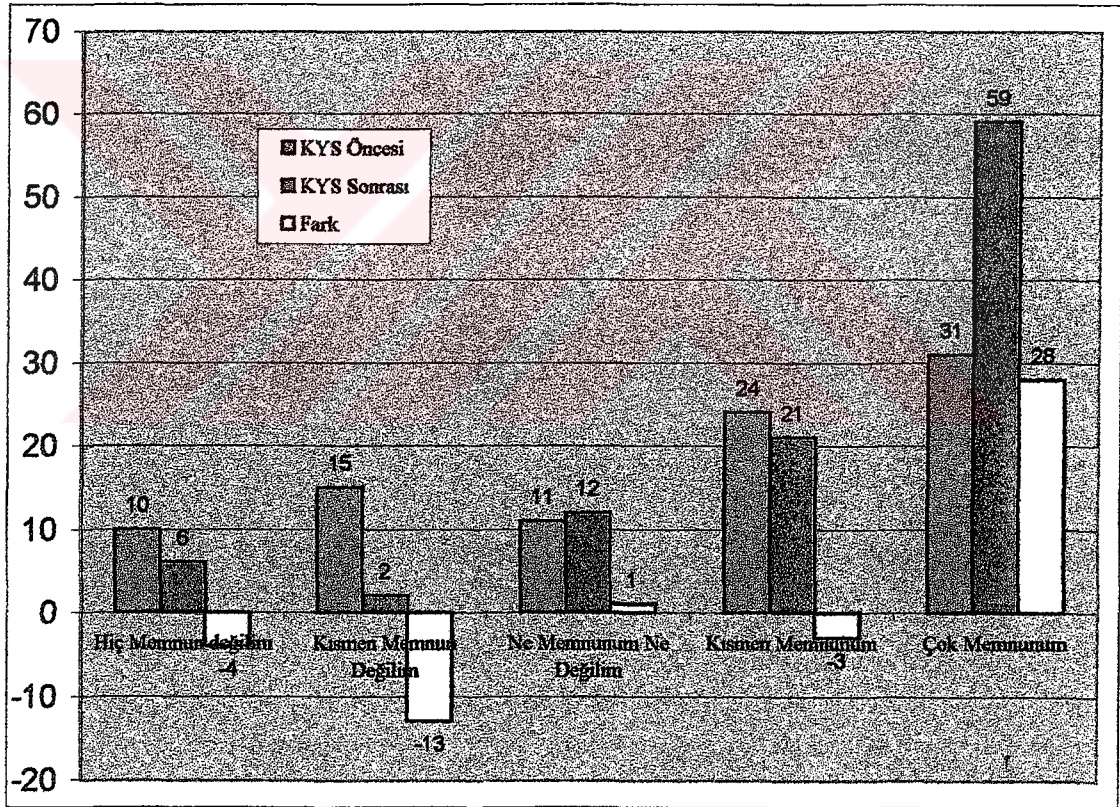
Hastane yemekleri, Sağlık Hizmetinin daha çok bakım kısmı ile ilgilidir. Diyet yemekleri ve özel münüer göz önüne alındığında tedavi hizmetleri ile de yakın ilgileri vardır. Bakım Hizmeti, hemşireleri, aşçıları, garsonları ve hizmetli personelleri ilgilendiren hizmet çeşididir. Yemeklerde hazırlanmaları, ikram edilmeleri, dağıtımında sorumlulukları nedeniyle aşçıları, garsonlar ve servis hemşirelerinin görevleridir. Anket sonuçlarımıza göre bu hizmette toplam memnuniyet oranı % 90 dır. KYS' inden önce hasta memnuniyeti % 55 kadamış. Burada Yemekhane hizmetlerini yürüten müteahhit firmanın da Kalite Güvence Belgesi olan bir firma (Dış Kaynaklandırma) olduğunu belirtmeden geçemeyeceğim. Bu konuda daha fazla yorum yapmaya gerek kalmamaktadır.

Tablo 3.5: Hastane Yemeklerinden/Bakım Hizmeti Memnuniyet Düzeyleri

Hastane Yemeklerinden Memnuniyet Düzeyleri:

SEÇENEKLER	KYS Öncesi	KYS Sonrası	Fark
Hiç Memnun değilim	10	6	-4
Kısmen Memnun Değilim	15	2	-13
Ne Memnunum Ne Değilim	11	12	1
Kısmen Memnunum	24	21	-3
Çok Memnunum	31	59	28

Grafik 3.5: Hastane Yemeklerinden/Bakım Hizmeti Memnuniyet Düzeyleri



3.3.2.6. Yönetimin Uygulamaları:

Yönetimin uygulamaları, aynı zamanda yeni sistem/KYS'inin işletilmesi anlamı taşımaktadır. Bütün çalışanların yaptıkları iş ve işlemlerden yönetim sorumludur. Öyle ise bu soruya verilen cevaplar ve bu cevaplardaki olumlu veya olumsuz sapmaların oranı doğrudan sağlık ve bakım hizmetiyle ilişkilidir.

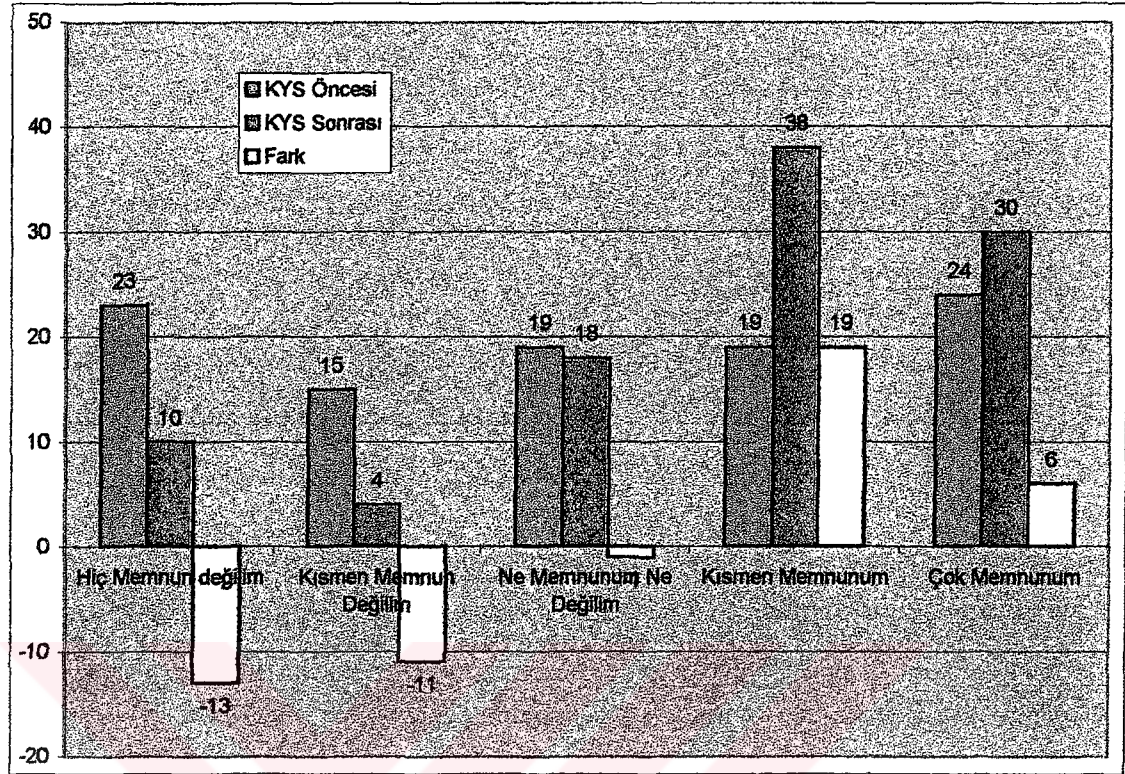
Tablo 3.6: Yönetimin Uygulamalarından Memnuniyet Düzeyleri

Yönetimin Uygulamalarından Memnuniyet Düzeyleri :

SEÇENEKLER	KYS Öncesi	KYS Sonrası	Fark
Hiç Memnun değilim	23	10	-13
Kısmen Memnun Değilim	15	4	-11
Ne Memnunum Ne Değilim	19	18	-1
Kısmen Memnunum	19	38	19
Çok Memnunum	24	30	6

Tablo ve grafik 3.6'yı incelediğimizde KYS öncesi ve sonrası anket sonuçları karşılaştırıldığında yönetimin uygulamalarından hastaların % 68'i memnun olduklarını ifade etmektedirler. KYS öncesi yönetim uygulamalarından memnuniyet oranları %38 kadardır. Hastaların %20 Kadarı ise yönetim uygulamalarından etkilenmemiş gözükmektedirler.

Grafik 3.6: Yönetimin Uygulamalarından Memnuniyet Düzeyleri



3.3.2.7. Genel Olarak Sağlık ve Bakım Hizmetlerinden Memnuniyet Düzeyleri

Bir önceki soru(3.6)'ya paralel bir soru ve bu soruya verilen cevapların yüzde oranları da yine yönetimin uygulamaları ve genel olarak sağlık ve bakım hizmetinin kalitesinden ve uygulamalardan memnuniyet düzeylerini ifade etmektedir. Grafik 3.7yi incelediğimizde hastaların memnuniyetsizliklerinde yarıdan fazla azalmalar gözlemlenirken; memnuniyetlerinde de iki kata varan artışlar gözlemlenmektedir.

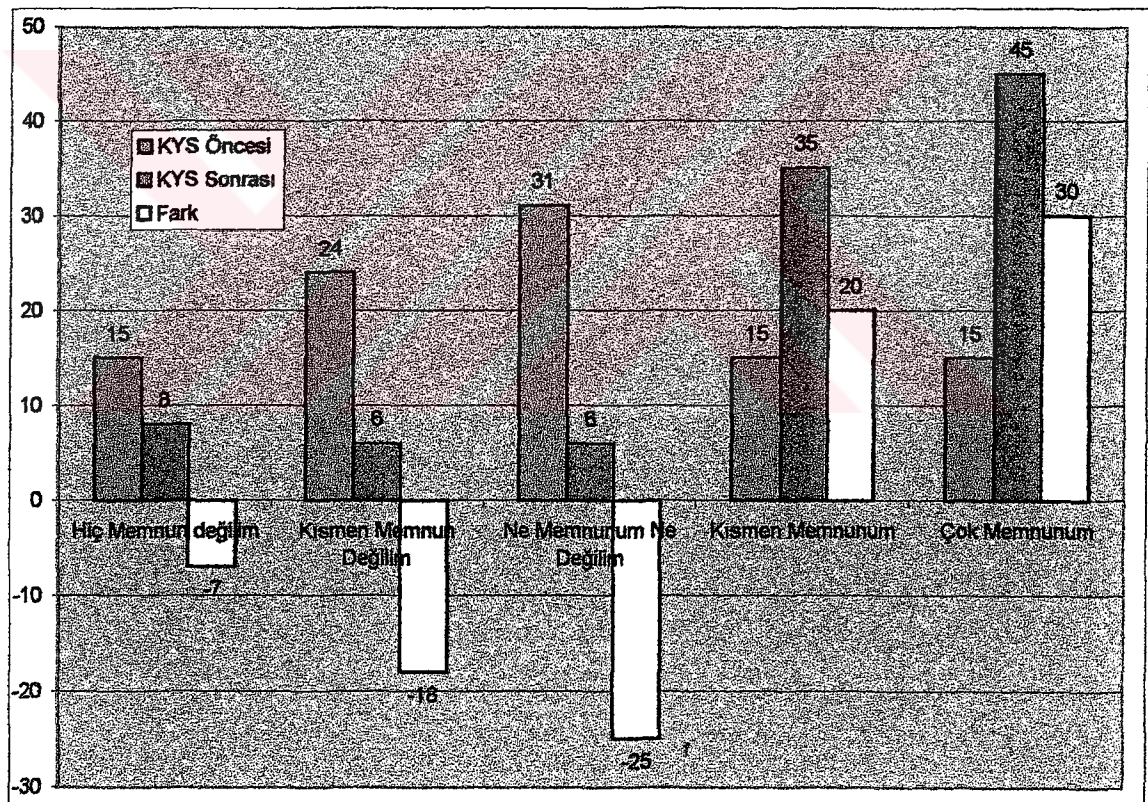
Yine dikkat çekici bir sonuçta ne memnunum ne değilim diyerek uygulamalara ilgisiz kalanların büyük ölçüde memnuniyet artışı gösterenlere katıldığı ve toplam hasta memnuniyet oranlarının % 80'e çıktığı gözlenmektedir. Bu yüksek orandaki memnuniyet artışı hem bir önceki soruda konu edilen KYS ve yönetim uygulamalarının doğru algulandığı ve hasta memnuniyetini olumlu yönde etkilediği hem de genel olarak sağlık ve bakım hizmetlerinin kalitesinde artışı göstermektedir.

Tablo 3.7: Genel Hizmetlerden/Sağlık ve Bakım Hizmeti Memnuniyet Düzeyleri.

Genel Hizmetlerden/Sağlık ve Bakım Hizmeti Memnuniyet Düzeyleri.

SEÇENEKLER	KYS Öncesi	KYS Sonrası	Fark
Hiç Memnun değilim	15	8	-7
Kısmen Memnun Değilim	24	6	-18
Ne Memnunum Ne Değilim	31	6	-25
Kısmen Memnunum	15	35	20
Çok Memnunum	15	45	30

Grafik 3.7 :Genel Sağlık Hizmetlerinden /Sağlık ve Bakım Hizmeti Memnuniyet Düzeyleri



Yukarıdaki her iki tablo ve grafik (3.6, 3.7) verilerinin paralellik göstermesi aynı zamanda anketin objektifliğinin de bir doğrulaması gibidir.

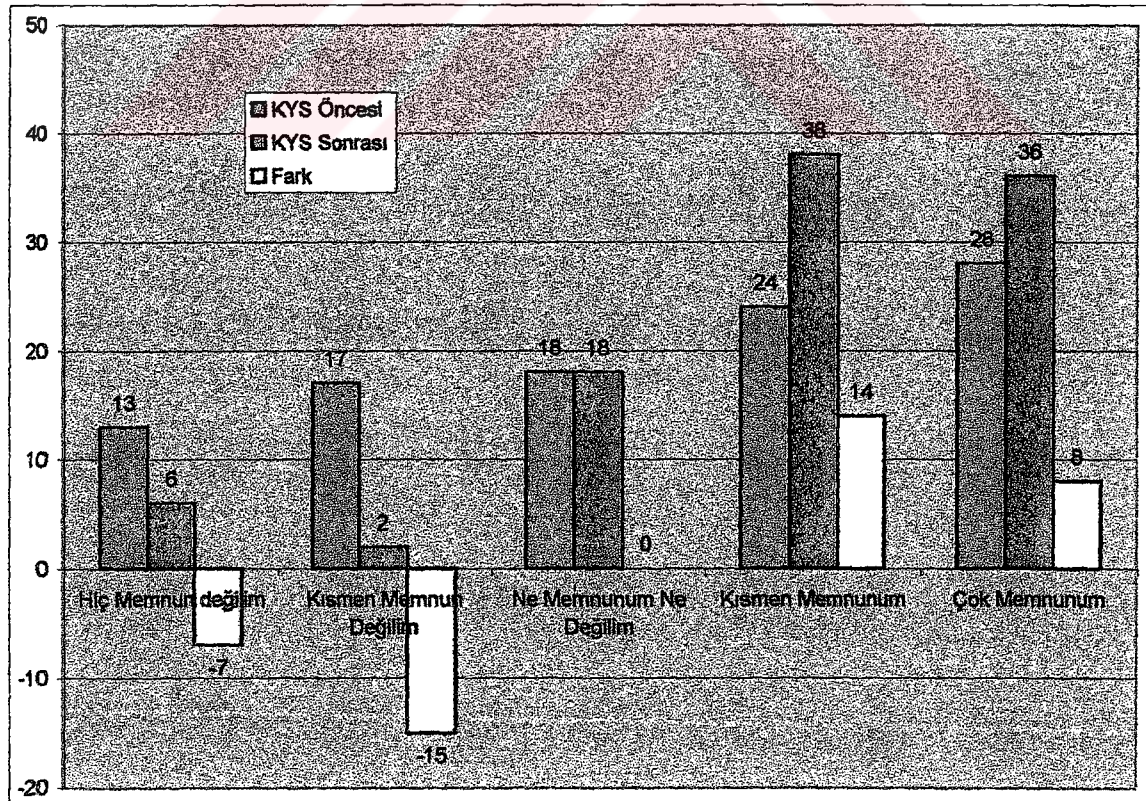
3.3.2.8. Sağlık Hizmetlerinin Kalitesinden Memnuniyet Düzeyleri

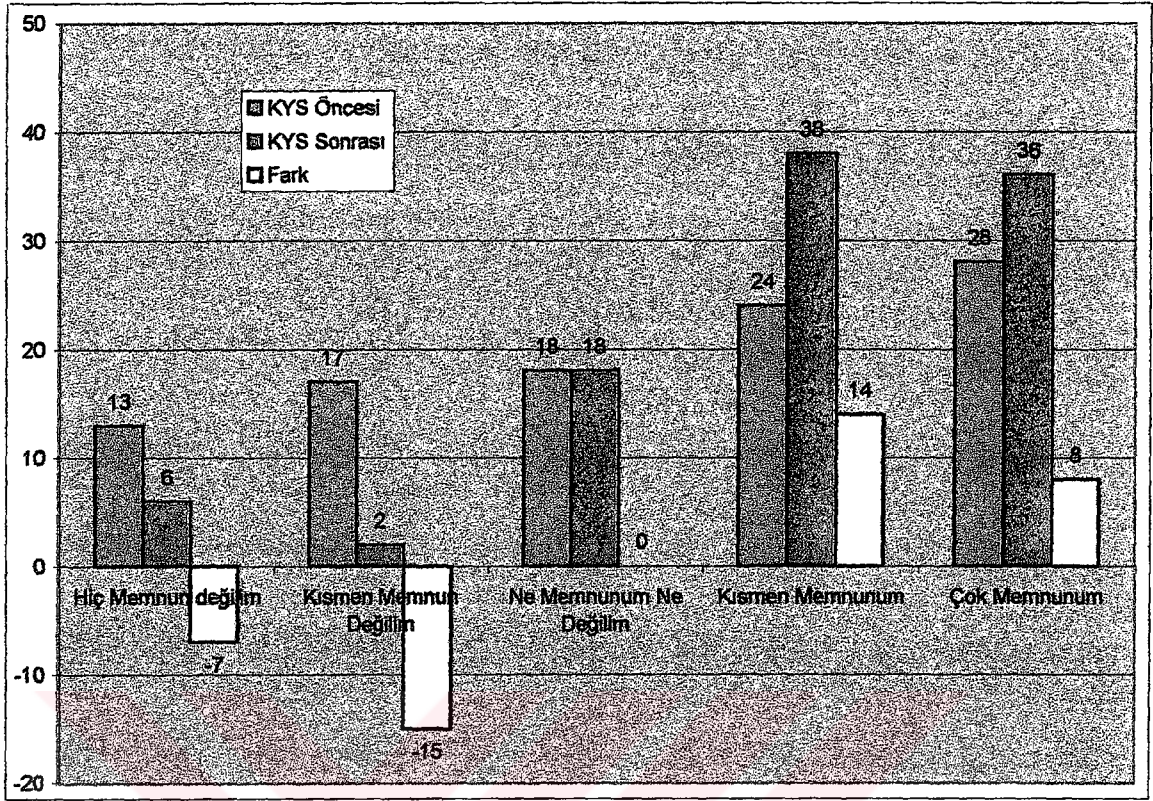
Aşağıda Tablo 3.8.deki verilerin elde edildiği Sağlık hizmetlerinin kalitesinden memnuniyet düzeyleri de hizmet bileşenleri memnuniyet ölçümlerine paralellik göstermektedir. KYS öncesi toplam memnuniyetsizlikler büyük ölçüde azalırken hastaların toplam memnuniyet oranları % 74 gibi yüksek seviyelere çıkmaktadır.

Tablo 3.8: Sağlık Hizmetlerinin Kalitesinden Memnuniyet Düzeyleri

SEÇENEKLER	KYS Öncesi	KYS Sonrası	Fark
Hiç Memnun değilim	13	6	-7
Kısmen Memnun Değilim	17	2	-15
Ne Memnunum Ne Değilim	18	18	0
Kısmen Memnunum	24	38	14
Çok Memnunum	28	36	8

Grafik 3.8: Sağlık Hizmetlerinin Kalitesinden Memnuniyet Düzeyleri





Tablo 3.6, 3.7, 3.8' deki verilerin paralellik göstermesi sağlık hizmetlerinin kalitesinin ve bu kaliteden duyulan memnuniyetin de hastalarca doğru algılandığı kanaatini desteklemektedir.

3.3.2.9. Ödenen Bedel ile Hizmet Denkliğinin Oluşturduğu Memnuniyet düzeyleri

Tedavi ve bakım hizmetleri pahalı hizmet türlerindedir. Alınan sağlık hizmeti kalite algılaması ve hasta tatmin duygusu olarak ifade ettiğimiz hasta memnuniyetinin oluşmasında temel belirleyicilerden biri de alınan hizmet karşılığı ödenen bedel veya primlerin birbirlerinin karşılığı/denkliği olup olmadığıyla ilişkilidir. Tablo/grafik 3.9 da ki verilere baktığımızda hastaların % 76'sı ödedikleri prim karşılığı tedavi ve bakım/sağlık hizmetini aldıklarına inanmaktadırlar.

Bu anketin kısıtları ve sapmalarını göz önünde bulundurarak KYS öncesi ve KYS sonrası arasında anlamlı bir fark oluştuğunu ve bu farkın müşteri/hasta memnuniyetinin artışı yönünde olduğunu ifade edebiliriz. Kalite Yönetim Sistemi veya buna paralel bir yönetim sisteminin sağlık işletmelerinde uygulanabileceğini ve uygulandığında da hizmet kalitesinde nispi bir artış sağlayacağını; bunun da hasta

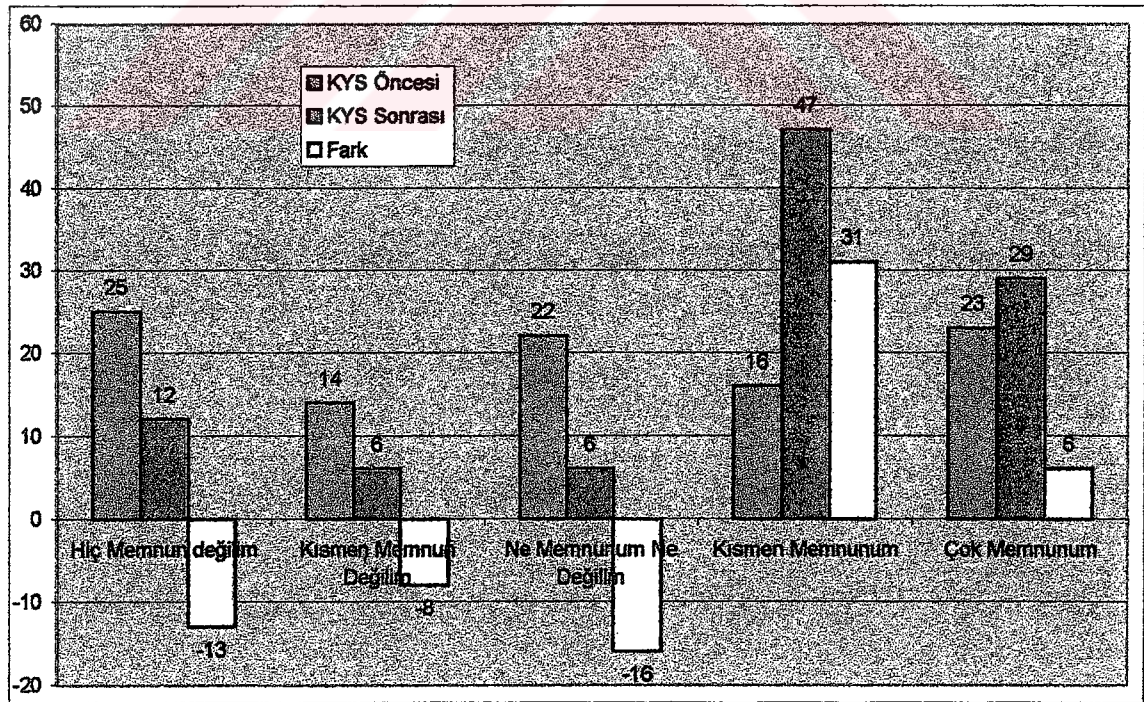
memnuniyetinin artışı olarak ölçümlenebileceği yönünde; tezimizin doğruluğunu sözel olarak ifade edebileceğimiz kanaatine ulaştık. Bu verilerden daha anlamlı ifadeler oluşturmak için istatistiksel analiz yöntemlerinden yararlanmamız gerekmektedir.

Tablo 3.9: Ödenen Bedel İle Alınan Hizmet Denkliğinin oluşturduğu Memnuniyet Düzeyleri

Ödenen Bedel İle Alınan Hizmet Denkliğinin oluşturduğu Memnuniyet Düzeyleri:

SEÇENEKLER	KYS	KYS	Fark
	Öncesi	Sonrası	
Hiç Memnun değilim	25	12	-13
Kısmen Memnun Değilim	14	6	-8
Ne Memnunum Ne Değilim	22	6	-16
Kısmen Memnunum	16	47	31
Çok Memnunum	23	29	6

Grafik 3.9: Ödenen Bedel İle Alınan Hizmet Denkliğinin oluşturduğu Memnuniyet Düzeyleri:



3.3.3. Sağlık Sorunları ve Çözüm Önerileri

Türkiye deki sağlık sorunları yukarıdaki konularda ayrıntılı olara ele alındığından bu bölümde daha çok çözüm önerilerine yer verilecektir. İlk başta en kolay çözüm sağlık sektörüne daha fazla kaynak aktarılması gibi gözükmektedir. Ancak biz burada var olan veya ayrılabilen kaynakların optimal faydayı sağlayacak şekilde kullanılmasına yönelik önerilere ağırlık vereceğiz. Konumuz daha fazla kaynak tüketmekten önce ayrılabilen kaynakların iyi yönetilmesidir.

1. Sağlık mevzuatı gözden geçirilmeli; sağlık sistemi kontrol ve koordinasyon amaçlı tek çatı altında toplanmalıdır. (Halen ilgili bakanlıklar bu çalışmayı sürdürmektedirler.) Atama veya görevlendirmeler liyakat usulüne göre yapılmalı; yerel yöneticilere karar alma ve kararlara katılmada daha fazla yetki ve sorumluluk verilmelidir. Sağlık hizmeti alanların kararlara katılabileceği veya en azından denetime katılabileceği bir yönetim sistemi oluşturulmalıdır.

2. Sosyal Güvenlik Kurumları birleştirilmeli; bölünmüşlüğü verdiği koordinasyonsuzluk ve ayrı örgütlenmenin yüklediği maliyet artışlarının önüne geçilmelidir. Buradan sağlanacak kaynaklara devlet gerekli ilave katkıyı sağlayarak Genel Sağlık Sigortası sistemine derhal geçilmelidir. Gerekirse devlet hiçbir sosyal güvencesi olmayan 22 milyon (yaklaşık ülke nüfusunun % 30 kadarı) vatandaşın sigorta primi karşılığını işsizlik veya iş göremezlik ücreti fonları veya benzer fonlar oluşturarak karşılamalıdır. Zaten var olan sosyal güvenlik kuruluşlarına yapılan genel bütçe sübvansiyonları da haksız ve adaletsizdir. Hiçbir sosyal güvenceye sahip olmayan vatandaşlara hiçbir katkı yapılmazken yapılan sübvansiyonlar Sosyal Devletin Sağlık Hizmeti sunumunun hakkaniyet ilkelerine uymamaktadır.

Hastaya uygulanacak tedavi yapılacak bakım kalitesi ve bunların fiyatları veya yaklaşık toplam maliyet önceden hesaplanmalı ve bilinmelidir. Yapılacak tedavi ve metodunu hasta bilemez, maliyet açısından değerlendireme yapamaz. Bu takipler hastanın bağlı bulunduğu kurum tarafından yapılmalıdır. Hastane ile hastanın kurumu/sigorta şirketi arasınca önceden anlaşma/protokol yapılmalıdır¹⁵⁰. Bu şekilde en doğru tedavi en kısa sürede ve en az maliyetle gerçekleştirilebilir.

3. Sağlık işletmelerine Profesyonel Sağlık Hizmetleri Yönetimi eğitimi almış Yöneticiler atanmalı veya seçilmelidir. Politik kaygılarla atanmış; durum vaziyeti idare

¹⁵⁰ Çoruh Mithat, "Geleceğin Hastaneleri Nasıl Olmalıdır," Modern Hastane Yönetimi, yıl 1, sayı 1, Eskişehir, Mayıs-Hziran 1997, s: 3

ediciler hastaneleri yönetmemelidirler. Türkiye de bir çok resmi sağlık kuruluşunda kalite düşüklüğüne gerekçe olarak personel, yatak yetersizliği ve malzeme eksikliği gösterilmekle birlikte yıllık yatak işgalleri Sağlık Bakanlığı hastanelerinde % 55 lerde, hasta yoğunluğundan sürekli şikayet edilen SSK hastanelerinde % 60-70 lerde kalmaktadır. Sağlık sisteminin oturmuş olduğu gelişmiş ülkelerde bu oran % 70-80 arasındadır.

4. Bütün sağlık kurum ve kuruluşlarında sağlık bakım (yeme, içme, yatak vb.) ve tıbbi tedavi (ilaç, tıbbi malzeme, vb) bedellerinin % 20 si sistemi kullandıktan tahsil edilmelidir. % 80 ise genel sağlık sigortası kapsamında çeşitli şekillerde toplanan veya devlet tarafından karşılanan önceden toplanan primlerden karşılanmalıdır. Bunun iki istisnası ileri derecede fakir ve düşkün olanlar (ki toplam nüfusun % 3'ünden az olmalı) ve mutlak hayati tehlikesi olan acil hastalar olabilirler. Bu şekilde suiistimaller ve lüzumsuz kullanımlar önenebilir. Hem israf azalırken sistemi az ve çok kullananlar arasında da prim ve ödeme yönünden adalet sağlanmış olur.

5. Sağlık sistemindeki en büyük çarpıklık olan, başka çarpıklıklara zemin oluşturan; aynı zamanda ahlaki ve etik olmayan Doktor-hasta arasındaki doğrudan para/çıkar ilişkisini ortadan kaldıracak düzenlemeler yapılmalıdır. Bir hastanın yüksek maliyetli bir ameliyatı olup olmamasına bir tek ilgili uzman doktorun karar vermesi doğru değildir. ABD' inde 1970 li yıllarda yapılan bir araştırmaya göre yapılan ameliyatların % 30'nun gereksiz olduğuna karar verilmiştir¹⁵¹. ABD'lerinde sigorta şirketleri bu konularda sıkı denetimler yapmaktadır. Ülkemizde gereksiz ameliyatların oranı ne kadardır. Ameliyatlarda kullanılan yöntemleri kim belirliyor veya seçiyor. Bu çeşit kararlar maliyetten haberi olmayan, haberi olsa bile maliyete katlanmayan veya hastayla pazarlık yapan hekimlerin iyi niyetine bırakılabilir mi? Genel sağlık sigortası ve özel sağlık sigortası şirketlerinin gelişmesi, güçlenmesi ile bu sorunlar kısmen denetim altına alınabilecek gibi gözükmektedir.

6. Sağlık işletmeleri kuruluş ve yönetim aşamalarında hizmet alanların katılabileceği; hiç olmazsa denetime etkin katılmalarına imkan verecek düzenlemelere gidilmelidir. Sağlık işlemlerinin yönetim ağırlığı yerel yönetimlere kaydırılmalıdır. Sağlık sorunlarının ayaktan çözümlenir bir duruma gelmesi yatış sürelerinin gitgide

¹⁵¹ Abidin Özçelik, "Kaliteli Hizmet İçin Sağlıkta Profesyonel Yönetim" Görüş, Kamu çalışanları yayını, Cilt 1, sayı 4, 1999,

daha da kısılması hastane yönetimi ve fiziki yapısında da değişimi beraberinde getirmektedir.

Geleceğin hastaneleri, Acil servis, gündüz cerrahisi, poliklinikler, rehabilitasyon olanakları, mental/beyin gelişme geriliği klinikleri, aile ve toplum sağlığı, koruyucu sağlık hizmetleri gelişmiş olan devir hızları yüksek az yatak kapasiteli hastaneler olmalıdır¹⁵².

7. Sağlık işletmeleri, en az bir Kalite Güvence Sistemine veya buna paralel uluslararası kabul gören bir sisteme dahil olmalıdırlar. Bu veya benzeri kalite çalışmaları desteklenmeli, teşvik edilmeli; hatta zorunlu tutulmalıdır. Sağlık işletmelerine uygulanabilecek çağdaş yönetim ve denetim sistemlerinin bazıları şunlardır:

-İş etüdü: İşletmenin tüm bölümlerinde işletme ve hizmet süreçlerinde; uygun, etkin ve kolay çalışma yöntemlerini belirleyerek, standart zamanlarını saptamaya dayalı bir sistemdir. İş etüdü; diğer çağdaş yönetim modellerinde de ön koşuldur.

-İSO Kalite Güvencesi Standartları Serileri; Kalite Yönetimi Sistemi: İlgili bölümlerde detaylı anlatılmaktadır.

-TKY; Tam Zamanında Üretim: Temel unsuru sürekli gelişme/sürekli iyileştirme, çalışanların katılımı ve müşteri memnuniyeti vb olan bu sistem ilgili bölümlerde genişçe anlatılmaktadır.

-Sağlık Kuruluşlarının Akreditasyonu: Akreditasyon da amaç, tarafsız ve bağımsız bir kuruluş/dış kaynak tarafından sağlık işletmesinin veya hastanenin incelenmesi sonucu sağlık hizmeti bakımından yüksek standartlara ulaşma ile organizasyonun ve bireylerinin kalite iyileştirme konusunda odaklanmalarını sağlamaktır.

8. Başta koruyucu sağlık hizmetleri olmak üzere, sağlık hizmetleri ve sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi konusunda bütün kurum ve kuruluşlar sürekli sağlık eğitimi (hizmet içi eğitimler, kalite eğitimleri vb.) yapmalıdırlar. Bu konuda da özendirici; gerekirse zorlayıcı tedbirler alınmalıdır. Rehabilitasyon ve yeniden kazandırma tedavilerine daha fazla kaynak ve personel ayrılmalıdır.

9. Acil servislerin şartları, şu anki uygulamalar değiştirilmeli; imkanları, teknik kapasiteleri, elemen ve yatak kapasiteleri artırılmalıdır. Teknik düzeyde ara sağlık

¹⁵² Mithat Çoruh, "Geleceğin Hastaneleri Nasıl Olmalıdır" Modern Hastane Yönetimi, yıl 1, sayı:1, Eskişehir, Mayıs-Haziran 1997, s: 4-5

elamanı takviyesi yapılmalıdır. Acil servis çalışanları eğitim düzeyi yüksek, inisiyatif sahibi, tecrübeli personellerden seçilmelidir. Acil servisler kuruluştan hastanenin diğer birimleri ile kolay ulaşım kanallarına sahip olmalıdır. açılmalıdır.

Gerçek acil hastalar yanında; tedavisi 6-12 saatte bitebilecek olan hastaların tedavileri ve genel anestezi gerektirmeyen küçük müdahalelerin de acil serviste yapılarak tedavinin evinde devam etmesi sağlanmalıdır. Hatta yataklı kısımda yapılan bazı tedaviler sadece tedaviye gelerek yapıldıktan sonra hasta evine gönderilmelidir. Eğer bu uygulamaların Acil hasta müdahalelerini engelleyeceği düşünülüyorsa acil servisle koordineli çalışan; ayaktan tedavi işlerinin yapılabileceği ek birimler

Tıbbi Tedavi Merkezleri: Bir önceki bölümde sözü edilen, tedavi hizmeti veren, ama bakım hizmetlerinin hastanın evinde devam ettirildiği uygulamaların yapıldığı birimler kurulmalıdır. Bu birimler acil servise bitişik veya acille koordineli bir merkez olarak düşünülmeli ve işletilmelidir. Uygulamaya yönelik ayrı ekibi oluşturulmalıdır. Bu uygulamaların özellikle sağlık hizmetlerine yeterince kaynak ayıramayan geri kalmış veya gelişmekte olan ülkelerde ve ülkemizde genel sağlık harcamalarında önemli ölçüde tasarruf sağlayacağına inanmaktayım.

Öte yandan hastaları evinden, yakınlarından, hatta bazı işkollarında işinden uzaklaştırmayacak; hem de tedavisinin hastane şartlarında devam etmesi sağlanacaktır. Tıbbi tedavi merkezi tarzı bir organizasyon olmadığı için ayaktan tedavi gören bazı hastalar ehil olmayan eğitimsiz kişilere bazı tedavileri (enjeksiyon, pansuman ve serum taktırmak gibi) yaptırmak zorunda kalmaktadır.

10. Sağlık işletmeleri, özellikle hastaneler; havası temiz, yeşilliği bol, mümkünse su (deniz, göl, ırmak vb.)kenarlarına ulaşım kanalları yeterli, binaları geniş, ferah, hijyenik koşulları uygun, çevre düzenlemesi yapılmış ve bakımlı bahçesi olan yerlerde inşa edilmelidir. Klinik hizmetleri, otel hizmetleri yanında sosyal tesisler ve alışveriş için küçük bir çarşuyu (kantin, ayaküstü yemek yerleri, küçük bir butik, oturma yerleri vb.) da içinde barındırmalıdır. Ulaşımı kolay ve olağanüstü durumları da göz önünde bulunduran alternatif ulaşım hatları/yolları olmalıdır.



EKLER

EK 1a: YATAN HASTALAR İÇİN SAĞLIK HİZMETİ ANKET FORMU

Bu anketin sonunda sizin görüş ve önerileriniz de uygulamalara katılmış olacaktır. Bizim göremediğimiz bazı eksiklikleri sizinle görüşerek düzeltebileceğimize inanıyoruz. Lütfen kimlik bilginizle ilgili açıklama yapmayınız.

BİRİNCİ BÖLÜM/TANITIM BİLGİLERİ

1. Cinsiyetiniz ? ()Erkek ()Kadın
2. Yaşınız ? () 14-18 ()19-35 () 36-60 () 61 ve üstü
3. Öğrenim durumu ()Okumamış-ilkokul () Orta okul () Lise ()Yüksek öğren
4. Mesleğiniz ? () Ev hanımı () İşçi () Emekli () Öğrenci () Diğer
5. Gelir düzeyiniz ? ()0-200 ()200-400 ()400-600 () 600 ve üzeri

İKİNCİ BÖLÜM/Genel Değerlendirme

1. Tedaviye ihtiyaç duyduğunuzda ilk tercih ettiğiniz sağlık kuruluşu ?
() SSK hastanesi () Devlet hastanesi ()Özel muayenehane ve hastaneler
2. SSK hastanesini tercih etmenizin nedeni sizce nedir. ?
() sigortalı olma () Gelir düşüklüğü
() kaliteli hizmet () Ulaşım kolaylığı () Diğer
3. SSK Kütahya hastanesinin Kütahya da ki sigortalılara yeterliliği
() Yeterli () Kısmen () Yetersiz
4. Hastaneye doktorunuzun mesleki yeterliliğine güvenin sonucu mu geldiniz ?
() Evet () Hayır

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM/Memnuniyet düzeyi

1. Hastanenin yeri ve ulaşımından memnun musunuz?
() Çok memnunum () Kısmen memnunum () Ne memnunum ne değilim
() Kısmen memnun değilim () Hiç memnun değilim
2. Acil servisteki sağlık hizmeti sizi memnun ediyor mu ?
() Çok memnunum () Kısmen memnunum () Ne memnunum ne değilim
() Kısmen memnun değilim () Hiç memnun değilim
3. Hastane servis hizmetlerinden memnuniyet düzeyiniz nedir?
() Çok memnunum () Kısmen memnunum () Ne memnunum ne değilim
() Kısmen memnun değilim () Hiç memnun değilim
4. Hastane yemeklerinden memnun musunuz? Besleyici ve doyurucu mu?
() Çok memnunum () Kısmen memnunum () Ne memnunum ne değilim
() Kısmen memnun değilim () Hiç memnun değilim
5. Hastanede ameliyat oldunuz mu ? a.() evet b.() Hayır

Ek 1b: 6. 5 soru evet ise yapılan ameliyattan memnun kaldınız mı ?

- () Çok memnunum () Kısmen memnunum () Ne memnunum ne değilim
() Kısmen memnun değilim () Hiç memnun değilim

7. Doktorların size olan tavır davranışlarından memnun musunuz?

- () Çok memnunum () Kısmen memnunum () Ne memnunum ne değilim
() Kısmen memnun değilim () Hiç memnun değilim

8. Hemşirelerin size olan tavır ve davranışlarından memnun musunuz?

- () Çok memnunum () Kısmen memnunum () Ne memnunum ne değilim
() Kısmen memnun değilim () Hiç memnun değilim

9. Personelin yaptığı işle ilgili/mesleki yeterliliği sizi tatmin ediyor mu?

- () Çok memnunum () Kısmen memnunum () Ne memnunum ne değilim
() Kısmen memnun değilim () Hiç memnun değilim

10. Sağlık hizmeti sunum saatlerinden memnun kalıyor musunuz?

- () Çok memnunum () Kısmen memnunum () Ne memnunum ne değilim
() Kısmen memnun değilim () Hiç memnun değilim

11. Ödenen bedel/Pirim ile alınan sağlık hizmeti denkliği sizi memnun ediyor mu?

- () Çok memnunum () Kısmen memnunum () Ne memnunum ne değilim
() Kısmen memnun değilim () Hiç memnun değilim

12. Hastanedeki ilaç dağıtımından memnuniyetiniz nasıldır ?

- () Çok memnunum () Kısmen memnunum () Ne memnunum ne değilim
() Kısmen memnun değilim () Hiç memnun değilim

13. Şikayetlerin ele alınışı ve uygunlaştırmalardan memnuniyetiniz nedir.?

- () Çok memnunum () Kısmen memnunum () Ne memnunum ne değilim
() Kısmen memnun değilim () Hiç memnun değilim

14 Hastane fiziksel koşullarından memnun musunuz ?

- () Çok memnunum () Kısmen memnunum () Ne memnunum ne değilim
() Kısmen memnun değilim () Hiç memnun değilim

15 Sağlık hizmetinin sunum hızı ve zamanlamasından memnuniyetiniz nasıldır ?

- () Çok memnunum () Kısmen memnunum () Ne memnunum ne değilim
() Kısmen memnun değilim () Hiç memnun değilim

16 Sağlık ve bakım hizmetinin kalitesinden genel olarak memnuniyetiniz nedir?

- () Çok memnunum () Kısmen memnunum () Ne memnunum ne değilim
() Kısmen memnun değilim () Hiç memnun değilim

17. Hastane yönetiminden hizmet kalitesinin artması için istekleriniz ve önerileriniz hangi konularda olabilir ? (cevap birden fazla olabilir.)

- a.() Temizlik artırılmalı b.() personel sayısı artırılmalı
c.() evrak işleri/bürokrasi azaltılmalı d.() personel eğitimi artırılmalı
e () daha fazla bilgilendirme f () yardım ve yönlendirme

Bize zaman ayırdığınız için teşekkürler...

Ek 1d: 11. Telefonla randevu alamıyorsanız sizce nedeni ne olabilir ?

- Telefonum yok Aradığım branşlar doluydu
 Randevu almak zor geliyor Telefonu kullanamıyorum

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM/Memnuniyet Durumu:

1. Telefonla randevu sisteminden memnun musunuz ?
 Çok memnunum Kısmen memnunum Ne memnunum ne değilim
 Kısmen memnun değilim Hiç memnun değilim
2. Muayene yapan doktorun ilgisi ve muayenesinden memnun musunuz?
 Çok memnunum Kısmen memnunum Ne memnunum ne değilim
 Kısmen memnun değilim Hiç memnun değilim
3. Muayene eden doktorun bilgilendirmesinden memnun musunuz ?
 Çok memnunum Kısmen memnunum Ne memnunum ne değilim
 Kısmen memnun değilim Hiç memnun değilim
4. Poliklinik personelinin davranış ve yönlendirmesinden memnun kalıyor musunuz?
 Çok memnunum Kısmen memnunum Ne memnunum ne değilim
 Kısmen memnun değilim Hiç memnun değilim
5. Eczaneden ilaç alırken bekleme süresinden memnun musunuz?
 Çok memnunum Kısmen memnunum Ne memnunum ne değilim
 Kısmen memnun değilim Hiç memnun değilim
6. İlaçların kontrol ve tarifi ile ilgili açıklamalardan memnun musunuz ?
 Çok memnunum Kısmen memnunum Ne memnunum ne değilim
 Kısmen memnun değilim Hiç memnun değilim
7. Genel olarak poliklinik binasındaki düzenlemelerden memnun musunuz ?
 Çok memnunum Kısmen memnunum Ne memnunum ne değilim
 Kısmen memnun değilim Hiç memnun değilim
8. Laboratuvar ve röntgen tahlilleri yaptırırken yapılan işlemlerden ve yol gösterici açıklamalardan memnun musunuz?
 Çok memnunum Kısmen memnunum Ne memnunum ne değilim
 Kısmen memnun değilim Hiç memnun değilim
9. Sağlık Hizmetlerinde Kalite Yönetim Sistemi uygulamasından memnun musunuz?
 Çok memnunum Kısmen memnunum Ne memnunum ne değilim
 Kısmen memnunum değilim Hiç memnun değilim
10. Poliklinik hizmetlerinden ve uygulamalardan memnun musunuz?
 Çok memnunum Kısmen memnunum Ne memnunum ne değilim
 Kısmen memnun değilim Hiç memnun değilim

Bize zaman ayırıp ankete katıldığınız için teşekkür ederim...

SOSYAL SİGORTALAR KURUMU BAŞKANLIĞI
SAĞLIK İŞLERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ KÜTAHYA
HASTANESİ TARİHÇE

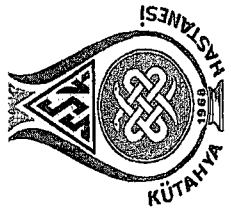
SSK Kütahya Hastanesini temeli 1964 yılında atılmış, 1968 yılı şubat ayında 120 yatak ruhsatlı Dahiliye, Hariciye, Nisaiye, Göz, KBB ve Röntgen Servisleri ile faaliyete geçmiştir. Açılışında 4 uzman tabip, 2 pratisyen tabip, 1 diş tabibi, 1 eczacı, 2 sağlık memuru, 7 idari memur, 44 hizmetli personel ile hizmete başlamıştır.

Daha sonra 1975 yılında 3 kat İntaniye - Göğüs hastalıkları klinik binası, 5 katlı poliklinik binası, 2 bloktan oluşan 5 katlı 20 daireli hizmet binasının temeli atılmış ve bu ek tesislerle 1981 yılında hizmete girmiştir. 120 Yataklı hastanenin ruhsatı 200 yatağa çıkarılmıştır.

11.11.1987 tarihinde hastanemize 4 makineli hemodiyaliz servis açılmış ve bu makine sayısı 1996 yılında 4 makine daha ilave edilerek 8 makineli hemodiyaliz servis olarak hizmet vermektedir. Genel Müdürlüğümüzce 3 makine daha verilmiş halen montajı yapılmaktadır. Bu işlemler tamamlandığında toplam 13 Hemodiyaliz Makinemiz olacaktır. 1994 yılında 4 yataklı koroner yoğun bakım servisi, 1996 yılında 4 yataklı yoğun bakım birimi hizmete girmiştir. 1997 yılında yine hastane içerisinde gerekli düzenleme yapılarak yeni bir acil servisi, biyokimya ve bakteriyolojik tetkikleri yapan oto analizörlü merkez laboratuvar ile ayrıca patoloji laboratuvarı ve çocuk servisimizde de ayrı bir küvez bölümü oluşturulmuştur.

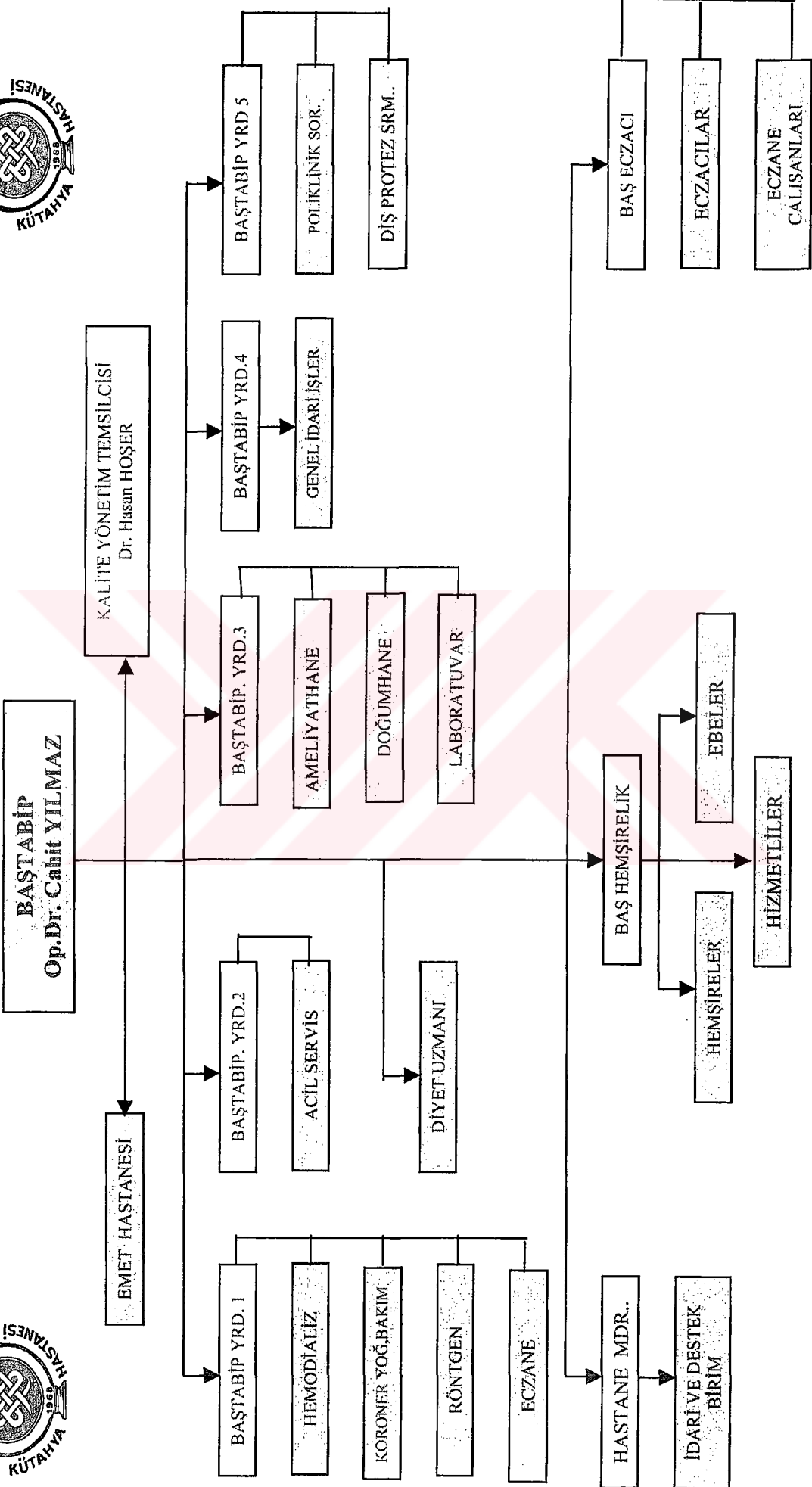
1998 senesi içerisinde de 375 yataklı kadın doğum ve çocuk hastalıkları hastanesi inşaatının ihalesi yapılarak 22 Aralık 1998 tarihinde temeli atılmış halen inşaatı devam etmektedir. Eylül 1999 ayında hastanemize bilgisayar otomasyonu satın alınmış, poliklinikler, ameliyathane ve laboratuvar dışındaki tüm birimlerimiz işlemlerini bilgisayarla yapmaktadır.

Hastanemizin boya, tadilat, tamirat ve onarım işleri Kurumumuz ve Hastanemiz bünyesinde faaliyet gösteren derneğimiz imkanlarıyla yapılmaktadır. Ayrıca SSK Emet ve Hisarcık Sağlık İstasyonu Hastanemize bağlı olarak faaliyet göstermektedir. Halen SSK Kütahya Hastanesi 200 kadro, 325 fiili yatakla 30 uzman, 7 tabip, 5 diş tabibi, 8 eczacı, 88 hemşire, 11 ebe, 21 sağlık teknisyeni ve laborant, 43 idari memur 123 diğer personel olmak üzere toplam 334 personelle yıllık ortalama 12449 yatarak, 334779 ayaktan müracaat eden hastaların muayene ve tedavilerini sağlayarak Kütahya ve çevresine yoğun bir şekilde hizmet vermektedir. 03.07.2002



KÜTAHYA SAĞLIK HİZMETLERİ HASTANESİ


ANA ORGANİZASYON ŞEMASI



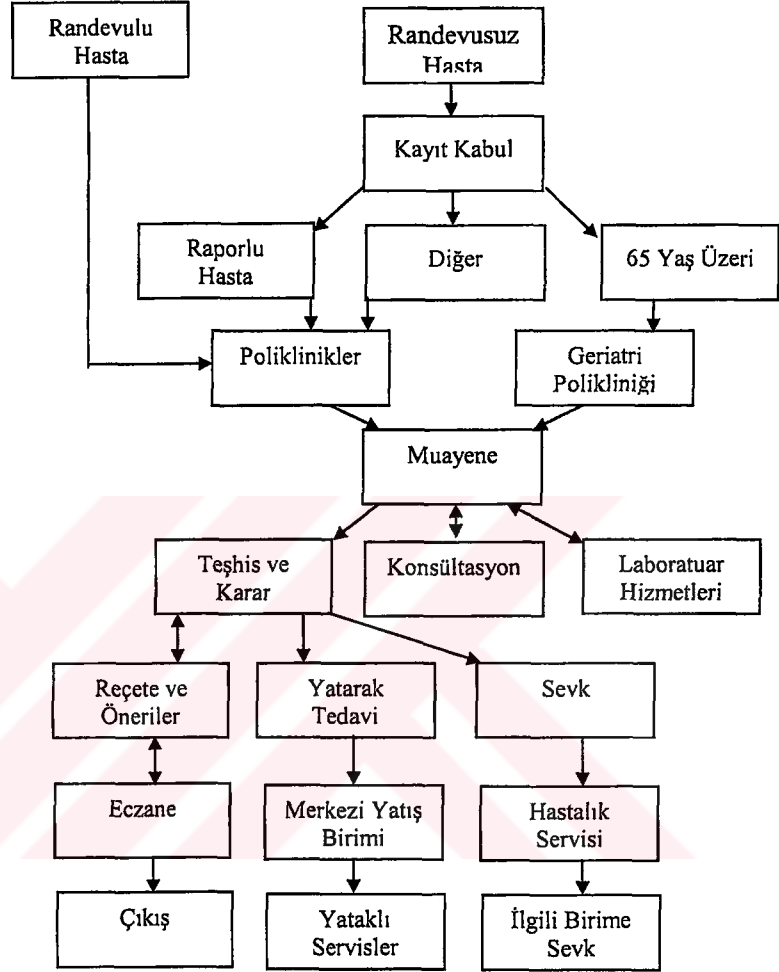
Onaylayan ve Yayınlayan
KALİTE GÜVENÇE BAŞKANLIĞI

Yayın Tarihi :
Revizyon No :
Revizyon Tarihi :

Sayfa No
1/1

	Ek 5: İş akış şeması örneği S.S.K. KÜTAHYA HASTANESİ BAŞTABIPLIĞI KALİTE EL KİTABI	KH.KEK.01
---	---	------------------

Poliklinik Hasta Muayene İş Akış Şeması



Hazırlayan	ONAY	Yayın Tarihi : 01.04.2002	Sayfa No
Kalite Güvence Başkanlığı	Baştabip	Revizyon No :	1/2
		Revizyon Tarihi :	

I. AMAÇ : SSK Kütahya Hastanesi Baştabipliğinde görev yapan personelin eğitim ihtiyaçlarını belirlemek, planlamak, uygulamak, kalite ve hizmet bilincini arttırmaktır.

II. KAPSAM : Tüm birimler.

III. TANIMLAR :

3.1. Oryantasyon Eğitimi : Göreve yeni başlayan personelin kuruma intibakı ve iş tanımları ile ilgili verilen eğitim.

3.2. Hizmet İçi Eğitim : Personele, yapmış oldukları görev ile ilgili eğitici, geliştirici ve bilgilendirici eğitim programı.

IV. İŞLEM :

4.1. Hastane eğitim faaliyetleri her yıl aralık ayı başında bir sonraki yıl için Kalite Güvence Eğitim Birimi tarafından planlanır.

4.2. Eğitim planlaması yapılırken, hastanedeki ünitelerin sorumlularıyla görüşülerek ve/veya personelden gelen eğitim istekleri gözönüne alınarak belirlenir.

4.3. Hizmet kalitesinin artırılması amacıyla yıllık olarak planlanan Hizmetiçi Eğitim konuları hastane genelinde gözlenen eksiklikler, ortaya çıkan aksaklıklar veya tıpta uygulanan yenilikler göz önüne alınarak planlanır.

4.4. Eğitim Birimi hazırlamış olduğu yıllık eğitim planını Kalite Güvence Başkanının onayına sunar.

4.5. Onaylanan kalite ve hizmet içi eğitim planları, Planlı Hizmet içi Eğitim Programı Formu (KH-F-1030) ve Planlı Kalite Eğitim Programı Formu (KH-F-1040) ile tüm birimlere yayımlanır.

4.6. Ayrıca, Kalite Konseyinin istekleri, birimlerin ihtiyaçları, sistem geliştirme çalışmaları vb. nedeniyle ortaya çıkan ek eğitim ihtiyacı gerektiğinde, ek eğitim planı hazırlanarak ilgili birimlere yayımlanır.

4.7. Kurumda yeni bir personel işe başladığında, Eğitim Birimi koordinesinde Birim sorumlusu tarafından oryantasyon eğitimine tabi tutulur ve Oryantasyon Eğitim Takip Formu ile eğitim (KH-F-1050) kayıt altına alınır.

4.8. Hizmet içi ve Kalite eğitimleri, konusunda uzman ve yetkili kişiler tarafından verilir.

4.9. Kurum Dışı Eğitimler genel müdürlük tarafından planlanır ve uygulanır.

4.10. Eğitimlere personelin katılımı, Eğitim Katılım Formu (KH-F-1020) ile belgelenir. Personele verilen eğitimler, Personel Eğitim Takip Formuna (KH-F-1010) işlenir.

4.11. Verilen eğitimlerin hedefe uygunluğunu tespit etmek amacıyla, eğitim değerlendirmesi yapılır. Değerlendirme sonucu gerekli görüldüğünde eğitim tekrar edilir. Eğitim değerlendirmeleri “KH-F-1060” a göre yapılır ve kayda alınır.

4.12. Eğitim Toplantı Formu, eğitim dokümanlarıyla birlikte Kalite Güvence Başkanlığında Dokümanların Kontrolü ve Kayıtların Kontrolü Prosedürlerine uygun olarak saklanır.

V. SORUMLULUKLAR :

5.1. **Kalite Güvence Eğitim Birimi** : Her yıl aralık ayı başında bir sonraki yılın hizmet içi eğitimini, ocak ayında kalite eğitimlerini planlamaktan ve belirlenen plana uygun olarak yürütülmesinden sorumludur.

5.2. **Birim Sorumluları** : Yeni göreve başlayan personelin intibakını sağlamaktan, birim hizmet içi eğitim ihtiyaçlarının belirlenmesinden ve personelin planlanan eğitimlere katılımını sağlamaktan sorumludur.

5.3. **Tüm Personel** : Planlanan eğitimlere katılmaktan sorumludur.

VI. İLGİLİ DOKÜMANLAR :

6.1. TS-EN-ISO 9001:2000 Kalite Yönetim Sistem Kılavuzu.

6.2. SSK Sağlık Teşkilatı Yönetmeliği

6.3. TS Hastaneler Klavuzları

VII. İLGİLİ FORMLAR :

7.1. KH-F-1010 Personel Eğitim Takip Formu

7.2. KH-F-1020 Eğitim Katılım Formu

7.3. KH-F-1030 Planlı Hizmet İçi Eğitim Programı Formu

7.4. KH-F-1040 Planlı Kalite Eğitim Programı Formu

7.5. KH-F-1050 Oryantasyon Eğitim Takip Formu

7.6. KH-F-1060 Eğitim Değerlendirme Formu

HAZIRLAYAN :

KAYNAKÇA:

AK Bilal, Modern Hastane Yönetimi Ve Örgütsel Etkinlik, **Görüş; Aylık Mesleki Yayın Dergisi**, Sayı 40, İstanbul, 1994.

_____, **Hastane Yöneticiliği**, Hacettepe Üniversitesi Sağlık İdaresi Yüksek Okulu (AD 1804), Ankara, 1990.

_____, **Kavramlar ve Sağlık Sistemi**, **Yeni Türkiye Dergisi**, Sayı 39, Ankara, 2001.

_____, **Yataklı Tedavi Kurumları**, **Yeni Türkiye Dergisi**, (Sağlık Özel Sayı), Sayı 39, Ankara, 2001.

AKDEMİR Nuran, BEDÜK Tülin, Temel Kavram ve Konular, **İç Hastalıkları Hemşireliği**, Vehbi Koç Vakfı Yayınları, No 6, Ankara, 1993.

AKYILDIZ Nazlı, Türkiye’de Temel Sağlık Hizmetleri, **Yeni Türkiye Dergisi**, Yıl 7, Sayı 39, Ankara, 2001.

AKGÜN Seval, ERDAL Rengin, Hastanelerde Kaliteli Hizmet Sunumunda Tüketici Faktörü, **Sağlık Yönetiminde Devamlı Kalite İyileştirme**, Editör Mithat Çoruh, Haberal Eğitim Vakfı, Ankara, 1997.

ALPAGUN Oktay, Hastanelerde Verimlilik Sorunu, **Verimlilik Dergisi** , MPM Yayın No: 454, Ankara, 1991.

BUĞDAYCI Resul, ŞAŞMAZ Tayyar, AYDIN Süha, Temel Sağlık Hizmetlerinin Anlamı ve Bütünlüğü, **Yeni Türkiye Dergisi**, Sayı 39, Ankara, 2001.

BOZKURT Rıdvan, Toplam Kalite Uygulaması, MPM, **Kalkınmada Verimlilik Dergisi**, (Anahtar), Sayı 118, Ekim Ankara, 1998.

ÇELEBİOĞLU Fatih, Hizmet Sektöründe Müşteri hizmetleri Kalitesinin Yükseltilmesi ve Kütahya SSK Hastanesinde Bir Uygulama, DPU, SBE, yayınlanmamış yüksek lisans tezi, Kütahya, 2001.

ÇETİN Canan, Hastane İşletmeciliğinde Misyon ve Vizyon Yaklaşımları, HİŞD (Hastane İşletmecileri Dergisi), Cilt 1, Sayı 1, İstanbul, 1999.

ÇORUH Mithat, Geleceğin Hastaneleri Nasıl Olmalıdır, Modern Hastane Yönetimi, Mer Ajans, yıl 1, sayı 1, Ankara, Mayıs 1997.

_____, Sağlık Finansman Kurumu Kuruluş ve İşleyiş Kanunu Tasarı Taslağının Düşündürdükleri, **Modern Hastane Yönetimi**, Mer Ajans, Yıl 1, Sayı 2, Ankara, Eylül 1997.

DEMİR Cesim, GATA Hastanesi Poliklinikler Hasta Tatmin Düzeyi Ölçüm Düzeyinin Saptanması, Yayınlanmamış Yüksek Lisans tezi, Ankara, 15-16 Mayıs 1999,

DİNÇER Ömer, İşletmelerde Stratejik Yönetim, Stratejik Yönetim ve İşletme Politikası, Beta Yayınları, 5. Baskı, Yayın No: 659, İstanbul, 1998.

DURMUŞ Osman, Sağlık Sistemi, Tarihçe ve Mevcut Durum, Yeni Türkiye Dergisi, yıl 7, sayı 39, Ankara, Mayıs-Haziran 2001 (Yeni Türkiye Dergisi Adres: Abdullah Cevdet Sok. No: 33/7 Çankaya, Ankara) .

ENGİZ Oğuz, Amerikanın Sağlığına Kısa bir Yolculuk, Görüş, Kamu Çalışanları Dergisi sayı 4, İstanbul, 2001.

ESATOĞLU Afsun Ezel, TENGİLİMOĞLU Dilaver, BİLGİN Kamil Ufuk, Sağlık Hizmetlerinde TKY'nin Başarıya Ulaşmasına Halk ve İlişkilerin Etkisi, Kamu Yönetiminde Kalite, I. Ulusal Kongresi Bildirileri, II.ci cilt, Editör: Ömer Peker, TODAİE Yayın no 289, Ankara, 1999.

FİDAN Yahya, Hizmet İşletmelerinde Strateji Sorunları, **Öneri Dergisi**, M.Ü. S.B.E. Yayını, Sayı 5, Yıl 3, Cilt 1, İstanbul, Haziran 1996.

HİSAR Kemal Macit, Sağlık Hizmetlerinde Ulusal Kalite Yönetimi, **Kalkınmada Verimlilik, Anahtar**, MPM Yayın, yıl 11, sayı 134, Ankara, Şubat 2000.

KARDEŞ Semra, Hastanelerde Sağlık Hizmeti Pazarlaması ve Verimliliğin Artırılması, **Hastane İşletmeciliği**, Anadolu Üniversitesi Yayınları, No345, Eskişehir, 1995.

KASA Halit, Toplam Kalite Yönetimi Ve Sınırları "Hastane Yönetiminde Uygulama Olanağı", **Modern Hastane Yönetimi**, Cilt 3, Sayı 1, Ankara, Ocak 1999

KAYA Mehmet, Türk Tıbbı Dünya Tıbbının Neresinde, **Yeni Türkiye Dergisi** Sayı 39, Ankara, 2001.

KAVUNCUBAŞI Şahin, Ekip Çalışması ve TKY deki Önemi, **Sağlık Yönetiminde Devamlı Kalite İyileştirme**, Prof. Dr. Mithat Çoruh, Haberal Eğitim Vakfı, Ankara, 1998

KILIÇOĞULLARI Sinan, **Sağlık Hizmetlerinde Kalite**, Makale, Kocaeli Üniversitesi Mühendislik Fak. Endüstri Mühendisliği Bölümü, İzmit, 1998.

KUŞOĞLU Bülent, Sağlık Sistemimiz; Mevcut Durum ve Çözüm Önerileri, **Yeni Türkiye Dergisi**, (Sağlık Özel Sayı), sayı 39, Ankara, 2001.

ÖZCAN Cihangir, Türkiye'de Tedavi Hizmetlerinin Analizi, **Yeni Türkiye Dergisi** Sayı 39, Ankara, 2001.

ÖZÇELİK Abidin, Sağlıkta Profesyonel Yönetim, (Görüş) ; **Kamu Çalışanları mesleki Yayın Dergisi**, cilt 1, sayı 4, İstanbul, 2001.

ÖZDEMİR Yusuf Ekrem, Cumhuriyet Dönemi Sağlık Politikaları, **Yeni Türkiye Dergisi** Sayı 39, Ankara, 2001.

_____,Sağlık Reformları-1980 ve 1990'lı Yılların Sağlık Politikaları, **Yeni Türkiye Dergisi** , Sayı 39, Ankara, 2001.

ÖZDİNGİÇ Feridun, Kalite Nasıl Artırılır, (Görüş); **Kamu Çalışanları Aylık Mesleki Yayın Dergisi**, İstanbul, 1994.

_____,Kalite Nasıl Artırılabilir ? (Görüş); **Kamu Çalışanları Aylık Mesleki Yayın Dergisi**, İstanbul, 1994.

ÖZGEN Hüseyin, ÖZTÜRK Azim, Devlet Hastanelerinde Karşılaşılan Yönetim Sorunları Ve Bir Model Önerisi, **Verimlilik Dergisi**, MPM Yayını Cilt 23, Sayı 1 , Ankara, 1994.

_____, Türkiye'de Devlet Hastanelerinin Yönetim ve Organizasyon Yapısını verimlilik Açısından İnceleyen Bir Araştırma, **Hastane İşletmeciliği**, Anadolu Üniv. Yay. No 845, Eskişehir, 1995.

_____, Çağdaş Hastane Yönetimi ve Türkiye'deki Uygulamalar, **Hastane İşletmeciliği**, Anadolu Üniversitesi Yayınları, No:845, Eskişehir, 1995.

ÖZTÜRK Mehmet, Hastanelerde Performans Değerlendirme Sistemi, **Hastane İşletmeciliği Dergisi (HİŞD)**,Cilt 1, sayı 1, İstanbul, Eylül 1999.

PEKER Ömer, Kamu Yönetiminde Kalite, **4. Ulusal Kongre Bildirileri, II. Cilt**, TODAİE, Yayın No:289, Ankara, 1999.

PEŞKİRCİOĞLU Nurettin, Hizmet Sektöründe Kalite, Kalite Güvencesi ve Sağlık Hizmetlerine Uygulanması, **Verimlilik Dergisi (Özel Sayı)**, MPM yayını, (sayı: 145,) Ankara, 1993.

SEÇİM Hikmet, "Hastanelerin Tanımı, Sınıflandırılması, İşlevleri ve Organizasyonu Açısından Özellikleri" **Hastane Yönetim Organizasyonu**, Anadolu Üniv. Yay. No: 130, Eskişehir, 1985.

STİGLİTZ Joseph E. **Kamu kesimi Ekonomisi**, (Çeviri: Ömer Faruk Batırel, Marmara Üniversitesi, yayın no 549, İstanbul, 1994).

ŞAHİN Ümit Hastanelerde ISO 9000 Kalite Sistemi Uygulamaları İçin Öneriler, **Anahtar Dergisi**, Sayı 146, MPM, ANKARA Şubat 2001.

_____, Hastane İşletmeciliğinde Örgütsel Performans Göstergeleri ve ISO 9000 Uygulamaları, **Kalkınmada Verimlilik; Anahtar Dergisi**, yıl 13, sayı 145, Ankara, Ocak 2001.

TENGİLİMOĞLU Dilaver, Ankara'da Bir Üniversite Hastanesinde Hasta Memnuniyetinin Ölçümü, Editör Mithat Çoruh, **Sağlık Yönetiminde Devamlı Kalite İyileştirme**, Haberal Eğitim Vakfı, Ankara, 1997.

TOKTAMIŞOĞLU Murat, TKY'de İç Müşteri Memnuniyeti ve Performans değerlendirmesi, **Sağlık Hizmetlerinde TKY ve Performans Ölçümü**, Editör: Mithat Çoruh, Haberal Eğitim Vakfı Yayını, Ankara, 1996.

TURGU Ayşe, **Ayaktan Tedavi Hizmetlerinde Hizmet Kalitesi ve Hasta Tatminini Etkileyen Faktörler**, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Danışmanı. Fulya Sarvan) İstanbul, 1997.

USER İnci, Topluluk Temelli Sağlık Hizmeti, **Öneri Dergisi**, M.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü Yayını, Sayı: 9, Yıl 4 ,Cilt 2, İstanbul, 1998.

ÜÇDOĞRUK Şenay, DEMİRBİLEK Sevda, Türkiye'de Yataklı Tedavi Kurumlarının Verimliliği, **Verimlilik Dergisi**, Sayı 2, MPM Yayını, Ankara, 1997.

ÜSTÜNBAŞ Hasan Basri, Türkiye'de sağlık Sorunları Ve Çözüm Yolları, **Yeni Türkiye**, Sayı 39, Ankara,, 2001.

YILDIRIM H. Hüseyin, Kaliteli ve Uygun Sağlık Bakımının Temel Malzemesi: Doktor Hasta İlişkisi, **Verimlilik Dergisi**, MPM Yayını, Sayı 1, Ankara, 1999.

YILDIZ Zühra, Sağlık hizmetleri Piyasa Nitelikleri ve Kamu Ekonomisi İçindeki Yeri, Verimlilik Dergisi, M.P. M. Yayını, sayı 4, Ankara, 1996.

ZORLUTUNA Yaman, Sağlık Hizmetlerinde TKY Hekimler Açısından Önemi, (Görüş) Kamu Çalışanları Dergisi Yıl 1, sayı 4, İstanbul, 1999.



DİZİN

A

Akreditasyon; 3, 50, 103,

D

Devlet Hastaneleri; 30,

Değişim/Dönüşüm/Yenilenme Çevrimi; 82, 84, 101, 107, 115,

Dispanserler; 16,

E

Etkinlik, Etkililik; 49

İ

İSO Kalite Yönetimi Sistemi; 3, 50, 62, 81, 98, 100,102, 110,

İcap Hizmeti; 14,

H

Hastane, Hastane Sistemi; 8, 9, 16, 20, 21, 79,

Hastalık; 11,12

Hasta Memnuniyeti; 65, 66, 67,68,

Hemşirelik Hizmetleri; 23,

Hızır Servisi; 14,

K

Kaliteli Sağlık Hizmeti; 48, 80,81, 82,

Geleneksel Hastane Yönetimi; 21, 87, 93,

Ö

Örümcek Diyagramı; 6,7,

P

Proses/Süreç; 64, 101, 115,

S

Sağlık; 2, 5, 11,12,

Sağlık Hizmeti; 2, 13, 35, 36,37,38,

Sağlık ve Bakım Hizmeti; 35, 36,37,37,

Sağlık Evi, Sağlık Ocağı; 15

Sıfır Hata; 3, 49, 62,

T

Takım Çalışması;75, 76, 113,

Tıbbi Tedavi Merkezleri; 3, 141,

Tıp Hizmetleri; 22,

Toplam Kalite Yönetimi; 3,49,,60,61,62,63,75,79,85,93,117,

W

WHO; 8, 40,