

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

125768

(Yüksek Lisans Tezi)

HASTANELERDE ISO 9000 KALİTE GÜVENCE SİSTEMİ ÇALIŞMALARI
VE ESKİŞEHİR İLİ, SSK, DEVLET DOĞUMEVİ VE ÜNİVERSİTE
HASTANELERİNDE ISO 9001 UYGULAMA SONUÇLARININ
KARŞILAŞTIRILMASI

125768

Tez Danışmanı
Yard. Doç. Dr. Orhan ELMACI

**T.C. YÜKSEKÖĞRETİM KURULU
DOKÜMANTASYON MERKEZİ**

Hazırlayan;

Osman ÖNAL

0091013157

Kütahya 2003

Kabul ve Onay

Osman Önal'ın hazırladığı "Hastanelerde ISO çalışmaları ve Eskişehir İli, SSK, Devlet ve Üniversite Hastanelerinde ISO 9001 Uygulama Sonuçlarının Karşılaştırılması" Başlıklı Yüksek Lisans tez çalışması, jüri tarafından lisansüstü yönetmeliğin ilgili maddelerine göre değerlendirilip kabul edilmiştir.

27.15./2003

Tez Jürisi

Prof. Dr. Ahmet KARAASLAN

Prof. Dr. Hüseyin ERGİN

Yard. Doç. Dr. Orhan ELMACI (Danışman)

Prof. Dr. Ahmet KARAASLAN

Sosyal Bilimler Enstitüsü
Müdürü

YEMİN METNİ

Yüksek Lisans tezi olarak sunduğum “Hastanelerde ISO çalışmaları ve Eskişehir İli, SSK, Devlet ve Üniversite Hastanelerinde ISO 9001 Uygulama Sonuçlarının Karşılaştırılması” adlı çalışmamın, tarafımdan bilimsel ahlak ve geleneklere aykırı düşecek bir yardıma başvurmaksızın yazıldığını ve yararlandığım kaynakların kaynakçada gösterilenlerden oluştuğunu, bunlara atıf yapılarak yararlanılmış olduğunu belirtir ve bunu onurumla doğrularım.

2.7.1.5.1/2003

Osman ÖNAL



ÖZGEÇMİŞ

1971 yılı Eskişehir - Mihalicçık, doğumlu. İlk, orta ve lise öğrenimini Eskişehir’de tamamladı. 1993 yılında Osmangazi Üniversitesi Eğitim, Uygulama ve Araştırma Hastanesinde hastabakıcı kadrosunda göreve başladı. 1996 yılına kadar hastanenin tüm servislerinde hastabakıcı olarak görev yaptı. 1996 yılından itibaren Hastane Döner Sermaye İşletme Müdürlüğünde Fatura Servisinde fatura memuru olarak görev yapmaktadır. 2000 yılında Anadolu Üniversitesi İşletme Fakültesi’nden mezun oldu. Yine aynı yıl Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı Yönetim ve Organizasyon Bilim Dalı’nda Yüksek Lisans Eğitimine başladı. “Hastanelerde ISO 9000 KGS çalışmaları ve Eskişehir ili, SSK, Devlet Doğumevi ve Üniversite Hastanelerinde ISO 9001 Uygulama Sonuçlarının Karşılaştırması” konulu tez çalışmasını tamamladı. Evli ve iki çocuk babasıdır.



ÖZET

Günümüzün çağdaş sağlık kurumları rekabetin yoğunlaştığı bir çevre içinde çalışmaktadır. Böylesi bir çevrede çalışmak durumunda olan sağlık kurumları, esnek olmak, tüketici sağlık ve beklentileri ile teknolojik değişmelere hızlı yanıt vermek durumunda kalmaktadırlar. Bu açıdan değerlendirildiğinde, önce insan, sonra kaliteyi ön plana alarak yapılan çalışmaların temelinde, kalite yönetimi vardır.

ISO 9000 kalite güvencesi sistem standartlarının kurulup, geliştirilmesi ve devamındaki temel amaç; işletmede çalışanların takım halinde, işbirliği ve uyum içinde çalışması, müşterilerin istek ve beklentileri ile henüz ortaya çıkmamış gereksinimlerinin bulunması ve tatmin edilmesi, mal veya hizmet ile ilgili süreçlerin kontrol altında tutulmasıdır.

ISO 9000 belgelendirme çalışmalarında genel çaba, hastanelerde kaliteli hizmet sunmak yönünde olmalı, belgelendirme ise, bunun güvence altına alınması biçiminde gerçekleşmelidir. Bu nedenle hastanelerde kalite kavramını oluşturacak ve uygulamalarda gerçekleştirecek olan en üst yönetimden, diğer tüm çalışanlara kadar bütün personele, kaliteli hizmet anlayışının belgelendirilmesi konusu çok iyi anlatılmalı ve benimsetilmelidir.

Bu doğrultuda hastanelerde kalite yönetiminin bir aracı olarak uygulanan ve uluslararası bir kalite güvence sistemi olan, ISO 9001 Kalite Güvence Sisteminin Hastanelerde uygulanması ile Eskişehir İlinde üç farklı statüdeki SSK, Devlet Doğumevi ve Osmangazi Üniversite Hastanelerinde uygulama sonuçlarının karşılaştırma çalışması yapılmıştır.

ABSTRACT

Today's contemporary health institutions are acting in a densed competition circumference. These health institutions that have to work in this kind of circumference, have to be elastic, and respond the technological modifications and consumer health expectations. In this point of view, quality management exists in the basis of studies that take care of human the first and quality the second.

Main objective in foundation, development and continuation of ISO 9000 quality quarentee system standards, is working as a team and cooperating in a harmony of the instituion workers; satisfying and discovering of the necessities that do not exist yet with the costomer desires and expectations, keeping the process involving goods and service under control.

Main effort in the studies of ISO 9000 documentation has to be in the direction for high quality service in hospitals, and the documentation should take this under quarentee. That's why high quality cemprehension documentation should be told well and adjusted to each personel from the top management to all workers who will realize the applications forming the quality concept.

In this direction, application of ISO 9001 quality quarentee system which is an international quality quarentee system that is applied as a tool of quality management in hospitals, is started in three different statuted hospitals, SSK, Government Hospital and Osmangazi University Hospital in Eskişehir and made studies about comparisons of the application results.

İÇİNDEKİLER

Sayfa

ÖZET.....	v
ABSTRACT.....	vi
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	xi
GRAFİKLER LİSTESİ.....	xii
TABLolar LİSTESİ.....	xiii
KISALTMALAR.....	xv
TEZ HAKKINDA.....	xvi

BİRİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK İLE İLGİLİ TEMEL KAVRAMLARIN AÇIKLANMASI İLE DÜNYADA VE TÜRKİYEDE SAĞLIK HİZMETLERİNİN TARİHSEL GELİŞİM SÜRECİ

1.1. SAĞLIK, SAĞLIK SİSTEMİ, SAĞLIK HİZMETLERİ VE HASTANELER İLE İLGİLİ TEMEL KAVRAMLAR.....	2
1.1.1. Sağlık Kavramı.....	2
1.1.2. Sağlık Sistemi Kavramı.....	4
1.1.3. Sağlık Hizmeti İle İlgili Temel Kavramlar.....	5
1.1.3.1. Toplumda Sağlık Hizmeti Veren Sektörler.....	5
1.1.3.1.1. Folk Sektör.....	6
1.1.3.1.2. Popüler Sektör.....	7
1.1.3.1.3. Profesyonel Sektör.....	8
1.1.3.2. Sağlık Hizmetleri Kavramı.....	8
1.1.3.2.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri.....	10
1.1.3.2.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri.....	11
1.1.3.2.3. Rehabilitasyon Edici Sağlık Hizmetleri.....	12
1.1.4. Hastane Kavramı ve Tanımı.....	14
1.1.5. Hastanelerin Sınıflandırılması.....	15
1.1.5.1. Hizmet Türlerine Göre Hastaneler.....	16
1.1.5.2. Mülkiyetine Göre Hastaneler.....	16
1.1.5.3. Ortalama Kalış Sürelerine Göre Hastaneler.....	18

1.1.6.	Hastanelerin İşlevleri.....	18
1.1.6.1.	Hasta ve Yaralıların Tedavisi.....	19
1.1.6.2.	Eğitim.....	20
1.1.6.3.	Araştırma-Geliştirme.....	25
1.1.6.4.	Toplumun Sağlık Seviyesine Katkıda Bulunma.....	26
1.2.	DÜNYADA SAĞLIK HİZMETLERİNİN GEÇMİŞİ VE GELİŞİM SÜRECİ.....	26
1.3	TÜRKİYEDE SAĞLIK HİZMETLERİNİN GEÇMİŞİ VE GELİŞİM SÜRECİ.....	30
1.3.1.	Selçuklu ve Osmanlı Dönemi Sağlık Hizmetleri.....	30
1.3.2.	Cumhuriyet Dönemi Sağlık Hizmetleri.....	33
1.3.2.1.	1920 – 1937 Dönemi.....	34
1.3.2.2.	1937 – 1960 Dönemi.....	35
1.3.2.3.	1960 Sonrası Dönem.....	37

İKİNCİ BÖLÜM

HASTANELERDE KALİTE GÜVENCE SİSTEMİ

2.1.	HASTANELERDE KALİTE YÖNETİMİ VE ISO 9001 KALİTE GÜVEN GÜVENCE SİSTEMİ ÇALIŞMALARI.....	41
2.1.1.	Hastaneler ve Kalite Kavramı.....	41
2.1.2.	Hastanelerde Sağlık Hizmeti Sunumu ve Kalite Anlayışı.....	44
2.1.3.	Hastanelerin Sağlık Hizmeti Sunum Kalitesinde Bulunması Gereken Özellikler.....	47
2.1.4.	Hastanelerde Kalite Yönetiminin Önemi.....	49
2.1.5.	Hastanelerde Kalite Yönetiminin Başarılı Olabilmesi İçin Gerekli Olan Faktörler.....	51
2.1.5.1.	İleri Görüşlü Liderlik Anlayışı.....	51
2.1.5.2.	Müşteri Odaklı Kurumsal Kültür.....	52
2.1.5.3.	Çalışanların Tam Katılımı.....	53
2.1.5.4.	Sürekli İyileştirme Yaklaşımı.....	55
2.1.5.5.	Sistem İle Bütünleşme.....	56

2.1.6.	Hastaneler ve ISO 9001 Kalite Güvence Sistemi.....	57
2.1.6.1.	ISO 9001 Kalite Güvence Sisteminin Özellikleri.....	59
2.1.6.2.	ISO 9001 Kalite Güvence Sistemi ve Standartları.....	59
2.1.6.3.	ISO 9001 Kalite Güvence Sistemi Koşulları.....	62
2.1.6.4.	ISO 9001 Kalite Güvence Sisteminin Sertifikasyon Süreci.....	68
2.1.6.5.	ISO 9001 Kalite Güvence Sisteminin Sağlayabileceği Katkıları.....	69
2.1.7.	Ülkemiz Hastanelerinde ISO 9001'e Göre Belgelendirme.....	69
2.1.7.1.	Kalite Yönetiminin Belirlenmesi ve Kalite Organizasyon Yapısının Kurulması.....	70
2.1.7.2.	Personele ISO Eğitimlerinin Verilmesi.....	71
2.1.7.3.	Kalite Sisteminin Kurulması.....	71
2.1.7.4.	Kalite Sisteminin Faaliyete Geçirilmesi ve Değerlendirilmesi.....	71

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

ESKİŞEHİR İLİ SSK, DEVLET VE ÜNİVERSİTE HASTANELERİNDE ISO 9001 DENEYİMLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

3.1.	HASTANELERİ TANITICI BİLGİLER VE ISO 9001 KALİTE GÜVENCE SİSTEMİ UYGULAMA SÜREÇLERİ.....	74
3.1.1.	Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Eğitim, Uygulama ve Araştırma Hastanesini Tanıtıcı Bilgiler.....	74
3.1.2.	Sağlık Bakanlığı Eskişehir Doğum ve Çocuk Bakımevi Hastanesini Tanıtıcı Bilgiler.....	77
3.1.3.	Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK) Eskişehir Bölge Hastanesini Tanıtıcı Bilgiler.....	79
3.2.	ISO 9001 KALİTE ÇALIŞMALARININ UYGULAMA SÜREÇLERİ.....	81
3.2.1.	Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Eğitim, Uygulama ve Araştırma Hastanesinde ISO 9001 Kalite Çalışmalarının Uygulama Süreci.....	81
3.2.1.1.	Kararı.....	81
3.2.1.2.	Uygulamalar.....	81
3.2.1.3.	Getiriler.....	83

3.2.1.4. Sonuçlar.....	84
3.2.2. Sağlık Bakanlığı Eskişehir Doğum ve ocuk Bakımevi Hastanesinde ISO 9001 Kalite alışmalarının Uygulama Süreci.....	85
3.2.2.1. Kararı.....	85
3.2.2.2. Uygulamalar.....	85
3.2.2.3. Getiriler.....	87
3.2.2.4. Sonuçlar.....	88
3.2.3. Sosyal Sigortalar Kurumu (S.S.K.) Eskişehir Bölge Hastanesinde ISO 9001 Kalite alışmalarının Uygulama Süreci.....	89
3.2.3.1. Kararı.....	89
3.2.3.2. Uygulamalar.....	89
3.2.3.3. Getiriler.....	90
3.2.3.4. Sonuçlar.....	91
3.3. Üç HASTANE YÖNETİCİLERİNE UYGULANAN ISO 9001 ANKET SONUÇLARININ KARŞILAŞTIRMALI ANALİZİ.....	92
3.3.1. Amaç.....	92
3.3.2. Yöntem.....	93
3.3.3. Bulgular.....	101
3.3.4. Tartışma.....	128
3.3.5. Sonuçlar.....	133
3.3.5.1. Kurumlar Bazındaki Sonuçlar.....	133
3.3.5.1.1. OGÜ Hastanesinden ıkan Sonuçlar.....	133
3.3.5.1.2. SB Doğumevi Hastanesinden ıkan Sonuçlar.....	136
3.3.5.1.3. SSK Bölge Hastanesinden ıkan Sonuçlar.....	138
3.3.5.2. Genel Sonuçlar ve neriler.....	140
EKLER.....	143
KAYNAKÇA.....	146
DİZİN.....	156

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 2.1: Çalışanları Tatmin Eden ve Etmeyen Etkenler.....	54
Şekil 2.2: Shewart'ın Sürekli İyileştirme Çevrimi.....	55
Şekil 2.3: Sağlık Bakımı Kalitesinde Sürekli Gelişme Süreci.....	56
Şekil 2.4: Kalite Sistemi.....	63
Şekil 3.1: Osmangazi Üniversitesi Eğitim, Uygulama ve Araştırma Hastanesi Organizasyon Şeması.....	76
Şekil 3.2: Sağlık Bakanlığı Eskişehir Doğum ve Çocuk Bakımevi Hastanesi Organizasyon Şeması.....	78
Şekil 3.3: Sosyal Sigortalar Kurumu (S.S.K.) Eskişehir Bölge Hastanesi Organizasyon Şeması.....	80



GRAFİKLER LİSTESİ

Grafik 3.1: Eğitim Durumlarının Dağılımları.....	103
Grafik 3.2: Yöneticilerin Çalışma Sürelerine Göre Dağılımları.....	104
Grafik 3.3: Yöneticilerin Hastanelerinde Çalışmayı Nasıl Tanımladıklarının Dağılımları.....	106
Grafik 3.4: Yöneticilerin ISO 9001 KGS Hakkındaki Bilgi Düzeylerinin Dağılımları.....	107
Grafik 3.5: Yöneticilerin ISO 9001 KGS Eğitimi Alıp Almadıkları Hakkında Dağılımları.....	109
Grafik 3.6: Yöneticilerin ISO 9001 KGS Hakkında Kaç Saat Eğitim Aldıklarının Dağılımları.....	110
Grafik 3.7: ISO 9001 KGS'nin Hastanelere Katkı Sağlayıp Sağlamadığının Dağılımı.....	111
Grafik 3.8: Katkı Sağladığını Düşünmüyorum ve Çok Az Katkı Sağladı Diyenlerin Dağılımları.....	113
Grafik 3.9: ISO 9001 KGS'nin İş Yükü Hakkında Dağılımları.....	115
Grafik 3.10: Mesleki Bilgi Beceri ve Yaratıcılığı ISO 9001 KGS Öncesine Göre Kullanıp Kullanamama Düzeylerinin Dağılımı.....	116
Grafik 3.11: Bir Önceki Soruya Kısmen ve Hayır Cevabı Verenlerin Dağılımları.....	118
Grafik 3.12: Objektif Değerlendirilme Oranlarının Dağılımları.....	120
Grafik 3.13: Çözümlemesi Mümkün, Hizmet Kalitesini Etkileyen Sorunların Üst Yönetimce Çözümlemesi İçin Girişimde Bulunulup Bulunulmadığı Hakkındaki Dağılımı.....	121
Grafik 3.14: Yöneticilerin Üst Yönetim Tarafından Dikkate Alınıp Alınmadıkları Hakkındaki Dağılım.....	123
Grafik 3.15: ISO 9001 KGS'nin Çalışma Barışı Hakkındaki Dağılım.....	125
Grafik 3.16: Yöneticilerin Hastanelerinde Daha İyi Hizmet Verebilmeleri İçin Üst Yönetimden Beklenti ve Önerileri Hakkındaki Dağılım.....	127

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 1.1: Türkiye'deki Hastanelerin Mülkiyet Durumuna Göre Dağılımı.....	17
Tablo 2.1: ISO 9001,9002 ve 9003'ün kapsamaları (1994 versiyonu).....	62
Tablo 3.1: Hastane türlerine göre dağılım.....	93
Tablo 3.2: Göreviniz?.....	94
Tablo 3.3: Eğitim durumunuz?.....	94
Tablo 3.4: Hastanenizde kaç yıldır yönetici olarak çalışıyorsunuz?.....	95
Tablo 3.5: Hastanenizde çalışmayı nasıl tanımlarsınız?.....	95
Tablo 3.6: ISO 9001 hakkında ne ölçüde bilgi sahibisiniz?.....	95
Tablo 3.7: ISO 9001 eğitimi aldınız mı?.....	96
Tablo 3.8: ISO 9001 eğitimi aldınız ise kaç saat?.....	96
Tablo 3.9: ISO 9001, hastanenize ne ölçüde katkı sağladı?.....	96
Tablo 3.10: 8. soruya cevabınız a ve b seçenekleri ise bu cevabınızın ana nedenini yazar mısınız?.....	97
Tablo 3.11: ISO 9001 size ve/veya başkalarına gereksiz ek iş yükü getirdi mi?.....	97
Tablo 3.12: Mesleğinizin edindirdiği bilgi beceri ve yaratıcılığı eskisinde daha fazla oranda kullanabiliyor musunuz?.....	97
Tablo 3.13: 11. soruya cevabınız Hayır veya Kısmen ise bu cevabınızın ana nedenini yazar mısınız?.....	98
Tablo 3.14: Bir yönetici olarak, üst yönetiminizce eskisinden daha objektif değerlendiriliyor musunuz?.....	98
Tablo 3.15: Üst yönetiminizce ilettiğiniz çözümlenmesi mümkün ve kolay hizmet kalitenizi etkileyen sorunlar dikkate alınıyor ve çözümlenmesi için girişimlerde bulunuluyor mu?.....	99
Tablo 3.16: Üst yönetim tarafından düşüncelerinizin, eskisinden daha fazla dikkate alındığını inanıyor musunuz?.....	99
Tablo 3.17: ISO ile herkesin iş tanımı yapıldığı için, farklı işlerde çalışan insanlar arası çalışma barışı sağlandı mı?.....	99
Tablo 3.18: Hastanenizde daha iyi hizmet verebilmeniz için üst yönetiminiz neler yapmalı?.....	100
Tablo 3.19: Göreviniz?.....	102
Tablo 3.20: Eğitim durumunuz?.....	103

Tablo 3.21: Hastanenizde kaç yıldır yönetici olarak çalışıyorsunuz?.....	104
Tablo 3.22: Hastanenizde çalışmayı nasıl tanımlarsınız?.....	106
Tablo 3.23: ISO 9001 hakkında ne ölçüde bilgi sahibisiniz?.....	107
Tablo 3.24: ISO 9001 eğitimi aldınız mı?.....	109
Tablo 3.25: ISO 9001 eğitimi aldınız ise kaç saat?.....	110
Tablo 3.26: ISO 9001, hastanenize ne ölçüde katkı sağladı?.....	111
Tablo 3.27 8. soruya cevabınız a ve b seçenekleri ise bu cevabınızın ana nedenini yazar mısınız?.....	113
Tablo 3.28: ISO 9001 size ve/veya başkalarına gereksiz ek iş yükü getirdi mi?.....	115
Tablo 3.29: Mesleğinizin edindirdiği bilgi beceri ve yaratıcılığı eskisinde daha fazla oranda kullanabiliyor musunuz?.....	116
Tablo 3.30: 11. soruya cevabınız Hayır veya Kısmen ise bu cevabınızın ana nedenini yazar mısınız?.....	118
Tablo 3.31: Bir yönetici olarak, üst yönetiminizce eskisinden daha objektif değerlendiriliyor musunuz?.....	120
Tablo 3.32: Üst yönetiminizce ilettiğiniz çözümlenmesi mümkün ve kolay hizmet kalitenizi etkileyen sorunlar dikkate alınıyor ve çözümlenmesi için girişimlerde bulunuluyor mu?.....	121
Tablo 3.33: Üst yönetim tarafından düşüncelerinizin, eskisinden daha fazla dikkate alındığını inanıyor musunuz?.....	123
Tablo 3.34: ISO ile herkesin iş tanımı yapıldığı için, farklı işlerde çalışan insanlar arası çalışma barışı sağlandı mı?.....	125
Tablo 3.35: Hastanenizde daha iyi hizmet verebilmeniz için üst yönetiminiz neler yapmalı?.....	127

KISALTMALAR

A.g.e.	Adı geçen eser
ABD	Amerika Birleşik Devletleri
AÇS	Ana Çocuk Sağlığı
EFQM	Kamu Ulusal Kalite Ödülü
ISO	Uluslararası Standartlar Örgütü
GENTAM	Genetik Hastalıklar Doğumöncesi Tanı ve Biyoteknoloji Uygulama Araştırma Merkezi
JCAHO	Sağlık Kurumları Akreditasyon Merkezi
KGS	Kalite Güvence Sistemi
SB	Sağlık Bakanlığı
SSK	Sosyal Sigortalar Kurumu
OGÜ	Osmangazi Üniversitesi
TBMM	Türkiye Büyük Millet Meclisi
TODAİE	Türkiye ve Ortadoğu Amme İdaresi Enstitüsü
TSE	Türk Standartları Enstitüsü
TUSAŞ	Türkiye Uçak Sanayi Anonim Şirketi
TS-EN-ISO	ISO'nun TSE tarafından Türkiye'ye uyarlanmış şekli
WHO	Dünya Sağlık Örgütü
YÖK	Yüksek Öğretim Kurumu



TEZ HAKKINDA

ARAŞTIRMANIN PROBLEMİ :

Farklı statülere ve kuruluş farklılıklarına sahip üç hastanede ISO 9001 Kalite Güvence Sistemi uygulamalarından kaynaklanan sorunlar ve uygulamalardan çıkan sonuç arasında farklılıklar var mıdır?

ARAŞTIRMANIN AMACI :

Hastanelerde kalite yönetiminin bir aracı olarak uygulanan ve uluslararası bir kalite güvence sistemi olan ISO 9001 Kalite Güvence Sisteminin uygulamasının Eskişehir İlinde üç ayrı kamu kuruluşuna bağlı olan ve ISO 9001 belgeli Osmangazi Üniversite Hastanesi, SSK Bölge Hastanesi ve Sağlık Bakanlığı Doğum ve Çocuk Bakımevi Hastanesinde aralarında statülerinden kaynaklanan kuruluş farklılıklarını ve yönetici olarak çalışanların bu kalite sistemini hastanelerin de hangi farklılıklarla algılayarak uyguladıklarını, beklentilerini, uygulamadan kaynaklanan sorunları, uygulama sonuçlarını belirlemeyi ve incelemeyi amaçlamıştır.

ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ :

Hizmet işletmeleri olarak hastanelerin statü ve yönetim yapılarında farklılıklar bulunmaktadır. Çalışma ile ISO 9001 Kalite Güvence Sisteminin farklı özellikteki hastanelerde etkin uygulanabilirliğinin koşulları ortaya çıkartılmaya çalışılmıştır.

ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ :

Hizmet sektöründe bulunan hastanelerin verimliliğinin ve kalitesinin artmasında Kalite Yönetimi ve ISO 9001 Kalite Güvence Sistemi uygulaması verimlilik ve hizmet kalitesinin artışına maliyetlerin ise azalışına olumlu etkide bulunacaktır.

ARAŞTIRMANIN VARSAYIMLARI :

Hastanelerde ISO 9001 Kalite Güvence Sistemi uygulamalarında; personel sayısı, malzeme ve teçhizat ile binalar ve altyapıları sabit varsayılmıştır. Personele ISO 9001 Kalite Güvence Sistemi standartlarına uygun eğitimlerinin verilmesi, malzeme ve

teçhizatın ISO 9001 Kalite Güvence Sistemi standartlarına göre kalibrasyonlarının yapılması, bina ve altyapıların ISO 9001 Kalite Güvence Sistemi standartlarına göre tasarımlarının yapılması değişken olarak varsayılmıştır.

ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI :

Araştırmanın uygulama kapsamına, Eskişehir İlinde uygulama öncesi yapılan araştırma sonucunda araştırma amacına uygun olarak ve uygulanabilirliği yönünden Osmangazi Üniversitesi Hastanesi, SSK Bölge Hastanesi ve Sağlık Bakanlığı Doğum ve Çocuk bakımevi Hastanesi belirlenmiştir. Araştırmanın örneklemini bu üç hastane işletmesi oluşturmaktadır. Araştırma kaynakları bu üç hastanede çalışan üst, orta ve alt kademe yöneticilerden oluşan 109 kişi olarak belirlenmiştir. Dağıtılan 109 adet anket formundan 109 adedinin de sonuçları doldurulmuş olarak geri alınmıştır.

ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ :

Araştırmanın amacı, kapsamı ve veri kaynakları belirlendikten sonra bu kaynaklardan en sağlıklı bir şekilde veri toplama yönteminin belirlenmesine gidilmiştir. Hastane yetkilileri hastaneleri ile ilgili bazı bilgilerin hastanelerinin dışına çıkmamasını engellemek amacıyla aldığı önlemlerden dolayı gözlem tekniğinin kullanılması yönünde güçlüklerle karşılaşılacağı düşünülmüştür. Sonuç olarak; daha az zaman alan, araştırmanın amacı doğrultusunda daha uygun olan ve birinci elden en doğru veri toplanmasına imkan veren anket yöntemi seçilmiştir.

Araştırmada anket yönteminin kullanılacağı belirlendikten sonra bir anket formu hazırlanmıştır. Anket çalışması sırasında, yöneticilerinin hastanelerinde kaç yıldır yönetici olarak çalıştığı, ISO 9001 Kalite Güvence Sistemi eğitimi alıp almadıkları aldılar ise süreleri, ISO 9001 Kalite Güvence Sisteminin uygulanmasından kaynaklanan avantaj ve dezavantajların neler olduğu, performanslarının eskisine nazaran daha objektif değerlendirme yapılıp yapılmadığı, üst yönetimlerinden beklentilerinin neler olduğu ve ISO 9001 Kalite Güvence Sisteminin uygulanmasında karşılaşılan sorunların ve zorlukların belirleneceği sorular hazırlanmıştır.

Hazırlanan anket formu “3” bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde; ankete katılan yöneticileri tanıttıcı çoktan seçmeli bilgiler bulunmaktadır. İkinci bölümde; ISO 9001 KGS ile ilgili çoktan seçmeli sorular ve bir açık uçlu soru bulunmaktadır. Üçüncü bölümde; ISO 9001 Kalite Güvence Sisteminin uygulanması sırasında ve sonrasında hastane ve yöneticiler üzerindeki olumlu yada olumsuz etkilerine yönelik sorular bulunmaktadır, bu bölümde; her sorunun yanıtları standart olarak belirlenmiş üç seçenekten ve iki açık uçlu sorudan oluşmaktadır.

Araştırma için hazırlanan anket formları hastane yöneticilerine dağıtılmadan önce kendilerine araştırmanın amacı ile ilgili kısa bilgiler verilmiştir. Böylece araştırmanın daha sağlıklı bir ortamda yürütülmesine çalışılmıştır.





BİRİNCİ BÖLÜM

**SAĞLIK İLE İLGİLİ TEMEL
KAVRAMLARIN AÇIKLANMASI İLE
DÜNYADA VE TÜRKİYEDE SAĞLIK
HİZMETLERİNİN TARİHSEL GELİŞİM
SÜRECİ**

1.1 SAĞLIK, SAĞLIK SİSTEMİ, SAĞLIK HİZMETLERİ VE HASTANELER İLE İLGİLİ TEMEL KAVRAMLAR

1.1.1. Sağlık Kavramı

Sağlık tanımı, hemen her yerde “hasta olmama” anlamında, hastalık kavramı ile bağlantılı, yani negatif bir mesaj verecek şekilde yapılmaktadır. Buna uygun olarak bugün egemen olan batı tıbbındaki gelişmeler, hep var olan hastalıklarının nedenlerini açıklama çabaları sonucu olmuştur. Özellikle son yüzyıldaki tıp bilimi ve teknolojisindeki gelişmeler sayesinde hastalıklara ilişkin engin bir bilgi birikimi sağlanmıştır. Bu bilgi birikimi doğrultusunda örgütlenen ve verilen “sağlık hizmetleri”nin ne derece “sağlık”la ilgili olduğu, üzerinde durmaya değer bir konudur. Çünkü, aslında bu hizmetler büyük ölçüde “hastalıkların”, hatta “hasta olan kişilerin” tedavisi ile nedeni bilinen bazı hastalıkların önlenmesi çabalarından başka bir şey değildir.¹

Sağlık, insan nüfusu ile çevresi arasında durağan olmayan bir denge sürecidir ve dengeden doğan bir dizi belirli gereksinim karşılanmadığı takdirde hastalık ve ölüm cezaları ile karşılaşılır. Bahsedilen gereksinimler dizisi hem kişisel hem de toplumsal düzeyde belirlenir. Normal saydığımız gereksinimler durağan dönemde doğarlar, atogenetik gereksinimler (tedavi gibi) ise; durağan olmayan dönemlerde ortaya çıkarlar.²

¹ YEREBAKAN Metin, *Özel Hastaneler Araştırması*, İstanbul Ticaret Odası, Yayın No: 2000-26, İstanbul, Ağustos-2000, s.13-14.

² SEPULVEDA Claudio, “Sağlıkla İlgili Temel Hizmetlerin Yönetiminde Kalite Arayışı-Esaslar”, *Sağlık Sektöründe Toplam Kalite Yönetiminin Yeri Sempozyumu*, Haberal Eğitim Vakfı Yayını, Ankara, 1995, s.55.

Tıptaki gelişmeler bazı hastalıkların nedenlerini açıklayıp tedavi etse de bunların yerine yeni “ölüm nedenleri” çıkmakta ve dünyanın pek çok gelişmiş ülkesinde artık insanlar bulaşıcı hatalıklardan değil de; örneğin, kalp-damar hastalıklarından, kanserlerden, yaşam biçimlerine bağlı sorunlardan, çevre kirliliğinden yada yoksulluğa bağlı hastalıklardan ölmektedir. Bu durum karşısında pek çok ülke “sağlık hizmetleri” kavramını gözden geçirmektedir. Sağlık hizmetlerinin ve politikalarının yeni bir şekle kavuşturulması gereği sonucu Dünya Sağlık Örgütü, herkesin sağlıklı yaşaması için gerekli olan hedefleri ve stratejileri tanımlamıştır. Bu hedef ve stratejilerin en belirgin yönü, “sağlığın geliştirilmesi” anlamında pozitif mesajlara yer verilmiş olmasıdır.³

Bugün yaygın olarak kullanılan sağlık tanımı, sadece insanın fiziksel unsurları ile ilgili değildir. Tüm dünya ülkelerinin kabul ettiği Dünya Sağlık Teşkilatı Anayasasındaki tanıma göre “sağlık, insanda sadece hastalık ve sakatlığın olmaması hali değil, fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik halidir”.⁴ Dolayısıyla, sağlı, sadece sağlık sektöründeki olumlu düzenlemelerle değil, aynı zamanda diğer sektörlerle de yaşanan pozitif gelişmelerle ulaşılabilecek bir iyilik halidir. Örneğin; çok iyi doktor ve hastaneye sahip bir ülkede, eğer insanlar gelir dağılımındaki bozukluktan dolayı dengeli beslenemiyorlarsa, tam bir iyilik halinin olduğundan bahsedilemez. Bu nedenle, sağlığı sadece tıp bilimi ile özdeşleştirmek yanlış olur. Bugün gelişmiş batı ülkelerinde, sağlık ekonomisi, sağlık finansmanı, sağlık hukuku, sağlık mimarisi, sağlık sosyolojisi gibi bir çok alt bilim dalları ortaya çıkmıştır. Buna karşın, Türkiye’de sağlık, sadece tıp fakülteleriyle sınırlandırılmış ve sağlığın disiplinler arası gelişimine olanak tanıyacak bilimsel altyapı henüz oluşturulamamıştır.⁵

Sağlık ve sağlık bakımı gerçekte geniş kapsamlı bir kavramdır. Sağlığın tanımlanmasındaki ekolojik yaklaşım ise; sağlığı: “kişinin fiziksel, ruhsal ve sosyal açıdan çevreyle olan uyumudur”. Şeklinde tanımlanmaktadır.⁶

³ YEREBAKAN, A.g.e., s.14.

⁴ YILDIZ Zühra, “Sağlık Hizmetleri Piyasasının Nitelikleri ve Kamu Ekonomisi İçindeki Yeri”, *Verimlilik Dergisi*, MPM Yayını, S: 1996/4, Ankara, 1996, s. 79.

⁵ KARABULUT Kerem, “Sağlık Ekonomisi”, Sağlık Kuruluşları ve Hastane Yönetimi, Haberal Eğitim Vakfı Yayını, Ankara, 1999, s.353.

⁶ SEÇİM Hikmet, *Hastane İşletmeciliği*, Anadolu Üniversitesi Yayınları, Eskişehir, 1995, s. 57.

1.1.2. Sağlık Sistemi Kavramı

Dünya Sağlık Örgütü, sağlığı “insanda sadece hastalık ve sakatlığın olmaması hali değil, fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hali” olarak tanımlamıştır. Bu tanım sağlık sektörünün hedefi olmakla beraber erişilmesi ve ölçülmesi güç bir kavram olduğundan geçerli olup olmadığı tartışılabilir.⁷ Çağdaş bir sağlık sistemi, topluma; etkili, verimli, ekonomik, kaliteli, ulaşılabilir, yararlanılabilir ve sağlık çalışanları ile hasta haklarına saygılı sağlık hizmetleri sunmaya çalışır.⁸ Buna göre sağlık sistemi; “sosyal, ekonomik, tıbbi, örgütsel ve teknolojik nitelikleri olan ve toplum ve kişi sağlığını kabul edilebilir bir düzeye ulaştırmaya yönelik bir bütün” olarak tanımlanır. Sağlık sistemi denildiğinde hastaneler başta olmak üzere sağlık ile ilgili bir çok kuruluş, sağlık personeli ve hastalar, konuyla ilgili çeşitli kanun ve yönetmelikler, sağlık eğitimi ve bu konudaki bilgi birikimi gibi unsurlar akla gelmektedir.⁹

Blum sağlık sisteminin gereğini ve amaçlarını şöyle ortaya koymuştur¹⁰:

- Erken ölümü önleyerek yaşam süresinin uzatılması,
- Sağlık için psikolojik ve fonksiyonel normlardan sapmaların mümkün olduğunca azaltılması,
- Hastalığın ve Sakatlığın mümkün olduğunca azaltılması,
- Yüksek düzeyde iyilik ve bireysel tatmine erişilmesi
- Direncin artırılarak sağlığın korunması yeteneğinin oluşturulması,
- Çevre ile ilişkilerde yüksek tatmine ulaşılması,
- Kaynakları sınırlı olan kesimin sağlıkla ilgili konulara katılımının sağlanması ve artırılması.

Bu karmaşık ve belirgin olmayan yapı içerisinde, başta hastaneler olmak üzere teşhis ve tedaviye yönelik sağlık örgütleri kendi başlarına bir alt sistem olarak ele alınabilir. Ülkemiz için bu örgütleri şu şekilde sıralayabiliriz¹¹:

- Hastaneler,
- Dispanserler,

⁷ ÖZKUL Ali Ekrem, *Sağlık Sistemleri Planlama ve Kontrolü*, Anadolu Üniversitesi Yayınları, Eskişehir, Kasım-2000, s.10.

⁸ AK Bilal, “Bilgi Toplumunda Sağlık”, *Türk Sağlık-Sen Haber Bülteni*, S:20, Ankara, Nisan-2002, s.5.

⁹ ÖZKUL, A.g.e., s.11.

¹⁰ ÜSTEL İsmail, “Gittikçe Yerine Oturan Bir Kavram:Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi”, *Sağlık Sektöründe Toplam Kalite Yönetiminin Yeri Sempozyumu*, Ankara, 1995, s.7-8.

¹¹ ÖZKUL, A.g.e., s.12-13.

- Sağlık ocakları,
- Ana ve Çocuk Sağlığı Merkezleri,
- Laboratuvarlar,
- Özel Muayenehaneler, Poliklinikler.

Bu tanımlardaki sağlık sistemi: Doğal kaynaklar, nüfus özellikleri, kişilik, kültür sistemleri, çevre, davranış katılım ve sağlık bakım servisleri ile ilişkili ve etkileşim halinde olan psiko-sosyal bir sistemdir. Sonuç olarak sağlık sistemi topluma¹²:

- Etkili,
- Verimli,
- Ekonomik,
- Kaliteli,
- Ulaşılabilir,
- Yararlanılabilir,
- Hasta Haklarına Saygılı,

Sağlık hizmetleri sunmaya çalışır.

1.1.3. Sağlık Hizmeti İle İlgili Temel Kavramlar

Sağlık Hizmeti ile ilgili bilgilere geçmeden önce toplumdaki sağlık hizmeti veren sektörleri tanımamız Sağlık Hizmetleri konusunun daha iyi algılanmasını sağlayacaktır.¹³

1.1.3.1. Toplumda Sağlık Hizmeti Veren Sektörler

Kısaca sağlık hizmetleri dediğimiz sağlık bakım sistemleri incelendiğinde, dünyanın hemen her ülkesinde başlıca üç sektörün sağlık hizmeti verdiği görülmektedir:

- Folk sektör,
- Popüler sektör,
- Profesyonel sektör.

¹² ÜSTEL, A.g.e., s.8.

¹³ AK Bilal, "21. Yüzyılda Sağlık Hizmetlerine Stratejik Bir Bakış", Standart Dergisi, TSE Yayını, S:472, Ankara, Nisan-2001, s.23.

Ülkemizde resmi istatistikler dışında, profesyonel sektörün bile ne durumda olduğunu ortaya koyan geniş çaplı saha çalışmaları yoktur. Folk sektörün ve popüler sektörün alabildiğine başıboşluk içinde olduğu söylenebilir.¹⁴

1.1.3.1.1. Folk Sektör

Bu sektör, sağlık ve hastalık konusunda resmi bir eğitim-öğrenim görmemiş, ancak çeşitli özellikleri nedeniyle toplumca uzman kabul edilen ve sağlık sorunlarına çare için başvuru alan kişilerden oluşmaktadır. Kırıkçı-çıkıkçılar, üfürükçüler, dişçiler, ara ebeleri, bel çekenler, bu sektörde hizmet verenlere denir.

Folk sektörü, bilimsel tıp ve resmi sağlık örgütleri tarafından reddedilen ve yasal olmayan bir sektördür. Ancak, hemen her toplumda bulunmaktadır ve üstelik bilimsel gelişmelerin arttığı son yıllarda bu tür uygulamalarında artışı görülmektedir. Bu sektörde hizmet veren uzmanlar, çeşitli güçlere sahip olduğu sanılan kişiler, ya da geleneksel bazı sağlık uygulamaları konusunda bilgili ve becerili olduğu kabul gören kişilerdir. İnsanlar özellikle bilimsel tıbbın yetersiz kaldığı bazı durumlarda bu sektörden hizmet almaya yönelmektedir.¹⁵

Bilimsel ve resmi tıp bu sektörü yok saysa da varlığını sürdürmesi hatta güçlendirmesi nedeniyle bu sektörün iyi incelenmesi gerekmektedir. Folk sektördeki bazı uygulamaların binlerce yıllık geçmişi olabildiği, örneğin akupunktur gibi bir uygulamanın günün birinde profesyonel sektör tarafından benimsenebildiği görülmektedir.

Dünya Sağlık Örgütü, bu sektörü reddetmek yerine incelemek ve sağlık için yararlı olabilecek bazı uygulamaların kazanılması gerektiğini önermektedir. Bu öneri doğrultusunda, örneğin, ara ebeleri pek çok ülkede, profesyonel sektörün sağlık insan gücü arasında sayılmaktadır. Eğer bir toplumda, tüm doğumları yaptırmaya yetecek sayı ve dağılımda hekim ya da ebe yok ise bunları birileri yaptırmak zorunda kalacaktır. Arz-talep ilişkisinin doğal bir sonucu olarak ortaya çıkan bu ara ebelerini, yok saymak yerine bulmak, eğitmek ve denetleyerek hizmette kullanmak hem akılcı hem de gerekli bir yoldur.¹⁶

¹⁴ YEREBAKAN, A.g.e., s.15.

¹⁵ HAYRAN Osman-SUR Haydar, *Hastane Yöneticiliği*, Nobel Tıp Kitapevi, İstanbul, 1997, s.15.

¹⁶ YEREBAKAN, A.g.e., s.16.

1.1.3.1.2. Popüler Sektör

Sağlık ve hastalık konusunda herhangi bir eğitim-öğretim görmemiş, dolayısıyla uzmanlığı olmayan, ancak yaşları ya da hayata ilişkin bilgileri nedeniyle kendilerine danışılan kişiler popüler sektörü oluşturmaktadır.

Hemen her insan, bedeninde normal dışı bir durum gördüğünde ya kendi kendine bir önlem, ilaç alır ya da güvendiği bir kişiye açılır. Bu kişi, ana, baba ailedeki yaşlı bir kişi ya da herhangi bir arkadaş olabilir. Çoğu zaman bu danışmanlardan alınan cevaplar tatmin edici bulunur ve uygulamaya konulur. Örneğin, çocuğunun öksürüğü olan bir anne hemen her hekime gitmek yerine, güvendiği birilerine ne yapması gerektiğini danışarak yerine göre önerilen bir ilacı ya da önlemi uygular. Bunun yetersiz kalması durumunda ise kültürüne uygun olarak uzman kişilerden hizmet arar. Popüler sektör çok yaygın olup hemen hemen herkesin hizmet aldığı bir sektördür. Dünya Sağlık Örgütü'ne göre, bir toplumdaki sağlık hizmetlerinin %70-90'ı bu sektör tarafından verilmektedir.¹⁷

Yapılan araştırmalara göre herhangi bir zamanda, toplumun dörtte üçünün sağlıkla ilgili bir yakınması olduğu halde, bunların ancak üçte biri yardım için hekime başvurmaktadır. Hekime başvurmayan büyük çoğunluk ya geleneksel uygulamaları denemekte, ya da kendi kendine ilaç kullanmaktadır. Kullanacağı ilaçları bazen kendisi karar vermekte, bazen yakınlarının önerilerine uymakta bazen de eczacıya danışmaktadır.¹⁸

İngiltere de yapılan bir toplum taramasında, görüşülen kişilerin %91'i on iki hafta içinde sağlıkla ilgili bir sorunu olduğunu belirtmiş, ancak %16'sının bu sorun nedeniyle hekime başvurduğu saptanmıştır. Kendi kendine ilaç kullananların, hekim önerisi ile ilaç kullananlardan iki kat daha fazla olduğu görülmüştür. Özellikle baş ağrısı, hazımsızlık, ateş gibi belirtiler için kendi kendine ilaç kullanımı yaygındır. İnsanlar ancak çok ciddi buldukları sağlık sorunları için hekime başvurmaktadır. Kendi kendine ya da eczacıya danışarak ilaç kullanımı hemen her toplumda görülen yaygın bir davranış olarak karşımıza çıkmaktadır.¹⁹

¹⁷ HAYRAN, A.g.e., s.15.

¹⁸ YEREBAKAN, A.g.e., s.17

¹⁹ HAYRAN, A,g,e., s.16.

1.1.3.1.3. Profesyonel Sektör

Özel bir eğitim-öğretim görecer uzman olan ve uzmanlığı resmi makamlarca kabul edilip belgelenen sağlık personelinin oluşturduğu sektördür.

Hekim, hemşire, eczacı, diş hekimi, fizyoterapist ve daha pek çok meslek grubu bu sektörde yer almakta ve mevzuatla belirlenmiş sınırlar dahilinde sağlık hizmeti vermektedir. Toplumlar içerisinde üretilen ve tüketilen toplam sağlık hizmetinin pek azı bu sektör tarafından verilmektedir.

Resmi sağlık sektörü olması nedeniyle vereceğimiz bilgiler ağırlıklı olarak bu sektör için geçerlidir.²⁰

1.1.3.2. Sağlık Hizmetleri Kavramı

Kişinin yaşama, varlığını koruma hakkı Türkiye Cumhuriyeti Anayasasında yer almıştır; bu hak sosyal güvenliğin sağlanması ile gerçekleşecektir. Sosyal güvenlik, toplumdaki tüm bireylerin sosyal risklere karşı korunmasıdır. En önemli sosyal haklardan biri sağlık hizmetlerinden yararlanma hakkıdır.²¹

Bu nedenle sağlık hizmetlerinin herkese, her yerde ve her zamanda (üç H kuralı) verilmesi gerekir. Ancak, bu hizmetleri topluma sunmak yetmez. Önemli olan, bu hizmetlerin, hizmeti alması beklenen kişilerce kabul edilebilir ve kullanılabilir olmasıdır. Toplumun kültürüne ve beklentilerine uygun olmayan hizmetler, toplum tarafından benimsenmez ve kullanılmaz. Başka bir deyişle, sağlık hizmetlerinin planlanmasında ve yürütülmesinde toplumun antropolojik özelliklerinin ve beklentilerinin bilinmesi ve bunların dikkate alınması, hizmetlerin kullanımını ve verimini artırır.²²

Eğitim ve sağlık sorunlarını çözen ülkelerin kalkınmış oldukları kabul edilmektedir. Toplumun sağlık sorunlarını en iyi şekilde çözmek, öncelikli bir politika olmalıdır. Bunun bilincinde olan toplumlar, yeterli, herkes ve eşit şekilde sağlık hizmeti sunabilmek için çeşitli önlemler almışlar ve uygulamaya başlamışlardır.²³

²⁰ YEREBAKAN, A.g.e., s.13-14.

²¹ VELİOĞLU Perihan, Sağlık Kurumları Yönetimi, Anadolu Üniversitesi Yayınları, Eskişehir, Kasım-1998 s.64.

²² ÖZTEK Zafer, "Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Kalite Kavramı", I. Basamak Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi Sempozyumu, Haberal Eğitim Vakfı Yayınları, Ankara, 1996, s.37.

²³ VELİOĞLU, A.g.e., s.64.

Türkiye'deki sağlık sorunları ülkemizin genel ekonomik ve sosyal sorunlarına paralel olarak gelişmekte ve bunlardan etkilenmektedir. Sağlık hizmetlerinde iki temel sorun vardır. Birincisi hızlı ve düzensiz kentleşme, sağlık örgütünü hazırlıksız yakalayarak ciddi bir sağlıksızlık patlaması oluşturmuştur. Ölüm oranlarının nicelik ve niteliğindeki değişimler, erken ölümlerdeki artış, hızlı kentleşme sonucu salgın hastalıklarda artış, sanayileşme sonucu zehirlenme olaylarının yükselmesi, beslenme bozukluklarının görülmesi yaşanan sorunlardan sadece bir kaçıdır.

İkincisi ise sağlık sisteminin örgütlenme yapısı, varlığını sürdürmekle birlikte tüm ülke genelinde oluşturulmuş bir sağlık politikası yoktur. Varolan örgüt yapısı da özelleştirme yaklaşımından olumsuz etkilenmektedir. Genel olarak Türkiye'nin sağlık gerçeklerine uygun, uzun dönemli planlar yerine her iktidar döneminde farklı şekillerde geliştirilen ve bütüncül bir yaklaşım sergilemeyen çalışmalar görülmektedir.²⁴

Sağlık Hizmetleri; arzının pahalılığı, talebinin tüketici tarafından belirlenememesi, bir bölümünün toplumsal olma özelliği, kar amaçlı değil sosyal amaçlı olması, talebinin tesadüflüğü ve talep esnekliğinin katı olması gibi özelliklere sahiptir.²⁵

Sağlık hizmetlerinde amaç; etkili, verimli, ekonomik, kaliteli, ulaşılabilir, uygun standartlarla; insancıl, hasta haklarına uygun ve ödenebilir bir maliyetle topluma sağlık hizmetini ulaştırmak olmalıdır.²⁶

Sağlık hizmetleri klasik olarak şu şekilde sınıflandırılmaktadır:

- Koruyucu Sağlık Hizmetleri,
- Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri,
- Rehabilitasyon Edici Sağlık Hizmetleri.

²⁴ MARDİN N. Bekata, **Sağlık Sektöründe Kadın**, T.C. Başbakanlık Kadının Statüsü ve Sorunları Genel Müdürlüğü Yayınları, Cem Ofset, Ankara, Nisan-2000, s.42.

²⁵ ÖZSARI Haluk, "Sağlık Hizmetlerinde Kalite Güvencesi ve Maliyet Etkililik", **Sağlık Sektöründe Toplam Kalite Yönetiminin Yeri Sempozyumu**, Haberal Eğitim Vakfı Yayınları, Ankara, 1995, s.115.

²⁶ METE Mustafa-AK Bilal "Hemşirelik Hizmetlerinde Standartlar", **Standart Dergisi**, TSE Yayını, S: 473, Ankara, Mayıs-2001, s.12.

1.1.3.2.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Sağlığın korunması, hastalıkların önlenmesi için verilen hizmetler ile yapılan düzenlemeler bu gruba girer.

Sağlığı koruyucu önlemler başlıca üç düzeyde ele alınmaktadır:

Primer Koruma: Kişisel yada toplumsal düzeyde sağlığı geliştirmek amacıyla, aşılama, dengeli beslenme, çevrenin güvenli hale getirilmesi, fiziksel ve duygusal yönden iyi durumda olmak için gereken önlemlerin alınması.

Sekonder Koruma: Sağlığın bozulma olasılığı karşısında erken tanı ve tedavi önlemlerinin kişisel ve toplumsal düzeyde alınması.

Tersiyer Koruma: Hastalığa bağlı olarak gelişebilecek sakatlık ve kalıcı bozuklukların en aza indirgenmesi, hastanın yeni duruma uyumu sağlanarak yaşam kalitesinin artırılması için alınması gereken önlemlerdir. Bir anlamda rehabilite edici hizmetlerin alanına girmektedir.²⁷

Koruyucu sağlık hizmetleri klasik olarak iki grupta incelenmektedir²⁸:

Kişiyeye Yönelik Koruyucu Hizmetler: Aşılama, aile planlaması, sağlık eğitimi programları, ana çocuk sağlığı hizmetleri, kontrol muayeneleri, taramalar bu kapsamdadır.

- Başışıklama
- Hastalıkların erken tanı ve tedavisi
- İlaçla koruma
- Kişisel temizlik ve bakım
- Yeterli ve dengeli beslenme
- Aşırı doğurganlığın kontrolü
- Sağlık eğitimi

Çevreyeye Yönelik Koruyucu Hizmetler: Her türlü çevre düzenlemesi, ve denetimi bu gruptaki hizmetlerdir.²⁹

²⁷ HAYRAN, A.g.e., s.17.

²⁸ BELEK İlker, *Sosyal Devletin Çöküşü ve Sağlık Ekonomi Politikası* Sorun Yayınları, İstanbul, Temmuz-2001, s.40.

²⁹ A.g.e., s.40.

- Besin kontrolü ve güvenliği
- Yeterli ve temiz su sağlanması
- Hava kirliliğinin kontrolü
- Atıkların kontrolü
- Konut sağlığı
- İş ortamında sağlığı tehdit edebilecek etkenlerin kontrolü³⁰

1.1.3.2.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri

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

Birinci Basamak Tedavi Hizmetleri: Sağlık hizmetleri içinde topluma en yakın olanı ve en çok kullanılanı birinci basamak sağlık hizmetleridir. Sağlık sisteminde basamaklar arasında ilişki olması gerekir. Pek çok ülkede, bireylerin önce birinci basamağı kullanması yönünde zorunluluk vardır. Diğer basamakların kullanımı, birinci basamaktan geçerek ve birinci basamağın uygun, gerekli görmesi ile olanaklı olabilir.³¹ Temel sağlık hizmetleri de dediğimiz birinci basamak sağlık hizmetleri ülkemizde 224 sayılı “Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun”la örgütlenme biçimi belirlenmiş olmasına rağmen tam manasıyla işlerlik kazanamamıştır.³² Sağlık sistemindeki basamaklandırılmış bu yapı, sistemin verimliliğini sağlar, kaynakların gereksiz kullanımı önler. Hastalıkların evde ya da ayakta teşhis ve tedavisi için düzenlenen hizmetlerdir. Ülkemizde sağlık ocakları, muayenehaneler, poliklinikler, verem savaş dispanserleri, ana-çocuk sağlığı merkezleri birinci basamak sağlık hizmeti veren kuruluşlardır.

İkinci Basamak Tedavi Hizmetleri: Hastalıkları teşhis ve yatırılarak tedavisi için düzenlenen hizmetlerdir. Ülkemizdeki tam teşekküllü devlet hastaneleri, SSK hastaneleri, özel hastaneler, yataklı sağlık merkezleri ikinci basamak sağlık hizmeti veren kuruluşlardır.

³⁰ YEREBAKAN, A.g.e., s.20.

³¹ BELEK, A.g.e., s.41.

³² SUR Haydar-ATLI Hakkı-GÜRSES F.Aysel, “Hastanelerde Poliklinik Yüküne Alternatif; Sağlık Ocakları Gelibolu Devlet Hastanesi ve Sağlık Ocakları Örneği”, 4. Ulusal Sağlık ve Hastane Yönetimi Sempozyumu, Marmara Üniversitesi Yayınları, İstanbul, 2001, s.137.

Üçüncü Basamak Tedavi Hizmetleri: İleri tetkik ve özel tedavi gerektiren hastalıklar için düzenlenen sağlık hizmetleridir. Ülkemizde ruh ve sinir hastalıkları hastaneleri, kanser hastaneleri, meslek hastalıkları hastaneleri, Üniversite hastaneleri üçüncü basamak sağlık hizmeti veren kuruluşlardır.³³ Hastane hizmetleri pahalı hizmetlerdir. Özellikle üçüncü basamak tedavi hizmetleri veren üniversite hastanelerinde imkanların fazla olması ve “ayrıntılı” tetkik yapılması, birinci ve ikinci basamak hizmetlerde fiziksel ve tıbbi olanaklar açısından yetersiz olması sonucu üniversite hastaneleri tercih edilmektedir. Buda eğitim ve araştırma hastanesi olan üniversite hastanelerini basit hastalıklar için başvuru yerleri olmaktan çıkartılmaktadır.³⁴

1.1.3.2.3. Rehabilitasyon Edici Sağlık Hizmetleri

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

Bu hizmetler iki şekilde verilmektedir:

Tıbbi Rehabilitasyon: Kalıcı bozukluk ve sakatlıkların düzeltilmesi, yaşam kalitesinin artırılması amacıyla verilen hizmetlerdir. Postür bozukluklarının düzeltilmesi, ekstremitelerdeki protezlerinin kullanılması, işitme, görme, vb. kusurların en aza indirilmesi çalışmalarını bazı örneklerdir.

Sosyal Rehabilitasyon: Sakatlık ya da özürü olan kişilerin, günlük hayata aktif olarak katılması, başkalarına bağımlı olmadan yaşayabilmesi amacıyla yapılan, işe uyum sağlama, yeni iş bulma ya da öğretim çalışmalarını kapsar.³⁵

Sağlık hizmetlerinin gelişimini ve gelecekteki durumunu kestirebilmek için “koruyucu sağlık hizmetleri” kavramı ile “tedavi edici sağlık hizmetleri” kavramı arasındaki farkın iyi vurgulanması gerekir.

³³ HAYRAN, A.g.e., s.18.

³⁴ GÜLDAL Dilek-ŞEMİN Semih-OĞLAK Sema, “Üçüncü Basamak Hastanelere Başvuru Nedenleri”, 3. Ulusal Sağlık ve Hastane Yönetimi Sempozyumu, Ankara Üniversitesi Yayınları, Ankara, 2000, s.174-178.

³⁵ YEREBAKAN, A.g.e., s.21-22.

Tedavi edici sağlık hizmetleri, genellikle koruyucu hizmetlerin yetersizliğinden kaynaklanan sonuçlarla uğraşmak için düzenlenmiş hizmetlerdir. Yani, eğer toplumdaki bireylerin sağlık durumları temiz içme suyu sağlanması, bulaşıcı hastalıklara karşı bağışıklık sağlama, beslenme durumunun düzeltilmesi, sağlıklı yaşam biçimlerinin geliştirilmesi gibi bir dizi önlemlerle korunamıyor ise, ortaya çok sayıda ve karmaşık sağlık sorunları, hastalık çıkacak, sağlık örgütleri bunların tedavisi ile uğraşmak durumunda kalacaktır. Nitekim, hemen hemen tüm toplumlarda bugüne kadar sağlık hizmetleri kavramının tedavi edici hizmetler kavramı ile eşdeğer anlamda kullanılması temel nedeni bu anlayıştır.

Devletin sağlık hizmetleri sunumu ve finansmanında rolünün ne olması gerektiği, ülkenin koşulları ve kaynakları ile yakından ilişkilidir.³⁶ ağdaş sağlık hizmetlerinin ilkelerini tanımlayan Temel Sağlık Hizmetleri Bildirisine (Alma-Ata Bildirisi) ve Dünya Sağlık rgtnce yürütülen “2000 Yılında Herkese Sağlık” programına göre, sağlık hizmetlerinin kaliteli bir biçimde sunulması hükümetlerin sorumluluğudur; bütün hükümetlerin, sağlık hizmetleri sistemleri içinde, hizmetlerde belirli bir düzeyi sağlayacak etkili mekanizmaları kurmaları gerekir. O halde, sağlık hizmetlerinde kaliteli bir hizmetin sağlanması ve korunması, aslında, bir yönetim konusudur.³⁷ Dünya Sağlık rgtnce yürütülen bu programca belirlenen “21. Yüzyıl için 21 Hedef” şunlardır:

- Avrupa bölgesinde sağlık için dayanışma,
- Sağlıkta hakkaniyet,
- Yaşama sağlıklı başlangıç,
- Gençlerin sağlığı,
- Sağlıklı yaşlılık,
- Akıl sağlığının yükseltilmesi,
- Bulaşıcı hastalıkların azaltılması,
- şiddet ve kazalardan kaynaklanan yaralanmaların azaltılması,
- Sağlıklı ve güvenli bir evre,
- Sağlıklı yaşam,
- Tütün, uyuşturucu ve alkolün zararlarının azaltılması,

³⁶ YEREBAKAN, A.g.e., s.22.

³⁷ ÖZTEK A.g.e., s.39.

- Sađlđın yerleştirilmesi,
- Sağlıkta sektörlerin sorumluluğu,
- Bütünleşmiş bir sağlık sektörü,
- Hizmet (bakım) kalitesinin yönetim,
- Sağlık hizmetlerinin finansmanı ve kaynak ayrımı,
- Sağlıkta insan kaynaklarını geliştirme,
- Sağlıkta bilgi ve araştırma,
- Sađlđın partnerlerinin seferber edilmesi,
- Herkes için sađlđın politika ve stratejileri,

olarak belirlenen hedeflerin önümüzdeki 15-20 yıl içinde sağlık yönetiminden sorumlu yetkililerce planlanıp uygulamaya konulması gerekmektedir.³⁸

Devletin elindeki kaynakların kullanımı sırasında sađlđın yanı sıra, eğitim, konut, ulaşım, iletişim, işsizlik ve istihdam, altyapı gibi konularda öncelikler, politik kararları dolayısıyla devletin rolünü belirlemektedir.³⁹

1.1.4. Hastane Kavramı ve Tanımı

Hastanelerin tüm hizmet sektörü içinde özel bir yeri vardır. Bir ülkedeki hastaneler, ekonomik faaliyetlere katılın veya katılmasın, toplumun tümüne hizmet sunarlar. Dolayısıyla tarım sektörü, imalat sektörü ve hizmet sektöründe çalışan insan gücü hastalandığında yada herhangi bir kazaya uğradığında bu sistemden yararlanır.⁴⁰ Hastaneler çeşitli şekillerde tanımlanmıştır. Bu tanımların bazıları şöyledir:

“Sağlık sistemi içerisinde hastaneler, hastalıkların teşhis ve tedavisine yönelik çok çeşitli faaliyetlerin yürütüldüğu, çok sayıda, birbirleriyle yakın ilişkide bulunan birimlerden oluşan karmaşık sosyo-ekonomik sistemlerdir.”⁴¹

³⁸ SARP Nilgün, “Sağlık ve Hastane Yönetimi”, 3. Sağlık ve Hastane Yönetimi Sempozyumu, Ankara Üniversitesi Yayınları, Ankara, 2000, s.5.

³⁹ YEREBAKAN, A.g.e., s.23.

⁴⁰ ÖZKUL Ali Ekrem, Sağlık Sistemleri Planlama ve Kontrolü, Anadolu Üniversitesi Yayınları, Eskişehir, Kasım-2000, s.11.

⁴¹ A.g.e., s.11-12.

Dünya Sağlık Örgütü, hastaneleri “müşahede, teşhis, tedavi ve rehabilitasyon olmak üzere gruplandırılabilir sağlık hizmetlerini veren, hastaların uzun veya kısa süreli tedavi gördükleri yataklı kuruluşlar” olarak tanımlamaktadır.⁴²

“Hastaneler, her türlü sağlık hizmetlerinin ekonomik ve kesintisiz olarak üretildiği, bunun yanında eğitim, araştırma ve toplum sağlığı hizmetlerinin yürütüldüğü, genellikle kar gözetmeyen, çeşitli girdileri işleyip yararlı çıktılar haline dönüştüren, karmaşık örgütlerdir.”⁴³

“Hastaneler, en önemli gereksinimlerinden olan sağlık hizmetlerinin karşılanması amacıyla kurulmuş sağlık hizmeti üreten işletmelerdir.”⁴⁴

“Hastaneler, hasta ve yararlılara ayaktan ve yatış yoluyla tanı ve tedavi hizmetleri sağlayan sağlık kurumlarıdır.”⁴⁵

1.1.5. Hastanelerin Sınıflandırılması

Hastaneler verdikleri tedavi hizmetlerinin türüne, yönetim ve kontrollerine, finansal kaynaklarının türüne (mülkiyet türü), büyüklüklerine (yatak kapasitesi), hastaların hastanede kalış sürelerine, kadrolu personelinin kompozisyonuna göre sınıflandırılabilir. Fakat yapılan sınıflandırmalarda genellikle şu şekilde yapılmaktadır.⁴⁶

Hizmet türlerine göre hastaneler: Genel Hastaneler, Eğitim Hastaneleri ve Özel Dal Hastaneleri(Doğum, Çocuk, Trafik v.b.).

Mülkiyetine göre (Finansal kaynakların türüne göre) hastaneler: Kamu Hastaneleri ve Özel Hastaneler.

Ortalama kalış süresine göre hastaneler: Kısa Kalış Süreli Hastaneler(30 günden az) ve Uzun Kalış Süreli Hastaneler(30 günden fazla).⁴⁷

⁴² S.S.Y.B., Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği, Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü Yayın No:449, Ankara, 1983, s.3.

⁴³ SEVİN H. Dilek, “Hastanelerde Bir Otelcilik Görevi Olarak Yiyecek İçecek Hizmetlerinin Verimli Sunulması”, *Verimlilik Dergisi*, S:1999/2, MPM Yayınları, Ankara, 1999, s.181.

⁴⁴ MENDERES Münevver, *Hastanelerde Maliyet Muhasebesi ve Mali Analiz*, Anadolu Üniversitesi Yayın No:422, Eskişehir, Ekim-1994, s.2.

⁴⁵ KAVUNCUBAŞI Şahin, *Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi*, Siyasal Kitapevi, Ankara, 2000, s.76.

⁴⁶ SEÇİM Hikmet, *Hastane Yönetim ve Organizasyonu*, Küre Ajans, İstanbul, 1991, s.7.

⁴⁷ ÖZKUL, A.g.e., s.13.

1.1.5.1. Hizmet Türlerine Göre Hastaneler: Üç grupta toplanmaktadır.

Genel Hastaneler: Genel Hastaneler, her türlü acil vaka ile yaş cinsiyet farkı gözetilmeksizin, bünyesindeki mevcut uzmanlık dallarıyla ilgili hastaların kabul edildiği hastanelerdir.⁴⁸

Eğitim Hastaneleri: Öğretim, eğitim ve araştırma yapılan uzman ve ileri dal uzmanları yetiştiren genel, özel dal yataklı tedavi kurumları ile rehabilitasyon merkezleridir. Eğitim hastanelerinin temel işlevleri ileri tetkik ve araştırma gerektiren hastalıkların tedavisini yapmak, gerekli eğitim ve araştırma faaliyetlerinde bulunmaktır. Bu hastanelerdeki personelin ileri düzey uzmanlığa sahip olması, kullanılan tıbbi cihazların maliyetlerinin yüksek olması gibi nedenler verilen sağlık hizmetlerinin maliyetlerinin artmasına neden olmaktadır.daha önceki kademelerde tedavisi mümkün olan hastaların eğitim hastanelerinde tedavi edilmesi, birinci ve ikinci basamak sağlık kuruluşlarının kapasitelerinin atıl kalmasına, kaynak israfına ve eğitim hastanelerinin önünde aşırı yığılmalara neden olmaktadır. Bu durum hizmeti sunanların ve hizmeti alanların tatminsizliğine de yol açmaktadır.⁴⁹

Özel Dal Hastaneleri: Belirli yaş veya cinsiyette hastaların kabul edildiği hastanelerdir. Belirli bir hastalığa tutulanların, yahut bir organ veya organ grubu hastaların müşahede, muayene, teşhis ve tedavi edildikleri hastanelerdir. Sözgeleşti çocuk hastaneleri ve doğum hastaneleri bu gruba girmektedir.⁵⁰

1.1.5.2. Mülkiyetine Göre (Finansal Kaynaklarının Türüne Göre) Hastaneler:

Hastanenin mülkiyetinin hangi kamu kurum ve kuruluşlara ait olduğuna yada kurum ve kuruluşların niteliğine göre iki grupta sınıflandırılmaktadır.

Kamu hastaneleri: Bu hastaneler, Sağlık bakanlığı ve Milli Savunma Bakanlığına bağlı olan hastanelerdir. Bu hastaneler devlete doğrudan bağlıdır. Birde devlete dolaylı yoldan bağlı hastaneler ise; Sosyal Sigortalar, Devlet Demir Yolları, Üniversite ve Belediye Gibi kurum ve kuruluşlara ait olan hastanelerdir.

⁴⁸ SEÇİM, 1991, A.g.e., s.8.

⁴⁹ TORAMAN A. Ruhi-DEMİR Cesim-GÜÇLÜ A. Kadir, "Bir Eğitim Hastanesinde Gereksiz Kullanımların Belirlenmesi", Sağlık Yönetiminde Devamlı Kalite İyileştirme Sempozyumu, Habereel Eğitim Vakfı Yayınları, Ankara, 1997, s.269.

⁵⁰ SEÇİM, 1991, A.g.e., s.8.

Özel Hastaneler: Sağlık Hizmetlerini kendi finansal kaynaklarıyla sürdüren hastanelerdir. Kişiler, azınlıklar ve yabancılar tarafından işletilmektedirler.⁵¹

Türkiye'deki hastanelerin mülkiyet yapılarına göre dağılımı Tablo 1.1.'de verilmiştir. Buna göre, Türkiye'deki hastanelerin yaklaşık yarısının Sağlık Bakanlığına bağlı olduğu, SSK ve Tıp Fakülteleri de önemli büyüklüğe sahip hastaneler olduğu söylenebilir. Bu üç kurumun yatak kapasitesinin toplamı Türkiye'deki tüm hastanelerin yatak kapasitelerinin %77'sine karşılık geldiği de söylenebilir.

Tablo 1.1: Türkiye'deki Hastanelerin Mülkiyet Durumuna Göre Dağılımı

KURULUŞLAR	Hastane Sayısı DPT (Tahmin) 2000	Yatak Sayısı DPT (Tahmin) 2000
Sağlık Bakanlığı	742	84.200
Milli Savunma Bakanlığı	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	4	320
Azınlıklar	5	934
Özel	230	11.500
Toplam	1.220	170.000

Kaynak: "8. Beş Yıllık Kalkınma Planı (2001-2005), Bakanlar Kurulunun 6.6.2000 tarihli 2000/68 sayılı kararı ile kabul edilerek 7.6.2000'de sunulan (13.6.2000), DPT, Ankara, s.96-107.

⁵¹ UÇKUN Nurullah, "Yeni Yatırım Kararlarının Alınmasında Maliyet, Fayda Endeksinin Kamu Hastanelerinde Kullanımı ve Bir Uygulama", *Yayınlanmamış Doktora Tezi*, Eskişehir, 1998, s.17.

1.1.5.3. Ortalama Kalış Süresine Göre Hastaneler:

Kısa Kalış Süreli Hastaneler (Akut Bakım 30 günden az): Kısa kalış süreli hastaneler hastaların %50'den fazlası 30 günden az hastanede kaldığı hastanelerdir. Türkiye'deki Devlet hastaneleri bu gruba örnek gösterilebilir.

Uzun Kalış Süreli Hastaneler (Kronik Bakım 30 günden fazla): Bu hastaneler ise, hastaların yarıdan fazlasının bir aydan daha fazla hastanede kaldığı hastanelerdir. Sözcelişi, psikiyatri hastanesi ve tüberküloz hastanesi bu gruba girmektedir.⁵²

Hastaneler, akredite edilme durumlarına göre, akredite edilen ve edilmeyen hastaneler olarak da sınıflandırılmaktadır. Türkiye'de geçerli olmayan bu sınıflandırma, ABD'deki Sağlık Kurumları Akreditasyon Komisyonu (JCAHO) tarafından belirlenen standartlara uygunluğu saptanan hastaneler, akredite edilen hastanelerdir. Özellikle ABD'de akreditasyon, hastanelerin finansal yapısını büyük ölçüde etkilemektedir. Sigorta kuruluşları, JCAHO tarafında belirlenen standartları yerine getirmeyen hastanelerle sözleşme yapmamaktadır. Ayrıca akreditasyon, hastanenin toplumsal imajını ve saygınlığını artırmaktadır.

Hastane yönetimi konusunda dünyada en fazla bilginin yer aldığı ABD'de 400 yataklı bir hastanede yaklaşık 700-800 civarında değişik meslek olduğu düşünülürse, hastanelerde ne kadar değişik işlerin bir arada aynı zamanda yürütüldüğünü anlamak kolaylaşır. Bu kadar çok uzmanlaşmanın yaşandığı bir dönemde hastane hizmetlerinin kalitesinden emin olabilmek için çok karmaşık değerlendirme yöntemlerine ve ölçütlerine başvurmak gerekmektedir.⁵³

1.1.6. Hastanelerin İşlevleri

Dünya Sağlık Teşkilatı hastanelerin geleneksel işlevlerini; Bireylerin evlerinde, doktor muayenesinde veya kliniklerde tedavi ve bakımlarının yapılması olanaklı görülmeyen hastaların tedavi ve bakımları, doktorların ve yardımcı sağlık personelinin eğitimi ve tıbbi araştırmalar olarak gruplandırabiliriz.

⁵² SEÇİM, 1991, A.g.e., s.9.

⁵³ YEREBAKAN, A.g.e., s.41.

Konu üzerinde çalışmalarda bulunan A. F. Wessen'de hastanelerin amaçları ve topluma sundukları hizmeti; Hasta bakımı, Toplum sağlığı hizmetleri, Eğitim, Tıbbi araştırma ve Varlığını sürdürebilme olarak özetlemektedir.⁵⁴ Şimdide bu hastane işlevlerini inceleyelim.

1.1.6.1. Hasta ve Yaralıların Tedavisi

Hastanelerin temel işlevi hastalıkların tedavisidir. Hastalık, vücudun gerekli fonksiyonları yapamaması durumudur. İnsan vücudunda hastalıklar farklı organlarda ve değişik nedenlere bağlı olarak meydana gelmektedir. Bunun anlamı, hastalıkların ve çok çeşitli olduğudur. Hastalığın ortadan kaldırılması ile ilgili hizmetler “tedavi planı” olup, hekimler tarafından belirlenir ve yine hekimlerle birlikte tüm hastane işgörenleri tarafından uygulanır ve bu faaliyet “hasta bakımı” olarak nitelendirilir.⁵⁵ Hasta bakımı ise kurumsal olarak ikiye bölebiliriz: Tıbbi bakım ve hastane bakımı. Tıbbi bakım; hekimin hastayı muayene etmesi, tanı ve tedavi hizmetlerini kapsar. Hastane bakımı ise, başta hemşirelik hizmetleri olmak üzere, hastanenin tüm genel ve özel hizmetlerini kapsar.⁵⁶

Hasta bireysel olarak, biyolojik, sosyal ve karmaşık bir sistemdir. Bu sistemin hastaneye sağlık talebi olarak gelen davranışı çeşitli faktörlerin bileşenidir. Bu faktörler, hastanın yakın çevresinin, arkadaş ve akrabalarının tutum ve davranışları, sağlık alışkanlıkları, toplumun değerler sistemi, hastanın eğitim ve bilinç düzeyi, kendisine sağlanan sosyal güvenlik hakları ve kişisel harcama gücüdür. Kişisel sağlık gereksinim ve istemleri bu faktörler etkisinde sürekli değişim içinde olduğundan; hastane sistemi sürekli olarak kendini bu değişen işlemlere uyacak biçimde geliştirmelidir.⁵⁷ Sözgelimi, günümüzde hastanelerin sundukları gezici bakım hizmetleri bu paralel bir değişimin sonucudur, denilebilir.

Hastaneler teşhis ve tedavi işlevini, ayaktan (poliklinik-outpatient) ve klinik (yatarak-inpatient) tedavi hizmetleri şeklinde yerine getiren bir hizmet işletmesidir. Poliklinik ile klinik hizmetler arasındaki ilişkinin önemi, poliklinik hizmetleri sunum

⁵⁴ ALPUGAN Oktay, “Hastane Yönetimi ve Ekonomik İlkeler”, Ege Üniversitesi İşletme Fakültesi Dergisi, Y.1, S.1-2, 1981, s.198.

⁵⁵ DİNÇER Tefik-ALOĞLU Ersen-ŞAHİN İsmet, “Yatış Süresine ve Varyansına Etki Eden Faktörlerin Kontrol Edilebilirliği”, Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, C:111, S.1, 1995, s.22.

⁵⁶ EREN Nevzat, Sağlık Hizmetlerinin Yönetimi, Hatipoğlu Yayınevi, Ankara, 1985, s.132-133.

⁵⁷ A.g.e., s.133.

performansının klinik hizmetlerinin performansına olumlu yada olumsuz yansiyabilme sonucudur, denilebilir. Çünkü, yatan hastalar klinik hizmeti sürecine poliklinik sürecinden geçtikten sonra ulaşabilmektedirler. Poliklinikten yanlış tanı ile yatırılan ya da yatarak tedavi görmesi gerekirken ayakta tedavi edilmeye çalışılan bir hastanın hem yaşam kalitesi hem de ekonomik değer olarak bir maliyeti söz konusu olabilmektedir. Sözelimi, ABD’de sağlık hizmetleri giderlerinin %80’i hastaneye gereksiz yatırmalardan, gereksiz laboratuvar testlerinden ve gereksiz ameliyatlardan kaynaklanmaktadır. Ayrıca poliklinik hizmet sunumu, hastanelerin gelirleri açısından da önemlidir.⁵⁸

1.1.6.2. Eğitim

Gelişmiş ülkeler her alanda olduğu gibi eğitimde de olabildiğince ufuklarını genişleterek, dünyalarını, nüfuz alanlarını genişletmektedirler. Bu ülkeler post-modernizm bakış açısıyla gelecekteki eğitimi bu güne taşımaya çalışmaktadır.⁵⁹

Birer eğitim kurumu olarak hastanelerde verilen yada hastanelerden beklenen eğitim hizmetleri, hastaların ve yakınlarının eğitimi, hastane personelinin hizmet-içi eğitimi ile sağlık konularında kamuoyunun eğitimi olarak sıralanabilir.

Hastanelerin kuruluşunda esas amaç, hasta ve yaralıların tedavisidir. Bu esas amaca ulaşabilmesi için tedavi hizmetlerinin hasta ve yakınlarının eğitimi ile bütünleştirilmesi gerekmektedir. Çünkü, hastaneye yatan hastaların önemli bir kısmı kronik hastalıklardan şikayetçidir ve hastanede hastalığın akut safhası tedavi edilmektedir. Başka bir deyişle, hasta taburcu olurken tamamıyla iyileşmemiştir. Tedavisi bir ömür boyu sürecek, en azından sağlığı ile ilgili birtakım hususlara dikkat etmesi gerekecektir. Bu yüzden, hastanın klinik sonrası dönemde tedavisi ve kontrollerinin nasıl ve kimler tarafından yapılacağı önem taşımaktadır. Ayrıca, klinik dönemde de eğitim gören hastaların daha kısa sürede iyileşip hastaneden taburcu oldukları gözlenmiştir. Bu nedenlerle, hastaya ve yakınlarına hastalığın mahiyeti, özellikleri ve tedavisi ile ilgili bilgiler verilmekte, bu konuda eğitilmektedirler. Bu eğitim, yalnızca hastanın tedavisi açısından değil, aynı zamanda hastane masraflarının

⁵⁸ KALKAY M. Nuri, *Çağdaş Hekimliğin Sorunları*, Tıbbi Kitaplar Dağıtım Servisi, İstanbul, 1981, s.123.

⁵⁹ ELMACI Orhan, “Türkiye’nin Dünya İle Entegrasyonunda Vizyon Arayışları: Serbest Piyasa Ekonomisi ve Katılımcı Demokrasi”, *Dünya Gazetesi*, 15.12.1997., s.4.

azaltılması ve toplumun sağlık düzeyinin yükseltilmesi açısından da önem taşımaktadır.⁶⁰

Hasta ve yakınlarının eğitimiyle, onların korkularının, endişelerinin giderilmesi ve hastalığa karşı daha sağlıklı bir davranış içine girmeleri amaçlanır. Dolayısıyla hastalık nedeniyle bozulan işlevlerin daha çabuk yerine gelmesi ve iyileşmesi de sağlanabilir. Hasta kendisini hastalıklardan koruma ve hastalığını kontrol altında tutabilmek için gerekli kararları verebilir. Hastanın kendi kendine karar verebilmesi, aldığı kararları davranışlara dönüştürebilmesi, kendi sağlığını koruyabilmesi ve bunun sürekliliğini sağlayabilmesi ancak hastalığı hakkında bilgi sahibi olması ve bildiklerini uygulayabilmesi ile mümkündür. Bunun sağlanması da hastanenin eğitim işlevini yerine getirmesiyle sağlanabilir.

Hasta eğitiminde bu amaçlara ulaşabilmek için kurum çapında hastanın eğitim faaliyetlerini değerlendirmek, eğitim gereksinimlerini belirlemek, hastanın hastalığı ile ilgili yararlanacağı kaynaklar hakkında bilgilendirilmesini sağlamak, hastalığın özelliklerine göre tedavide önceliklerin belirlenmesini sağlamak ve sağlıklı yaşam düşüncesini geliştirmek gerekir.⁶¹

Hastanelerde verilen ikinci tür eğitim, öğrencilerin eğitimidir. Bu öğrenciler, tıp ve hemşirelik öğrencileri ile yardımcı sağlık personeli sınıfına giren öğrencilerden oluşmaktadır. Laboratuvar asistanlığı, eczacı kalfalığı, hemşire yardımcılığı gibi eğitim süresi bir yıl yada daha kısa olan dallarda eğitimin tamamı, hekimlik, yüksek hemşirelik, diyetisyenlik, fizyoterapist gibi lisans eğitimi gerektiren alanlarda da öğrencilerin klinik eğitimleri hastanelerde yapılmaktadır. Bugün birer meslek haline gelen hastane idareciliği ile biomedikal mühendisliğinde de eğitimin uygulamaya dönük kısmı hastanelerde yapılmaktadır. Tıp da hastane döneminin başlangıcı, hastanelerdeki mesleki eğitiminde başlangıcı sayılabilir. Bu tarihlerden itibaren kurulan tıp fakülteleri ve hemşirelik okulları, öğrencilerine klinik eğitim verebilmek amacıyla ya bir hastaneyle birlikte, yada bir hastaneye bağlı olarak kurulmuştur. Böylece hekim ve hemşire olacak öğrencilerin okuldaki kuramsal eğitimlerinin yanı sıra, hastanede klinik gözlem ve uygulama yapabilme ve tecrübe kazanabilme olanağı sağlanmıştır. Anamnez

⁶⁰ SEÇİM, 1991, A.g.e., s.14.

⁶¹ DİNÇER Arzu, "Toplam Kalite Yönetimi Yaklaşımı İçinde Koroner Anjiyografi Yapılacak Hastaların Maruz Kalabileceği İşleme Yönelik Bilgilendirilmesi", Sağlık Hizmetlerinde Devamlı Kalite İyileştirme Sempozyumu, Haberal Eğitim Vakfı Yayını, Ankara, 1997, s.115.

alma, fizik muayene, laboratuvar incelemeleri, hastayla ilişki kurabilme, toplanan verileri yorumlama, problemin teşhisi ve çözümü, tıbbi müdahalede bulunma ve tıbbi araçları kullanma olarak ifade edilen klinik ve teknik beceriler hastanede kazanılmaktadır.⁶²

Hastanelerin yerine getirdiği bir diğer eğitim işlevi de personelin hizmet içi eğitimidir. Tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de teknolojik düzeyin yükseltilmesi, nitelikli mal ve hizmet üretilmesi ve verimliliğin sağlanması öncelikle insan kaynaklarının artırılması ile mümkündür. Çünkü, uygun eğitimden geçmiş işgücü, doğrudan katkıda bulunmanın yanında dolaylı olarak da verimliliğin yükseltilmesi için gerekli olan teknolojinin, bizzat uygulayıcısı durumundadır. Bu yüzden hizmet içi eğitim verimliliğin en etkin anahtarlarından biri olarak görülmektedir.⁶³

Tıp bilimi teknolojisindeki hızlı gelişmeler ile hekim ve hemşire açığı, hastanelerdeki hizmet içi eğitim faaliyetlerine önem kazandırmıştır. Hastaneye alınan yeni personelin işe alışmasını sağlamak, mevcut personelin bilgilerini tazelemek, yeni bilgiler edinmelerini sağlamak ve becerilerini geliştirmek için yapılan hizmet içi eğitim hekimlikte sürekli tıp eğitimi olarak adlandırılmaktadır.⁶⁴

Verimliliğin en etkin anahtarlarından biri görülen hizmet içi eğitim, insan kaynaklarının niteliğini geliştirme amacıdır. İnsanın analiz, sentez ve değerlendirme gibi üst düzey becerilerini kazanabilmesi ancak öğrenme yoluyla elde edilen bilgi birikimleri sayesinde olabilir. Örgütlerde çalışanlar açısından bakıldığında hizmet içi eğitim bu becerilerin kazanılmasına olanak sağlayacak yollardan birisi olarak görülmektedir.

Hastanelerde hizmet içi eğitimde önceliklerin belirlenmesi ile ilgili olarak hizmet içi eğitim hedefleri, hastanenin amaç ve politikasına uygun ve tutarlı olacak şekilde saptanır. Hastanelerde hizmet içi eğitim etkinlikleri planlanırken; niçin kimler, nerede, nasıl, ne zaman eğitilecek gibi sorulara karşılık verilerek bir plan geliştirilir. Hizmet içi eğitimin hedefleri ise dört grupta toplanmaktadır.

- Hizmet içinde bulunan kişilerin yaptıkları işlerin hizmet öncesi öğrenmeleri yerine, hizmetin özelliğine göre bir geliştirme gereksiniminin karşılanması,

⁶² SEÇİM, 1991, A.g.e., s.16.

⁶³ BAŞBOGAOĞLU Uğur, "Gaziantep'teki Kamusal ve Özel Kesimdeki İnsan Kaynaklarının Geliştirilmesi", Verimlilik Dergisi, MPM Yayınları, Yayın No: 1999/1, Ankara, 1999, s.34.

⁶⁴ SEÇİM, 1991, A.g.e., s.17-18.

Hizmet içi eğitimde giderek önem kazanan diğer bir konu, hastane eczacılarının eğitimidir. Eczacıların hastanede yalnızca hap sayan ve gelen-giden ilaçların kayıtlarını tutan kişiler durumundan çıkartılarak, hastanın ilaç anemnezini alan, ilaç profilini çıkaran, hekim ve hemşirelere ilaçların dozları, bileşimleri, yan etkileri, reaksiyon meydana getirebilme durumları hakkında bilgi veren kişiler haline getirilmesi için hizmet içi eğitim verilmektedir. Bu eğitimde, eczacıların tedavi ekibinde fonksiyonel hale getirilerek, büyük miktarlara ulaşan ilaç sarfiyatının önüne geçilmesi amaçlanmaktadır.⁶⁷

Hastaneler yukarıda hizmet içi eğitim açısından önem sıralarına göre ele aldığımız profesyoneller dışında, profesyonel, yarı profesyonel ve profesyonel olmayan çeşitli meslek gruplarının çalıştığı karmaşık örgütlerdir. ABD’de 1970 yılında 225 farklı meslek grubunun sağlık sektöründe çalıştığı tespit edilmiştir.⁶⁸ Yapılan araştırmalarda sağlık bilimleri ile ilgili bilginin, mesleki yeteneğin yarılanma süresinin 5-7 yıl arasında değiştiği belirtilmiştir.⁶⁹ Bu nedenle, hastanelerde çalışan tüm meslek gruplarının, gerek mesleki alanlardaki değişim ve gelişmeler, gerekse de hastanelerde üretilen hizmetlerin sunum biçimindeki değişim ve gelişmeler konusunda hizmet içi eğitim süreci kapsamında düşünülmesi; hastanelerin genel performansının iyileştirilmesinde katkı sağlayacaktır denilebilir.

Sağlık hizmeti sunulan hastaların yargıları daha çok personelin nazik, kibar davranışlarına ve onların hastalarla kurduğu iletişim kalitesine bağlıdır.⁷⁰ Toplumun anlayışı ile hizmet sunanların sağlık hizmetlerine bakışı farklı olabilir. Aradaki bu uyumsuzluk, hizmetlerin toplum tarafından kullanımını engelleyebilir. Öte yandan, hizmeti sunan sağlık ekibi üyeleri arasında kültürel farklılıklar ve sağlık hizmetlerine bakış açıları yönünden ayrılıklar olması da doğaldır.gerek hastane iş görenleri ile hasta ve yakınları arasındaki iletişimin gerekse de çok farklı eğitim ve kültür seviyelerine sahip iş görenlerin birbirleri arasındaki iletişim kalitesinin artırılma sürecinde hizmet içi

⁶⁷ SEÇİM, 1991, A.g.e., s.17.

⁶⁸ MENDERES Münevver-ERSOY Korkut, “Genel Sistem Kuramı ve Sağlık Sistemi ve Hastane Bakım Alt Sistemi”, Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, C.2, 1993, s.40.

⁶⁹ AKSOY Güler, “Hemşirelikte Sürekli Eğitim”, I. Ulusal Hemşirelik Eğitim Sempozyumu-Bildiriler, Hilal Matbaacılık, İstanbul, 1988, s.177.

⁷⁰ ÖZGEN Hacer, “Sağlık Bakım Hizmetlerinde Kalite Nedir? Hasta Tatmin Boyutuyla İlgili Bir Değerlendirme”, Toplum ve Hekim Dergisi, C.10, S.69-70, Eylül-Aralık, 1995, s.50.

eğitim kullanımı, hastanelerde sunulan hizmetlerin kalite-etkinlik ve verimliliğinin artırılmasında oldukça kayda değer katkılar sağlayabilir.⁷¹

Hastanelerde sunulan son grup eğitim hizmeti, toplum sağlığı konusunda kamuoyunun eğitimidir. Bu tür bir eğitimden amaçlanan ve topluma verilmek istenen hususlar Őunlardır: hastanede verilen hizmetler konusunda kamuoyunun bilgilendirilmesi, insanların periyodik sağlık kontrolü yaptırılmaları ve bu kontrollerde hastaneyi kullanmaları konusunda teşvik edilmeleri, hastaneden korkan insanlara bu korkularını yenmelerine yardımcı olunması, azaltılması, hastane standartlarının neler olduğu, bu standartların neden ve nasıl geliŐtirildiđinin kamuoyuna açıklanması.⁷²

Eğitim, sağlık hizmetlerinin Őekillendirilmesinde önemli bir araçtır. Eğitim yoluyla bilgilendirilmiŐ ve motive edilmiş bireyler sağlık sisteminin kendi sağlıklarını korumak ve yükseltmek için varolduğu gerçeğini algılayabilir, koruyucu sağlık hizmetlerinin önemini algılayabilir, gerekli olan teşhis ve tedavi hizmetlerini ne zaman alacaklarını, hizmeti nasıl ve nereden elde edeceklerini ve etkin bir Şekilde nasıl kullanacaklarını öğrenebilirler.⁷³ Bu bağlamda yürütülecek eğitim faaliyetlerinin başarıya ulaşabilmesi için, diğer hastanelerle, çeşitli kamu kuruluşlarıyla, mesleki örgütlerle, gönüllülerle ve hastaneden Őifa bularak taburcu olmuş hastalarla işbirliği yapılması, onların desteği sağlanması gerekmektedir.

1.1.6.3. Araştırma-Geliştirme

Hastanelerdeki araştırma ve geliştirme faaliyetleri biri tıbbi, diğer i idari olmak üzere iki türdür. Tıbbi araştırma, hastanelerin temel işlevleri olan hasta ve yaralıların tedavisi iŐlemlerini yerine getirirken izledikleri mevcut tedavi planlarının kalitesinin sürekli iyileştirilmesi ve mevcut tedavi planlarından daha optimal tedavi planlarının oluŐturulmasına yönelik bir süreçtir. İdari araştırma, hastanedeki işletmecilik sorunlarının saptandığı çözüme yönelik araŐtırmalardır. Bir tedavi, eğitim, araştırma ve kamu kurumu olabilmenin gereği olarak, yönetim gibi çeşitli sorunlarla karşı karşıya bulunan hastaneler, işlevlerini gereğince yerine getirebilmek için bir çok önemli

⁷¹ ÖZTEK Zafer, "Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Kalite Kavramı", **I. Basamak Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi Sempozyumu**, Haberal Eğitim Vakfı Yayınları, Ankara, 1996, s.38.

⁷² SEÇİM, 1991, A.g.e., s.18.

⁷³ ÇETİNKAYA Fevziye-ÖZTÜRK Yusuf-GÜNAY Osman, "Sağlık Ocağı Hizmetlerinden Yararlanmada Aile Reisi Eğitiminin Rolü", **Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi**, C.II, 1993, s.81.

örgütsel sorununda çözüme kavuşturmak zorundadır. Bu bağlamda hastanelerde hizmet sunumunda karşılaşılan işletmecilik sorunlarının çözümünde idari araştırma ve geliştirme faaliyetleri önem kazanmaktadır. Batıda, özellikle ABD’de hastane endüstrisi büyük endüstriler arasında yer aldığından, hastanelerde idari araştırmalara çok önem verilmektedir. Hastanenin verimliliğini ve etkinliğini artırmaya yönelik bu araştırmalar, ya hastane içinde bir ekibe, yada hastane dışında bir uzmanlar grubuna yaptırılmaktadır.⁷⁴

1.1.6.4. Toplumun Sağlık Seviyesine Katkıda Bulunma

Hastaneler yukarıda sözü edilen işlevleri yürütürken dolaylı olarak toplumun sağlık seviyesini de yükseltmektedirler. Tedavi edici tıp alanına giren bu faaliyetlerden başka, artık günümüzde hastanelerin koruyucu tıp alanında da hizmet vermeleri beklenmektedir. Kanser gibi, alkolizm veya trafik kazaları gibi, toplum sağlığını tehdit eden hastalıklar veya tehlikelerle mücadelede hastanelerin kendi başlarına yapabilecekleri oldukça kısıtlıdır. Fakat diğer hastanelerle ve kamu kuruluşlarıyla birlikte yürütülecek eğitim programları, aşı kampanyaları, röntgen taramaları bu amaçla gerçekleştirilebilecek faaliyetler arasındadır. Hastanelere başvuran hastalarda diğer bazı tetkiklerin yapılarak muhtemel hastalıkların teşhisi için alınacak tedbirlerde koruyucu tıp hizmetleri arasında mütalaa edilmektedir.⁷⁵

1.2. DÜNYADA SAĞLIK HİZMETLERİNİN TARİHSEL GELİŞİM SÜRECİ

Sağlık hizmetlerinin örgütlenme evrimi incelendiğinde aslında çok büyük bir çeşitliliğin olduğu görülmektedir. Hizmetlerin türü ve gelişimi bireylerin talepleri, kurumsallaşma, kültür, ekonomik özellikler gibi pek çok etken tarafından belirlenmekte ve toplumdan topluma farklılık göstermektedir. Başka bir deyişle, sağlık hizmetlerinin örgütlenmesi için standart bir model oluşturmak mümkün olamamaktadır.

Sanayi devriminin gerçekleştiği 1850-1920 yılları arasında sağlık hizmetleri büyük ölçüde kentleşme, sanayileşme ve nüfus hareketlerinden etkilenmiştir. Bu dönemde hastalık ve bilim konusundaki yargıların değişmesi, sağlık alanında işbölümü ve uzmanlaşmanın artması, Batı Avrupa’da risk paylaşımı mantığından hareketle

⁷⁴ SEÇİM, 1991, A.g.e., s.19.

⁷⁵ A.g.e., s.19-20.

sigortacılığın ortaya çıkması, hayırseverlik ve yöneticilik kavramlarının yer değiştirmesi gibi başka etkenler her ülkenin kendine özgü sağlık sistemini kurmasına yol açmıştır.

Kinin, digitalis gibi yeni ilaçların bulunması ile bazı sorunlarda rahatlama sağlanmış, morfin kullanımı ile ağrı kontrol altına alınmış, anestezinin gelişmesi ile cerrahi işlemler hızlanmış, röntgen ve diğer laboratuvar imkanlarının gelişmesi ile tanılar kolaylaşmış, buna bağlı olarak da her toplumda sağlık hizmeti veren örgütlerin gerekliliği ve önemi artmaya başlamıştır. Tedavi edici hizmetlerdeki bu gelişmelerin yanı sıra, haşere ile mücadele, içme ve kullanma suyunun temizliğinin önemi, hastalıkların aşı ile önlenmesi, tüberkülin gibi bazı tanı yöntemleri ile hastalıkların erken dönemde saptanması, koruyucu hizmetlerde gelişmelere ve örgütlenmede değişmelere neden olmuştur.⁷⁶

Yirminci yüzyılın başında bu gelişmelere paralel olarak, yeni sağlık meslekleri ve uzmanlıkları gelişmeye, güç kazanmaya başlamıştır. Mesleklerin kurallara bağlanması ve örgütlenmesi ise yeni düzenlemeleri gerekli kılmıştır. Bunun doğal sonucu olarak eskiden uzman olmayan hayırseverler tarafından yürütülen hasta bakım hizmetleri, uzmanların kontrolüne geçmiş ve yönetim gerekliliği ortaya çıkmıştır. Diğer toplumsal alanlarda geliştirilen yönetim teknikleri ve bilgi birikimi sağlık hizmetlerinin yönetiminde de kullanılmaya başlanmıştır. Bu gelişmelerin doğal sonucu olarak sağlıkla ilgili mesleklerde eğitim ile hasta bakımı kurallara bağlanmıştır.

Bu doğrultuda, 1910 yılında Amerika Birleşik Devletlerinde Carnegie Vakfı tarafından hazırlanan ve Flexner raporu olarak bilinen bir proje ile tıp eğitiminin hastanelerle bağlantılı olarak yapılması kararlaştırılmıştır. Bu yolla bilgi birikiminin, yani teorinin, klinik uygulama ile, yani pratikle bütünleşmesi sağlanmıştır. İlk kez Johns Hopkins Hastanesinde yapılan bu uygulamayı, başka ABD ve Kanada örnekleri izlemiştir. Amerika kıtasında hekim ve hastane merkezli bu gelişmeler yaşanır iken Avrupa da sağlık hizmetlerinin örgütlenmesi daha farklı bir yol izlemiştir. Buradaki gelişimin temelini sigortacılık oluşturmaktadır. 19. yüzyıl sonunda Avrupa ülkelerinde gelişen genel sağlık sigortası, sağlık hizmeti verenlere bir fon oluşturduğu gibi, hükümetlerin sağlık hizmetlerinin sunumu ve sağlık harcamaları konusunda denetleyici-düzenleyici rol almasını da yardımcı olmuştur.

⁷⁶ YEREBAKAN, A.g.e., s.24.

Genel sağlık sigortasının ilk uygulaması 1883 yılında Almanya'da ortaya çıkmıştır. Bismarck modeli olarak bilinen işverenlerce oluşturulan bu uygulama bazı değişiklere uğrayarak kısa sürede diğer Avrupa ülkelerine yayılmış, 1888'de Avusturya, 1911'de İngiltere, 1945'de Fransa, 1955'te İsveç genel sağlık sigortasını kurmuştur.

Özetle, sosyal refah kavramının geçerli olduğu Avrupa ülkelerinde sağlık hizmetlerinin örgütlenmesi ve finansmanı, devletin kontrolünde, sigortacılık temelinde gelişirken ABD'de büyük ölçüde piyasa kurallarına uygun olarak gelişmiştir.⁷⁷

Hint ve Arap kültüründe geçmişli çok eski olan hastaneler Güney Avrupa'da papaz ve rahibelerin hizmet sunduğu manastırlar bünyesinde kendisini göstermiştir. 13. yüzyılda tüm Avrupa'da 19.000 hastane yada benzeri örgüt bulunduğu bilinmektedir.

İlk hastaneler kimsesi olmayan hastalara, yoksullara ve evinden uzak olan yolculara hizmet vermek amacıyla kurulmuştur. Bu dönemde, askerler ile denizcilerin sağlık bakımı hükümetlerin sorumluluğu altında hastanelere verilmiştir. 19. yüzyılda bulaşıcı hastalıkların tehdidi karşısında özellikle kolera, çiçek ve tifo için özel hastaneler kurulmuştur. Aynı dönemde İsveç'te genital hastalıklar için, Norveç'te ise lepralıları için özel hastane düzenlenmiştir. Bu dönemde akıl hastaları için hastanelerin kurulduğunu da görüyoruz. Avrupa'da önce kilisenin kontrolünde gelişen hastaneler, Fransız ihtilalinden sonra, iyi yönetilmedikleri gerekçesiyle, kamu yönetimine devredilmişlerdir. Aynı dönemde İspanya, Portekiz ve bu ülkelerin Latin Amerika'daki sömürgelerinde bulunan hastanelerinin Katolik kilisesinin kontrolünde olduğunu görüyoruz.⁷⁸

İngiltere'de VIII. Henry'nin dini örgütleri baskı altına alması ile birlikte hastanecilik seküler bir gelişim izlemiştir. Bu ülkede 1948 yılında Ulusal Sağlık Hizmetleri kuruluna kadar hastanecilik yardım kuruluşlarının kontrolünde yürütülmüştür. Bu sistem Kuzey Amerika tarafından da benimsenmiş, kar amacı gütmeyen hastaneler kurulmuştur. Ancak, bu ülkede hastanecilik gelişir iken, bazı hekim ve cerrahların kendi özel hastaları için ve tıp öğrencilerinin eğitimi için de hastane kurulduğunu görmekteyiz. Batı dünyasında başlangıçta kar amacı gütmeyen, din, ırk, sosyal sınıf farkı gözetmeyen ve gönüllük temelinde gelişen hastane uygulaması özellikle ABD'de önce dini ayrımlara sebep olmuş, daha sonrada paralı hale gelmiştir. 1893'te hastane yataklarını işgal eden hastaların çoğunluğu para öder iken,

⁷⁷ A.g.e., s.26.

⁷⁸ A.g.e., s.27.

19. yüzyıl sonunda, hastane giderlerinin üçte biri hastalar tarafından ödenir hale gelmiştir.

Avrupa'da hükümet ve yardım kuruluşlarının hastaneciliğe girmesi ile birlikte, para gücü olmayan hastalar için tam yada kısmi zamanlı hekim atanması zorunluluğu ortaya çıkmıştır. Benzer bir gelişme Fransa, İsveç ve İtalya'da görülmektedir. Bu durum hekimler arasında iş bölümüne ve uzmanlaşmaya yol açmıştır. Hastanede maaş yada ücret karşılığında istihdam edilen hekimlerin doğrudan para almaları engellenmiş ancak uzmanlıkları nedeniyle özel hasta bakma hakları da verilmiştir. Bu durum, uzmanlığın artmasına ve bu durumdaki hekimlerin o güne kadar var olan pratisyen hekimlere kıyasla büyük oranlarda para kazanmalarına neden olmuştur. Pratisyen hekimlik ile uzman hekimlik kavramları arasında farklılık sosyal anlamda yerleşmiş, kaliteli hizmet için uzman hekimden özel hizmet alınması düşüncesi yaygınlaşmıştır.⁷⁹

Hastane dışında hasta bakım hizmetleri için ücret karşılığında hekim istihdam edilmesi uygulamasının da oldukça eski geçmişi bulunmaktadır. Norveç'te bu uygulamanın 350 yıllık bir geçmişi olup aynı dönemde İsviçre'de de benzer uygulamaya rastlanmaktadır. 1864'te Rusya'da yerel yönetimler tarafından kırsal kesimde hastaneler ve sağlık merkezleri kurulduğu, hekimlerin maaş karşılığında devlet memuru olarak çalıştırıldığı, ulaşım giderlerinin ödenerek, konut imkanı sağlandığı, ayrıca emekli olduklarında güvence sağlandığı bilinmektedir.⁸⁰

Bağımsız ve yardımseverlik temelinde bir sağlık hizmeti olarak ev hemşireliği ilk kez 1859'da İngiltere'de ortaya çıkmış daha sonra kamu hizmetine dönüştürülmüştür. Benzer şekilde İngiltere, Hollanda, Fransa ve Belçika'da ayrı bir meslek olarak ortaya çıkan ebelik kısa zamanda yerel yönetimlerin ücret ile istihdam ettiği bir meslek şekline dönüşmüştür.⁸¹

⁷⁹ A.g.e., s.27-28.

⁸⁰ A.g.e., s.30.

⁸¹ A.g.e., s.31-32.

1.3. TÜRKİYEDE SAĞLIK HİZMETLERİNİN GEÇMİŞİ VE GELİŞİM SÜRECİ

1.3.1. Selçuklu ve Osmanlı Dönemi Sağlık Hizmetleri

Türklerin kurduğu ilk sağlık kuruluşu, 1206 yılında Kayseri'deki Gevher Nesibe Sultan Hastanesi ve Tıp Medresesidir. Aynı yüzyılda Selçuklular tarafından, Sivas, Divriği, Kastamonu, Aksaray, Mardin, Konya, Erzincan, Akşehir, Amasya, Çankırı ve Erzurum'da hastaneler kurulmuştur.

Osmanlı döneminde, merkezde hekimbaşılar, taşrada ise Darüşşifa denilen hastaneler dikkati çekmektedir. Seretıbbıa-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.

Hekimbaşılık bazı kayıtlara göre II. Murat zamanında (1404-1451), kanıtlayıcı belgelere göre ise Fatih döneminde (1432-1481) kurulmuştur. Hekimbaşılık 380 yıl sürmüş ve bu süre içerisinde 46 hekimbaşı görev yapmıştır. İlk hekimbaşı Kutbettin, son hekimbaşı ise II. Mahmut döneminde Abdülhak Molla'dır. 1849'da hekimbaşılık kaldırılarak, sağlık işlerini yürütmek üzere Mekteb-i Tıbbiye Nezareti (Tıp Okulu Bakanlığı) kurulmuştur. Hekimbaşılık döneminde sağlık hizmetleri ücret karşılığı hasta bakan hekimler ve cerrahlar ile Darüşşifa adı verilen vakıf hastaneleri tarafından yürütülmekte idi.⁸²

Osmanlılar, Selçuklulardan devraldıkları darüşşifaları vakfiyeleri ile birlikte kabul ederek işletmişler, kendileri taht şehirleri dışında (Edirne, İstanbul ve Bursa) dışında pek az hastane kurmuşlardır. Kurulan başlıca hastaneler, Manisa Bimarhanesi (1539), Mekke (1556), Sultanahmet (1617), Guraba-i Müslimin (1838), Bursa (1399), Edirne (1485) ve Edirne'deki Cüzzamhane'dir (1451). Tanzimattan sonra ilk hastane, yeniden açılan Bezm-i Alem Gureba-i Müslimin kadın hastanesidir (1843). İlk açılan hastanelere Gureba adı verilmiş, II. Abdülhamit zamanında açılanlara Hamidiye Hastanesi denilmiştir.⁸³

⁸² İHSANOĞLU Ekmeleddin, *Suriye'de Modern Osmanlı Sağlık Müesseseleri, Hastaneler ve Şam Tıp Fakültesi*, Türk Tarih Kurumu Yayın No:183, Ankara, 1999, s.28.

⁸³ AKYAY Nurullah, *Osmanlı İmparatorluğunda Sağlık Örgütleri ve Sosyal Kuruluşlar*, Hacettepe Üniversitesi Toplum Hekimliği Enstitüsü, Yayın No:22, Ankara, 1982, s.70.

Vilayet salmanelerinin (yıllıklarının) incelenmesinden anlaşıldığına göre, İzmir'de (1851), Bursa'da (1879) ve Edirne'de (1888) yılında birer Gureba Hastanesi açılmıştır. Azınlıkların açtığı hastaneler daha eski tarihlere dayanmaktadır. Örneğin, İzmir'de 1775'de bir Fransız Hastanesi, 1748'de Rum Cemaatı Hastanesi, 1843'te Yahudi Hastanesi açılmıştı. Bunlar her gün poliklinik hizmeti verdikleri gibi, yoksul hastalara ilaç da dağıtmakta idiler. 1909'da ülkede 1.883'ü Osmanlı uyruğunda, 773'ü yabancı olmak üzere 2.658 hekim bulunmaktaydı. O tarihlerde imparatorluk nüfusu 54 milyon, yüzölçümü 6 milyon kilometrenin üzerinde ve yaklaşık 20.000 kişiye bir hekim düşmekteydi. Hekimlerin genellikle İstanbul, Selanik, İzmir, Bursa gibi büyük kentlerde toplandığı düşünülürse, Anadolu gibi mahrumiyet bölgelerinde bu oranın 50-100 bin kişiye bir hekim olduğunu söylemek mümkündür.⁸⁴

Osmanlılar'da batılı anlamdaki ilk tıp okulu, II. Mahmut döneminde, 1827 yılında Hekimbaşı Mustafa Behçet Efendinin gayretleriyle İstanbul'da Topkapı Sarayına bitişik bir binada Tıphane-i Amire adıyla kurulmuştur. Bu mektep modern tıp eğitiminin ilk nüvesini teşkil etmiştir. Bunun hemen ardından - aynı yıl yada ertesi yıl - Cerrahane kurulmuş, 1831 yılında bu iki okul yeniden düzenlenmiştir. Daha sonra tıp ve cerrah okulları, Avrupa'daki gelişmelere uygun şekilde birleştirilmiştir. Başlangıçta, eğitim-öğreti dili Fransızca olan bu okulda 1866 yılında Osmanlıca eğitime geçilmiştir.⁸⁵

Hekimbaşılığın kaldırılarak yetkilerinin Mekteb-i Tıbbiye Nezaretine devredilmesinden sonra 1870'de yayınlanan nizamname ile, Mekteb-i Tıbbiye Nezaretine bağlı olarak İdare-i Mülkiye-i Tıbbiye, 1871 yılında sivil halkın sağlık hizmetlerini düzenlemek amacıyla "Sıhhiye Müfettişlikleri" ile "Memleket Tabiblikleri" kurulmuştur.⁸⁶

Bu düzenleme ile öngörülen yapı şu şekildedir:

- İstanbul'da şehremini, taşrada valiler, Tıbbiye Nezareti ile yazışarak sınırları belli il, ilçe ve kasabalarda birer memleket tabibi, şehir yada kasabanın büyüklüğüne göre gerektiğinde memleket tabip muavini bulunduracaktır.
- Bunların maaşları yerel yönetimlerce ödenecektir.

⁸⁴ YEREBAKAN, A.g.e., s.33.

⁸⁵ İHSANOĞLU, A.g.e., s.28.

⁸⁶ AKYAY, A.g.e., s.71.

- Sınırı belli şehir ve kasabalarda belediyece birer eczane açılacak, eczanenin kapısına belediyeye ait olduğunu belirtir bir tabela konulacaktır.
- Tabipler haftanın belirli gün ve saatlerinde, belirli bir yerde zengin, fakir gözetmeksizin başvuran tüm hastaları ücret almadan muayene edecektir. Gerekli aşılarda ücretsiz yapılacaktır.
- Muayeneye gelemeyecek durumda olanları tabipler evlerinde muayene edecek, ödeme gücü olanlardan, önceden belirlenen bir ücret alınacaktır. Yoksul olanlardan ücret alınmayacak, zorunlu giderler belediye sandığından hekime ödenecektir.
- Önemli bir gerekçe olmadan hastalara bakmamak, yoksullardan ücret almak işten uzaklaştırma nedenidir.
- Salgın hastalık çıktığında hekimler gereken önlemleri alacak yada aldıracaktır. Sorumluluk alanları dışında da valilerin emir ve onayları ile önlem alacaklardır. Gerekli harcamalar yerel yönetimlerce ödenecektir.
- Tabipler, bölgelerindeki hastane, eczane ve sağlıkla ilgili diğer yerleri denetlemek ve sağlıkla ilgili ilerden sorumludur.
- Memleket tabipleri ayda bir kez Tıbbiye Nezaretine çalışma raporu gönderecektir.
- Atanmalarında sonra en fazla 9 ay içerisinde sorumlu oldukları bölgeyi tanımaları gerekir.
- Memleket tabiplikleri adli konulardaki görevlerini, bu iş ile ilgili nizamname hükümlerine göre yürüteceklerdir.
- Tıbbiye Nezaretinde aldıkları talimatları ilçe yönetim amirliklerine bildirmekle sorumludur.⁸⁷

Memleket tabipliği uygulaması, sağlık hizmetlerinin ülke düzeyinde devlet eliyle örgütlenmesinin başlangıcıdır. Bunlar Mekteb-i Tıbbiyeyi bitirdikten sonra kura ile atanırlar ve askerlik hizmeti karşılığı olarak 2 yıl kaza, 3 yıl vilayet olmak üzere toplam 5 yıl zorunlu hizmetle yükümlü idiler. Mahrumiyet bölgesi kabul edilen Hicaz, Bağdat, Basra, Bingazi, Trablusgarp ve Yemen Vilayetlerinde çalışanlar, çalıştıkları sürece, maaşlarının yarısı kadar ek bir tazminat alırlardı.

⁸⁷ A.g.e., s.94-95.

Sağlık hizmetlerini yönetme görevi 1914 yılında kabul edilen bir kanun ile Dahiliye nezaretine bağlı olarak kurulan Sıhhiye Müdüriyet-i Umumiye'sine (Sağlık İşleri Genel Müdürlüğü) verilmiştir. İlk Genel Müdür Dr. Besim Ömer Paşa olup, Dr. Esat Paşa, Dr. Adnan Adıvar ve Dr. Abdullah Cevdet bu dönemde genel müdürlük yapan tanınmış hekimlerimizdir. TBMM hükümeti kurulduktan sonra sağlık hizmetlerini yönetme görevi 3 Mayıs 1920'de kurulan Sıhhat ve İçtimai Muavenet Vekaletine (Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı) verilmiş, ilk bakan olarak Dr. Adnan Adıvar atanmıştır.⁸⁸

1.3.2. Cumhuriyet Dönemi Sağlık Hizmetleri

Sağlık hizmetlerinin gerçek anlamda yönetimi, Cumhuriyet döneminde başlatılmıştır. 3 Mayıs 1920'de Sağlık Bakanlığının Kurulmasından sonra Osmanlı İmparatorluğu döneminden intikal eden ve elde mevcut olan bütün kanun ve nizamnameler gözden geçirilerek değerlendirilmiş ancak yeterli görülmediğinden yeni usul ve kadro düzenlemeleri başlatılmıştır.⁸⁹

Sağlık hizmet sektörü "İnsanın Yaşam Kalitesi'nin" geliştirilmesine hizmet etmektedir. İnsan yaşamının kalitesi; "özgür bir ortam içinde tatmin edici işlerde çalışan insanların oluşturduğu nüfus ve nüfusun sağlıklı olması ile mümkündür." diye tanımlanmaktadır. Genç Türkiye Cumhuriyeti'nin sağlık politikasını belirleyen ulu önder Atatürk'ün gösterdiği sağlık hedeflerinin temel amacı; Türk insanının yaşam kalitesinin yükseltilmesiydi.⁹⁰

Cumhuriyet dönemindeki sağlık hizmetlerinin gelişim sürecini üç bölümde 1920-1937 Dönemi, 1937-1960 Dönemi ve 1960- Sonrası Dönemler şeklinde ayırarak inceleyeceğiz.⁹¹

⁸⁸ İHSANOĞLU, A.g.e., s.29.

⁸⁹ GÜZEL Senin Harika, "Cumhuriyet Dönemi Sağlık Yönetimi", Sağlık Sektöründe Toplam Kalite Yönetiminin Yeri Sempozyumu, Haberal Eğitim Vakfı Yayınları, Ankara, 1995, s.11.

⁹⁰ GÜZEL Senin Harika, "Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Programında Toplam Kalite Yönetimi Anlayışı Yönünden Bir Yaklaşım", I. Basamak Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi Sempozyumu, Haberal Eğitim Vakfı Yayınları, Ankara, 1996, s.57.

⁹¹ YEREBAKAN, A.g.e., s.34.

1.3.2.1. 1920-1937 Dönemi:

T.B.M.M. Hükümeti döneminde sağlık hizmetlerini yönetmek görevi 3 Mayıs 1920'de kurulan Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığına verilmiştir. 1923 yılına dek hazırlanan ilk çalışma programında o dönemin sağlık sorunları ve çözümler belirlenmiştir.

Bu dönem ülkenin savaştan çıktığı yıllar olup, nitelikli sağlık insangücü, fiziksel yapı tıbbi araç-gereç yoksunluğu önemli sorunlardı. Bu dönemin temel örgütlenme birimi "Hükümet Tabipliği" sistemidir. Bunun yanında sıtma-frenge-trahomla savaş gibi dikey örgütlenmiş sağlık müdürlüğüne bağlı olmayan örgütler kurulmuştur. Sağlık yönetim ilkelerine uymayan bu örgütlenme biçimi uygulaması, o dönemin yetersiz sayıda insangücü ve bazı önemli bulaşıcı hatalıkların yüksek mortalite ve morbiditesinden kaynaklandığı düşünülmektedir. Bu örgütlerde çalışan sağlık personeline yüksek ücret verilmesi ve koruyucu sağlık hizmetlerini ön plana çıkarma bu dönemin önemli gelişmeleri olarak kabul edilmektedir. Sağlık insangücü gereksiniminin karşılanması amacı ile bu dönemde önemli adımlar atılmıştır.⁹²

Cumhuriyet döneminin ilk Sağlık Bakanı Dr. Refik Saydam olup, kısa bir süre dışında 1937 yılına kadar 14 yıl bakanlık yapmıştır. Cumhuriyetin ilk yıllarında izlediği politikalar ile sağlık hizmetlerinin örgütlenmesi ve gelişmesinde büyük katkıları olan bir insandır.

Refik Saydam, koruyucu sağlık hizmetlerini ön planda tutmuştur. Sınırlı kaynakların, sık görülen, çok öldüren ve sakat bırakan hastalıkların kontrolü ve önlenmesi için kullanılması doğrultusunda çaba harcamıştır. Kamu sağlık hizmetlerinin il düzeyinde, Sağlık Müdürlükleri, ilçe düzeyinde Hükümet tabiplikleri şeklinde örgütlenmesini gerçekleştirmiş, ayrıca dikey örgütlenme anlayışına uygun olarak başlıca sağlık sorunlarına yönelik örgütler kurmuştur. Tedavi edici hizmetler konusunu yerel yönetimlere bırakmış, bunlara örnek olması amacıyla Ankara, İstanbul, Sivas, Erzurum ve Diyarbakır'da birer adet "Numune Hastanesi" açılmasını sağlamıştır.⁹³

Refik Saydam'ın izlediği politikalar ile koruyucu hizmetler alanında önemli başarılar sağlanmıştır. İyi ücret almak isteyenlerin koruyucu hizmetlere yönelmesi,

⁹² TURAN Nihat-BERÇİN Ergin, "Türkiye'de Sağlığa Yönelik Ulusal Politikalar, Hedefler, İlkeler ve Etkileri", Sağlık Kuruluşları ve Hastane Yönetimi, Haberal Eğitim Vakfı Yayınları, Ankara, 1999, s.398.

⁹³ YEREBAKAN, A.g.e., s.35.

sağlık müdürlüklerinde yada bakanlık merkez örgütünde çalışması sağlanmış, yüksek ücret politikaları ile kamu sağlık hizmeti, personel açıdan çekici hale getirilmiştir.

Hükümet tabipliği, sivil yönetimin örgüt yapısına uygun olarak, ilçe temelinde örgütlenmiş, yoksul hastaların teşhis ve tedavisi ile genel idari işler verilmiştir. Bunların resmi görevlerinin yanı sıra özel muayenehane açabilmelerine, buldukları yerde eczane yoksa ilaç satabilmelerine izin verilmiştir. Hükümet tabipliği, ilçe düzeyinde olan bir örgütlenme modeli olduğu için ilçeler arası nüfus ve imkan dengesizliğine bağlı olarak iş yükünde dengesizlikler ortaya çıkmıştır. Öte yandan bu görevin genel idari hizmetler yönünden çok fazla olması ve tıp eğitimi sırasında hekimlerin uzlaşmaya koşullandırılmaları nedeniyle hekimler arasında sevilen bir iş olmamıştır.⁹⁴

Refik Saydam o dönemde var olan tek tıp fakültesinin çekiciliğini artırmak için öğrencilerin okuma, barınma ve giyinme masraflarını karşılamış, 1923 yılında 554 olan hekim sayısının (19.860 kişiye bir hekim), 1930'da 1.182'ye, 1940'ta ise 2.387'ye çıkmasını sağlamıştır. O dönemde bulunan istatistiklere göre, 1923'teki ebe sayısı 136 (80.880 kişiye bir ebe), 1930'daki hemşire sayısı ise 202'dir (71.520 kişiye bir hemşire). Koruyucu hizmetlerde görev alacak hekim dışı sağlık insan gücünün yetersizliği ve o dönemin koşullarında kadınların sahada istihdamın zorluğu nedeniyle erkek personel eğitime ağırlık verilmiş, sağlık memurları yetiştirilmiştir.⁹⁵

1.3.2.2. 1937-1960 Dönemi:

Bu dönemde en önemli girişim kırsal bölgelere nüfus kriteri ve entegre hizmet anlayışı ile sağlık hizmeti götürme planıdır. Hazırlanan I. On yıllık milli plana göre her 7.000 nüfusa köy grup merkezi, her 40 köy için bir sağlık merkezi, 17 bölgede bölge hastaneleri ve 7 bölgede is Tıp Fakülteleri planlanmıştır. Bu plan uygulamaya geçilmiş, fakat uygulamada yetersizlikler ve sapmalar olmuştur. Bu plan ilçe merkezlerinde 10 yataklı sağlık merkezleri inşası programı haline dönüştürülmüştür.

1936 yılında çıkarılan 3017 sayılı yasa ile sağlık Bakanlığı'nın hizmetleri tek elden yürütmesi amaçlanırken, 1945 yılında kurulan Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK), 1952 yılından itibaren sigortalılarına hizmet vermek için kendi sağlık ünitelerini kurmaya başlamıştır. Bu şekilde başlayan "kendi başına sağlık hizmeti verme eğilimi"

⁹⁴ GÜZEL, 1996, A.g.e., s.58.

⁹⁵ YEREBAKAN, A.g.e., s.36.

giderek yaygınlaşmış, Sağlık Bakanlığı'nın sorumluluğu bölünmüş, değişik kesim ve gruplara sağlık hizmeti götüren kurum ve kuruluş sayısı giderek artmıştır.

Bu dönemde tedavi hizmetleri, devlet hizmetleri olarak kabul edilmiş ve tedavi hizmetlerinin geliştirilmesine paralel olarak yeterli sayı ve nitelikte sağlık insan gücü yetiştirilmediğinden istenilen tıbbi bakım düzeyine ulaşamamıştır. Bu dönemde de koruyucu sağlık hizmetlerine yönelik yasal düzenlemeler ve dikey örgütler kurulmuştur.⁹⁶

Döneme ilişkin belli başlı gelişme ve değişiklikleri şu şekilde sıralamak mümkündür:

Sıtmanın büyük salgınlar yapması nedeniyle 1945 yılında "Olağanüstü Sıtma Savaş Kanunu" çıkarılmıştır.

1945 yılında Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK) kurulmuş, 1952 yılında işçilere sağlık hizmeti vermeye başlayan bu kurumun, finansmanın yanı sıra sağlık örgütü, hastane kurma, işletme ve personel atama yetkilerine sahip olması sağlanmıştır.

Dr. Behçet Uz'un başkanlığı sırasında 1946-1947 yıllarında hazırlanan bir plana göre yaklaşık 20.000 nüfusa hizmet verecek "Sağlık Merkezleri" tasarlanmış, 10 hasta yatağının bulunacağı bu merkezlerde, iki hekim, 11 hekim dışı sağlık personelinin görev yapması, koruyucu ve tedavi edici hizmetlerin entegre edilmesi öngörülmüşse de bu plan uygulamaya tam olarak konulamamıştır.

1949 yılında yapılan bir düzenleme ile verem savaşı için kentlerde "Verem Savaş Dernekleri" kurulmuştur.⁹⁷

1950-1960 döneminde yerel yönetimlerce açılan hastanelerin büyük çoğunluğu devletleştirilmiş ve tedavi hizmetleri bir devlet hizmeti olarak benimsenmiştir. Dış çeşitli yardımlar (mali ve teknik) alınarak modern hastaneler kurulmuştur.⁹⁸

1952 yılında "Ana Çocuk Sağlığı Örgütü" kurulmuş, AÇS merkezleri, şubeleri ve istasyonları açılmıştır.

Refik Saydam döneminde yerel yönetimlere bırakılmış olan tedavi edici hizmetler, Sağlık Bakanlığınca üstlenilmiş, belediye hastaneleri devletleştirilmiştir. Buna bağlı olarak koruyucu hizmetlerde görev yapan personelin hastanelere kayması ve hizmet açığının doğmasına yol açılmıştır. Hastanecilik alanında büyük gelişmeler

⁹⁶ TURAN, A.g.e., s.399.

⁹⁷ YEREBAKAN, A.g.e., s.36-37.

⁹⁸ GÜZEL, 1995, A.g.e., s.13.

sağlanırken, koruyucu hizmetler gerilemiş, özellikle hekim dışı sağlık personeli yetiştirilmesine gereken önem verilememiştir.

1.3.2.3. 1960 Sonrası Dönemi:

Bu dönem ülkemizin Planlı Kalkınma dönemidir.1961 yılında kabul edilen 224 sayılı “Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun” ile hükümet tabiliği yerine nüfus temel alınarak sağlık ocakların kurulması öngörülmüştür.⁹⁹

Bu yasa Türkiye’de tüm sağlık hizmetlerinin bir devlet görevi olduğunu ilk basamak tedavi hizmetini kırsal kesime kadar yayarak herkesin sağlık hizmetlerinden yararlandırılmasını, koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerinin bir elden yönetimini, halk ile bütünleşmeyi ve kamu kesiminde hekimlerin tam süre çalışma ilkesini öngörmektedir. Sağlık hizmetlerinde il bir bütün olarak ele alınıp nüfus ve coğrafik yapıya göre; Sağlık Evi, Sağlık Ocağı, Sağlık Grup Başkanlığı ve Sağlık Müdürlüğü hiyerarşik yapısı kurulmuştur.¹⁰⁰

Yataklı tedavi kurumlarının idari hizmetlerinde görev alacak personel ihtiyacını karşılamak amacı ile de 1963 yılında “Sağlık İdaresi Yüksek Okulu” kurulmuştur. Bu okulun mezunları yataklı tedavi kurumlarında Müdür yardımcısı veya idari eleman olarak görev yapmaktadır. Bu okulun eğitim programı da klasik anlamda idareci yetiştirmek üzere hazırlanmıştır. Sağlık Hizmetlerinin çeşitli kademelerinde çalışan pek çok kişi Sağlık bakanlığına her yıl verilen kontenjanlar kapsamında Türkiye ve Ortadoğu Amme İdaresi Enstitüsü (TODAİE) tarafından verilen eğitimlere katılmıştır. TODAİE’ de yürütülen eğitim programları mevcut sisteme idari eleman yetiştirmek üzere hazırlanan programlardır.¹⁰¹

Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesinin temel ilkeleri şu şekilde sıralanmaktadır:

- Eşit hizmet
- Sürekli hizmet
- Entegre hizmet
- Kademeli hizmet
- Öncelikli hizmet
- Katılımlı hizmet

⁹⁹ YEREBAKAN, A.g.e., s.37.

¹⁰⁰ TURAN, A.g.e., s.399.

¹⁰¹ GÜZEL, 1995, A.g.e., s.13.

- Ekip hizmeti
- Denetlenen hizmet
- Uygun hizmet
- Nüfusa göre hizmet

Tedavi hizmetleri alanında ise Sağlık Ocağı, İlçe Devlet Hastanesi ve İl Devlet Hastanesi arasında sevk zinciri oluşturulmuştur. İlk olarak 1963 yılında Muş ilinde başlayan sosyalleştirme uygulaması kademeli bir şekilde ülke içinde yaygınlaştırılmış ve 1984 yılında tüm iller, bu örgütlenme kapsamına girmiştir. 1963-1965 yıllarında başarı ile uygulanan sosyalleştirme, 1966 yılından başlayarak başarısız bir uygulama şekline dönüşmüştür.¹⁰²

1984 yılı başında tüm ülke sosyalleştirme kapsamına alınmasıyla birlikte sosyalleştirme uygulamasında verimliliğin artırılmasına yönelik olarak, kalkınma planlarında genel sağlık düzeyinin yükseltilmesi için politikalar geliştirilmiş ve 15 Mayıs 1987 tarihinde çıkarılan 3359 sayılı “Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu” hazırlanarak kabul edilmiştir. Ancak, yasa uygulama alanına girmeden bazı maddeleri Anayasa Mahkemesince iptal edilmiştir. Bazı maddeleri iptal edilen bu yasanın iptal gören en önemli maddelerinden biri de “Her seviyede serbest yada kamu kurum ve kuruluşlarında görev yapan sağlık alanı çalışanlarına hizmet içi eğitim zorunluluğu ile yapılacak görevde liyakat esas alınarak atama yapılması” zorunluluğu getirmesiydi. Bunun yanı sıra, hizmet içi eğitimlerde başarılı olamayan personelin meslekten geçici ve daimi uzaklaştırma cezası verilmesini de öngörmesiydi. Kanunun yürürlüğe girmesiyle Sağlık Bakanlığı, “Hizmet İçi ve Sürekli Eğitim Yönetmeliği” hazırlıkları başlatmış, kredilendirme sistemi içinde ilk kez modern teknik ve yöntemleri kapsamına alan bir yaklaşım getiren bu yönetmelik, ilgili kanun maddesinin iptali ile uygulamaya konulamamıştır.¹⁰³

Sosyalleştirme yasası ile getirilen sistem yaklaşık 36 yıldır uygulanmasına rağmen ülkemizde istenilen düzeyde işlerliğe kavuşmamıştır. Sistem özellikle kırsal kesim uygulamalarında istenilen düzeyde deneyimler kazanılmasına yol açmıştır. Ancak kentsel kesimde özellikle büyük kentlerde fiziksel yapı ve hizmet sunumu açısından toplumun gereksinimlerine uygun bir yapı oluşturulamamıştır. Uygulamalar başarısız

¹⁰² YEREBAKAN, A.g.e., s.38.

¹⁰³ GÜZEL, 1995, ,A.g.e., s.14.

olsa da sistem 35-36 yıldır eleştirilere dayanmış ve sosyalleştirilmiş sağlık hizmetlerinin yerine konacak başka bir örgüt modeli günümüze kadar hayata geçirilememiştir.

Sağlık insan gücünden etkin bir şekilde yararlanabilmek amacıyla; kamu kuruluşları, sağlık tesisleri ile eğitim ve öğretim kuruluşlarında çalışan personelin, tam gün çalışmasını öngören 2162 sayılı “Sağlık Personelinin Tam Gün Çalışma Esasları” yasası 1978 yılında yürürlüğe girmiştir. 1981 yılında çıkarılan “Bazı Sağlık Personeline Devlet Hizmeti Yükümlülüğü getiren 2514 sayılı yasa” ile kamu kesimindeki hekim açığını ve dengesiz dağılımını gidermek önemli ölçüde olanaklı olmuştur. Ancak beklenen sonucun alınabilmesi için, hekimlerin ve diğer personelin hizmete uyum sağlayabilecek biçimde eğitilmeleri, işbaşında denetlenmeleri ve desteklenmeleri koşullarının da gerekleri yerine getirilmelidir.¹⁰⁴

1982 Anayasasında sağlık alanında ilk kez farklı bir yaklaşım sergilenmiştir. 1982 Anayasasının 56. maddesi “Herkes sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahiptir. Çevreyi pekiştirmek, çevre sağlığını korumak ve çevre kirlenmesini önlemek devletin ve vatandaşların ödevidir. Devlet, herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak; insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi arttırarak, işbirliğini gerçekleştirmek amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp, hizmet vermesini düzenler. Devlet bu görevini kamu ve özel kesimlerdeki sağlık ve sosyal kurumlardan yararlanarak, onları denetleyerek yerine getirir. Sağlık hizmetlerinin yaygın bir şekilde yerine getirilmesi için kanunla genel sağlık sigortası kurulabilir.”

1961 Anayasasının 49. maddesinde “Devlet, herkesin beden ve ruh sağlığı içinde yaşayabilmesi ve tıbbi bakım görmesini sağlamakla görevlidir.” Şeklinde ifade edilen ve devletin bireyin sağlığını korumakla sorumlu tutan anlayış, yerini 1982 Anayasasında bireyi devleti çevre sağlığını korumakla görevlendiren bir anlayışa bırakmıştır. Bu Anayasada ilk kez sağlık hizmetlerinde özel sektörden söz edilmektedir.¹⁰⁵

¹⁰⁴ GÜZEL, 1995, A.g.e., s.15.

¹⁰⁵ TURAN, A.g.e., s.400.



İKİNCİ BÖLÜM

HASTANELERDE KALİTE GÜVENCE SİSTEMİ

2.1. HASTANELERDE KALİTE YÖNETİMİ VE ISO 9001 KALİTE GÜVENCE SİSTEMİ ÇALIŞMALARI

2.1.1. Hastaneler ve Kalite kavramı

Yirminci yüzyılın son 30 yılı içinde gelişmiş ülke hastanelerinin fiziksel ve fonksiyonel yapılanmasında önemli değişimler olmuştur. Hastalıkların teşhis ve tedavisinde olduğu kadar hastalıklardan korunmak için de geliştirilen tıbbi teknoloji, hastane yataklı servislerine kabul edilen hastaları yatış sürelerinde azalmaya, yatak devir hızlarında ise artışa neden olmuştur. Hastaların teşhis ve tedavi planlamaları polikliniklere kaymıştır. Hekimin yakından kontrolüne ve ya hemşire bakımına gerek duymayan hastalar, hastanelere bitişik olarak inşa edilen “hostel” lerde bir süre kalarak izlenmekte ve sağlık harcamalarında tasarruf sağlanmaktadır. Hasta tedavi ve bakım fonksiyonlarında meydana gelen bu değişim, hastane yapılanma tasarım ve fonksiyonlarını etkilemekte ve hastalara mümkün olan en kısa süre içinde kaliteli bir sağlık hizmeti sunulmasını gerektirmektedir.¹⁰⁶ Kalitenin anlamını anlayabilmek için öncelikle kalite nedir? sorusuna cevap verelim.

Kalite kavramı, zaman içinde, birbirinden farklı birçok şekilde tanımlanmıştır. Bu tanımlardan, en fazla kullanılan birkaç tanesi, aşağıda sıralanmıştır:

¹⁰⁶ ÇORUH Mithat, “Geleceğin Hastaneleri Nasıl Olmalıdır”, *Modern Hastane Yönetimi Dergisi*, S:1, Ankara, 1997, s.3-5.

“Kalite, bir ürün ya da hizmetin değeridir.”

“Kalite, önceden belirlenmiş bulunan özelliklere uygunluktur.”

“Kalite, gereksinimlere uygunluktur.”¹⁰⁷

Kalite uzmanı J.M. JURAN’ ca kısaca “kullanıma uygunluk” biçiminde tanımlanan kalite kavramı, “üretilen mal ve ya hizmetlerin tüketicilerin beklentilerine uygunluğu ve ya karşılama derecesi” olarak da tanımlanmaktadır.¹⁰⁸

ISO tarafından belirlenen tanıma göre ise kalite, “ bir ürün ve ya hizmetin belirlenen ve ya olabilecek ihtiyaçların karşılama yeteneğine dayanan özellik ve karakteristiklerinin toplamıdır.”¹⁰⁹

Kaliteli ürün ve ya hizmet sunumu, genellikle sanıldığığının aksine daha ucuza mal olmaktadır. Ülkede üretilen tüm gelirlerin toplamı içinde sağlık giderlerine ayrılan harcamaların (ABD %12, Almanya %8, Türkiye %5) bazen milli gelir artış hızını aşması ve yüksek oranları bulması bir çok ülke hükümetlerini hastane masraflarını kontrol altına almaya ve sağlık sistemlerinde reform yapmaya zorlamaktadır. Hastaların sağlık bakımı ihtiyaçlarını tatmin edici bir düzeyde karşılamak amacıyla önceleri özel dal hastanelerinde başlayan ve kısa bir zaman içinde kamu hastanelerinde de yaygınlaşma eğilimi gösteren kaliteli hizmet sunum çabaları, sağlık hizmetleri kalitesinin tarafsız bir dış kuruluş tarafından belgelenmesi düzeyine gelmiştir.¹¹⁰

Sağlık hizmetlerini yürütenler ve bu konuda araştırma yapanlar için sağlık hizmetlerinin uyum bir tanımı her zaman sorun olmuştur. Sağlık hizmeti kalitesi pek çok şekilde tanımlanmıştır. Her tanımlama özel bir sorun içindir,¹¹¹

Sağlık hizmetlerinde yararlanan hastanın rahatı, sağlık hizmetimden yararlanan insanların, kadın-erkek ve yaş gruplarına göre oranı, bakımevindeki iyi bakım sayesinde hastaneye gitmesi gerekmeyen insan sayısı, test tesisleri örneğin laboratuvarlar, röntgen aletleri, kamu sağlığı, kurumlardan taburcu edilenlerin, o sıradaki yaşlarına göre ortalama ömürleri, kurum tarafından hasta başına harcanan para miktarı.

¹⁰⁷ ELMACI Orhan, **Toplam Kalite Yönetimi**, Dumlupınar Üniversitesi Yayını, Kütahya, 2001, s.5.

¹⁰⁸ MORGİL Orhan, KÜÇÜKÇİRKİN Mehmet, “TOBB’ un Sağlıkta Toplam Kalite Yönetimine Bakışı”, **I. Basamak Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi Sempozyumu**, Haberal Eğitim Vakfı Yayınları, Ankara, 1996, s.30.

¹⁰⁹ BAĞRIAÇIK Atilla, **Belgelerle ISO 9000**, Bilim Teknik Yayınevi, Eskişehir, 1995, s.17.

¹¹⁰ ÇORUH Mithat, “Hastanelerde Kalite Belgesi Alma Girişimi ve Ötesi”, **Modern Hastane Yönetimi Dergisi**, S: 1988/5, Ankara, 1988, s.4-6.

¹¹¹ DEMİNG W. Edvards, **Krizden Çıkış**, Çeviren: Cem Aktaş, Kalder Yayını, İstanbul, 1996, s.140-141.

Bu tanımlardan bazılarının çelişkili olduğu kolayca görülebiliyor. Örneğin, bakım altındaki hastaların sayısının çok olması, iyi bir sağlık hizmetini gösterebilir. Öte yandan tam tersi yeterli sağlık hizmetinin verilmediğini de gösterebilir. Bir kurum tarafından harcanan paranın sunulan hizmetle hiçbir alakası yoktur. Elde edilmiş olanaklar ayrı bir konudur.

Sağlık hizmetlerinde kalite kavramı, hizmeti talep eden kurum, toplum veya kişinin gereksinim ve isteklerini karşılamanın yanında, bilimsel ve teknik olanakların kullanımını da içermektedir. Hizmet sunumunda amaçlanan neticenin elde edilebilmesi için;

- Klinik tıbbi teşhis (tedavi ve bakım)
- Altyapı (laboratuvar ve görüntüleme)
- Destek hizmetler (beslenme, güvenlik, ulaşım)

Tüm hizmet birimlerinde devamlı veri toplama, değerlendirme ve iyileştirmeleri bir koordinasyon içinde yürütmek gerekmektedir.¹¹²

Verilen hizmetin teknik kapasitesini değerlendirmede kullanılan yaklaşımlardan en önemlisi araştırmacılar tarafından geliştirilen ve üç unsuru içeren Yapı-Süreç-Sonuç yaklaşımıdır. Yapı faktörü içinde yer alan değişkenler; sağlık kurumlarının maddi kaynakları, sağlık kurumunun insan kaynakları ve sağlık kurumunun organizasyonel yapısı şeklindedir. Süreç faktörü; hastanın muayene edilmesi, hastalığa tanı koyulması, uygun tedavi planının geliştirilmesi ve uygulanması faaliyetlerini içermektedir. Sonuç faktörü; verilen hizmetlerin, hastaların ve toplumun sağlık statüsü üzerinde yaptığı etkiyi ifade etmektedir.¹¹³

Hastaneler olarak düşünüldüğünde hasta bakımının sonuçları farklı olabilmektedir. Bilimin sürekli değişmesi, doktorların birinci görevlerinin teknik beceri olmasına rağmen çoğunlukla doktorların kıdem olarak düzensizliği hasta bakım sonuçlarının çok eleştirilmesine neden olmaktadır. Çünkü doktorların teşhis ve tedavi usul yöntemleri de sürekli olarak değişmektedir.

¹¹² ÇORUH Mithat, "Sağlık Hizmetlerinde Kalite ve Performans kavramındaki Gelişmeler", **Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi ve Performans Ölçümü Sempozyumu**, Ankara, 1996, s.3-4.

¹¹³ KAVUNCUBAŞI Şahin, **Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi**, Siyasal Kitapevi, Ankara, 2000, s.272.

2.1.2. Hastanelerde Sağlık Hizmeti Sunumu ve Kalite Anlayışı

Konu insan sağlığı olduğunda, kalite konusundaki hassasiyet, doğal olarak, çok daha belirgin duruma gelmektedir. Öncelikle sağlık sektöründeki üç temel özellik bu duyarlılığın ne kadar da yerinde olduğunu göstermektedir. Bunlar:

Üretim, insan sağlığıyla ilgilidir ve yapılan hatalar onarılamayacak hasarlara yol açabilir. Hizmeti verenler ile, bu hizmetten yararlananlar dolaysız bir ilişki içindedirler. Bir sağlık kurumunun hatası maliyetine “morbidite” olarak yansımakta ve olumsuzluk ortaya çıktıktan sonra bu maliyet artışından kaçınmak söz konusu olmamaktadır.¹¹⁴

Bu üç temel nokta sağlık hizmetinde yüksek kalitenin ne kadar önemli olduğunu göstermektedir. Dünya Sağlık Örgütü (WHO) sağlığı şöyle tanımlamaktadır; “insanın fiziksel, ruhsal ve toplumsal olarak iyiliği ve refahı”. Bu tanımdan yola çıkarak en genel anlamda sağlık hizmetlerinin amacının; “insanın fiziksel, ruhsal ve toplumsal bakımdan sağlığını korumak, iyileştirmek ve sürekliliğini sağlayarak toplumun refah ve mutluluğunu geliştirmek” olarak tanımlayabiliriz.

Sağlık hizmetlerinin kalitesini, hizmeti verenle alanın ara kesintideki teknik ve beşeri faktörler ile ilgili husus olarak değerlendirmek gerekir. Hizmet kalitesinde hizmet unsuru ön planda bulunmakta ve oldukça önem taşımaktadır. Sağlık hizmeti kalitesinin ne anlama geldiğinin anlaşılabilmesi için öncelikle sağlık hizmeti üretimini diğer üretim tarzlarından ayıran noktaları belirlemeye çalışalım.¹¹⁵

Hizmet bir fonksiyon olup, fiziksel bir yapı değildir ve dinamik bir özelliğe sahiptir. Örneğin, bir hastanın vücut fonksiyonlarına ilişkin yapılan, çeşitli ölçümler ve laboratuvar tahlillerinin sonuçları hekimin yapacağı teşhiste esas oluşturacaktır. Ölçüm ve tahlillerin doğru bir şekilde yapılması ve hastanın mevcut durumunu tam olarak ortaya koyan göstergelerin elde edilmesi verilecek sağlık hizmetinin kalitesini belirleyecek, kalitenin ölçüsü ise bu göstergelere bağlı olarak yapılacak yorumun etkililiği ile hastaya sağlayacağı yarar olacaktır.

Hizmet stoklanamaz, geri kazanımı mümkün değildir. Sunumu yapıldıktan sonra tüketilmiş demektir.

Hizmet insan davranışları ile yönlendirilen bir dizi aktiviteden oluşur. Bu aktiviteler hizmetin tanımlanabilen bileşenlerini oluşturur.

¹¹⁴ KAVRAKOĞLU İbrahim, *Toplam Kalite Yönetimi*, Kalder Yayınları, İstanbul, 1998, s.47.

¹¹⁵ PEŞKİRCİOĞLU Nurettin, “Hizmet Sektöründe Kalite, Kalite Güvencesi ve Sağlık Hizmetlerinde Uygulanması”, *Verimlilik Dergisi*, Özel Sayı, 1993, s.143-146.

Hizmet bir eşya ve ya nesne gibi test ve muayene edilemez. Ancak hizmetin sunumunu ve kalitesini etkileyen koşullar ve nesnelere test ve muayene edilebilir.

Ürün için kullanım ömrü söz konusu iken hizmet için böyle bir şey söz konusu olamaz.

Hizmetin bir zaman boyutu vardır.

Hizmet talebe bağlı olarak verilir.

Verilen hizmetin kalitesi üzerinde insan faktörünün etkisi oldukça fazladır. Bu nedenle işin gereklerine uygun personel seçimi, eğitimi ve motivasyonu önem taşır.

Kalite hem objektif hem de sübjektif boyutları olan bir kavramdır. Objektif olması, somut tanımlara, şartnamelere, standartlara ve spesifikasyonlara bağlı olarak ölçülebilir. Sübjektif olması ise, insanın değer yargılarından, beğenilerinden ve psikolojisinden de etkilenmektedir.¹¹⁶

Hastanelerde verilen sağlık hizmetlerinde hatanın giderilmesi şansı çok düşüktür ve hatanın maliyeti çok yüksektir.(genellikle insan hayatına mal olur.)

Hizmet bileşenleri karmaşık bir yapıdadır.

Hastanelerde hizmet verilen müşteri psikolojisi daha kötüdür.

Beklemeye ve zaman kaybına tahammül yoktur.¹¹⁷

Görüldüğü gibi, sağlık hizmetlerinde kaliteyi oluşturmak diğer hizmet alanlarına göre oldukça zordur ve çok boyutlu bir süreçtir. Sağlık hizmetlerinde kalite, aşağıdaki beş unsuru içine almaktadır. Bunlar:

Hastalar; Onlar olmadığı zaman sağlık hizmeti söz konusu olamaz ve prosesin en önemli kısmını oluştururlar. Hastalar kendilerine ne tür işlemler yapılacağı konusunda bilgilendirilmelidir.

Hizmeti sağlayanlar; Hastanın tedavisi için gerekli özeni gösterirler ve verdikleri destek hizmetlerinin doğru ve uygun olması önemlidir.

Hizmet satın alıcıları; Sorumlu oldukları grupların ihtiyaçlarını değerlendirerek, sağlık hizmeti sağlayanlar ile belli tedavi hizmetleri konusunda anlaşma yaparlar. (Bu anlaşma belirli hizmetlerin uygun bir fiyatla en iyi kalitede sunumu ile ilgilidir.)

Profesyoneller; Sağlık hizmetinin sunumunda kendi aralarında görüş farklılıkları olan birçok sayıda profesyonel çalışabilir.

¹¹⁶ PEŞKİRCİOĞLU, A,g,e., s.143-146.

¹¹⁷ ÖZGİNGİN Kemal, "Hastane Yönetiminde Kalite Uygulamaları ve Toplam Kalite Yönetimi Geçiş Projesi", 5. Ulusal Kalite Kongresi, İstanbul, Kasım 1996, s.29.

Algılamalar; Aynı olayın algılanması, hasta olsun, hizmeti sunan olsun fertler arasında farklı olabilir.¹¹⁸

Hastanelerde sağlık hizmeti sunulurken, topyekün bir ekip çalışması benimsenerek ihtiyaca yanıt vermek mümkündür. Sağlık sektöründe, en önemli unsurun insan olduğu, kaliteli bir hizmet sunabilmek için yine insana yatırım yapılması kaçınılmaz olduğu kesin olarak söylenebilir.

Amerika Sağlık Örgütleri Akreditasyon Komitesinin tanımına göre Sağlık Bakımında Kalite,; “Günün bilgileri ışığında verilen bakımın, hastalardan istenen sonuçların alınmasını artırma ve olası istenmeyen sonuçları azaltma derecesidir.”¹¹⁹ Kaliteli bir sağlık hizmeti sunulduğunda:

Hastanın fiziksel yapısında ve fonksiyonlarında, ruhsal durum ve zihinsel yeteneklerinde mümkün olan en kısa zamanda bir iyileşme yaratır.

İnsan sağlığının geliştirilmesi, hastalıklardan bedensel ve zihinsel özürlü olmaktan korunması ve bu gibi sonuçlar doğuracak şartların erken teşhisini ve tedavisini sağlar.

Optimum sürede hizmet sağlar.

Hizmet süresince hasta hakkında alınan kararlar ve sonuçlarına ilişkin bilgi verilmesi ve onunla işbirliği kurulmasını sağlar.

Tıp biliminin doğruluğu kanıtlanmış prensiplerine dayanır ve ilgili diğer bilimsel, teknolojik ve uzmanlık alanlarından yararlanmayı sağlar.

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

Sağlık sisteminin tıbbi, teknolojik, beşeri ve finansal kaynaklarının en verimli şekilde kullanılabilmesine imkan sağlar.

Personelin uyumlu, bir arada ve koordineli bir şekilde çalışması ile ast üst ilişkilerinin gelişmesine katkıda bulunur.¹²⁰

Saydığımız bu özelliklerin bir hastanede bulunması ancak kaliteyi etkileyen tüm faaliyetlerin kalite yönetimi yapısı içinde kontrol altına alınması ile mümkün olabileceği söylenebilir.

¹¹⁸ ÖZCAN C. Kürşat, “Sağlık Hizmetlerinde Kalite”, Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi ve Performans Ölçümü Sempozyumu, Haberal Eğitim Vakfı Yayını, Ankara, 1997, s.58.

¹¹⁹ EREFE İnci, “Sağlık Hizmetlerinde Standart ve Kalitenin Önemi” Kalite Maliyet ve Hemşirelik Sempozyumu, İzmir, Kasım-1993, s.23.

¹²⁰ PEŞKİRCİOĞLU, A.g.e., S.149.

2.1.3. Hastanelerin Sağlık Hizmet Sunumu Kalitesinde Bulunması Gereken

Özellikler

Yine araştırmacılara göre, sağlık hizmetlerinde kalitesinin bazı özellikleri değişik başlıklar altında şöyle sıralanabilir:

Etkililik: Sağlıktaki ilerlemeler, en iyi hasta bakım yeteneğinin kazanılması sonucunu doğurmuştur. Hastanın durumunda ve bakımında daha iyi ve ölçülebilir sonuçlar anlamına gelmektedir.

Verimlilik: Sağlıktaki gelişmelerle, hasta bakım hizmetinin minimum maliyetle verilmesidir. İlerlemeler sonunda hasta bakım maliyetleri düşmüştür.

Optimallik: Sağlıktaki ilerlemelerin maddi değeri veya bakım hizmetinin yararları ve hizmetlerle maliyetler arasında çok yararlı bir denge kurulmuştur.¹²¹

Kabul Edilebilirlik: Verilen hizmetlerin, hastaların ve hasta yakınlarının beklentilerine uygunluğu ve onları tatmin etmesi anlamındadır. Bunun anlamı hastaların hizmetlere kolay ulaşması, beklentilerine uygun olması, etkili, ucuz ve kaliteli olmasıdır.

Yasalılık: Yapılan uygulamalar toplumun tercihlerine, ahlaki ilkelere, değerlere, norm ve kanunlara uygun olmalıdır.

Eşitlik: Nüfus üyelerinin sağlık hizmetlerinin faydalarından ve dağılımından eşit olarak yararlanacak şekilde adil ve dürüst bir sistem olmasıdır.

Etkenlik: Halihazırdaki bilimsel bilgi ve eldeki olanaklarla hastanın sağlık durumunda ulaşılabilecek en iyi sonucu almayı ifade etmektedir.¹²²

Kaliteli bir sağlık hizmetinden söz edebilmek için gereken kaynakların verimli bir şekilde dağıtılması ve kullanılması, hizmetin etkili biçimde verilmesi, gerek kaynak dağıtımında gerekse hedef kitlenin hizmetlere ulaşımında hakkaniyete özen gösterilmesi ve hizmet sunumu sırasında ve sonrasında hizmeti kullananların memnuniyetinin sağlanması gerekmektedir. Kalite güvencesi, bir hastanede sadece seçilmiş bir grubu yada bölümü (örneğin, sadece hastanenin polikliniklerinin veya kadın-doğum polikliniğindeki aile planlaması hizmetlerini) kapsarken, toplam kalite yönetimi,

¹²¹ DONABEDIAN Avedis, "Kalite Güvencesi", Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, Ankara, C:1, S:1, 1992, s.20.

¹²² KAVUNCUBAŞI, A.g.e., s.275-276.

hastanenin tümünü (örneğin, sağlık hizmetleri sunumu sistemi veya otelcilik hizmetlerinin tümü) kapsamaktadır.¹²³

Hastaların ne tür tıbbi bakım alması gerektiği ile ilgili tercih ve değerlendirme yapma olanağı, diğer hizmetlere göre yok denecek kadar azdır. Hasta, yalnızca bakım çevresi ve sağlık profesyonellerinin davranış biçimleri hakkında bir değerlendirme yapabilmektedir.¹²⁴

Sağlık hizmetlerinde kalite iki farklı düzeyde incelenmektedir: Birinci düzey, daha genel olarak sağlık sisteminin tümünün kalitesidir. Bu düzeyde sağlık hizmetlerinin kaynakları, aktiviteleri, yönetimi ve tüm bunların çıktıları hedeflenir. İkinci düzey, sınırlandırılmış alanda aktivitelere yönelik kaliteyi tanımlar. Bu düzeyde, belirlenen programlara yönelik yararlılık, hedef nüfusu kapsama derecesi ve dolayısıyla da hizmetin kalitesi sorgulanmış olur. Sağlık hizmetlerinde kalite kavramının, değerlendirilmesinin ve kalite güvencesi kriterlerinin kullanılmaya başlanması işte bu ikinci düzeyde gerçekleşmiş ve daha çok klinisyenlerce değerlendirilmiştir. İki farklı düzeyde kendini gösteren sağlık hizmetlerinde kalite kavramı, sağlık hizmetlerinin tanımlama, sakatlık oranları ve verilen sağlık hizmetine bağlı olarak nüfusun tamamının fiziksel ve mental gelişimindeki farklılıklar olarak sistemin nihai çıktısı olacaktır. Kaliteli sağlık hizmetlerinde ister koruyucu, ister tedavi edici sağlık hizmeti olsun, hiçbir zaman gözden uzak tutulmamamsı gereken, birbirini tamamlayan ve birbiri içine girmiş, aslında ayrı başlık olarak sınıflanması mümkün olmayan yedi önemli kriter bulunmaktadır. Bunlar:¹²⁵

Gereksinim: Sağlık hizmeti alacak olan müşterinin alacağı hizmete gerçekten gereksinimi olmalıdır. Sağlık hizmetlerinde hizmeti alan, hizmetin etkisi, niteliği, uygulanması ve uygulanmaması halinde doğacak sonuçlardan bilgi sahibi değildir, hatta gereksinimi olduğunu bile bilmeyebilir.

Uzmanlık: Sağlık hizmetlerinde temel üretim faktörü olan insan gücü, konusunda uzmanlaşmış olmalıdır.

¹²³ UZ M. Hulki, "Temel Sağlık Hizmetlerinde Kalitenin Sürekli İyileştirilmesi İçin Gereken Önkoşullar ve Bu Konudaki Danimarka Tecrübeleri", **I. Basmak Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi Sempozyumu**, Haberal Eğitim Vakfı Yayını, Ankara, 1996, s.49-52.

¹²⁴ KAVUNCUBAŞI, A.g.e., s.270.

¹²⁵ ÖZSARI Haluk, "Sağlık Hizmetlerinde Kalite Güvencesi ve Maliyet Etkililik", **Sağlık Sektöründe Toplam Kalite Yönetiminin Yeri Sempozyumu**, Haberal Eğitim Vakfı Yayını, Ankara, 1995, s.115-117.

Yaklaşım: Hizmete ihtiyacı olana mesleki ve insani açıdan sevecenlikle yaklaşma, yani tıbbi etik içinde bulunulan sosyo-ekonomik ve sosyo-kültürel değerlere, gelenek ve göreneklere uygun yaklaşma, hizmet kalitesinin önemli unsurlarından biridir.

Maliyet etkililik: Aynı amaca ulaşan farklı yollardan sunulan sağlık hizmetlerinden daha az maliyetle çıktıya ulaşmanın seçilmesidir.

Zamanlama: Sağlık hizmeti talep edene bu hizmet zamanında verilmesidir.

En düşük risk: Sağlık hizmeti arzında, gerek insan gücü, gerek tıbbi altyapı ve gerekse yöntem olarak yapılması gerekenin en uygun olanla gerçekleştirmek gerekir.

Başarabileceği başarmak: Sağlık kurumu ve kuruluşları, tüm kaynaklarını kullanarak yapmaları gerekeni en iyi nitelikte yapmalıdırlar.¹²⁶

Kaliteli sağlık hizmeti sunumunda bu yedi önemli kriterin kaliteli sağlık hizmetinin temel felsefesini oluşturduğu söylenebilir.

2.1.4. Hastanelerde Kalite Yönetiminin Önemi

Sağlık hizmetlerinin, Kalite Yönetimine ihtiyaç göstermesinin başlıca dört nedeni vardır. Bunlar:

- Bireylerin satınalma gücünün yükselmesi
- Tedavi kurumları arasındaki rekabetin artması
- Sağlık hizmetlerinde kaliteli bakım isteğinin yaygınlaşması
- Kalite-maliyet çelişmesine çözüm getirme isteğinin artmasıdır.

Sağlık harcamalarında görülen hızlı artışlar bazı tedavi kurumlarında gözlenen gereğinden fazla röntgen çekimleri, gereksiz laboratuvar tetkikleri, ameliyatlara sayısındaki artış, hasta yatırma, taburcu etme, tahakkuk ve tahsilatlardaki gecikme, hatalar, hasta bakım hizmetlerinde ve kalitenin iyileştirilmesinde mevcut hastane yönetim yapısında reorganizasyon gerektirmiştir. Tüm bu sorunlara çözüm olarak görülen kalite yönetimi 1980’li yıllardan başlayarak özellikle gelişmiş ülkelerin hastane hizmetlerinde hızlı bir yayılma göstermiştir.¹²⁷

¹²⁶ ÇORUH Mithat, “Toplam Kalite Yönetimi, Hastane Uygulamaları Gerçekler ve Güçlükler”, Sağlık Sektöründe Toplam Kalite Yönetiminin Yeri Sempozyumu, Haberal Eğitim Vakfı Yayını, Ankara, 1995, s. 2-5.

¹²⁷ ÇORUH, A.g.e., s.11.

Sağlıkta kalite yönetimi, maliyetlerin minimize edilmesine değil, kazançların maksimize edilmesine odaklanmış, bilginin egemen olduğu, mutlak hasta mutluluğunu üretmek için yaşama geçirilmesi kaçınılmaz bir dizi yönetim etkinliğini karşımıza çıkarır. Sağlık üreten sistemlerde her şey hasta haklarını ve beklentilerini doğru tespit etmek, bu amaca yönelik bilgi, insani yöntem, cihaz, malzeme, karar, gereksinim ve akışlarının doğru tespit edildiği doğru sistem tasarımları ile başlar.¹²⁸

Müşterilerin istek ve gereksinimlerine odaklanan ve süreç anlayışına önem veren kalite yönetimi sağlık birimleri arasındaki bağlantısız, iletişimsiz ve koordinasyonsuz çalışma engelini ortadan kaldırmaktadır. Endüstriyel işletmelerde kalite yönetimi çalışmaları doğrultusunda gerçekleştirilen devamlı kalite iyileştirme, sorunlara neden olan nedenlerin belirlenerek çözüm yollarının uygulamaya konulması çalışmaları hastane işletmelerinde kolaylıkla uygulanabilmektedir. Kalite yönetimi, dikey yerine, yatay yönetimi esas alarak, her kurumun yapı ve olanakları doğrultusunda standartlarını belirlemesini gerektirmektedir. İş akışı süreç analizleri, kontrol çizelgeleri, sebep-sonuç diyagramları gibi araç ve teknikler sağlık uygulamalarının tıbbi teşhis, tedavi ve bakım yaklaşımlarına uygun görülmektedir.

Rekabetin korunması ve müşteri taleplerinde kalite garantisi aranması nedeniyle ülkemizdeki bazı özel ve kamu kuruluşları standart belgesi almak için yoğun bir çaba sarf etmektedir. Kalite güvence sistemi, önceden belirlenen standartları elde etmek ve korumak amacını güderken, mevcut standartların zaman içinde geliştirilmesini hedefler. Kalite yönetimi, sorunların süreç içinde çıkış nedenlerini araştırır ve hatasız hizmet sunumunu amaç edinir. En önemli özelliği ise devamlı iyileştirme faaliyetlerini gerektiren bir yaklaşım olmasıdır.¹²⁹

Kalite yönetiminin sağlık sektöründeki karşılığı, hasta mutluluğudur. Doğru teşhis, tedavi, gecikmeden verilecek güler yüzlü hizmet; temiz, hastane kokmayan bir ortam, uygun fiyat vb. faktörler hasta mutluluğunun sağlanmasında toplam kalitenin birer unsurudur. Sağlıkta kalite yönetimi felsefesi, uygun koşullarda çalışan, mutlu ve

¹²⁸ TOKATLIOĞLU Mücella, "Sağlıkta Kalite Yönetimi", *Sağlık Yönetiminde Devamlı Kalite İyileştirme Sempozyumu*, Haberal Eğitim Vakfı Yayını, Ankara, 1998, s.235-236.

¹²⁹ ÇORUH Mithat, "I. Basamak Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi", *I. Basamak Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi Sempozyumu*, Haberal Eğitim Vakfı Yayını, Ankara, 1996, s.24-27.

sağlıklı bir personel gerektirir. Hastanelerde toplam ya da topyekün kalite yönetimi hastane personelinin ve hastaların mutluluğu çerçevesinde sağlanabilir.¹³⁰

2.1.5. Hastanelerde Kalite Yönetiminin başarılı Olabilmesi İçin Gerekli Olan

Faktörler

Hastanelerin, Kalite Yönetimine geçişte değişimi gerçekleştirme aşamasında, kendilerine bir vizyon belirleyerek kalite kültürünü işletme bünyesinde yerleştirmesi, eğitim, motivasyon, haberleşme ve güçlü politikalarla kalite mantığının, hizmetin her aşamasında oluşmasını sağlamaları gerekmektedir. Sistemin başarılı olması, hasta memnuniyetinin sağlanması ve hizmet sunumunu yavaşlatan sorunların ortadan kaldırılması ile mümkündür.

Her yenilikte olduğu gibi, kalite yönetimi uygulamasının da bazı dirençlerle karşılaşması doğaldır. Bu sorunları aşabilmek için felsefeye inanmış, öncülük misyonunu yerine getirecek çalışanlara gereksinim vardır. Bunları kurum içinde ortaya çıkarmak gerekmektedir. Bu nedenle sağlık kurumlarının da kalite yönetimi çalışmalarında aşağıdaki unsurlar başarıya ulaşmada anahtar görevi görecektir.

2.1.5.1. İleri Görüşlü Liderlik Anlayışı

Kalite yönetimi çalışmalarında üst düzey yöneticiler vazgeçilmez bir unsurdur. Hastanelerde faaliyetlerin genel olarak planlanması ve denetimi etkin olarak “Üst Kademe Yönetim” organları tarafından yapılmaktadır. Liderler tarafından kalite yönetimi felsefesinin yerleştirilmesi, uygulamasına geçilebilmesi için tüm çalışanlar yetkili ve sorumlu tutulması çok önemlidir.¹³¹ Bu nedenle lider çalışanlarının hangi konularda, nasıl bir ortamda, ne zaman, ne ölçüde ve hangi özendirme araçlarıyla motive edebileceği konusunda yeterli bilgi ve deneyime sahip olmalıdır. Liderler, kalite

¹³⁰ MORGİL Orhan, KÜÇÜKÇİRKİN Mehmet, “TOBB’ un Sağlıkta Toplam Kalite Yönetimine Bakışı”, I. Basamak Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi Sempozyumu, Haberal Eğitim Vakfı Yayınları, Ankara, 1996, s.33.

¹³¹ CHARLES N. Weaver, Toplam Kalite Yönetimin Dört Aşaması, Cev.: T.Birkant-O .Akinhay, Sistem Yayıncılık, İstanbul, 1997, s.91.

yönetimi çalışmalarında ilerlemeleri görebilmeli ve kalite yönetimi felsefesine uygun davranarak çalışanlara örnek olmalıdırlar.¹³²

2.1.5.2. Müşteri Odaklı Kurumsal Kültür

Sağlık hizmetleri sunumunda müşteri (dış müşteri) bir hasta olabileceği gibi hastanın yakınları, sağlık sigorta kuruluşları, sağlık kurumuna dışarıdan hizmet sunan doktorlar ve benzeri kişi ve ya birimlerdir. Kurum görevlileri ise iç müşterilerdir.¹³³ Sağlık hizmetlerini kullananların (dış müşteri) en önemli özelliklerinden birisi, hizmet alacakları kuruluşları (hekim, hastaneyi v.b.) seçmekte özgür olmalarıdır. Bu durum, çağdaş sağlık yönetimi ilkelerine de uymaktadır, kişilerin bu seçimi yaparken hangi kriterleri göz önünde tuttukları ve tutumlarının nasıl öğrenilip hizmetin planlanmasına, yansıtılabileceği önem taşımaktadır.¹³⁴

Sağlık kurumları daha fazla müşteri odaklı düşünce tarzını yakalamaya çalışarak sağlık hizmeti sunduğu müşterilerin beklenti ve ihtiyaçlarını karşılayarak kullanıcıların tatmin düzeyini yükseltmeyi hedeflemiştir. Hasta tatmini her sağlık kurumunun arzuladığı en önemli bir çıktıdır. Hasta tatmini, hastanın sağlık bakımına uyumu, sunulan sağlık hizmetinin teknik ve fonksiyonel yönünü ve verilen hizmetin maliyetlerini de kapsayan çok yönlü bir kavram olarak karşımıza çıkmaktadır.¹³⁵

Müşteri isteklerini yönlendirmeye uygun bir çerçeve oluşturmak açısından, Kano Müşteri İstekleri Düzeylerinden faydalanmak gerekir. Kano bu istekleri üç düzeyde tanımlıyor:

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

Kano'ya göre, I. Düzey bir müşterinin bulmayı beklediği özelliklerdir. Bunu başka bir şekilde sormak gerekirse: "Müşterimizin hizmetlerimizden dolayı bizden

¹³² BAYAR Murat-DURNA Meryem-SÖYLEMEMZ Didem, "Sağlık İşletmelerinde Motivasyonun Önemi ve Personel Üzerindeki Etkisi", 4. Ulusal Sağlık ve Hastane Yönetimi Sempozyumu, Marmara Üniversitesi Yayınları, İstanbul, 2001, s.444.

¹³³ ÇORUH Mithat, "I. Basamak Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi", I. Basamak Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi Sempozyumu, Habereel Eğitim Vakfı Yayını, Ankara, 1996, s.24.

¹³⁴ CHARLES, A.g.e., s.91-92.

¹³⁵ ÇOLAK Meriç-KISA Adnan-ALAP Nilay-DEMİREZEN Hilal-İNCEOĞLU Yasemin, "Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyeti: Eryaman 2 No' lu Sağlık Ocağında Bir Uygulama" 3. Ulusal Sağlık ve Hastane Yönetimi Sempozyumu, Ankara Üniversitesi Yayınları, Ankara, 2000, s.379-380.

uzaklaşmamamsı için süreçlerimizde hangi özellikler olmalıdır?”. Müşterilerin bu düzeyde tatmin olduklarını ölçmenin yolu da etkin bir şikayetleri çözme sistemidir.

II. Düzeydeki müşteri gereksinimleri, bizim ürünlerimiz ya da hizmetlerimizin müşterilerimiz tarafından istenebilecek özellikleridir. Bu özellikler ara düzeydeki gereksinimlere karşılık gelmektedir. Bu II. Düzeydeki müşteri isteklerini, müşteri araştırmalarında “Memnun kaldınız mı?” sorusunu sorarak ölçebilir.

III. Düzey müşteri gereksinimleri, müşterilerimizin karşılaştıkları herkese bizim ürünlerimizi ya da hizmetlerimizi ne kadar çok beğendiğini ifade etmesine yol açacak gereksinimlerdir. Bu konudaki soru şöyle yöneltilebilir: “Bizim ürünlerimizin hangi özellikleri müşterilerimizin bizim hizmetlerimizle iftihar etmesini sağlayacaktır?” Kano bu noktada, süreçleri yönetenlerin III. Düzey müşteri gereksinimlerini tam olarak anlamaya yönelmeleri gerektiğini söylemektedir.¹³⁶

ABD’de bugün birçok hastanenin modern pazarlama anlayışına sahip olduğu ve hasta odaklı bakım uygulamasına geçtiği görülmektedir. Bu uygulama sayesinde hasta tatmininde önemli bir artış sağlanmakta, hastane daha rekabetçi bir yapıya kavuşmakta, klinik bakım seviyesi artmakta, ortalama hastanede kalış gün sayısı ve maliyetler azalmakta ayrıca işlemleri hızlanmaktadır.¹³⁷

2.1.5.3. Çalışanların Tam Katılımı

Günümüz kalite yönetim yaklaşımları, bir örgütsel yapıda en önemli girdi olarak insan ögesine vurgu yapmakta ve örgütsel başarı için çalışanların bilgi, beceri ve yaratıcılıklarının üretim sürecine yansıtılmasının gereğini vurgulamaktadırlar. Dolayısıyla kalite yönetimi çalışmalarının bir örgütte umulan başarıyı yakalayabilmesi de çalışanların bu sistemin mantığını çok iyi algılamaları ve yaratıcılıklarını sisteme katmalarına bağlı olacaktır.¹³⁸ Nitekim çeşitli araştırmalar, kendi süreçlerine katılmaya ve onları yönetmeye başlayan çalışanların yenilikçi eğilimleri ile performansları arttığını göstermektedir. Bu araştırmalardan en çok bilineni, Frederick Herzberg’in “Bir Kere Daha: Çalışanlarınızı Nasıl Motive Ediyorsunuz?” başlıklı popüler modelidir.

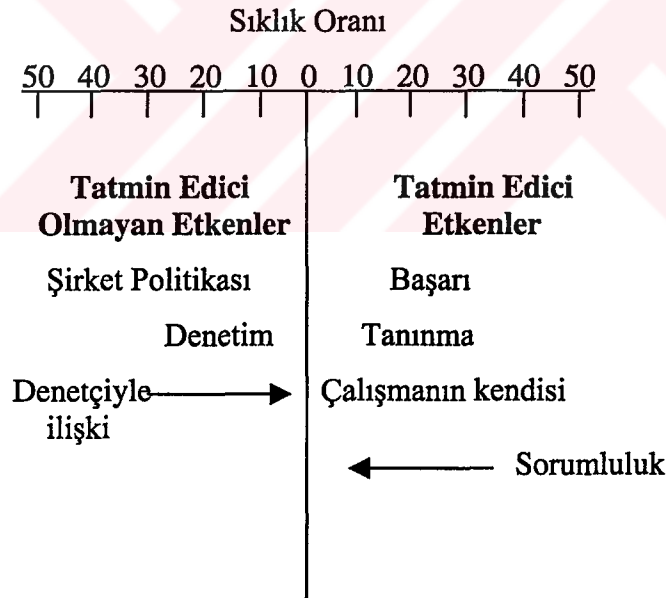
¹³⁶ CALDWEL Chip, *Sağlık Kuruluşlarında Stratejik Yönetim*, Çev: Osman AKINHAY, Sistem Yayıncılık, İstanbul, Kasım-1998, s.47-49.

¹³⁷ CHARLES, A.g.e., s.94.

¹³⁸ ŞAHİN Ümit-TOKER Fikriye, “Hastane işletmeciliğinde ISO 9000-2000 Omurgalı İnsan Kaynakları Yönetimi ve Performans Değerlendirilmesi”, 4. Ulusal Sağlık ve Hastane Yönetimi Sempozyumu, Marmara Üniversitesi Yayınları, İstanbul, 2001, s.294.

Herzberk, Şekil 2.1’de özetlenen bu çarpıcı incelemesinde, çalışanları tatmin eden etkenlerin Başarı, Tanınma, Çalışmanın Kendisi ve Sorumluluk olduğunu ortaya koymakta, oysa Şirket Politikası, Denetim ve Denetçiyle İlişkinin çalışanları tatmin etmeyen etkenlerin başında yer aldığını çarpıcı bir şekilde ortaya koymaktadır.¹³⁹

Kalite yönetimi çalışmalarının başarıya ulaşabilmesi için kurumda çalışanların tümünün katılımı şarttır. Bunun için iyi eğitilmiş ekiplerle kurum içinde kalite yönetimi felsefesi yayılmaktadır. Başarıya ulaşmak için ekip çalışması ön plana çıkarılmalıdır. Bu ekipler içinde farklı fonksiyon gruplarından elemanlar ve üst düzey yöneticileri bulunmalıdır. Kalite yönetim çalışmalarının sağlık sektöründe başarıya ulaşabilmesi için özellikle doktorların katılımının sağlanması mutlak gereklidir. Doktorların, kalite konseylerinde, eğitim ekiplerinde ve kalitenin sürekli iyileştirilmesi amaçlı kalite çemberlerinde yer almaları sağlanmalıdır. Çalışanları Tatmin Eden ve Etmeyen Etkenler Şekil 2.1’de gösterildiği gibidir.¹⁴⁰



Şekil 2.1: Çalışanları Tatmin Eden ve Etmeyen Etkenler

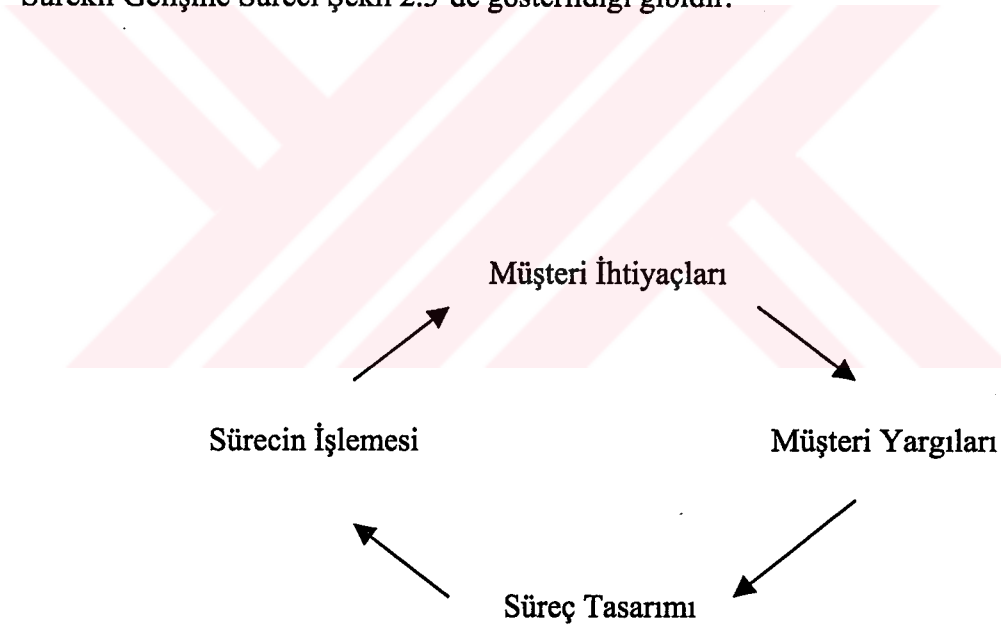
Kaynak: Chip CALDWEL, “Sağlık Kuruluşlarında Stratejik Yönetim”, Çev: O. Akınhay, Sistem Yayıncılık, 1998, s.64.

¹³⁹ CALDWEL, A.g.e., s.64.

¹⁴⁰ ÖZTEK, A.g.e., s.40-42.

2.1.5.4. Sürekli İyileştirme Yaklaşımı

Kalite Yönetimi çalışmaları sürecinde daima daha iyiyi hedefleyen bir düşünce tarzı oluşturulmalıdır. Kalite yönetimi kavramı, bir dizi üretim sürecinin uyumlu bir şekilde organize edilerek, bu süreçlerin her kademesinde hizmetin kalitesini ve hayata geçirilmesini içeren faaliyetler zinciridir.¹⁴¹ Sağlık sektörü giderek daha rekabetçi bir nitelik aldıkça, hastaneler kendi hizmetlerini tanıtmak için her türlü yola başvurmaya başlamışlar, ama genellikle ilk önce hastanın kendisine sunulan hizmetle ilgili beklentiler ya da gereksinimlerini anlamaya aynı özeni göstermemişlerdir. Sürekli iyileştirme çevriminin gerekli kıldığı disipline bağlı kalmak, etkin bir kalite yönetimi dönüşümünün gerçekleştirilmesinden önce organizasyonun her kademesinde anlaşılması ve kavranması gereken temel bir paradigma değişikliğidir. Sırayla Shewart'ın Sürekli İyileştirme Çevrimi Şekli 2.2'de¹⁴² ve Sağlık Bakımı Kalitesinde Sürekli Gelişme Süreci Şekil 2.3'de gösterildiği gibidir.¹⁴³



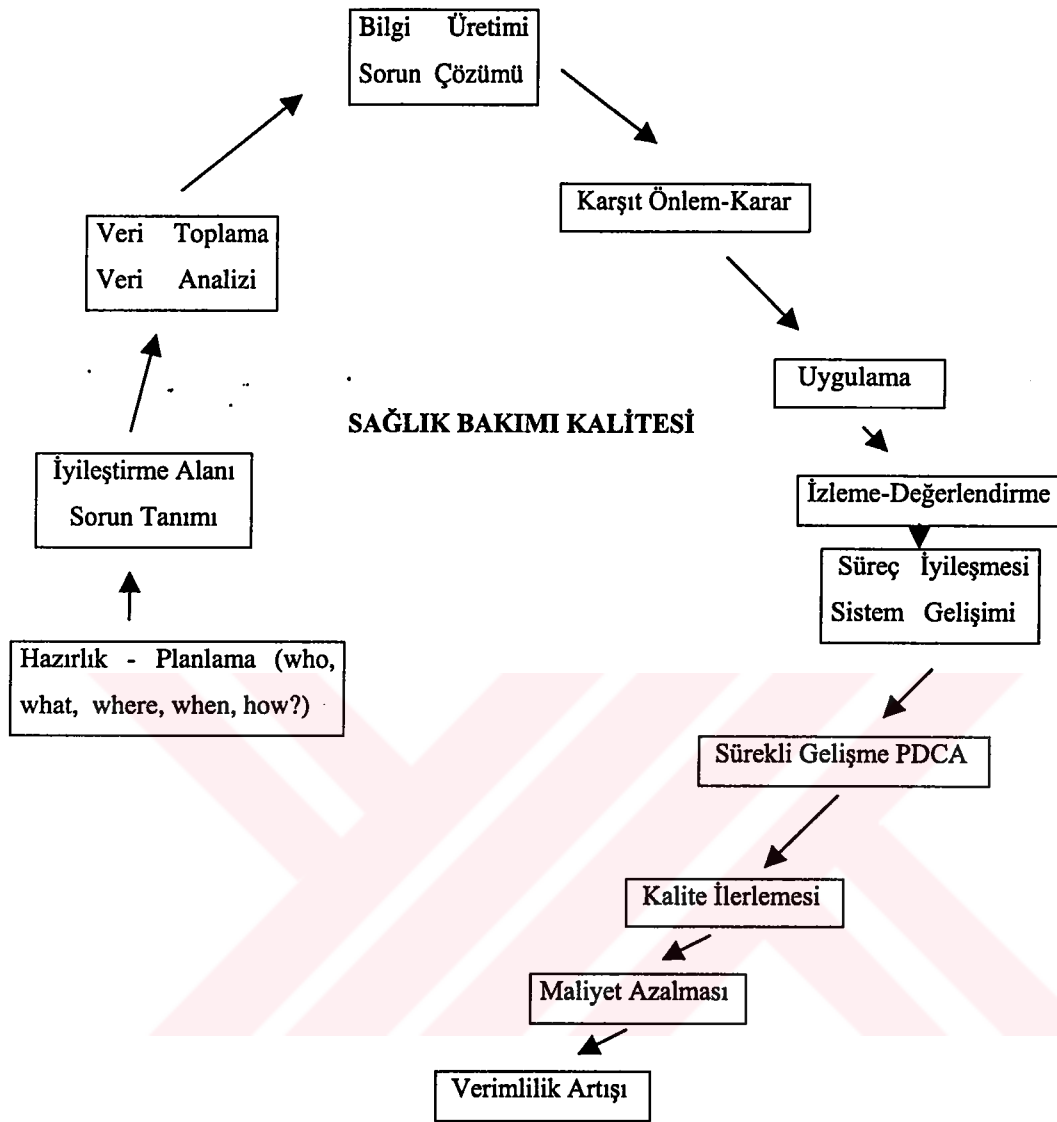
Şekil 2.2: Shewart'ın Sürekli İyileştirme Çevrimi

Kaynak: Chip CALDWEL, "Sağlık Kuruluşlarında Stratejik Yönetim", Çev: O. Akınhay, Sistem Yayıncılık, 1998, s.56.

¹⁴¹ ÖZTEK, A.g.e., s.42.

¹⁴² CALDWEL, A.g.e., s.56-57.

¹⁴³ ÖZTEK, A.g.e., s.43.



Şekil 2.3: Sağlık Bakım Kalitesinde Sürekli Gelişme Süreci

Kaynak: Murat TOKTAMIŞOĞLU, "Poliklinikler İçin Kalite ve Maliyet Odaklı Teorik Bir Model" I. Basamak Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi Sempozyumu, 1996, s.181.

2.1.5.5. Sistem İle Bütünleşme

Sistemler mantığı kuşkusuz Juran, Deming, Senge ve diğer yazarlar tarafından başka endüstrilerde on yıllardan beri dile getirilmektedir. Gündemde olan soru, en azından bu endüstride ne yapacağımızdır. Doğru biçimde kurulmuş bir sağlık yönetim sistemi, hukuksal yapıları, ücretlendirme felsefelerini ve girişimcilerin kötü kalitenin

maliyetini ortadan kaldırmaktan, hastaların aldıkları sonuçları iyileştirmekten ve sürekli yenilik gerçekleştirmekten sağladıkları faydaları içermektedir.¹⁴⁴

Bir yönetim stratejisi olarak kalite yönetiminin başarıya ulaşabilmesi için, kurumun kültürüne şekil veren yönetim sisteminin kalite yönetimi felsefesi ile aynı çizgide olması sağlanmalıdır.

Minneapolis'teki Sağlık Hizmetleri Araştırma Merkezinde Dr. Paul B.Bataldan ve Dr. Loren Vorlick tarafından Deming'in 14 ilkesi çok az değişikliklerle sağlık hizmetlerine uygulanmış ve başarılı sonuçlar alınmıştır.¹⁴⁵ Hastanelerde Kalite Yönetiminin başarılı bir şekilde uygulanabilmesi sonucu:

- Hizmet sunumunda kalite,
- Çalışanların iş tatmini ve motivasyonu,
- Yönetim ve organizasyon yöntemlerinin modernizasyonu,
- Karar mekanizmalarında akıcılık,
- Bilgi sistemlerinin dokümantasyonu,
- İletişim mekanizmasının işlerliği,
- Hasta memnuniyeti,
- Ekip çalışması ile takım ruhunun gelişmesi önem kazanmaktadır.¹⁴⁶

2.1.6. Hastaneler ve ISO 9001 Kalite Güvence Sistemi

Kalite güvencesi; temel amacıyla, fonksiyonel yeterlilik, hasta iyileştirilmesi, tüketici memnuniyeti, sağlık politikalarının belirlenmesi yoluyla kaynakların kullanılması ve çıktılar konusunda sağlık bakımının geliştirilmesi anlamına gelmektedir. Kuzey Amerika da ise kalite güvencesi terimi, tıbbi bakımın kalitesini ölçmek için kullanılan tıbbi kayıtların, geçmişe yönelik yeniden değerlendirilmeleri ile ilişkilendirilmiştir. Kalite güvencesi çoğunlukla düzenleyicilerin (hükümetlerin ve standart belirleme kuruluşlarının) hastanelere ve doktorlara benimsetmek istediği bir kavramdır. Kalite güvencesi ölçek büyüklüğü ne olursa olsun tüm işletmelerde

¹⁴⁴ CALDWEL, A.g.e., s.50-52.

¹⁴⁵ BERK S.Oğuz, "Hastanelerde Kalite Sağlama Sistemlerindeki Gelişmeler ve Toplam Kalite Yönetiminin Türkiye'de Uygulanabilirliğine Yönelik Bir Model Önerisi", **Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi**, İstanbul Üniversitesi sosyal Bilimler Enstitüsü, 1994, s.70-75.

¹⁴⁶ ÖZCAN Cihangir, "Devlet Hastanelerinde Toplam Kalite Yönetiminin Uygulanabilirliği", **Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi ve Performans Ölçümü Sempozyumu**, Haberal Eğitim Vakfı Yayını, Ankara, 1997, s.14.

verimlilik, tüketici tatminin sağlanması, firmaya bir kimlik kazandırma, ürün kalitesinde sürekli gelişme ve daha büyük tüketici kitlesine ulaşabilme gibi birtakım avantajlar sağlamaktadır.¹⁴⁷ Genel olarak kalite güvencesi kavramı, tıbbi bakımın sınıflandırılmış vakaların birer birer incelenmesini içerir. Kalite güvencesi, klinik bakımın kalitesinin ölçümüne dayalı döngü sürecini işaret etmektedir. Bu da PDCA (Plan-do-check-act= Planlama-uygulama-kontrol etme-düzeltilme ve iyileştirme) döngüsünün iki elemanı çevresinde odaklanmıştır. Bunlar; yapılan işlerin sonuçlarının kontrol edilmesi ve yapılan eylem ve faaliyetlerin, daha önce hazırlanmış planlara uyumunun sağlanmasıdır.¹⁴⁸

Hastanelerde kalite güvence sistemi kurulurken ISO' nun belirlemiş olduğu kalite standartları serisi kullanılmaktadır. TS-EN-ISO 9001 Kalite Standartları Serisi etkili bir yönetim sisteminin nasıl kurulabileceği, dokümanite edilebileceği ve sürdürülebileceği konularında yöneticilere yönlendirici bilgiler vermektedir. Belgelendirme kuruluşları ve müşteriler satın alacakları mal ve hizmetlerin TS-EN-ISO 9001 standartlarına göre kurulmuş bir kalite güvence sistemi ile üretilip üretilmediğinden emin olmak istediklerinde bu standartları kullanmaktadırlar.

ISO, belirlenen standartları yakalayabilmek için oluşturulmuş uluslararası bir örgüttür. Bugün 90'dan fazla ülke ISO' ya bağlıdır. Amerika'daki adı Amerikan Ulusal Standartlar Enstitüsüdür. ISO' nun temel amacı, Dünya çapında verimlilik ve düşük maliyetin sağlanmasıdır. ISO, tamamen endüstriyel işletmeler için oluşturulmuş bir örgüt olmasına rağmen, çok kısa sürede kabul görerek diğer sektörler de girmiştir.¹⁴⁹

ISO 9001 kalite güvencesinin mantığı bir organizasyonu oluşturan değişik birimlerin iş prosedürlerini önceden belirlenen şartlar altında yürütmesi ve izlemesi çıkacak sorunların düzeltilmesi ve iyileştirme faaliyetlerinin gerçekleştirilmesidir.

Türkiye'de sağlık kuruluşlarına TS-EN-ISO 9001 belgesini Türk Standartları Enstitüsü (TSE) vermektedir. Bu belgeyi almak için günümüzde birçok sağlık kuruluşu TSE'ne başvurmakta ve standartlara uygun hizmet sergileyenler kalite güvence belgesi almaktadırlar.¹⁵⁰

¹⁴⁷ SANDERS A. Donald-JOHNSON H. Richard-SANDERS J.A-SCOTT C.F, **ISO 9000 Nedir?, Niçin?, Nasıl?**, Rota yayınları, İstanbul, 1994, s.14.

¹⁴⁸ BROOKS G.Richard, **Health Status Measurement**, Macmillan Press LTD., London, 1995, s.66.

¹⁴⁹ TSE, **TS-EN-ISO 9000 Kalite Broşürü**, TSE Halkla İlişkiler Müdürlüğü, Ankara, 1997, s.10-11.

¹⁵⁰ ÇORUH Mithat, "Hastanelerde Kalite Belgesi Alma Girişimi ve Ötesi", **Modern Hastane Yönetimi Dergisi**, S:1998/4, İstanbul, 1998, s.4.

2.1.6.1. ISO 9001 Kalite Güvence Sistemi ve Özellikleri

TS-EN-ISO 9001 serisi standartlar her çeşit işletme koşullarına uygun bir kalite güvence sistemi (KGS) kurulmasında ve ya bir başka işletmenin KGS' nin değerlendirilmesinde esas olarak kullanılabilir KGS kurulması için asgari şartları belirleyen bir modeldir. Bu seriye dahil 9001, 9002 ve 9003 modellerine uygunluk belgesi, bir işletme için birçok sanayileşmiş ülkede kabul edilmiş olan uluslararası standarda uygun bir kalite güvence sistemine sahip olmak anlamına gelmektedir. Önerilen diğer tüm yaklaşımlar gibi ISO 9001 KGS serisinde kuvvetli ve zayıf yönleri, işletmeye sağlayacağı avantajlar ve oluşturabileceği olumsuzluklar bulunmaktadır. Bu noktaların dikkatlice değerlendirilmesi, standartları uygulayan ve uygulayacak işletmeler açısından oldukça önemlidir.¹⁵¹

ISO 9001 belgesi, temelde müşteri ihtiyaçlarını gereken gereken şekilde karşılanıp bir güven duygusunun oluşturulması amacıyla alınmaktadır. Bunun kalite kültürü, ürün kalitesi ve bunlarla ilişkili olarak verimlilik ile ilgili faktörler izlemektedir. ISO 9001, 9002 ya da 9003 belgesi alabilmek için, bir kuruluşun bir dizi operasyonda, bir standartta ya da bazı standartlara uygunluğu sağlaması ve koruması gerekir. Standartların kapsadığı operasyonlar, müdürlerin sorumluluklarından, satınalma prosedürlerine, teçhizatın kontrolünden eğitime kadar uzanan yirmi kadar alana yayılır.¹⁵²

2.1.6.2. ISO 9001 Kalite Güvence Sistemi ve Standartları

Uygulama konusu hastane olan ISO 9001-1994 standartlarını kullanmaktaki amaç, ilgili sistem dokümantasyon yapısını bu standartlara göre oluşturmaktadır. 2001 yılı ikinci yarısında çıkan ISO 9000 standartlarının 2000 versiyonu daha önceden belge alan hastaneler için geçerli olmadığından (2003 yılına kadar) ilgili hastanenin sistemi ve çalışmaları, eski versiyona göre incelenecektir.¹⁵³

¹⁵¹ ŞAHİN Ümit, *Hastane İşletmeciliğinde Kalite*, Sarar Kültür Yayınları, Eskişehir, 1999, s.23-24.

¹⁵² AKIN Bahadır-İNCE Mehmet-USTA Ramazan, "ISO 9000: Beklentiler ve Gerçekler", *Standart Dergisi*, TSE Yayını, S:482, Ankara, Şubat-2002, s.63.

¹⁵³ KAVRAKOĞLU İbrahim, *Kalite Güvencesi ISO 9000 ve Toplam Kalite*, Rekabetçi Yönetim Dizisi:1, İstanbul, 1993, s.49.

ISO 9000 standardı, kalite sistem standartlarının genel felsefesini, onların özelliklerini ve kalite güvencesi modellerinin elemanlarının neler olacağını tanımlamakta ayrıca, ISO 9000 sistemin yol haritası olarak ta tanımlanmaktadır.¹⁵⁴

ISO' nun (Uluslararası Standartlar Organizasyonu) tanımına göre ISO 9000 serisi şu standartlardan oluşmaktadır:

- ISO 9000 Kalite Yönetimi ve Kalite Güvencesi Standartları Seçim ve Kullanım Kılavuzu
- ISO 9001 Kalite Sistemleri; Tasarım/Geliştirme, Üretim, Tesis ve Hizmette Kalite Güvence Modeli
- ISO 9002 Kalite Sistemleri; Üretim ve Tesiste Kalite Güvencesi Modeli
- ISO 9003; Son Muayene ve Deneylerde Kalite Güvencesi Modeli
- ISO 9004; Kalite Yönetimi ve Kalite Sistemleri Elemanları-Kılavuz
- ISO 9005; Kalite Sözlüğü¹⁵⁵

Daha açık bir şekilde ifade etmek gerekirse; ISO 9001, 9002 ve 9003 birer "standart" olma özelliğindedir ve kapsadıkları faaliyetler farklıdır. ISO 9004 bir çeşit kalite güvencesi ders kitabı özeti mahiyetindedir; bir işletmenin çeşitli fonksiyonlarında kalitenin nasıl sağlanacağını ana hatları ile açıklamaktadır. ISO 9001 ise, bütün bu standartların nasıl kullanılabileceğini açıklayan bir rehber özelliğindedir.

ISO 9001 Kalite Güvence mantığı, bir kurumu oluşturan değişik birimlerin iş prosedürlerini önceden belirlenen denetimli koşullar altında yürütmesi, izlemesi, çıkacak sorunları tanımlaması ve bu sorunları düzeltme ve iyileştirme faaliyetlerini içermektedir.¹⁵⁶ ISO 9001 ve 9002 arasındaki yegane fark , ISO 9001'de tasarım hususlarının yer alması, ISO 9002'de ise bunlara yer verilmemesidir. ISO 9001 standardı; yönetim tasarım, satın alma, üretim, kalite kontrol ve servis fonksiyonlarını kapsamaktadır.¹⁵⁷

ISO 9001 standartları 1979 yılında 20 üye ve 10 gözlemci ülkenin katılımı ile İngiltere, Kanada, Amerika, Japonya standartlarından yararlanılarak hazırlanmış ve 1987 yılında uygulamaya konulmuştur. ISO 9001 serisinde yer alan standartlar ülkemiz

¹⁵⁴ ELMACI Toplam Kalite....A.g.e., s.165.

¹⁵⁵ KAVRAKOĞLU, A.g.e., s.49-50.

¹⁵⁶ ÇORUH Mithat, "Hastanelerde Kalite Belgesi Alma Girişimi ve Ötesi", Modern Hastane Yönetimi Dergisi, S:1998/4, İstanbul, 1998, s.4-6.

¹⁵⁷ KAVRAKOĞLU, A.g.e., s.54.

sağlık sektöründe sıklıkla kullanılmaktadır. Bu standartlar üretim ve ya hizmet sunumu faaliyetleri sırasında beklenmedik ve ya kabul edilemeyecek aksamalar ortaya çıktığı zaman düzeltici önlemlerin alınması ve kalite ile ilgili sorunların en aza indirilmesi için önleyici ve düzenleyici önlemler içermektedir.¹⁵⁸ ISO 9001 standartları, üretim (hizmet) süreçlerinde sürekli olarak iyileştirme faaliyetlerini önerdiği için iş süreçlerinde sorun aramak yerine sorun çıkmasını önlemek, uygulama becerilerinin artması ile hedef sıfır hata haline gelmektedir. ISO sistem yaklaşımı, müşterinin ihtiyaç ve beklentilerini kusursuz olarak karşılamayı kalite politikası olarak belirlemektedir. Kaliteli bir ürün (hizmet) sunumu için müşterinin tatmin edilmesini odak noktası olarak almaktadır.¹⁵⁹

En basit olarak ISO 9001, imalat ve hizmet endüstrilerinde kalite güvencesi için kurulmuş, kapsamlı bir standartlar kümesidir. ISO 9001 serileri bir firmanın kalite sistemini geliştirmesini, belgelemesini ve çalışmasını ister. Firma içinde yönetimin kalite tetkik uygulamaları için sahip olduğu sorumlulukları satın alma politikalarından eğitime kadar uzanan kalite yönetimi uygulamalarının tümünü kapsar. Standartlar firmadan firmaya değişiklikler göstermektedir. Örneğin, imalat sürecinin tasarımda dahil olmak üzere toplamı ile uğraşan bir firmada sadece muayene ve test süreçleri ile uğraşan bir firmaya nazaran ele alınması gereken çok sayıda konular bulunmaktadır.¹⁶⁰

İmalat sürecinin tasarımı da dahil olmak üzere bir imalat işletmesinde kalite güvence sistemi ve ISO 9000 Tablo 2.1’de gösterildiği gibidir.

¹⁵⁸ SANDERS, A.g.e., s.16-19,

¹⁵⁹ ÇORUH Mithat, “Kaliteli Sağlık Hizmeti Sunumunda ISO 9000 ve JCAHO Uygulama Yaklaşımı Özellikleri”, Sağlık Yönetiminde Devamlı Kalite İyileştirme Sempozyumu, Haberal Eğitim Vakfı Yayını, Ankara, 1998, s.1-6.

¹⁶⁰ TSE, “Türk Standardı Kalite Sistemleri-Tasarım, Geliştirme, Üretim, Tesis ve Serviste Kalite Güvencesi Modeli” Ankara, 1994, s.2-12.

Tablo 2.1: ISO 9001,9002 ve 9003'ün kapsamları (1994 versiyonu)

	ISO 9001	ISO 9002	ISO 9003
1. Yönetim			
Yönetimin sorumluluğu	*	*	*
Kalite sistemi	*	*	*
Doküman kontrol	*	*	*
2. Tasarım	*	-	-
3. Satın Alma	*	*	-
4. Üretim			
Proses kontrol	*	*	-
Taşıma	*	*	-
Ambalaj	*	*	-
5. Kalite Kontrol			
İzlenebilirlik	*	*	*
Muayene ve deney	*	*	*
Kalite kayıtları	*	*	*
Hatalı ürünün kontrolü	*	*	*
Düzeltilici faaliyetler	*	*	-
Eğitim	*	*	*
İstatistik teknikler	*	*	*
6. Servis	*	*	-

Kaynak: İbrahim KAVRAKOĞLU, "Kalite-Kalite Güvencesi ve ISO 9000", Kalder Yayınları, İstanbul, 1996, s.49.

2.1.6.3. ISO 9001 Kalite Güvence Sistemi Koşulları

Yönetimin Sorumluluğu (4.1.)

Tedarikçi firmanın yürütme sorumluluğuna sahip yönetimin kalite politikasını, kalite içi hedeflerini ve kalite taahhütlerini belirlemeli ve bunları dokümante etmelidir. Kalite politikası, tedarikçinin kuruluşu ile ilgili hedefleri ve müşterilerin beklenti ve gereksinimlerine uygun olmalıdır. Üst yönetim kalite politikasını yazdıktan sonra,

anlaşılması sağlanmalı, eyleme konulmalı ve organizasyonun her düzeyinde insanlar tarafından korunmalıdır. Yönetim, kalite standartları ve belirlemiş olduğu kalite politika ve hedefleri göz önünde bulundurarak sistemi belirlenen aralıklarla gözden geçirerek ve ilgili kayıtları muhafaza edecektir.¹⁶¹

Kalite Sistemleri (4.2.)

ISO 9001 KGS' nin temel özelliği “yaptığımı ve ya yapabileceğini yaz / yazdığımı yap” şeklinde özetlenebilir. Tedarikçi, hizmetin belirlenen şartları karşılama amacıyla kalite sistemini kurmalı, dokümanla etmeli ve sürekliliğini sağlamalıdır. Bu standartların şartlarını kapsayan bir kalite el kitabı hazırlanmalıdır. Bu el kitabı, kalite sisteminde kullanılan kalite sistem prosedürlerini de içermeli ve ya referans göstermeli ve bu sistemde kullanılan dokümantasyon yapısını açıklamalıdır. Ayrıca kalite sistemini oluşturan talimatlar, destek dokümanlar, kalite planları, iş akış şemaları vb. diğer dokümantasyon yapısı da oluşturulup izlenebilirliği sağlanmalıdır. Kalite sistemi aşağıdaki şekildeki gibi açıklanabilir.



Şekil 2.4: Kalite Sistemi

Kaynak: Ümit ŞAHİN Hastane İşletmeciliğinde Kalite, Sarar Kültür Yayınları, Eskişehir, 1999, s.31.

¹⁶¹ TSE, “Türk Standardı Kalite Sistemleri-Tasarım, Geliştirme, Üretim, Tesis ve Serviste Kalite Güvencesi Modeli” Ankara, 1994, s.2-12.

Sözleşmenin Gözden Geçirilmesi (4.3.)

Bu maddenin kamu hastanelerinde fazla işlevi yoktur. Yapılan sözleşme, bakanlıklar arasında ve daha genel olduğundan ilgili hastanenin bu maddeyi uygulama şansı sınırlıdır.

Sözleşmenin gözden geçirilmesi için prosedürlerin kurulması, korunması ve her sözleşme yapıldığında uygulanması istenir. Bu gözden geçirmelerle, müşterinin beklentilerinin tamamen anlaşılması, teklif ile sözleşme arasındaki farkların fark edilmesi sağlanır.

Tasarım Kontrol (4.4.)

ISO 9001 KGS'nin bu standardı ISO 9002 KGS'inden ayırım noktasını oluşturmaktadır. İstenen şartların yerine getirilmesini temin için hizmet tasarımı kontrol ve doğrulama prosedürleri tanımlanıp dokümente edilerek, sürekliliği sağlanmalıdır. Tasarım maddesi, tasarım ve geliştirme planlaması, kuruluşla ilgili ve teknik ilişkiler, tasarım girdileri, tasarım çıktıları, tasarımın gözden geçirilmesi, tasarımın doğrulanması ve tasarımın geçerliliği, tasarım değişikliği gibi alt başlıklar içermektedir.¹⁶²

Doküman ve Veri Kontrol (4.5.)

Hastanenin, doküman ve veriler yayınlanmadan önce yeterlilik açısından yetkili personel tarafından gözden geçirilmeli ve onaylanmalıdır. Standartlarla ilgi her türlü doküman ve verinin (dış kaynaklı dokümanda dahil) kontrolü ile ilgili yazılı prosedürler oluşturularak sürekliliği sağlanacaktır. Doküman ve veri oluşumları ile bunların dağıtım ve dolaşımını kontrol altına alınacaktır.

Satınalma (4.6.)

Özellikle kamu hastanelerinin örgütsel performans göstergelerini etkileyebilecek en önemli süreçlerden birisi hastanelerin üretmiş oldukları hasta tedavi süreçlerinin her aşamasında kullandıkları tıbbi teknolojik cihazlar ile ilaç ve tıbbi malzemelerin satın alma etkinliğidir.¹⁶³

Tedarikçi, satın alınan ürünün belirlenen şartlara uymasını sağlamak için dokümente edilmiş prosedürleri oluşturmalı ve sürekliliğini sağlamalıdır. Ayrıca

¹⁶² KAVRAKOĞLU İbrahim, "Kalite Güvencesi ISO 9000 ve Toplam Kalite", Rekabetçi Yönetim Dizisi:1, İstanbul, 1993, s.56

¹⁶³ ŞAHİN, A.g.e., s.40.

taşeronların değerlendirilmesi, satın alınan hizmetin doğrulanması, satın alma verileri gibi konularda, standardın yükümlülüklerini yerine getirmelidir.

Müşterinin Temin Ettiği Ürünün Kontrolü (4.7.)

Müşterilerin/Hastaların temin ettiği ürünlerin doğrulanması, depolanması, kontrolü, kayıp ve zarara karşı korunması için yazılı prosedürler geliştirilecek ve sürekliliği sağlanacaktır. Böyle bir ürünün kaybolması, hasar görmesi ve ya kullanıma uygun olmaması durumunda kayıt tutmalı ve müşteriye rapor etmelidir. Özellikle hastaneler açısından, hastanın temin ettiği ilaç, tıbbi malzeme ve diğer malzemelerin kontrolü ve muhafazası büyük önem taşımaktadır.

Ürün/Hizmet Tanımı ve İzlenebilirliği (4.8.)

Uygun olduğu takdirde tedarikçi alımdan başlayarak üretim/hizmet, dağıtım ve tesisin bütün aşamalarında uygun yollarla ürün/hizmeti tanımlamak için dokümanite edilmiş prosedürleri oluşturmalı ve sürekliliğini sağlamalıdır.¹⁶⁴

Proses Kontrol (4.9.)

Hastaneler günümüzün en karmaşık örgütleri olmaları nedeniyle oldukça karmaşık bir hizmet prosesine sahip işletmelerdir. Her bir müşteri için hizmet karmasının ayrı ayrı tasarlanma zorunluluğu hastanelerde karmaşaya neden olmaktadır. Hastaneler, kaliteye doğrudan etki yapan proseslerini planlamalı ve ya belirlemeli ve daha sonra bu proseslerin standardın ifade ettiği kontrollü koşullar altında çalışmasını güvence altına almalıdır.

Muayene ve Deney (4.10.)

Hizmet için belirtilmiş şartların yerine getirildiğini doğrulamak amacıyla muayene ve deney faaliyetleri için dokümanite edilmiş prosedürleri oluşturmalı ve sürekliliğini sağlamalıdır. Gerekli muayene ve deneyler, tutulacak kayıtlar, kalite planında ve ya dokümanite edilmiş prosedürlerde detaylandırılmalıdır. Bu madde, proses sırasında muayene ve deneyler, son muayene ve deneyler, muayene ve deney kayıtları gibi alt başlıkları içermektedir.¹⁶⁵

Muayene, Ölçme ve Deney Teçhizatının Kontrolü (4.11.)

Tedarikçi, hizmetin belirlenen şartlara uygunluğunu göstermek amacıyla kullandığı muayene, ölçme ve deney teçhizatının kontrolü, kalibrasyonu ve bakım için dokümanite edilmiş prosedürleri oluşturmalı ve sürekliliğini sağlamalıdır. Muayene,

¹⁶⁴ KAVRAKOĞLU, A.g.e., s.57.

¹⁶⁵ ŞAHİN, A.g.e., s.74.

ölçme ve deney teçhizatı ölçüm belirsizliğinin bilindiğinden ve bu belirsizliğin istenilen ölçüm yeteneği ile tutarlılığından emin olunacak şekilde kullanılmalıdır.

Bu madde de hastaneler açısından büyük önem arz etmektedir. Tıbbi cihazların yoğun olarak kullanıldığı ve hayati önem taşıdığı hastanelerde bu cihazların doğru ölçüm yapması, bakımı vb. hususlar büyük önem arz etmektedir. Özellikle kamu hastaneleri bakımından bu maddenin uygulanması çok büyük bir gelişmenin göstergesidir.

Muayene ve Deney Durumu (4.12.)

Hizmetin muayene ve deney durumu, yapılan muayene ve deneylere göre ürünün uygunluğu ve ya uygunsuzluğunu gösterecek şekilde uygun araçlarla tanımlamalı ve devam ettirmelidir. Bütün üretim, tesis ve servis aşamalarında yalnızca muayene ve deneylerden geçen ürünün sevk edildiğinden, kullanıldığından ve ya tesis edildiğinden emin olmak amacıyla muayenenin tanımı ve deney statüsü, kalite planında ve ya dokümanite edilmiş prosedürlerde idame ettirilmelidir.

Uygun Olmayan Ürün/Hizmetin Kontrolü (4.13.)

Tedarikçi, belirlenen şartlara uymayan ürünün/hizmetin yanlışlıkla kullanım ve ya tesisini önlemek için yazılı prosedürler oluşturularak sürekliliği sağlanmalıdır. Bu kontrol, uygun olmayan ürünün tanımlanması, dokümanite edilmesi, değerlendirilmesi, ayrılması, elden çıkarılması ve ilgili bölümlere duyurulması için yapılmalıdır.

Düzeltilici ve Önleyici Faaliyetler (4.14.)

Düzeltilici ve önleyici faaliyetler, yazılı prosedürler ve uygunsuzluğun derecesi göz önüne alınarak gerçekleştirilmelidir. Düzeltilici faaliyetler, hasta şikayetlerine ve hizmet uygunsuzluğuna cevap verecek, uygunsuzluğun sebebini ortaya çıkaracak, alınacak önlem ve kontrolleri belirleyecek prosedürler dahilinde gerçekleştirilmelidir.

Önleyici faaliyetler, uygunsuzluğun potansiyel sebeplerini belirleyerek inceleyen ve ortadan kaldıran bilgi kaynaklarını kullanacak, etkili bir önleme ve kontrolleri başlatacak ve yönetimin gözden geçirebilmesi için bilgi verecek şekilde gerçekleştirilmelidir.¹⁶⁶

Taşıma, Depolama, Ambalajlama ve Sevkıyat (4.15.)

Tedarikçi, hizmet üretim sürecinde kullanılan tüm girdilerin, taşınması, depolanması, ambalajlanması, muhafaza ve sevkıyatı ile ilgili dokümanite edilmiş

¹⁶⁶ ŞAHİN, A.g.e., s.87.

prosedürleri oluşturmalıdır. Hastane bu madde gereği olarak, hasar ve bozulmayı önleyecek ve stok kontrolünü sağlayacak bir depolama ve muhafaza sistemini oluşturmalıdır.

Kalite Kayıtlarının Kontrolü (4.16.)

Tedarikçi, kalite kayıtlarının tanımlanması, toplanması, tasnifi, ulaşılması, dosyalanması, muhafazası, bakım ve elden çıkarılması için dokümanite edilmiş prosedürleri oluşturmalı ve sürekliliğini sağlamalıdır. Kalite kayıtları, kalite sisteminin tanımlanan şartlara uygunluğunu ve etkin olarak işleyişini göstermek amacıyla tutulmalıdır. Taşeronlarla ilgili kalite kayıtları bu verilerin bir parçası olmalıdır.

Kuruluş İçi Kalite Tetkikleri (4.17.)

Kalite ile ilgili faaliyetlerin planlanan şekilde yürütüldüğünü ve kalite sisteminin etkinliğini belirlemek amacı ile kuruluş içi kalite tetkikleri planlanarak uygulanacaktır. Bu denetimler faaliyetlerin önemine göre programlanacak faaliyetlerden sorumlu olan kişiler dışındaki personel tarafından gerçekleştirilecek, sonuçlar kaydedilecek ve bu düzeltici faaliyetler daha sonraki denetimlerde kontrol edilecektir.¹⁶⁷

Eğitim (4.18.)

Tedarikçi, eğitim ihtiyaçlarının belirlenmesi için dokümanite edilmiş prosedürler oluşturulmalı, sürekliliğini ve kaliteyi etkileyen faaliyetleri uygulayan tüm personelin eğitimini sağlamalıdır. Verilen belirli işleri yapan personel gerektiğinde öğrenim, eğitim ve ya tecrübeleri esas alınmak suretiyle değerlendirilmelidir. Eğitimle ilgili uygun kayıtlar tutulmalıdır.

Servis (4.19.)

Sözleşmede servis verme varsa, tedarikçi servisin belirtilen şartları karşılayacak şekilde yerine getirilmesi, doğrulanması ve rapor edilmesi için dokümanite edilmiş prosedürleri oluşturmalı ve sürekliliğini sağlamalıdır.

İstatistikî Teknikler (4.20.)¹⁶⁸

Firma gereken yerlerde proses yeteneğinin ve ürün karakteristiklerinin kabul edilebilirliğini doğrulamak için uygun istatistiksel teknikleri kurmalıdır.

¹⁶⁷ A.g.e., s.95.

¹⁶⁸ ÇORUH Mithat, "Kaliteli Sağlık Hizmeti Sunumunda ISO 9000 ve JCAHO Uygulama Yaklaşımı Özellikleri", Sağlık Yönetiminde Devamlı Kalite İyileştirme Sempozyumu, Haberal Eğitim Vakfı Yayını, Ankara, 1998, s.4-6.

Özetle ISO 9001 KGS' i bir işletmenin yukarıda yer verilen 20 ana başlık altındaki standartlar bütünüyle standartize edilmelidir.

2.1.6.4. ISO 9001 Kalite Güvence Sistemi Sertifikasyon Süreci

ISO 9001 belgesinin alınmasında hastanelerin geçirmeleri gereken dört aşama bulunmaktadır. Bu aşamalar:

Hazır olma sürecinin belirlenmesi: İşletme yönetiminin sertifikasyon sürecinde ilk ele alması gereken konu, sertifikanın alınıp alınmamasına hazır olup olunmadığının belirlenmesidir. Bu aşamada işletme kendi içinde değerlendirmeye tabi tutulur. Yapılan değerlendirme ISO 9001 sürecinin öngördüğü değerlere göre belirlenir. Eğer organizasyon bu değerlendirme sonucunda hazır ise müracat yapılır. Eğer hazır değilse yapılması gereken hazırlık safhasının başarılı bir şekilde geçirilmesinin sağlanmasıdır.

Hazırlanma çalışmaları: Bu safha prosedürlerin, talimatların ve örgüt politikasının, standardın yakalanması konusunda resmi bir yolla hazırlanması safhasıdır. Bütün bu hazırlık, organizasyonun kendi içindeki çalışanlar ya da dışarıdan gelen danışmanlarla birlikte gerçekleştirilir. Bu safhada dokümantasyon kontrolü, dizayn kontrolü, satın alma, denetleme, test etme ve süreç kontrolü ile ilgili bir çok sorunlar belirlenir.¹⁶⁹

Dokümantasyonun yeniden gözden geçirilmesi ve değerlendirilmesi: Bu safhada kalite sistemi dokümantasyonu yeniden gözden geçirilerek, değerlendirmenin yeterli olup olmadığının tanımlanması için kalite sistemi faaliyete geçirilir. Gerçekleştirilen bu işlem, temel olarak son değerlendirme tarihinin altı ya da sekiz hafta öncesinde yapılır. Buradaki amaç uyum sorunlarının bertaraf edilebilmesi için zaman kazanılmasıdır. Gerçek değerlendirmenin yapılması bir ya da iki haftayı geçmez ve sistemin etkinliğini bu değerlendirme biçimi ortaya koyar.¹⁷⁰

Değerlendirme, yeniden gözden geçirme ve tescil: Bu safhada son değerlendirme, daha önce yapılanmış ISO 9001 kriterlerine göre yeniden gözden geçirilir ve herhangi bir uygunsuzluğun olup olmadığının tanımı yapılır. Eğer bir sorun varsa sorunun düzeltilmesi için gereken zaman süresi tespit edilir. Bu genellikle 30-60 gün arasında değişir. Eğer herhangi bir uygunsuzluk yoksa kuruluş ISO 9001 belgesiyle

¹⁶⁹ TSE, A.g.e., s.19-20.

¹⁷⁰ KAVRAKOĞLU, A.g.e., s.55.

tescil edilir. Bu sertifikasyon süresi örgütün statüsüne göre 15 ve 24 ay arasında değişebilmektedir. Sertifika alındığında örgüt altı ayda bir standartlara uygunluğun devam edip etmediğini kontrol etmek zorundadır. Bu altı aylık denetim, daha önce yapılan değerlendirmelere göre kısa süre ve belirli standart elemanlarına yöneliktir.¹⁷¹

2.1.6.5. ISO 9001 Kalite Güvence Sisteminin Sağlayabileceği Katkılar

ISO 9001 Kalite Güvence Sisteminin hastanelere sağladığı katkılardan ilki, kalite verimliliğın artması, ikincisi ise maliyetin azaltılmasıdır. Hastanelerde maliyetin artmasının nedeni, yanlış yapılan işın tekrar edilmesi ve yeniden yapılması, aksaklıkların düzeltilmeye çalışılması ve tüm bunlara rağmen verimli sonuç alınamamasından ileri gelir. ISO 9001 Kalite Güvence Sisteminin sayesinde sağlanacak kalite ve verimlilik işletmelerin tüm bu maliyetlerle ve maliyet artıran konularla karşı karşıya kalmasını engelleyecektir. Bunu yaparken ISO 9001 Kalite Güvence Sistemini vurguladığı en önemli nokta, aksaklıkların doğmadan engellenmesidir. Böylece hem zamandan hem de yapılan işten tasarruf sağlanır.¹⁷²

2.1.7. Ülkemiz Hastanelerinde ISO 9001'e Göre Belgelendirme

ISO 9001'e göre belgelendirme; Öngörüşme, dokümanların incelenesi ve denetim olarak üç aşamada gerçekleştirilmektedir.

Belgelendirmede yapılan ilk işlem işletme yetkilileri ile belge vermeye yetkili kuruluşun ilgili elemanlarının öngörüşme yapmalarıdır. Bu öngörüşme işletmenin gerekli hazırlıkları yapmış olduğu izlenimini bırakırsa, ilgili elemanlar işletmeden kalite sistemleri ile ilgili dokümanları kendilerine teslim etmelerini isterler. İşletmenin "Kalite Güvence Sistemi Kılavuzu" ile ilgili dokümanlarını inceleyen denetçiler bunları yeterli düzeyde buldukları takdirde kalite denetimine karar vermektedirler. Eğer dokümanlar yetersiz bulunursa gerekli eleştiriler ile birlikte işletmeye iade edilmekte ve yeterli düzeye getirildikten sonra müracaat etmeleri istenmektedir.

Son aşamada ise dokümanları yeterli bulunan işletmeye bir denetim uygulamakta ve denetimde denetçiler dokümanlarda yazılı olanların gerçekte de uygulanıp uygulanmadığını kontrol etmektedirler. Kontrol sonucunda uygulama yeterli bulunursa işletme belgelendirilmekte, uygun bulunmadığı takdirde sistemin istenen

¹⁷¹ KAVRAKOĞLU, A.g.e., s.76.

¹⁷² A.g.e., s.76-77.

seviyeye çıkarılması için süre tanınmaktadır. İşletme gerekli hazırlığı ve ya iyileştirmeyi yaptıktan sonra ikinci bir denetim yapılmakta ve yeterli bulunursa belge verilmektedir.

ISO 9001'e göre belgelendirme sürecinde ISO belgesi almak isteyen bir işletme ile belgelendirme kuruluşu arasındaki resmi süreç yukarıda anlatıldığı şekilde işlemektedir. Ancak, bunlardan daha önemlisi belgelendirme kuruluşuna başvurmadan önce hastanenin belgelendirmeyle ilgili yapması gereken çalışmalar bulunmaktadır. Bu safhayı başarılı şekilde geçemeyen hastanelerin belge alması ve kalite güvencesine geçmesi mümkün olmamaktadır.¹⁷³

Bir hastanede kalite güvence sistemine geçişte yapılması gereken çalışmalar dört bölümde incelenebilmektedir. Bunlar:

- Kalite yönetiminin belirlenmesi ve kalite organizasyon yapısının kurulması,
- Personele ISO eğitimlerinin verilmesi,
- Kalite sisteminin kurulması,
- Kalite sisteminin faaliyete geçirilmesi ve değerlendirilmesi.

2.1.7.1. Kalite yönetiminin belirlenmesi ve kalite organizasyon yapısının kurulması

Bir hastanede kalite yönetiminin belirlenmesi aşamasında ilk işlem olarak hastanede üst düzey yöneticilerden oluşan kalite yönetim kurulu oluşturulmaktadır. Kalite yönetim kurulu TS-EN-ISO 9001 kalite standartları serisinin hangisinin hastanede uygulanacağına karar verir. Karar alındıktan sonra standart serinin gerekliliklerinin yerine getirilmesi için çalışmalara başlanır. Kalite yönetim kurulunun içinden hastanenin kalite güvence sistemi çalışmalarını üstlenecek, koordine edecek ve kalite yönetim kuruluna çalışmalarla ilgili bilgi verecek, hastanelerden hastanelere değişmekle birlikte çoğunlukla kalite güvence başkanı adıyla anılan ve kalite güvence bölümünün de yöneticisi olarak bir kişi yönetim temsilcisi olarak seçilmektedir. Bu arada kalite yönetim kurulu hastanenin kalite hedef politikalarını belirler. Bu politika ve hedefler kalite güvence bölümü tarafından tüm alt birimlere iletilir. Alt birimlerden de, alt birim yöneticileri kendi birimlerinin kalite sorumlusu olarak görevlendirilir. Kalite güvence bölümü altında da kalite eğitim grubu, kalite denetim grubu ve kalite geliştirme grupları oluşturulmaktadır. Bu grupların sayısı ve isimleri hastanelerin büyüklüklerine göre artırabilmektedir.

¹⁷³ A.g.e., s.78-80.

2.1.7.2. Personele ISO 9001 eğitimlerinin verilmesi

Kalite güvence sisteminin kurulmasında ilk olarak üst düzey yöneticileri görev almaktadır. Daha sonra hastanenin çeşitli birimlerinden seçilen personel TSE tarafından ya da TSE'nin uygun gördüğü bir eğitim kuruluşu aracılığıyla eğitime tabi tutulur ve eğitimlerinin sonunda da sertifikalandırılırlar. Eğitim alacak personelin sayısı hastane yönetimi tarafından belirlenmektedir. Bu eğitimlerde eğitim alacak personel için belirlenmiş standart bir sayı olmamakla birlikte, her hastane kendi büyüklüğüne göre çok az olmamak kaydıyla sayıyı kendisi belirlemektedir. Hastanede sertifikalı personel haricinde eğitim almamış olanlara eğitimleri kalite güvence bölümü bünyesinde bulunan sertifikalı kalite eğitim grubu tarafından verilmektedir.¹⁷⁴

2.1.7.3. Kalite sisteminin kurulması

Sistemin kuruluşu aşamasında belirlenen standart serisine (ISO 9001, 9002, 9003 gibi) uygun olarak kalite el kitabı, prosedürler ve talimatlarla birlikte seçilen serinin yerine getirilmesini istediği şartların nasıl, nerede ve ne zaman yapılacağını gösteren yazılı yönergelerde hazırlanmaktadır. Kalite güvence bölümü bünyesinde çalışmalarını sürdüren kalite geliştirme grubu da birimlerden kalite standartlarını oluşturmalarını ve her birimin kendi işlem adımlarını yazılı hale getirmesini bu aşamada istemektedir.¹⁷⁵

2.1.7.4. Kalite sisteminin faaliyete geçirilmesi ve değerlendirilmesi

Son aşamada kalite güvence sisteminin doğru kurulup kurulmadığının anlaşılması amacıyla sistem faaliyete geçirilir. Kalite güvence bölümü bünyesinde çalışmalarını sürdüren kalite denetim grubu (iç denetçiler) hastane faaliyetlerinin daha önce belirlenen prosedür ve talimatlara uygun olup olmadığının denetimini yaparlar. Bu esnada hastanede bulunan birimler denetime tabi tutularak eksiklikler ve aksaklıklar ile bunların nedenleri araştırılır. Denetçiler tarafından bulunarak birimlere iletilen sorunlar birim çalışanlarının da önerileriyle çözüme kavuşturulmaya çalışılır. Ancak birim

¹⁷⁴ ÇORUH Mithat, "Toplam Kalite Yönetimi, Hastane Uygulamaları Gerçekler ve Güçlükler", Sağlık Sektöründe Toplam Kalite Yönetiminin Yeri Sempozyumu, Haberal Eğitim Vakfı Yayını, Ankara, 1995, s.2-4.

¹⁷⁵ ŞAHİN, A.g.e., s.80-83.

tarafından çözülemeyen sorunlar kalite güvence bölümüne, bu bölümünde çözemeyeceği sorunlar, kalite sisteminin en üst yetkili organı olan kalite yönetim kuruluna iletilir. Kalite yönetim kuruluna, alt birimlerde ortaya çıkan ve birimler ile kalite güvence bölümü bazında çözüme kavuşturulan sorunlarda raporlar halinde bildirilir.

Hastane iç denetçilerine yaptırılan bu denetim ön denetim adını almaktadır. Bu denetim istendiği takdirde TSE çalışanlarına da yaptırılabilir. Ön denetim sonunda hastane yönetimi sistemde bir aksaklık olmadığına ve son denetim olan belgelendirme denetimine hazır olduğuna karar verirse, gerekli belgeler TSE'ne teslim edilerek, denetim için gün alınır ve denetim sonunda TSE tarafından belgenin verilip verilmemesine karar verilir.¹⁷⁶

¹⁷⁶ A.g.e., s.87-88.



ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

**ESKİŞEHİR İLİ SSK, DEVLET DOĞUM VE ÇOCUK BAKİMEVİ VE
ÜNİVERSİTE HASTANESİNDE ISO 9001 DENEYİMLERİNİN
KARŞILAŞTIRILMASI**

3.1. HASTANELERİ TANITICI BİLGİLER VE UYGULAMA SÜREÇLERİ

3.1.1. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Eğitim, Uygulama ve Araştırma

Hastanesini Tanıtıcı Bilgiler

Osmangazi Üniversitesi Hastanesinin temeli 1976 yılında dönemin Başbakanı Süleyman Demirel tarafından atılmıştır.

Sağlık Bakanlığının Eskişehir'deki 300 yataklı Göğüs Hastalıkları Hastanesinin Anadolu Üniversitesine devri ile hastane kuruluş çalışmaları tamamlanarak Temmuz 1977'de Eskişehir'de Anadolu Üniversitesine bağlı Tıp Fakültesi Hastanesi olarak faaliyete geçmiş, hasta kabulü yapılarak sağlık hizmetlerine başlamıştır.

1991 yılı Eylül-Ekim aylarında eski hastane binasında birkaç Anabilim Dalı dışındaki diğer tüm bölümler Meşelik Kampüsüne taşınmıştır. 1993 yılı sonunda 960 yataklı ve 110.000m² hastane inşaatı bitirilerek taşıma işlemleri tamamlanmıştır. 18 Ağustos 1993 gün 21672 sayılı Resmi Gazetede yayınlanan 496 sayılı kanun hükmünde kararname ile Osmangazi Üniversitesi kurulmuş ve hastane, Anadolu Üniversitesinden ayrılarak Osmangazi Üniversitesine bağlanmıştır.

Osmangazi Üniversitesi Eğitim, Uygulama ve Araştırma Hastanesi Eskişehir merkezi ve Bilecik, Afyon ve Kütahya'nın yer aldığı bölgede Üniversite Hastanesinin

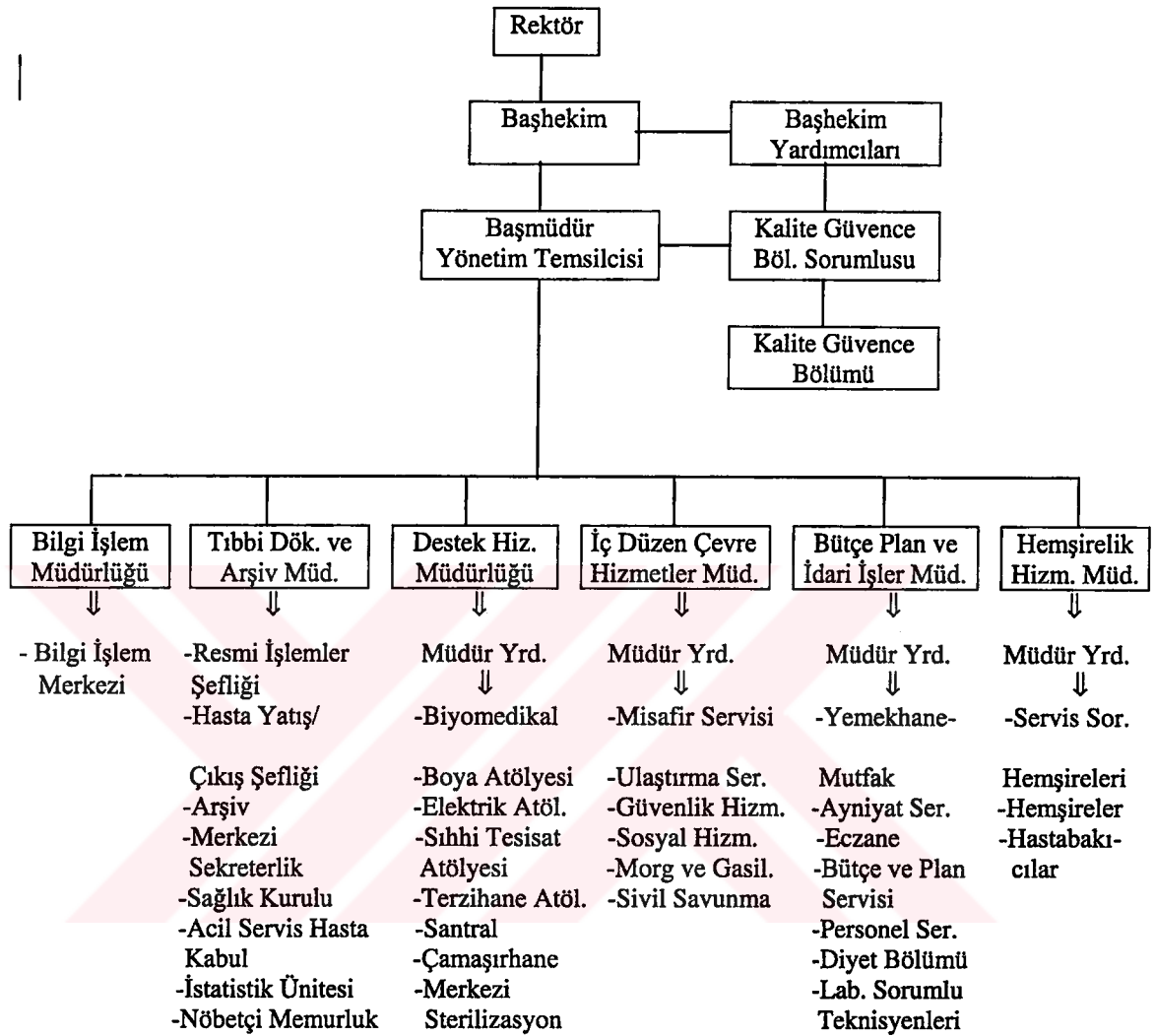
getirdiği 3. basamak sağlık hizmetleri sunumu ve tüm hizmetlerini hastaların hizmetine sunmaya devam etmektedir.

Hastane aynı zamanda bölgede tek olan bazı sağlık hizmetleri sunmaktadır. Bu hizmetler:

- Türkiye'nin en modern merkezlerinden biri olan Üreme Sağlığı Merkezi (Tüp Bebek Ünitesi)
- Genetik Hastalıkları Doğumöncesi Tanı ve Biyoteknoloji Uygulama Araştırma Merkezi (GENTAM)
- Ürodinami Merkezi
- Check-Up Merkezi
- Pediatrik Acil Servis
- Yenidoğan Ünitesi.

Osmangazi Hastanesinde kalite sistematüğini belgelendirme çalışmalarına 1997 Eylül ayında başlamış olup, TSE Bursa Bölge Müdürlüğünce hastanede görev yapan çeşitli meslek gruplarına mensup 39 personeline ISO 9001 eğitimi verilmiştir. Bu eğitim çalışmalarına paralel olarak ISO 9001 Kalite Güvence Sisteminin 20 maddesinin hastane ile entegrasyonu için dokümantasyon çalışmalarına başlanmıştır. Sistemin oluşturulmaya başlanmasından itibaren 9 kişilik ekipten oluşan çalışanlar akademik personel dışındaki tüm personele yaklaşık 2 ay süren bir maratonda ISO 9001 Kalite Güvence Sistemi eğitimi vermiştir. 1 yılı aşan sürekli ve yoğun çalışma sonucunda 1999 Mayıs ayı itibari ile Türkiye çapında ikinci kamu üniversitesi hastanesi, Ankara dışında ise ilk üniversite hastanesi olarak TS-EN-ISO 9001 Kalite Güvence Belgesi almaya hak kazanmıştır.

Belge alınmasından sonrada kalitenin bitmeyen bir yolculuk olduğu felsefesinden hareketle Toplam Kalite Yönetimi çalışmalarına devam edilmiştir. Bu bağlamda personele eğitimler verilmiştir. Osmangazi Üniversitesi Hastanesi, 2001 ve 2002 yıllarında Ulusal Kalite Ödülüne "Kamu Kategorisinde" katılmış ve saha ziyaretine kalmıştır.



Şekil 3.1: Osmangazi Üniversitesi Eğitim, Uygulama ve Araştırma Hastanesi Organizasyon Şeması

3.1.2. Sağlık Bakanlığı Eskişehir Doğum ve Çocuk Bakımevi Hastanesini Tanıtıcı Bilgiler

Doğum ve Çocuk Bakımevi Hastanesi 1948 yılında Eskişehir İl merkezinde bulunan Sıtma Binasında, 20 kadro-fiili yatak kapasitesi ile hizmete başlamıştır. 1951 yılında 50 kadro-fiili yatak kapasitesine çıkarılan hastane, 1954 yılında yeni binasına taşınan Göğüs Hastalıları Hastanesinin eski binasına taşınarak, bu binada 75 yataklı bir hastane olarak hizmet sunmaya başlamıştır. Yine 1972 yılında, yeni binasına taşınan Devlet Hastanesinin eski binasına naklédilen hastane, burada da 105 fiili yatak kapasitesi ile 20 Kasım 1986 tarihine kadar hizmete devam etmiştir.

Hastane en son olarak 20 Kasım 1986 tarihinde taşındığı binada şu ana kadar Eskişehir halkına ve bölgeye hizmet vermeye devam etmektedir.

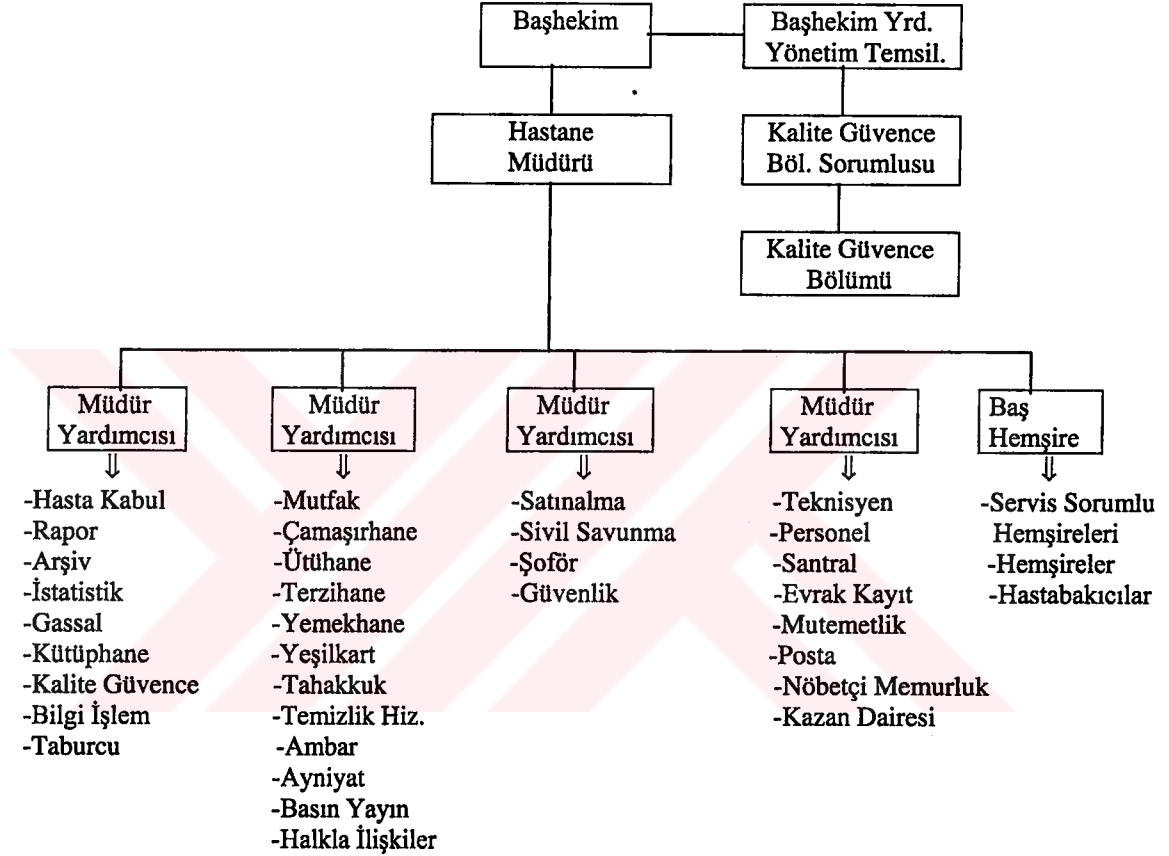
Özel dal hastanesi olarak Eskişehir ili ve bölgesine doğum ve çocuk hastalıkları hizmetlerini mevcut imkanları en iyi ve verimli bir şekilde kullanarak en kaliteli hizmeti sunmayı hedefleyen Doğum ve Çocuk Bakımevi Hastanesi, 331 kadro ve 241 fiili yatak kapasitesine sahiptir.

Hastanede ISO 9001 kalite çalışmaları Eylül 1999 döneminde fiili olarak başlamıştır. Başta tepe yöneticileri olmak üzere uzman doktor ve ünite sorumlusu hemşire ve diğer meslek gruplarına ISO 9001 KGS konusunda temel eğitim verilmiştir. Bunu gönüllü olarak bir danışman firma yapmıştır. Bu eğitimler daha çok soru cevap ve tanıtım şeklinde geçmiştir. Hastanede ISO 9001 KGS çalışmalarına başlamak için karar verme aşaması yaklaşık iki yılı bulmuştur. Bunda ise üst yönetimin kararsızlığı ve sıkça değişen hastane üst yönetiminin etkisi fazla olmuştur. Yeni gelen üst yönetimin kararlılığı sonucunda daha önce ISO 9001 belgesi almış olan bir üniversite hastanesi vakfından danışmanlık hizmeti alınarak bu yolculuğa başlanmıştır.

Hastane ISO 9001 çalışmalarını tamamladığında, Türk Standartları Enstitüsünden bir "Ön Tetkik" almıştır. İki gün süren ön tetkik sonucunda belgelendirme tetkiki için hazır olunduğunu gösteren bir rapor düzenlenmiştir. Daha sonra TSE tetkikçileri tekrar çağrılarak belgelendirme tetkiki yapılmış ve hastane Haziran 2002'de TS-EN-ISO 9001 Kalite Güvence Sistemi belgesini almaya hak kazanmıştır.

Hastanede 2001 yılında Toplam Kalite yönetimi çalışmaları başlatılmış olup, tüm hastane personeline Toplam Kalite eğitimi verilmiştir. Hastane 2002 yılı için

Kamu Ulusal Kalite Ödülü'ne (EFQM MÜKEMMELLİK MODELİ) aday olmuştur. Bu yönde çalışmalar sürmektedir.



Şekil 3.2: Sağlık Bakanlığı Eskişehir Doğum ve Çocuk Bakımevi Hastanesi Organizasyon Şeması

3.1.3. Sosyal Sigortalar Kurumu (S.S.K.) Eskişehir Bölge Hastanesini Tanıtıcı

Bilgiler

S.S.K Eskişehir Bölge Hastanesi 4 Nisan 1963 yılında 334 fiili yatak kapasitesi ile hizmete açılmıştır. 1988 yılında 434 olan yatak sayısı 504'e çıkartılmıştır. Halen 610 fiili yatağı mevcuttur. Ana bina altı katlıdır.

Artan sigortalı sayısı nedeniyle ek poliklinik binası inşaatı 1990 yılında başlatılmış Temmuz 1994'de hizmete açılmıştır. Ek poliklinik binası 1200m² alan üzerine kuruluş olup, 6 katlıdır. Tüm poliklinik hizmetleri ek poliklinik binasında verilmektedir.

Hastane 57.000m²'lik bir alanda, Eskişehir ili ve çevre illerin sigortalıları, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı Mensupları, Kurum Mensupları, Bağ-Kur çalışan ve sigortalıları ile ailelerine; ana branşlarının yanında 1 Hemodiyaliz Ünitesi, 1 kardiyoloji Ünitesi, 1 beyin Cerrahi Yoğun Bakım Ünitesi, 1 Tomografi Merkezi ve 2 Sağlık İstasyonu ile 1 Ağız ve Diş Tedavi Merkezi ile tüm branşlarda sağlık hizmeti vermektedir.

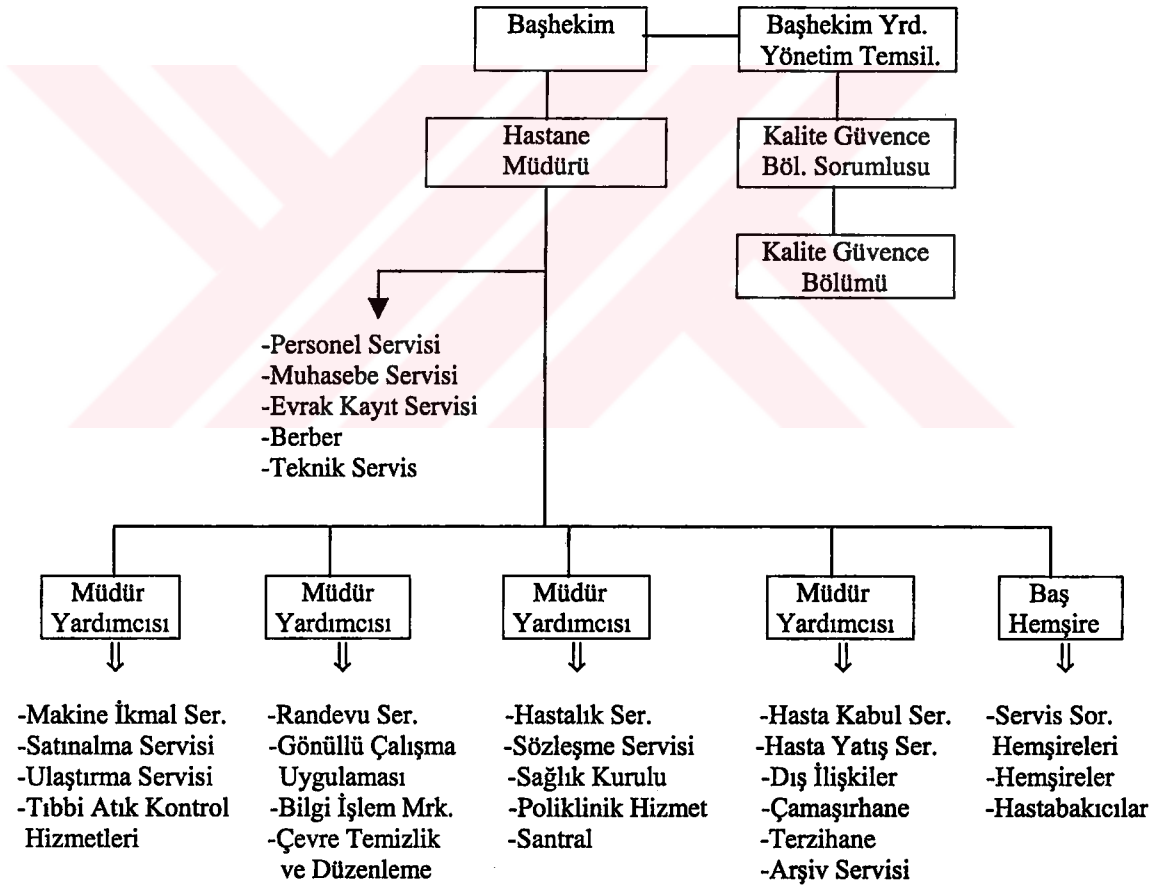
1963 yılındaki sigortalı sayısı ile 2002 yılındaki sigortalı sayısı mukayese edildiğinde hasta sayısında büyük bir artış olduğu gözlenmektedir. 626 özverili personelin üstün gayretleri ile hastane hizmetleri sürdürülmektedir.

Hastane 14 Şubat 2000 tarihinde çalışmaya başlayan "Randevulu Sistem" ile polikliniklerde ki yoğun hasta trafiği, "SSK 24 Saat" hattı ile en aza indirilmiştir. Bu sayede hastane içinde sıra numarası için bekleme ortadan kalkarken, muayene olmak için sıra bekleyen hastaların oluşturduğu yoğunlukta kaldırılmıştır.

Randevulu sistem uygulamasının hastane hizmet akışını hızlandırmasıyla daha fazla hastaya hizmet verme anlayışının bir ürünü olan "Gönüllü Çalışma Uygulaması" başlatılmıştır. Bu çalışma 08:00 – 17:00 saatleri arası sürdürülen poliklinik hizmetleri 17:00 – 20:00 saatleri arasına da taşınmış ve hastane imkanları daha etkin ve verimli olarak kullanılmaya başlanılmıştır. Bu sistem 20 Mart 2000 tarihinde hizmete sunulmuştur.

Ambulans ekibi çağdaş bir yapıya kavuşturularak, hasta taşımada mobil ekipler organize edilmiştir. Ambulans ekibi 24 saat hizmet vermektedir. Acil servis yeniden düzenlenmiş ve iyileştirmeler yapılmıştır. Acil serviste bulunan acil laboratuvarını, acil röntgen ve biyokimya laboratuvarları geliştirilmiştir.

Hastane 20 Eylül 2000 tarihinde ISO 9001 KGS çalışmalarına başlamıştır. Öncelikle, Kalite Güvence başkanlığı oluşturularak Toplam Kalite Yönetimi çalışmaları başlatıldı. Bu amaçla tamamlanan çalışmalar; Hastane temizliği ve yemeğinin ihalesi, poliklinik binası restore edilmesi ve idari bölümler birleştirilerek hastane modern bir görünüme sokulmuştur. Yaklaşık bir yıllık bir çalışmanın sonunda Mayıs 2001 yılında TSE'ye belgelendirme başvurusu yapılmış ve aynı yılın Temmuz ayında TSE tarafından yapılan belgelendirme tetkiki sonucunda 23 Ağustos 2001 yılında belgelendirilmeye hak kazanılmıştır. 5 Eylül 2001 yılında da Bakanlık ve TSE yetkililerinin hazır bulunduğu törenle TS-EN-ISO 9001 Kalite Güvence Sistemi Belgesini almıştır.



Şekil 3.3: Sosyal Sigortalar Kurumu (S.S.K.) Eskişehir Bölge Hastanesi Organizasyon Şeması

3.2. ISO 9001 KALİTE ÇALIŞMALARININ UYGULAMA SÜRECLERİ

3.2.1. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Eğitim, Uygulama ve Araştırma Hastanesinde ISO 9001 Kalite Çalışmalarının Uygulama Süreci

3.2.1.1. Kararı

Kararın alınması Dr. Yaşar ODACIOĞLU' nun Osmangazi Üniversitesi Hastanesine Başmüdür olarak göreve başlaması ve üst yönetimin isteği ile ISO 9001 kalite çalışmaları 1997 yılı Kasım ayında 39 kişilik bir ekiple eğitime başlamıştır. Bu ekip hastane bölümlerinin tümünü temsil edecek şekilde oluşturulmuştur.

3.2.1.2. Uygulamalar

ISO 9001 çalışmaları Türk Standartları Enstitüsü (TSE) tarafından hastanede 39 kişilik ekibe eğitim vermesiyle başladı. Kalite çalışması, 20 standart maddeye karşılık gelecek prosedürlerin yazma aşamasında 4-5 kişilik ekipler oluşturularak doküman hazırlama çalışmaları başlatıldı. Bu çalışmalarda sorumlu hemşireler ve laboratuvar sorumlularından destek alınarak talimatlar oluşturulmuştur. Görev tanımları tüm personelin kendilerinin yazdıkları taslak dokümanlardan sonra oluşturulmuştur. Daha sonra Kalite Kurulu oluşturulmuş, tüm prosedürler Kalite Kurulunda görüşülerek kabul edildikten sonra Rektör onayı ile yayınlanmıştır.

Tüm personel kalite sistemi hakkında en az bir kez olmak üzere eğitime tabi tutulmuştur. Prosedür, talimat, görev tanımı ve kalite el kitabının hazırlanmasından sonra TSE ye müracaat edilmiş, 14 Mayıs 1999 tarihinde TS-EN ISO 9001 Kalite Belgesi alınmıştır.

Tetkikçi belgesine sahip tetkikçilerimiz kuruluş içi kalite tetkiklerini yılda iki kez olmak üzere her bölümü tetkik ederek gerçekleştirmektedirler. Yapılan tetkiklerde uygunsuzluk tespit edildiğinde uygunsuzluk giderilinceye kadar takip tetkikleri yapılmaktadır.

Poliklinik ve kliniklerde işlem akışını ve sorumluluklarını belirleyen kalite planları oluşturularak uygulamaya konulmuştur. Tüm hastanedeki tetkik ve takip formları numaralandırılarak standartize edilmiştir.

Hastanenin genel kalite politikası ve sloganlar belirlenerek Rektör onayından sonra yayınlanmıştır. Her yıl başında hedefler revize edilerek Rektör onayı ile yayınlanır.

Yılda iki kez yönetimin kalite sistemini gözden geçirme toplantısı yapılır. Bu toplantılarda yıllık hedeflerin gerçekleşip gerçekleşmediği, hasta ve personel memnuniyet anketleri, düzeltici – önleyici faaliyetler, iç kalite tetkik sonuçları ve müşteri şikayetleri görüşülür.

Kalite sistemi paralelinde öneri prosedürü ve öneri sistemi oluşturulmuştur. Hastanenin 20 noktasına öneri kutuları ve öneri formları konulmuştur. Personel, hasta ve hasta yakını şikayet, tebrik ve önerilerini öneri formu doldurarak kutulara atmakta ve öneri kutuları haftanın ilk günü açılarak 15 günde bir hastane personelinden oluşan 5 kişilik (Hemşire, teknisyen, hastabakıcı, memur ve geçici işçi) öneri kurulu tarafından değerlendirilir. Öneri kurulu tarafından değerlendirmeye alınmayanlar adres ve isim belirtildiğinde adreslerine gönderilmektedir. Değerlendirmeye alınanlar tüm müdürlerin katıldığı toplantıda görüşülür. Sonuçlandırılan öneri formlarına kişiler ad ve adres belirttiği takdirde cevap verilir.

Tüm prosedür, talimat ve görev tanımlarında değişiklik olduğunda ilgili personel tarafından iç yazışma formu ile revizyon isteği yapılır. Dokümanlar revize edildikten sonra onaylanarak yürürlüğe girmektedir. Eski dokümanların orijinali geçersiz doküman kaşesi basılarak muhafaza edilmektedir.

Anketler yılda 2 kez yapılır. Anketler; personel, yatan hasta ve poliklinik hasta anketleri olarak yapılmaktadır. Anketler kalite güvence bölümünde toplanarak değerlendirilmekte sonuçlar her müdürlüğe gönderilmektedir.

Tüm müdürlükler yıl sonunda Kalite Güvence bölümüne yıllık eğitim taleplerini, eğitim talep formu ile belirtirler. Yıllık eğitim planı her yıl Aralık ayında hazırlanarak Rektör olurundan sonra tüm müdürlüklere gönderilir. Her müdürlük yıllık eğitim planı çerçevesinde eğitimlerini gerçekleştirir. Eğitim verilen personele eğitim katılım formları imzalatılarak formlar personel servisine verilir. Personel servisinde eğitimler her personelin kendi dosyasına bilgisayarda kayıt edilir.

Bu çalışmaların devamında sorumlu hemşirelere Kalibrasyon eğitimi verilmiştir. Kalibre edilecek cihazların listesi oluşturulmuştur. Biomedikal ünitesindeki

teknisyenlere eğitim verilerek hastanedeki bazı cihazların kalibrasyonu hastanede yapılmaya başlanmıştır.

Toplam kalite yönetimi çalışmaları 2000 yılı Nisan ayında yapılan eğitimlerle başlamıştır. Bu eğitimler toplam kalite yönetimi, sürekli iyileştirme, problem çözme teknikleri, eğiticilerin eğitimi ve kalite çemberleri konulu eğitimlerdir. Bu eğitimler sonunda pilot kalite çemberi oluşturularak çalışmalara başlanmıştır. Daha sonra kalibrasyon laboratuvarlarının akreditasyon çalışmaları gerçekleştirilerek kalibrasyon laboratuvarında tüm teknisyenlere gerekli eğitimler verilerek kalite el kitabı ve talimatlar oluşturulmuş ve TSE'ye Mayıs 2001 tarihinde müracaat edilmiştir. Laboratuvarın akreditasyonu için belgelendirme tetkiki gerçekleştirilememiştir. Bu çalışma Türkiye de ilk kez Osmangazi Üniversitesi Hastanesinde yapılmıştır.

3.2.1.3. Getiriler

Kalite Güvence Sistemi çalışmalarıyla hastane organizasyon şeması revize edilerek müdürlükler ve alt birimleri oluşturulmuştur. Bu çalışmalar paralelinde bazı düzenlemelerle tıbbi personel (Doktor, Hemşire, Hastabakıcı, Teknisyen) ile diğer hizmet personellerinin talimat ve görev tanımları oluşturularak personeller arasındaki ilişkiler iyileştirilmiş, tüm personel arasında hizmet kalitesinin ve hizmetin artırılmasına, verimlilik artışına ve hastane imajının iyileştirilmesine yönelik çalışmalar yapılarak çalışma barışı ve huzuru sağlanmıştır.

Çalışanların faaliyetleri ve kalite hedefleri ile ortak bir noktaya yönlendirilmiş, elde edilen sonuçlar anket çalışmaları ve istatistiki teknikler kullanılarak ölçülmüş ve bulunan sonuçların eski verilere göre daha başarılı ve gelişmiş olduğu gözlenmiştir.

Kalite çalışmaları ile kalibrasyon laboratuvarı tekniker ve teknisyenlere eğitim aldırılmış, yeni alınan kalibratörlerle teknisyenler çalışmaya başlamışlardır. Bu çalışmalar sonunda çalışanlar ve müşteriler kalibre edilen cihazlarla tahlil ve tetkik yapıldığı için daha güvenilir sonuçların çıktığından emin olmaktadır. Hastane kalibrasyon laboratuvarı hastanede kullanılan cihazların pek çoğunu kalibre edebilir duruma gelmiş, bunun sonucunda kurumumuza maddi kazanç sağlanmıştır.

Kalite çalışmaları hastanenin imajını değiştirmiş, hastalarında kalite belgesine sahip olan bir hastaneyi tercih etmeleri sonucu hasta sayısında bir artış olmuştur.

Çalışanların talimatlar ve görev tanımları ile yaptıkları işler belirlendiğinden huzurlu bir çalışma ortamı sağlanmıştır. Yılda iki kez çalışanlara, poliklinik ve klinik hastalarına uygulanan anket sonucunda gerekli değerlendirmeler yapılmaktadır. İşe yeni başlayan personel bağlı bulunduğu müdürlük tarafından oryantasyon eğitimine tabi tutularak görevine başlamaktadır.

TSE tetkikçileri tarafından her yıl olmak üzere yılda bir kez gözetim tetkiki yapılmaktadır. Tetkik sonucu yazdıkları raporla kalite çalışmalarımızı değerlendirerek iyileştirmeler yapılmakta ve yeni hedefler belirlenmektedir. Daha sonra gönderdikleri raporlarla hastane dış gözle değerlendirilerek bu rapora göre kendimizi ve çalışmalarımızı görmemizi sağlamaktadır.

3.2.1.4. Sonuçlar

Yönetim felsefesi değişikliği olmuştur. Klasik yönetimin unsurlarından vazgeçilip Kalite odaklı Modern yönetim teknikleri uygulanmıştır.

Reorganizasyon çalışması yapılmış, hastanedeki idari yapılanma gerek 2547 sayılı yasa gerekse 124 sayılı kanun hükmünde kararname ve hastane yönetmeliği çerçevesinde reorganizasyon görev tanımları yapılmıştır.

Hastanedeki süreçler belirlenmiş tıbbi süreçler yanında, idari süreçlerde belirlenmiştir.

Yıllık iç kalite tetkikleri ile sorunlar haritası ortaya çıkartılmıştır.

Öneri, düzeltici ve önleyici faaliyetler ile çalışanların sisteme katılımı sağlanmış kalite çemberi uygulamaları başlatılmıştır.

Kalibrasyon merkezi kazandırılmıştır.

Personelin gerek planlı gerekse plan dışı düzenli eğitimleri sağlanmıştır. Bunun sonucu olarak örneğin, kaçan hasta sayısı sifıra inmiştir.

Kongre ve sempozyuma katılan personel sayısı artmış ve yüzlerce makaleleri yayınlanmıştır.

Hastane bu çalışmalar sonrasında, Ulusal Kalite Ödülüne (EFQM) müracaat etmeye kendisini yeterli görmüş ve 2000-2001 yıllarında katılmış, her ikisinde de saha ziyaretine kalmaya hak kazanmıştır. 2001 yılında saha ziyaretine kalan tek kamu hastanesi olma özelliğine sahiptir.

3.2.2. Sağlık Bakanlığı Eskişehir Doğum ve Çocuk Bakımevi Hastanesinde ISO 9001 Kalite Çalışmalarının Uygulama Süreci

3.2.2.1. Kararı

Karar aşaması hastanede 1,5 yıl gibi uzun bir zaman almıştır. Bir danışman firma yetkilisinin hastane üst yönetimine sistemi tanıtıcı eğitim vermesi, bunun çeşitli aralıklarla tekrarlanması şeklinde başlayan karar aşaması, hastane üst düzey yöneticilerinin görev değişikliği nedeniyle iyice uzamıştır. Göreve yeni başlayan üst yönetimin kararlılığı ve çabalarıyla bir danışman firma ile anlaşarak Eylül 1999 döneminde fiili olarak ISO 9001 çalışmaları başlatılmıştır.

3.2.2.2. Uygulamalar

Eylül 1999'da başlayan kalite çalışmaları çerçevesinde, öncelikle tüm hastanenin kat ve ünite planları çıkartılmıştır. Daha sonra hastanede kullanılan tüm biyomedikal, elektriksel ve pnömatik tıbbi cihazların listesi çıkartılmıştır. Bu cihazlara ait kullanım bilgileri, kalibrasyon aralıkları, ölçüm aralıkları gibi bilgiler kayıt altına alınmıştır. Daha sonra bir eğitim takvimi çıkartılarak tüm hastane personeli ISO 9001 Kalite Sistemi konusunda temel eğitimden geçirilmiştir.

Hastanede ISO 9001 çalışmalarını tamamladığında, Türk Standartları Enstitüsünden bir "Ön Tetkik" almıştır. İki gün süren ön tetkik sonucunda belgelendirme tetkiki için hazır olduğunu gösteren bir rapor düzenlenmiştir. Daha sonra TSE tetkikçileri tekrar çağrılarak belgelendirme tetkiki yapılmış ve hastane Haziran 2002'de TS-EN-ISO 9001 Kalite Güvence Sistemi belgesini almaya hak kazanmıştır.

Hastane işletmeciliği çok dinamik ve değişken hizmet süreçlerinden oluşmaktadır. O nedenle her geçen gün daha da karmaşıklaşan ilişkiler ve süreçler ağını kontrol etmek, dokümanete etmek ve izlenebilirliğini sağlamak kolay değildir. Her gün yeni bir uygulama, değişik bir süreçle karşılaşmak mümkündür. Görev tanımları hazırlanırken de aynı sorunlar yaşanmıştır. Bakanlığın yayınladığı yönetmeliklerle çok sık olarak çakışan kalite sistem şartları hastane yönetimini sıkıntıya sokmuştur. Her türlü faaliyet için zaman zaman bakanlığın özel iznine başvurulmuştur.

Ayrıca 20 kişilik bir “kalite ekibi” kurularak bu ekibe, ISO 9001 eğitimi, prosedür ve talimat hazırlama eğitimi, problem çözme, istatistiki teknikler eğitimi ve iletişim gibi konularda eğitim verilmiştir. Doktor grubuna ise alanında saygın ve kalite yönetimi konusunda uzman kurum dışından bir doktor tarafından ISO 9001 tanıtım ve yararları üzerine eğitim verilmiştir.

Eğitimlerin sonunda ISO 9001 kalite sisteminin 20 maddesine göre hastane süreçlerinin tanımlanması, prosedür, talimat, iş tanımları, iş akış şemaları, organizasyon şeması ve kalite planları gibi dokümanların hazırlanmasına geçilmiştir.

Daha sonra hastane yönetimi, hastane çalışanlarının katılımı ve önerileriyle “Kalite Politikası”nı oluşturmuştur. Bu kalite politikası, sloganlar ve hedefler büyük afişlerle tüm hastane katlarına asılarak hem çalışanların hem de hasta ve hasta yakınlarının bundan haberdar olması sağlanmıştır.

Hastanede tüm süreçler belirlenmiş ve süreçlerle ilgili izlenebilirlik ve standart sağlamak amacıyla prosedürler ve talimatlar oluşturulmuştur. Toplam 35 adet hazırlanan prosedürlerle elde edilmek istenen temel amaç, prosedürün içerdiği hizmet sürecine ait kaliteyi etkileyen tüm faaliyetlerin genel olarak tanımlanması şeklindedir.

Doküman ve Veri kontrol prosedürü ile dokümanların sınıflandırılması ve kodlanması gibi işlemlerin takibinin ne şekilde yapılacağı ve dokümanların kimler tarafından hazırlanacağı ve onaylanacağı belirlenmiştir. Herhangi bir konuda ilgili doküman değişikliği ünite sorumluları veya diğer çalışanlarca doldurulan “revizyon talep formu” ile bildirilmektedir. Yapılan revizyonu yapılan dokümanlar baştabibin onayı ile yeniden dağıtılır ve eski dokümanlar toplanarak kalite bölümüne teslim edilir.

Her yıl Eylül ayı içinde eğitim hemşiresi ve ünite sorumluları ilgili personelin eğitim ihtiyacını eğitim planı ile yönetim temsilcisine bildirmektedir. Yönetim temsilcisi ünitelerden gelen eğitim planlarını inceleyerek, yıllık eğitim planı hazırlayarak ilgili ünitelere dağıtımını sağlamıştır.

Eğitim, yıllık planlarla tüm personele yayılmıştır. Personelin almış olduğu tüm eğitimler personel bazında kişisel eğitim izleme dokümanları oluşturularak takip edilmiştir. Böylece hangi personelin hangi eğitimleri aldığı, eğitim yönünden bir eksiğinin olup olmadığı rahatlıkla izlenebilmektedir.

İç kalite denetimleri için süreçlerin kontrolünü yapmak üzere hastane iki personeline TSE’den iç kalite tetkik eğitimi aldırılmıştır. Bu eğitimli tetkikçilerce yılda

en az iki kez tüm süreçler denetlenmekte ve uygunsuzluklar kayıt altına alınarak gerekli iyileştirmeler yapılmaktadır.

Hastane cihazlarının kalibrasyonu TSE Metroloji ve Kalibrasyon Dairesi'nce yapılmaktadır. Burada sadece ilgili cihazların sapma değerleri tespit edilmekte ve hastane bu cihazları Türkiye Uçak Sanayi A.Ş (Tusaş)'a başvurarak bu sapmaların tamir edilerek düzeltilmesi sağlanmıştır.

3.2.2.3. Getiriler

Kalite çalışmaları öncelikle tüm süreçlerde yapılan faaliyetlerin tanımlanarak dokümanite edilmesi, sorumlularının belirlenmesi, her aşamada o faaliyetin ilgililerinin takip altına alınarak izlenebilirliği, tüm çalışanların yaptıkları işlerin detay adımlarına kadar açıklanarak ilgili ünitelere asılması ve çalışanların her an bunu okuma ve geliştirme olanaklarının sağlanması çok önemli gelişmelerdir.

Özellikle uygulanan iş talimatları ve prosedürlerin o birim çalışanlarınca yazılması ve revize edilmesi çalışanların yönetime ve sisteme çok daha etkin sistemden fayda göreceği biçimde katılımları sonucunu doğurmuştur.

Hastanelerde bir türlü çözülemeyen sorunların başında yer alan görev ve yetki karmaşasının, dokümanite edilerek ve her çalışana ulaştırılıp bilgilendirilerek çözümü yine çok önemli gelişmedir. Bunun yanında cihaz kullanım talimatlarının hazırlanması, kalite planlarının ve iş akış şemalarının hazırlanması günlük uygulamalarda çok önemli sorun olan çalışanların karar verme ve sorun çözme becerilerini iyi yönde etkilemiştir.

Çalışanların sisteme daha iyi katılımının sağlanması amacıyla periyodik olarak anket uygulamaları yapılmıştır. Son olarak ayın personeli uygulaması en iyi öneriyi sunan ekibin ödüllendirilmesi şeklinde revize edilerek uygulanmaya başlanmıştır.

Ayrıca ayın personeli uygulaması, iç kalite denetimleri ve dış denetimler sonucunda ödüllendirilen ekip ve çalışanlar sisteme daha iyi sahip çıkmışlar ve bunu işlerine olumlu yönde yansıtmışlardır.

Tüm hastane cihazlarının kalibrasyonu sonucunda her zaman doğru ölçüm yapan cihazlarla çalışmak personel ve hasta sağlığı açısından çok önemli bir getiri olmuştur. Aynı zamanda bu hastanenin güvenilirliği açısından da büyük bir getirdir.

Ayrıca kişisel bazda eğitimlerin çok pahalı ve ulaşılamaz olmasının yanında kalite çalışmaları ile eğitime büyük miktarlarda yatırım yapılması sonunda bir çok

personelin kendi imkanlarıyla yararlanmasının mümkün olmayacağı bir eğitim şansı elde etmişlerdir.

Kalite belgesi ve çalışmaları ile hastanenin dış müşterilere ve kurumlara karşı imajının değişmesi, yine çalışanlar açısından bir iş doyumunu ve motivasyon unsuru olmuştur. Çok yakınılan devlet çalışanı zihniyeti, değişime direnen bir yapının olması, kamu hastanesinden bir ilerleme beklentisinin olmaması, sıradan ve monoton adeta dinazorlaşmış bir çalışma düzen ve temposunun kırılması, çalışanların yapıcı bir rekabete girmesi, işini iyi yapamayan bir personelin kendini saklayamadığı dinamik bir sistem ortaya çıkmıştır.

3.2.2.4. Sonuçlar

ISO 9001 Kalite Güvence Sistemi öncelikle hastanede bir felsefe değişikliği ve kurum kültürü oluşturmuştur.

Çalışanların kişisel vizyonlarının ve hedeflerinin oluşması sağlanmıştır. Aynı zamanda çalışanlar arasında iyi yönde rekabet ve sinerji doğurmuştur.

Hasta tatmininde artmalar olmuştur.

Personele verilen döner sermaye katkı payları %25-30'lardan %100 seviyesine çıkmıştır.

Gelirlerde %15-20 oranında artış olmuştur.

Hastanede akademik çalışmalar artmıştır. Çalışanlarımızdan kongre ve seminerlere katılımlar artmıştır. Birçok makaleleri yayımlanmıştır.

Hastanede diğer hastanelerden ziyaretler artmıştır. Aynı zamanda çalışanlarımız diğer hastanelere danışmanlık hizmeti vermektedirler.

Çalışanların daha istekli ve yüksek motivasyonla işlerini yapmaları, çalışanların işlerine bağlılığı ve işlerinden aldıkları doyum artmıştır. Mesai saati dışında da gönüllü olarak hastanede çalışmalar yapmaktadırlar

Hastane bu çalışmalar sonucunda Ulusal Kalite Ödülüne (EFQM) 2002 yılında müracaat etmeyi uygun görmüş ve müracaatını yapmıştır.

3.2.3. Sosyal Sigortalar Kurumu (S.S.K.) Eskişehir Bölge Hastanesinde ISO 9001 Kalite Çalışmalarının Uygulama Süreci

3.2.3.1. Kararı

Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı' nın almış olduğu karar üzerine SSK Eskişehir Bölge Hastanesi Haziran 2000 yılında ISO çalışmalarına başladı. Akabinde yönetim temsilciliği ve Kalite Konsey Üyeleri oluşturuldu. Bakanlık talimatı gereği konsey üyeleri TSE ve Marmara Üniversitesi ile işbirliğine giderek kalite eğitimlerine başladı.

3.2.3.2. Uygulamalar

Yaklaşık 1 yıllık çalışmanın sonunda 2001 yılının Mayıs ayında TSE' ye belgelendirme başvurusu yapıldı. Aynı yılın Temmuz ayında TSE tarafından belgelendirme tetkiki yapıldı. 23 Ağustos 2001 de yapılan tetkik sonucunda belgelendirmeye hak kazanıldı. 5 Eylül de Bakanlık ve TSE yetkililerinin hazır bulunduğu törenle belgelendirme yapıldı.

2001 yılında belgelendirme öncesi yaklaşık 7-8 kişiden oluşan 18 takım oluşturuldu. Bu takım çalışmalarında yapılan bütün iyileştirmeler sponsorlar tarafından gerçekleştirildi. 25 kişilik bir ekip, poliklinik ve kliniklerdeki her katta öneri kutularının değerlendirmelerini haftalık yapmaktadır. 3 kişilik bir ekipte ayrıca web sitesinde yapılan şikayetleri değerlendirmeye tabi tutmaktadır. Tetkikçi belgesine sahip 5 kişilik tetkikçi ekibi kuruluş içi kalite tetkiklerini yılda iki sefer yapmaktadır. Yılda 3 kez anket yapılmakta ve bu anketlerin sonuçlarının değerlendirilmelerine göre belirlenen kalite hedeflerinin bir kıyaslaması yapılmaktadır.

Alt grubu ile birlikte 8 kişilik ekipten oluşan sistem geliştirme başkanlığı, 15 günde bir normal (olağanüstü durumlarda gün kısalabilmekte) toplanarak bildirilen uygunsuzluklar değerlendirilip görülen uygunsuzluklara alınan kararlar bölümlere ve birimlere iletilerek çözüm yolları aranmaktadır.

Her yılın Ocak ayında eğitim grubu başkanlığı toplanıp birimlere birer yazıyla hangi konularda hizmet içi eğitim almak istedikleri sorulur ve hizmet içi eğitimi için birimlerin talepleri doğrultusunda hizmet içi eğitim programı hazırlanıp belirli bir takvim süresinde eğitim verecek kişiler tespit edilerek hizmet içi eğitim verilmektedir.

Hastanede bazı cihazların kalibrasyonu TSE kalibrasyon merkezi ile veya özel merkezlerle iş birliğine gidilerek yapılmaktadır. Bununla ilgili kalibrasyon bakımları kendi merkezinde kalibrasyondan sorumlu teknisyen tarafından yapılmaktadır..

3.2.3.3 Getiriler

Bu çalışmaların amacı kalite politikalarından biri olan hasta ve personel memnuniyetini sağlamaktır. Yapılan anketlerle hasta ve personel memnuniyeti ölçümleri yapıldı. Amaç, buradan çıkan sonuçları daha da geliştirerek memnuniyet oranlarını arttırmaktır.

Hastanenin organizasyon şemasında bir değişiklik olmamıştır. S.S.K.Genel Müdürlüğü hastanelerinde organizasyon yapılanmaları dahil olmak üzere birçok yapılanmaya merkeziyetçi bir anlayışla müdahale etmekten kaçınmalıdır.

Kalite yolculuğundan önce çalışanların sıkıntıları başhekimliğe iletiliyordu şimdi ise çalışanlar taleplerini uygunsuzluk formu ile kalite güvence bölümüne bildiriyor. Kalite güvence bölümünde ise sistem geliştirme başkanı bu formların değerlendirmelerini yaparak çözüm yolları aramaktadır.

Plastik Cerrahi, Gastroenteroloji, Çocuk Cerrahi ve Çocuk Acil Servisleri açıldı. Bu son yapılanlar ISO 9002'in kazanımlarıdır.

Servislerde, polikliniklerde, eczane, ayniyat eczanesi, kat sekreterliği departmanlarında bilgisayar otomasyonuna geçilmiştir.

Müşteri memnuniyeti ve kaçakların önlenmesi sağlanmıştır.

Hizmet üniteleri kurulmuştur. Randevu karşılama polikliniğe gelen müşteri herhangi bir kuruma sevk edilmiş ise müşteri hizmet ünitesine evrağını bırakmakta görevliler ise hastane içindeki işlemleri en kısa zamanda bitirip hastaya evraklarını teslim etmektedir. Müşteri az çabayla ve az zamanda işini bitirmenin mutluluğunu yaşamaktadır.

Birimlerin isteği doğrultusunda verilen hizmet içi eğitimler personel motivasyonunu arttırmış ve personeli sistemin içine dahil etmiştir.

Getirilerden birisi de daha önce ihtiyaç hissedilmeyen fakat kalite çalışmalarıyla ve sonrası verilmeye başlanan hizmet içi eğitimler sonucu hastanede 200 kişilik eğitim salonu düzenlendi. Eğitimler burada son teknolojik imkanlarla verilmektedir.

3.2.3.4. Sonuçlar

2000 – 2001 yılı arasında % 60-65 arasında poliklinik hasta sayısında artış olmuştur. Hasta artış oranlarına göre de dış sevklerde azalma olmuştur.

Sistemin getirdiği önceleri mevcut olmayan tıbbi cihazların hastaneye kazandırılmasıyla daha önceden 1-2 gün süren tahlil tetkiklerin sonuçları günlük verilir hale geldi. Bunun sonucu olarak da hekim hasta diyaloğunun hızlanması sağlanmıştır.

Mevcut olan cihazlarımızın kalibrasyonunun olmayışı tahlil tetkiklerde sapmalara neden olabilirken kalibre edilecek cihazların kalibrasyonu ile sapmalar önlendi. Bu da müşteri için daha güvenilir sonuçlarla tedavisinin yapılması anlamına gelmektedir.

Tıbbi cihaz atölyesinin işlerlik kazanması ile takviye elemanlarla hastanenin cihazlarının periyodik bakımları sürekli olarak yapılarak kayıt altına alındı.

Toplam 626 çalışan personelin 450 si kurulan Sosyal Faaliyetler Komitesine üye oldu ve 50 personel de komitelerde faal görev alarak (Sağlık, cenaze, özel günler vb.) sosyal kültürel faaliyetlerde bulunmaktadır.

Yapılan anketlerde (personel, klinik ve poliklinik hastaları) memnuniyet oranı %35-40'lardan %75-80'lere çekilmiştir.

3.3. ÜÇ HASTANE YÖNETİCİLERİNE UYGULANAN ISO 9001 ANKET SONUÇLARININ KARŞILAŞTIRMALI ANALİZİ

3.3.1. Amaç

Sağlık hizmetlerine olan talebin artması ve buna karşın kaynakların azalması ülkeleri bu artan talebi etkili bir şekilde karşılamak üzere sistemlerini geliştirmeye yönlendirmektedir. Bu ilke, karışık ya da tek başına serbest pazar ekonomisine sahip ülkelerin bir çok sağlık hizmetleri için geçerlidir. Bu kısaca sağlık kuruluşlarının kalite konularına önem vermesi gerektiği anlamına gelmektedir. Ayrıca hasta olsun olmasın toplumda yaşayanların sağlık hizmetlerinde kalite konusunda ilgileri giderek artmaktadır. Herkesin ulaşılabilir en iyi sağlık seviyesine sahip olma hakkı vardır. Bu da mevcut ekonomik kaynaklar elverdiği ölçüde hizmet kalitesinin sürekli iyileştirilmesini gerektirir.

Hükümetler paranın doğru yerlere harcanmasını sağlamak zorundadır. Diğer yandan sağlık yöneticileri ve personeli de verdikleri hizmetin maliyet-etkililik oranını göz önünde tutmalıdır. Hizmeti kullananlar adına sağlık hizmetlerini sunanlar, izleyen ve onların haklarını savunan kuruluşlar kaliteyle ilgilenmişlerdir. Böylece kalite şu anda yönetsel ve mesleki gündemdeki konuların en başında gelmektedir.

Bu doğrultuda amaç, hastanelerde kalite yönetiminin bir aracı olarak uygulanan ve Uluslararası bir kalite güvence sistemi olan ISO 9001 KGS' nin uygulamasının Eskişehir İlimizdeki üç ayrı Kamu Kuruluşuna bağlı olan ve ISO 9001 belgeli YÖK Üniversite Hastanesi, SSK Bölge Hastanesi ve Sağlık Bakanlığı Doğum ve Çocuk Bakımevi Hastanesinde aralarında statülerinden kaynaklanan kuruluş farklılıklarını ve yönetici olarak çalışanların bu kalite sistemini hastanelerin de hangi farklılıklarla algılayarak uyguladıklarını beklentilerini ve uygulamadan kaynaklanan sorunları belirlemeye ayrıca hangi hastanenin uygulamada daha başarılı olduğunu öğrenmeye çalışmaktır.

3.3.2. Yöntem

Üç ayrı Kamu Kuruluşuna bağlı hastanelerde uygulanan ISO 9001 Kalite Güvence Sisteminin uygulamalarının karşılaştırmasını yapabilmek için farklı statüdeki bu üç hastanede yöneticilere 17 soruluk bir anket uygulanmıştır. Bazı sorular açık uçlu olarak bırakılmış, böylece yanıtlayan kişilerin kısıtlanması ve yönlendirilmesi önlenmeye çalışılmıştır. Yukarıda bahsedilen şekilde seçilen örnekleme anketler dağıtılmış, kişiler anketleri doldurduktan sonra toplanmış ve değerlendirilmiştir. Kişilerden kesinlikle isim yazmamaları istenmiş böylece kişilerin soruları açıklıkla yanıtlanması sağlanmaya çalışılmıştır.

Uygulanan ankette toplam frekans sayısı 109 olup yöneticiler 9 ayrı grupta incelenmiştir. Yönetici grupları, hastaneler bazında dağılımları, anket soruları ve cevaplayanlarında dağılımları şöyledir:

Tablo 3.1: Hastane türlerine göre dağılım

	Frekans	%
O.G.Ü Eğitim Uygulama ve Araştırma Hastanesi	46	42,2
S.S.K Bölge Hastanesi	42	38,5
Sağlık Bakanlığı Doğum ve Çocuk Bakımevi Hastanesi	21	19,3
Toplam	109	100,0

Anketi cevaplayan yöneticilerin kişisel özellikleri 9 grupta incelenmiştir. Bu yönetici grupları sırasıyla şöyledir:

1. Başhekim
2. Başhekim Yardımcısı
3. Başmüdür
4. Müdür
5. Müdür Yardımcısı
6. Şef
7. Başhemşire
8. Başhemşire Yardımcısı
9. Servis Sorumlu Hemşireleri.

Tablo 3.2: Göreviniz?

	Frekans	%
Başhekim	3	2,8
Başhekim Yardımcısı	13	11,9
Başmüdür	1	0,9
Müdür	6	5,5
Müdür Yardımcısı	6	5,5
Şef	18	16,5
Başhemşire	3	2,8
Başhemşire Yardımcısı	9	8,2
Servis Sorumlu Hemşiresi	50	45,9
Toplam	109	100,0

Tablo 3.3: Eğitim durumunuz?

	Frekans	%
Lise	8	7,3
Ön Lisans	50	45,9
Lisans	16	23,8
Yüksek Lisans	10	9,2
Doktora	15	13,8
Toplam	109	100,0

Tablo 3.4: Hastanenede kaç yıldır yönetici olarak çalışıyorsunuz?

	Frekans	%
1 ve 1 yıldan az	11	10,1
2-3 yıl arası	21	19,3
4-5 yıl arası	23	21,1
6 yıl ve üstü	54	49,5
Toplam	109	100,0

Tablo 3.5: Hastanenede çalışmayı nasıl tanımlarsınız?

	Frekans	%
Gurur verici	45	41,3
Zorlayıcı-yıpratıcı	43	39,4
Yorucu	21	19,3
Toplam	109	100,0

Tablo 3.6: ISO 9001 hakkında ne ölçüde bilgi sahibisiniz?

	Frekans	%
Çok az	2	1,8
Kısmen	56	51,4
Oldukça fazla	51	46,8
Toplam	109	100,0

Tablo 3.7: ISO 9001 eğitimi aldınız mı?

	Frekans	%
Evet	104	95,4
Hayır	5	4,6
Toplam	109	100,0

Tablo 3.8: ISO 9001 KGS eğitimi aldınız ise kaç saat?

	Frekans	%
1 saat	1	0,9
2-3 saat	14	12,8
4 saat ve üstü	89	81,7
Toplam	104	95,4
Almayanların sayısı	5	4,6
Toplam	109	100,0

Tablo 3.9: ISO 9001, hastanenize ne ölçüde katkı sağladı?

	Frekans	%
Katkı sağladığımı düşünmüyorum	3	2,8
Çok az katkı sağladı	15	13,8
Oldukça olumlu değişiklikler sağladı	69	63,2
Her şey eskisinden kötü oldu	1	0,9
Çok önemli değişiklik getirmedi	21	19,3
Toplam	109	100,0

Tablo 3.10: 8. Soruya cevabınız a ve b seçenekleri ise bu cevabınızın ana nedenini yazar mısınız?

	Frekans	%
ISO çalışmalarına doktorlarında katılımlarının sağlanması	5	4,6
Çalışanların mutluluğunun göz ardı edilmesi	5	4,6
Kırtasiye işlerinin çoğalması	8	7,3
Toplam	18	16,5
Cevap vermeyenler	91	83,5
Toplam	109	100,0

Tablo 3.11: ISO 9001 size ve/veya çalışanlarınıza gereksiz ek iş yükü getirdi mi?

	Frekans	%
Evet	18	16,5
Kısmen	56	51,4
Hayır	35	32,1
Toplam	109	100,0

Tablo 3.12: Mesleğinizin edindirdiği bilgi beceri ve yaratıcılığı eskisinden daha fazla oranda kullanabiliyor musunuz?

	Frekans	%
Evet	62	56,9
Kısmen	31	28,4
Hayır	16	14,7
Toplam	109	100,0

Tablo 3.13: 12. soruya cevabınız Hayır veya Kısmen ise bu cevabınızın ana nedenini yazar mısınız?

	Frekans	%
İşlerimin yoğunluğu	22	20,2
Yeterli olanakların sağlanmaması	14	12,8
Mesleğimin dışındaki işlerle uğraşmak	10	9,2
Toplam	46	42,2
Cevap vermeyenler	63	57,8
Toplam	109	100,0

Tablo 3.14: Bir yönetici olarak, üst yönetiminizce eskisinden daha objektif değerlendiriliyor musunuz?

	Frekans	%
Evet	48	44,0
Kısmen	39	35,8
Hayır	22	20,2
Toplam	109	100,0

Tablo 3.15: Üst yönetime ilettiğiniz çözümlenmesi mümkün ve kolay hizmet kalitenizi etkileyen sorunlar dikkate alınıyor ve çözümlenmesi için girişimlerde bulunuluyor mu?

	Frekans	%
Evet	58	53,2
Kısmen	39	35,8
Hayır	12	11,0
Toplam	109	100,0

Tablo 3.16: Üst yönetim tarafından düşüncelerinizin, eskisinden daha fazla dikkate alındığına inanıyor musunuz?

	Frekans	%
Evet	52	47,7
Kısmen	40	36,7
Hayır	17	15,6
Toplam	109	100,0

Tablo 3.17: ISO ile herkesin iş tanımı yapıldığı için, farklı işlerde çalışan insanlar arası çalışma barışı sağlandı mı?

	Frekans	%
Evet	40	36,7
Hayır	55	50,5
Kısmen	14	12,8
Toplam	109	100,0

Tablo 3.18: Hastanenizde daha iyi hizmet verebilmeniz için üst yönetiminiz neler yapmalı?

	Frekans	%
Çalışanlarını ödüllendirmeli	16	14,7
Objektif değerlendirme yapmalı	22	20,1
Malzeme eksikliği giderilmeli	5	4,6
Çalışanlara sürekli eğitim verilmeli	28	25,7
Çalışanlar arasında adil davranılmalı	16	14,7
Personel eksikliği giderilmeli	18	16,5
Toplam	105	96,3
Cevap vermeyenler	4	3,7
Toplam	109	100,0

3.3.3. Bulgular

1960'larda Deming ve Crosby ilkelerinin kalite dünyasına hakim olması, kalite kontrolden "Kalite Güvence Sistemi" kavramına geçiş sağlanmıştır. KGS modern ve sistemli bir anlayış olarak hem üretim hem de hizmet sektöründe kalite devrimi yaratmıştır. Kalite hareketini bugünkü Kalite Yönetimi anlayışına getiren önemli soru bu dönemde sorulmuştur. Kalite sorunlarından ve hatalarından kim sorumlu? Suçlu kim?

Kalite Yönetimi, işte burada kaliteye birde "Yönetim" kavramını ekleyerek bu soruya cevap vermiştir. Deming'e göre yönetim, kalite sorunlarının %85'inden sorumludur. Bu yönü ile, Kalite Yönetimi; sürekli gelişme, müşteri odaklı olma, önlemeye yönelik denetim, takım çalışması, ölçülebilir hedefler ve yetiştirme programlarını kurumsallaştırma, işte iç huzuru sağlamak ve korku ortamını ortadan kaldırmak için iletişimi teşvik etme, üst yönetimin katılımı ve önderliği gibi konular üzerinde yoğunlaşan bir örgüt kültürü oluşturarak bunu bir yaşam felsefesi ve yaşam biçimi olarak gören çağdaş bir yaklaşımdır.

Yönetim yaklaşımlarının neredeyse tümünden yararlanan Kalite Yönetimi, ortaya koyduğu güçlü esnek yapı ve sistem ile kökeninde insan olan bir yaklaşımdır. Bu bağlamda araştırmamız aşağıdaki bulgular ışığında bir yönetim felsefesi olan Kalite Yönetiminin hastanelerimizde yöneticiler tarafından nasıl algılandığını ve uygulandığını hangi hastanelerde daha iyi uygulama ortamının oluştuğu ve ne düzeyde uygulanabilirliğinin sağlandığı aynı zamanda hastanelere getirilerinin ve götürülerinin neler olduğunu görmeye çalışacağız.

Tablo 3.19: Göreviniz?

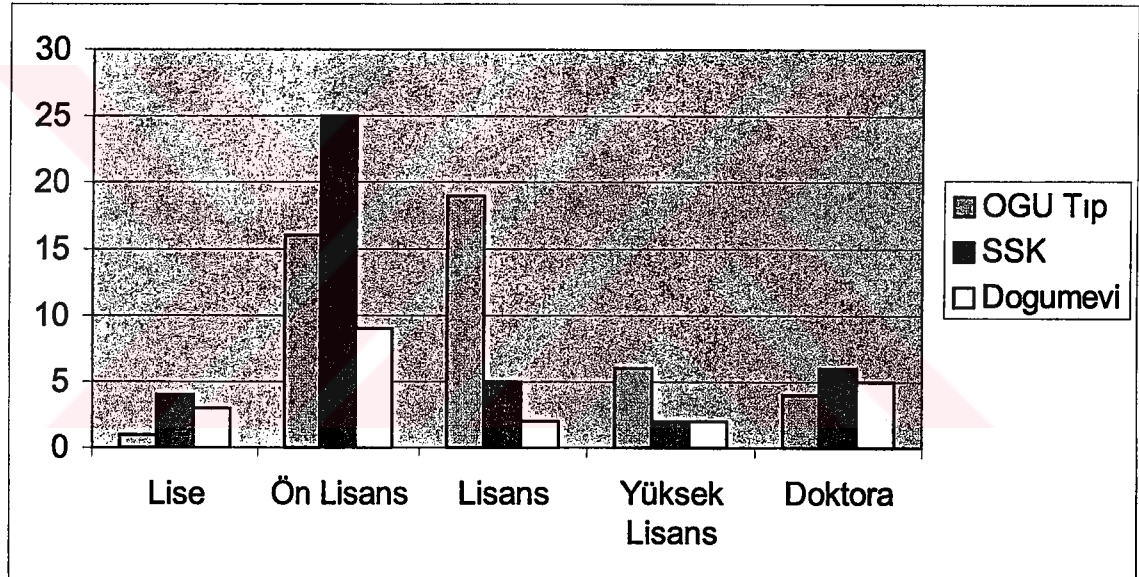
	Hastane Türü					
	OGÜ Hastanesi		SSK Bölge Hastanesi		SB Doğ. ve Çocuk Has.	
	Frekans	%	Frekans	%	Frekans	%
Başhekim	1	2.2	1	2.4	1	4.8
Başhekim Yrd.	2	4.3	7	16.7	4	19.0
Başmüdür	1	2.2	-	-	-	-
Müdür	4	8.7	1	2.4	1	4.8
Müdür Yrd.	2	4.3	1	2.4	3	14.3
Şef	8	17.4	9	21.4	1	4.8
Başhemşire	1	2.2	1	2.4	1	4.8
Başhemşire Yr	2	4.3	4	9.5	3	14.3
Ser. Sor. Hem.	25	54.4	18	42.8	7	33.2
TOPLAM	46	100.0	42	100.0	21	100.0

Tablo 19’da görüldüğü gibi, hastanelerde yönetici olarak çalışanların büyük çoğunluğunu OGÜ’ de (%54.4), SSK’da (%42.8) ve Doğumevinde (%33.2)’le servis sorumlu hemşireleri oluşturmaktadır. Buradan da anlaşılacağı gibi hastanelerde hemşirelik hizmetlerine ne kadar büyük önem verilmesi gerektiğini göstermektedir. Ankete cevap verenlerin görev dağılımları bakımından istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir.

Başhekim yardımcılarının da ise Doğumevi (%19.0), SSK’ya (%16.7) ve OGÜ’ ye (%4.3) göre daha yüksek oranda bulundurmaktadır. Başmüdürlük makamı ise sadece OGÜ’ de bulunmaktadır. Müdür dağılımında ise OGÜ (%6.7), Doğumevine (%4.8) ve SSK’ya (%2.4) göre daha yüksek orandadır. Müdür yardımcılıklarında ise Doğumevi (%14.3), OGÜ’ ye (%4.3) ve SSK’ya (%2.4) göre daha yüksek orandadır. Şeflerde ise SSK (%21.4), OGÜ’ ye (%17.4) ve Doğumevine (%4.8) göre daha yüksek bir orana sahiptir. Başhemşire yardımcılıklarında ise Doğumevi (%14.3) SSK’dan (%9.5) ve OGÜ’ den (%4.3) daha yüksek orana sahip bulunmaktadır.

Tablo 3.20: Eğitim durumunuz?

	Hastane Türü					
	OGÜ Hastanesi		SSK Bölge Hastanesi		SB Doğ. ve Çocuk Has.	
	Frekans	%	Frekans	%	Frekans	%
Lise	1	2.2	4	9.5	3	14.3
Ön Lisans	16	34.8	25	59.5	9	42.9
Lisans	19	41.3	5	11.9	2	9.5
Yüksek Lisans	6	13.0	2	4.8	2	9.5
Doktora	4	8.7	6	14.3	5	23.8
TOPLAM	46	100.0	42	100.0	21	100.0



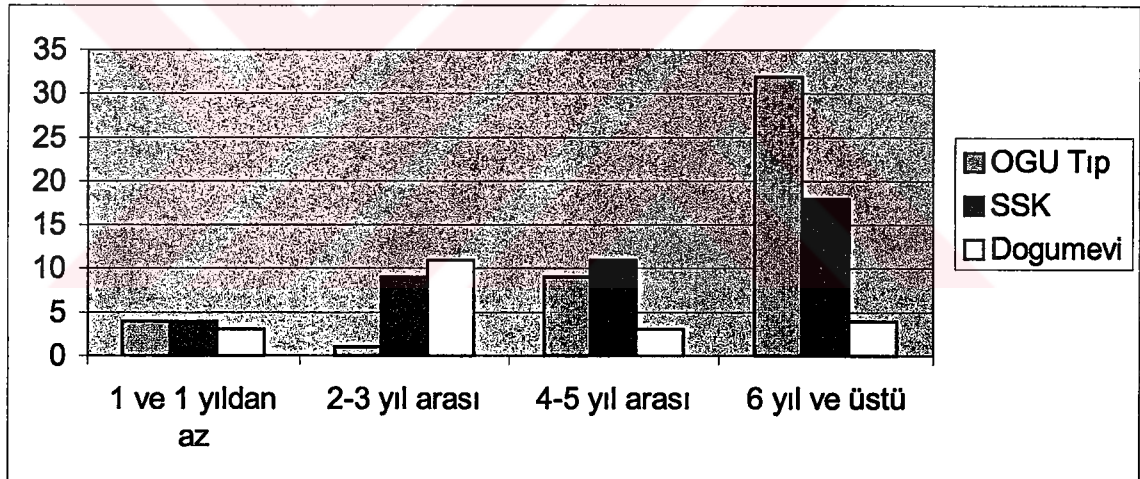
Grafik 1: Eğitim Durumlarının Dağılımları

Tablo 20'de ve Grafiğinde yöneticilerin eğitim durumları yer almaktadır. Lise mezunu yöneticiler Doğumevinde (%14.3), SSK'ya (%9.5) ve OGÜ' ye (%4.2) göre daha yüksek orandadır. Ön Lisans mezunları ise SSK'da (%59.5), Doğumevinden (%42.9)ve OGÜ den (%34.8) daha fazla oranda bulunmaktadır. Lisans mezunları ise OGÜ' de (%41.3), SSK'dan (%11.9) ve Doğumevinden (%9.5) daha fazla oranda bulunmaktadır. Yüksek Lisans mezunları ise OGÜ' de (%13.0), Doğumevinden (%9.5) ve SSK'dan (%4.8) daha fazla oranda bulunmaktadır. Doktora mezunlarında ise Doğumevinde (%23.8), SSK'dan (%14.3) ve OGÜ' den (%8.7) daha fazla oranda

bulunmaktadır. Doktora grubunu Başhekim ve Başhekim Yardımcıları oluşturmaktadır. Diğer gruplandırmalarda OGÜ' nün daha eğitimli yöneticilere sahip olduğu görülmektedir. OGÜ Başmüdürü de Hastane İdareciliği üzerine Doktorasını yapmıştır.

Tablo 3.21: Hastanenizde kaç yıldır yönetici olarak çalışıyorsunuz?

	Hastane Türü					
	OGÜ Hastanesi		SSK Bölge Hastanesi		SB Doğ. ve Çocuk Has.	
	Frekans	%	Frekans	%	Frekans	%
1 ve 1 yıldan az	4	8.8	4	9.5	3	14.3
2-3 yıl arası	1	2.2	9	21.4	11	52.4
4-5 yıl arası	9	19.3	11	26.2	3	14.3
6 yıl ve üstü	32	69.7	18	42.9	4	19.0
TOPLAM	46	100.0	42	100.0	21	100.0



Grafik 2: Yöneticilerin Çalışma Sürelerine Göre Dağılımları

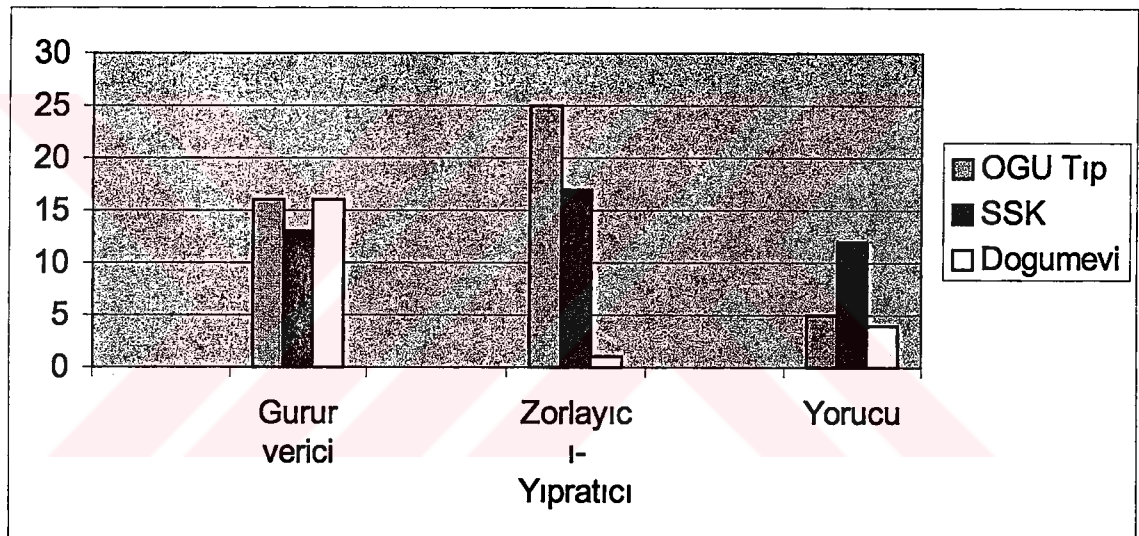
Tablo 21'de ve Grafiğinde yöneticilerin hastanelerinde kaç yıldır yönetici olarak çalıştıklarını göstermektedir. 1 ve 1 yıldan az olanlar Doğumevinde (%14.3), SSK'dan (%9.5) ve OGÜ' den (%8.8) daha fazla oranda bulunmaktadır. 2-3 yıl arası olanlar 1 ve 1 yıldan az gruplandırmasında olduğu gibi Doğumevinde (%52.4), SSK'dan (%21.4) ve OGÜ den (%2.2) daha fazla oranda bulunmaktadır. 4-5 yıl arası olanlar SSK'da (%26.2), OGÜ' ye (%19.3) ve Doğumevine (%14.3) göre daha fazla oranda

bulunmaktadır. 6 yıl ve üstü olanlarda ise OGU' de (%69.7), SSK'ya (%42.9) ve Dogumevine (%19.0) göre daha fazla oranda bulunmaktadır.

Burada özellikle dikkatle görölmesi gereken 1 ve 1 yıldan az ile 2-3 yıl arası yönetici olarak çalışanların Dogumevinde ve SSK'da yüksek oranda olduğu görölmektedir. Bunun nedeni bu iki kurumun siyasi olmasıdır. Her Hükümet değişikliklerinde üst kademe ve orta kademe yöneticileri de değişmektedir. Şu anda içinde bulunduğumuz 2003 yılının ilk aylarında bile sağlık hizmeti veren bu iki hastanemizde üst kademe ve orta kademe yöneticiler değiştirilmeye başlanmıştır. Buda süreklilik arz eden sağlık sektörünü ve kalite çalışmalarını olumsuz etkilemektedir. Yeni gelen yöneticilerin eski yöneticiler gibi profesyonel anlamda hastane işletmecisi ve bir kısmı da daha önce hiçbir hastanede yönetici olarak çalışmamışlardır. Bu bağlamda hastanelerimizden müşteri memnuniyeti, çalışanların memnuniyeti ve kaliteli hizmet sunumu beklemek yanlış olacaktır. Üniversite hastanesinde ise yöneticiler kendi iç bünyesinde yetiştirmekte ve kademe kademe alt ve orta kademelerden üst yöneticiliğe doğru gelmektedirler buda kaliteli bir hizmet sunmasına neden olmaktadır.

Tablo 3.22: Hastanenizde çalışmayı nasıl tanımlarsınız?

	Hastane Türü					
	OGÜ Hastanesi		SSK Bölge Hastanesi		SB Doğ. ve Çocuk Has.	
	Frekans	%	Frekans	%	Frekans	%
Gurur verici	16	34.8	13	30.9	16	76.2
Zorlayıcı-Yıpratıcı	25	54.3	17	40.5	1	4.8
Yorucu	5	10.9	12	28.6	4	19.0
TOPLAM	46	100.0	42	100.0	21	100.0



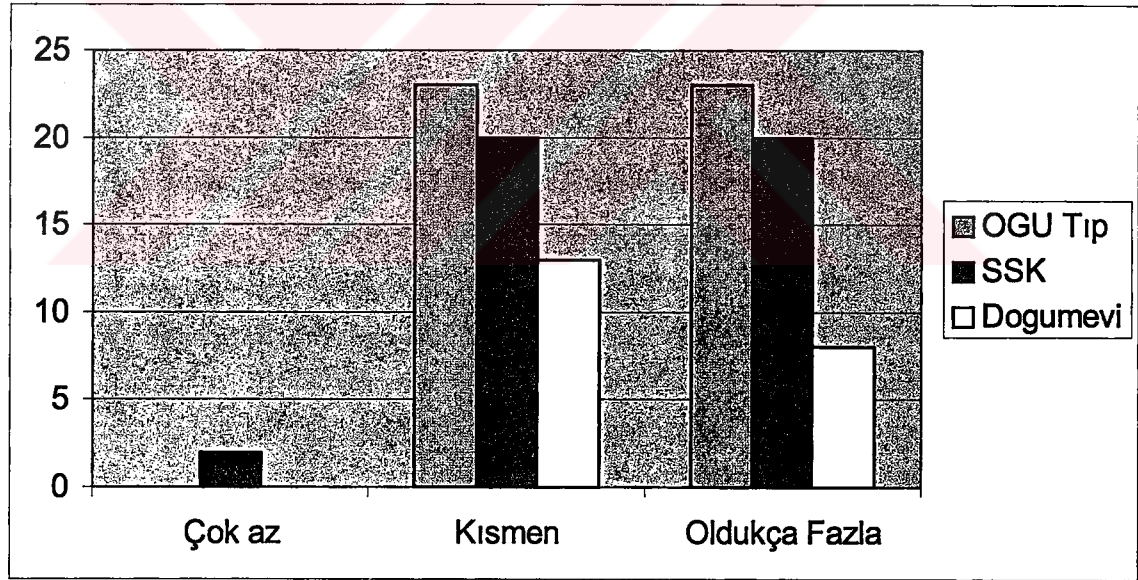
Grafik 3: Yöneticilerin Hastanelerinde Çalışmayı Nasıl Tanımladıklarının Dağılımları

Tablo 22’de ve Grafiğinde yöneticilerin çalıştıkları hastanelerine bakış açılarını göstermektedir. Gurur verici olarak tanımlayanlar aynı zamanda hastanelerinden ve görevlerinden memnun olanlar anlamına da gelebilir Doğumevi yöneticilerinin (%76.2), OGÜ’ ye (%34.8) ve SSK’ya (%30.9) göre daha fazla oranda memnun oldukları görülmektedir. Zorlayıcı-yıpratıcı seçeneğini cevaplayanlarda ise OGÜ’ de (%54.3), SSK’dan (%40.5) ve Doğumeviden (%4.8) daha fazla oranda bulunmaktadır. Yorucu seçeneğini cevaplayanlarda ise SSK’da (%28.6), Doğumevinde (%19.0) ve OGÜ’ den

(%10.9) daha fazla oranda bulunmaktadır. Zorlayıcı-yıpratıcı ve Yoruucu olumsuz iki seçeneği beraber değerlendirdiğimizde ise SSK yöneticileri OGÜ' den ve Doğumevinden daha fazla memnuniyetsizlik yaşadıkları görülmektedir. Bu memnuniyetsizlikleri; üst yönetimden ve ya personel eksikliğinden olduğu tahmin edilebilir.

Tablo 3.23: ISO 9001 hakkında ne ölçüde bilgi sahibisiniz?

	Hastane Türü					
	OGÜ Hastanesi		SSK Bölge Hastanesi		SB Doğ. ve Çocuk Has.	
	Frekans	%	Frekans	%	Frekans	%
Çok az	-	0.0	2	4.8	-	0.0
Kısmen	23	50.0	20	47.6	13	61.9
Oldukça fazla	23	50.0	20	47.6	8	38.1
TOPLAM	46	100.0	42	100.0	21	100.0



Grafik 4: Yöneticilerin ISO 9001 KGS Hakkındaki Bilgi Düzeylerinin Dağılımları

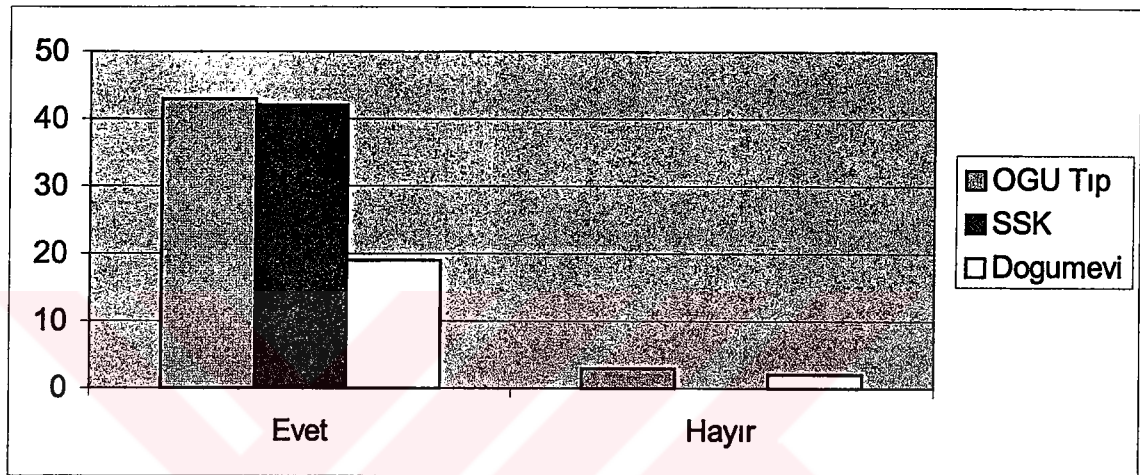
Tablo 23'de ve Grafiğinde ISO 9001 KGS hakkında yöneticilerin ne ölçüde bilgi sahibi oldukları araştırılmıştır. Çok az seçeneğini cevaplayan sadece SSK (%4.8)

yöneticileridir. Diğer iki hastane bu seçeneği cevaplamamışlardır. Kısmen seçeneğine verilen cevaplarda ise Doğumevi (%61.9), OGÜ' ye (%50.0) ve SSK'ya (%47.6) göre ISO 9001 KGS hakkında kısmen bilgi sahibi olduklarını söylemektedirler. Oldukça fazla seçeneğini cevaplayanlarda ise OGÜ' de (%50.0), SSK (%47.6) ve Doğumevine (%38.1) göre ISO 9001 KGS hakkında oldukça fazla bilgi sahibi olduklarını söylemektedirler. ISO 9001 KGS hakkında OGÜ' nün Doğumevine ve SSK'ya göre daha fazla bilgi sahibi olduğu gözlenmektedir. Doğumevinin de SSK'ya göre daha fazla bilgi sahibi olduğu gözlenmektedir. Deming'e göre "Yönetim" oluşan kalite sorunlarının %85'inden sorumludur demektedir. Burada OGÜ yöneticilerinin ISO 9001 KGS'ni daha iyi algıladıkları gözlenmektedir.



Tablo 3.24:ISO 9001 eğitimi aldınız mı?

	Hastane Türü					
	OGÜ Hastanesi		SSK Bölge Hastanesi		SB Doğ. ve Çocuk Has.	
	Frekans	%	Frekans	%	Frekans	%
Evet	43	93.5	42	100.0	19	90.5
Hayır	3	6.5	-	0.0	2	9.5
TOPLAM	46	100.0	42	100.0	21	100.0

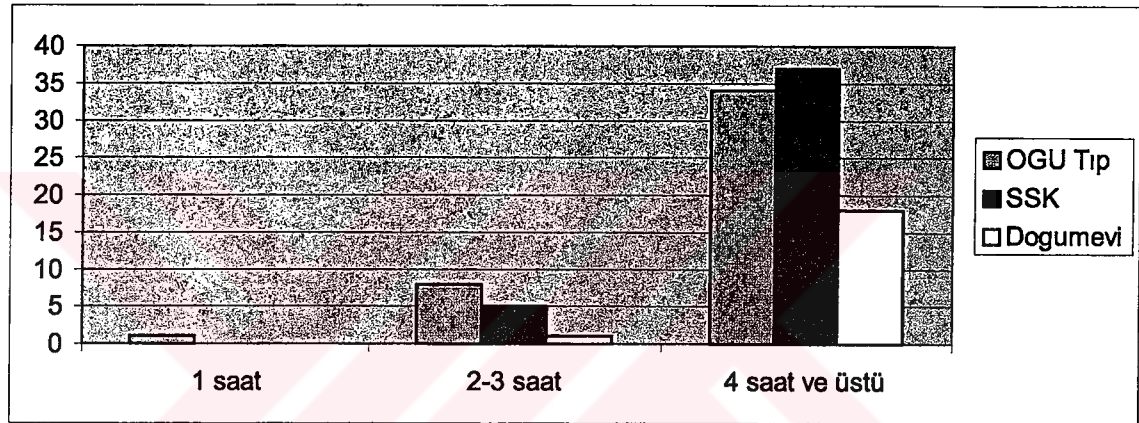


Grafik 5: Yöneticilerin ISO 9001 KGS Eğitimi Alıp Almadıkları Hakkında Dağılımları

Tablo 24'de ve Grafiğinde yöneticilerin ISO 9001 KGS eğitimi alıp almadıkları sorgulanmaktadır. Evet diyenler SSK'da (%100), OGÜ' de (%93.5) ve Doğumevinde (%90.5) oranla ISO 9001 KGS eğitimi aldıkları görülmektedir. ISO 9001 KGS'nin en önemli unsurlarından olan eğitim konusu SSK tarafından tam manasıyla yerine getirilmiştir. Eğitim almadıklarını söyleyen ve Hayır cevabı verenler ise sadece Doğumevinde (%9.5) ve OGÜ' de (%6.5) oranlarda görülmektedir. ISO 9001 KGS'nin en iyi bir şekilde uygulanabilme ortamı bulabilmesi için özellikle yönetimin bu eğitimi alması gerekir. Çünkü ISO 9001 KGS'ni oturtacak ve uygulayacak olan onlardır.

Tablo 3.25: ISO 9001 KGS eğitimi aldınız ise kaç saat?

	Hastane Türü					
	OGÜ Hastanesi		SSK Bölge Hastanesi		SB Doğ. ve Çocuk Has.	
	Frekans	%	Frekans	%	Frekans	%
1 saat	1	2.2	-	0.0	-	0.0
2-3 saat	8	17.6	5	11.9	1	4,8
4 saat ve üstü	34	73.9	37	88.1	18	85.7
TOPLAM	43	93.5	42	100.0	19	90.5

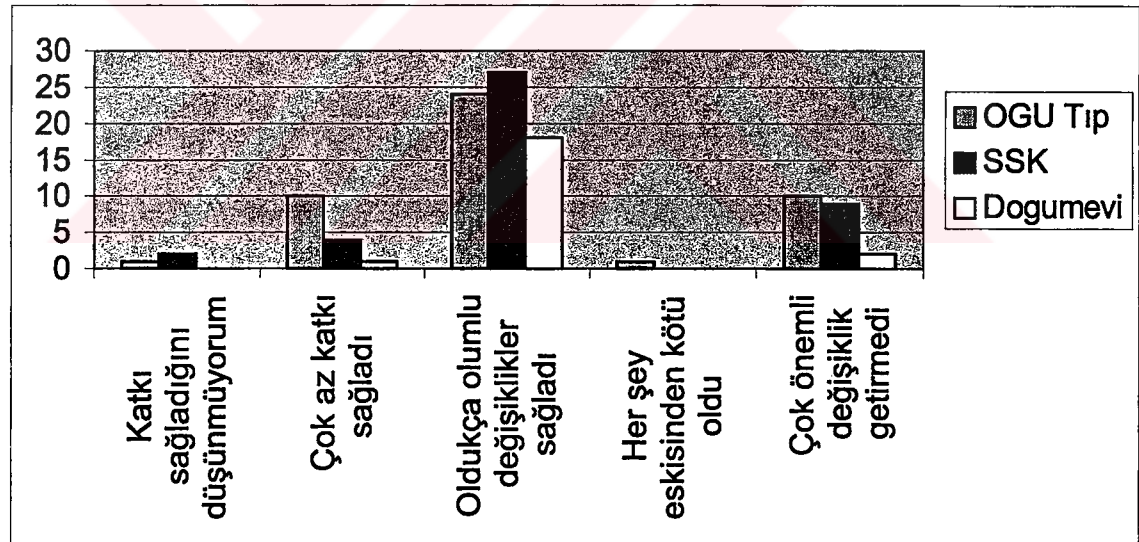


Grafik 6: Yöneticilerin ISO 9001 KGS Hakkında Kaç Saat Eğitim Aldıklarının Dağılımları

Tablo 24'de ve Grafiğinde ISO 9001 KGS eğitimi almayanlar OGÜ ve Doğumevinde görülmekteydi. Tablo 25'te ve Grafiğinde ise ISO 9001 KGS eğitimi alanlar aldıkları saatleri göstermektedir. Sadece 1 saat alanlar OGÜ' de (%2.2) bir orandadır. 2-3 saat eğitim alanlar ise OGÜ' de (%17.6), SSK'da (%11.9) ve Doğumevinde (%4.8) oranlarında görülmektedir. Kalite yönetiminde eğitimin önemini vurgulamıştık. Bu nedenle 4 saat ve üstü eğitim alanlar ise SSK'da (%88.1), Doğumevinde (%85.7) ve OGÜ' de (%73.9) oranlarında görülmektedir. Buradan da SSK'nın Doğumevi ve OGÜ' ye göre daha fazla saat ISO 9001 KGS eğitim aldıkları görülmektedir. Hiç eğitim almadıklarını söyleyen yani hiçbir şıkkı cevaplamayanların oranları da SSK'da (%9.5) ve OGÜ' de (%6.5) şeklindedir.

Tablo 3.26. ISO 9001, hastanenize ne ölçüde katkı sağladı?

	Hastane Türü					
	OGÜ Hastanesi		SSK Bölge Hastanesi		SB Doğ. ve Çocuk Has.	
	Frekans	%	Frekans	%	Frekans	%
Katkı sağladığını düşünmüyorum	1	2.2	2	4.8	-	0.0
Çok az katkı sağladı	10	21.7	4	9.5	1	4.8
Oldukça olumlu değişiklikler sağladı	24	52.2	27	64.3	18	85.7
Her şey eskisinden kötü oldu	1	2.2	-	0.0	-	0.0
Çok önemli değişiklik getirmedi	10	21.7	9	21.4	2	9.5
TOPLAM	46	100.0	42	100.0	21	100.0



Grafik 7: ISO 9001 KGS'nin Hastanelere Katkı Sağlayıp Sağlamadığının Dağılımı

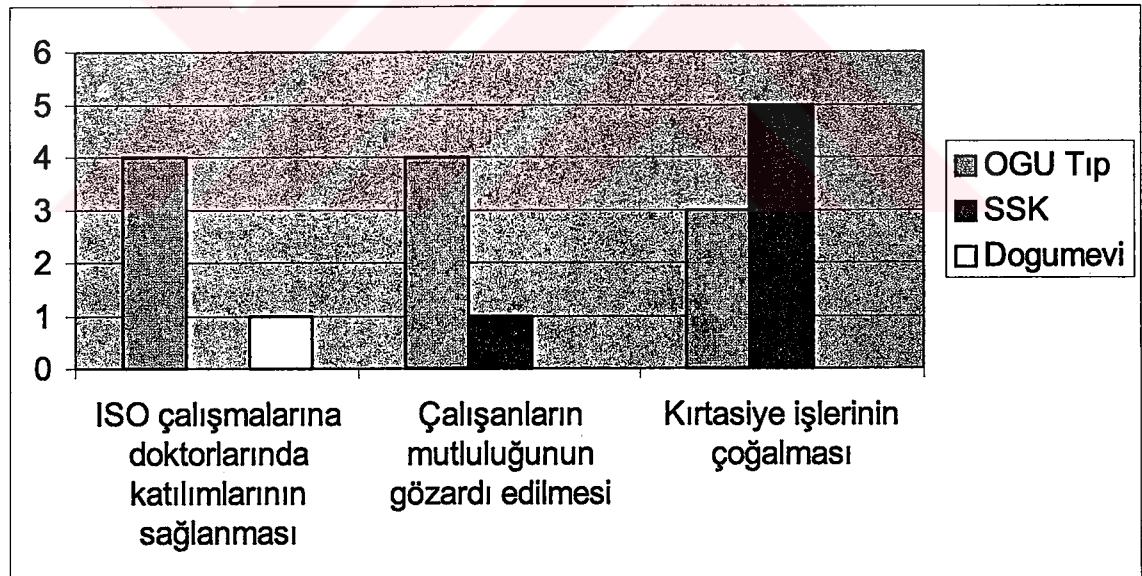
Tablo 26'da ve Grafiğinde yöneticilere ISO 9001 KGS'nin hastanelerine ne ölçüde katkı sağladığı sorulmuştur. Katkı sağladığını düşünmüyorum diyenler SSK (%4.8) ve OGÜ' de (%2.2) oranlarında görülmektedir. Doğumevi bu şıkkı cevaplamamıştır. Çok az katkı sağladı diyenler ise OGÜ' de (%21.7), SSK'da (%9.5) ve

Doğumevinde (%4.8) oranlarında cevaplanmıştır. Oldukça olumlu değişiklikler sağladı diyenler Doğumevinde (%85.7), SSK'da (%64.3) ve OGÜ' de (%52.2) oranlarında cevaplanmıştır. Bu cevap Tablo 24 ve 25'de verilen cevaplarla uyum sağlamaktadır. Her şey eskisinden kötü oldu diyenler sadece OGÜ' de (%2.2) oranında görülmektedir. Çok önemli değişiklik getirmedi şikkını cevaplayanlar ise OGÜ' de (%21.7), SSK'da (%21.4) ve Doğumevinde (%9.5) oranlarında cevaplanmıştır. Özellikle OGÜ' nün memnuniyetsizliği dikkat çekmektedir.



Tablo 3.27: 8. soruya cevabınız a ve b seçenekleri ise cevabınızın ana nedenini yazar mısınız?

	Hastane Türü					
	OGÜ Hastanesi		SSK Bölge Hastanesi		SB Doğ. ve Çocuk Has.	
	Frekans	%	Frekans	%	Frekans	%
ISO çalışmalarına doktorlarında katılımlarının sağlanması	4	8.7	-	0.0	1	4.8
Çalışanların mutluluğunun gözardı edilmesi	4	8.7	1	2.4	-	0.0
Kırtasiye işlerinin çoğalması	3	6.5	5	11.9	-	0.0
TOPLAM	11	23.9	6	14.3	1	4.8



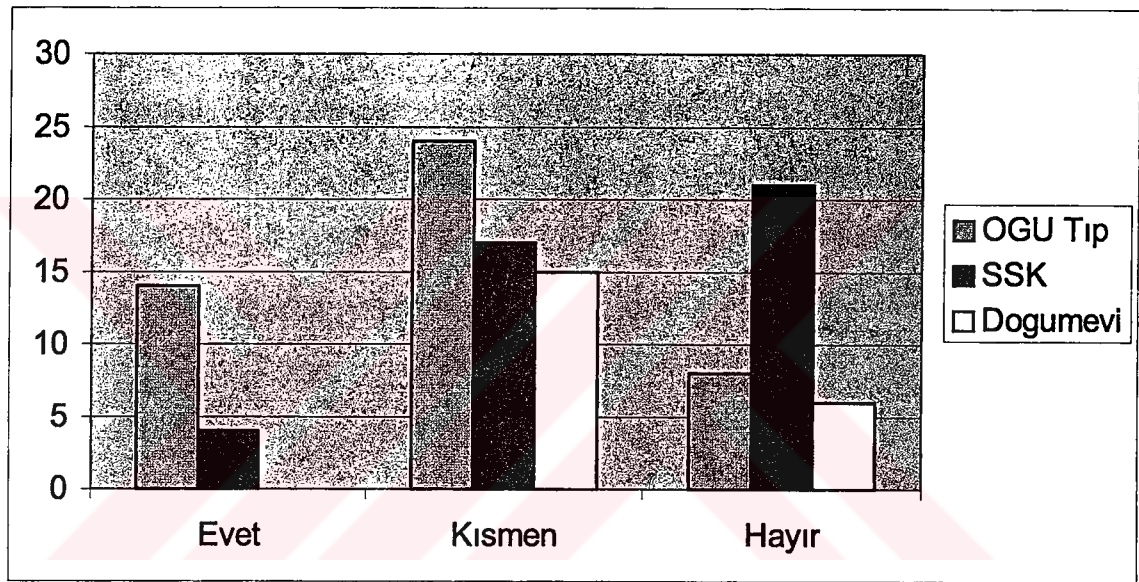
Grafik 8: Katkı Sağladığını Düşünmüyorum ve Çok Az Katkı Sağladı Diyenlerin Dağılımları

Tablo 26'da ve Grafiğinde Katkı sağladığını düşünmüyorum ve Çok az katkı sağladı seçeneklerini işaretleyen yöneticilere Tablo 27'de ve Grafiğinde ise bu iki

seçeneği işaretlemelerinin nedeni sorulmuştur. ISO 9001 KGS çalışmalarına doktorlarında katılımlarının sağlanması seçeneğini sadece OGÜ (%8.7) ve Doğumevi (%4.8) yöneticileri cevaplamışlardır. Kalite çalışmaları bir hastanede tüm işgörenlerin katılımı ve insiyatif kullanımını gerekli kılan bir süreç olması yanında ekip çalışmasını da gerekli kılmaktadır. Maalesef hastanelerde karşılaşılabilecek en önemli sorun doktor grubunun bu projeye katılımlarında karşılanmaktadır. Çünkü sunulan hizmetin tüm süreçlerinde proje yöneticisi konumundaki doktorların katılımı Kalite yönetiminin başarısının anahtarıdır. Bu konuda SSK'da sorun görülmemektedir. Çalışanların mutluluğunun gözardı edilmesi şikkını cevaplayanlar ise OGÜ (%8.7) ve SSK'da (%2.4) oranlarında görölmektedir. Yönetimler ekonomik olan ve olmayan güdüleri geniş çapta kullanmalıdırlar. Güdü sözcüğü çoğunlukla klasik anlamda ücrete dayalı ödüllendirme olarak algılanmaktadır. Ancak, psikososyal faktörler, iltifat, bir örgüte ait olma güdüleri de kullanılmalıdır. OGÜ' de ve SSK'da bu etkili bir şekilde kullanılmadığı görölmektedir. Kırtasiye işlerinin çoğalması seçeneğinin işaretleyenler ise OGÜ' de (%6.5) ve SSK'da (%11.9) oranlarda görölmektedir. Bu seçeneği işaretleyenlerin hepsi iki hastanedeki servis sorumlu hemşireleridir. Bu da hemşirelerin asıl işlevleri olan hasta tedavisine yardımcı olma ve diğer sağlık hizmetleri sunum işlevlerini olumsuz yönde etkilemektedir. Bunun sonucu olarak ta müşteri memnuniyetsizliğini artırıcı bir unsur olmaktadır.

Tablo 3.28: ISO 9001 size ve/veya çalışanlarınıza gereksiz iş yükü getirdi mi?

	Hastane Türü					
	OGÜ Hastanesi		SSK Bölge Hastanesi		SB Doğ. ve Çocuk Has.	
	Frekans	%	Frekans	%	Frekans	%
Evet	14	30.4	4	9.5	-	0.0
Kısmen	24	52.2	17	40.5	15	71.4
Hayır	8	17.4	21	50.0	6	28.6
TOPLAM	46	100.0	42	100.0	21	100.0



Grafik 9: ISO 9001 KGS'nin İş Yükü Hakkında Dağılımları

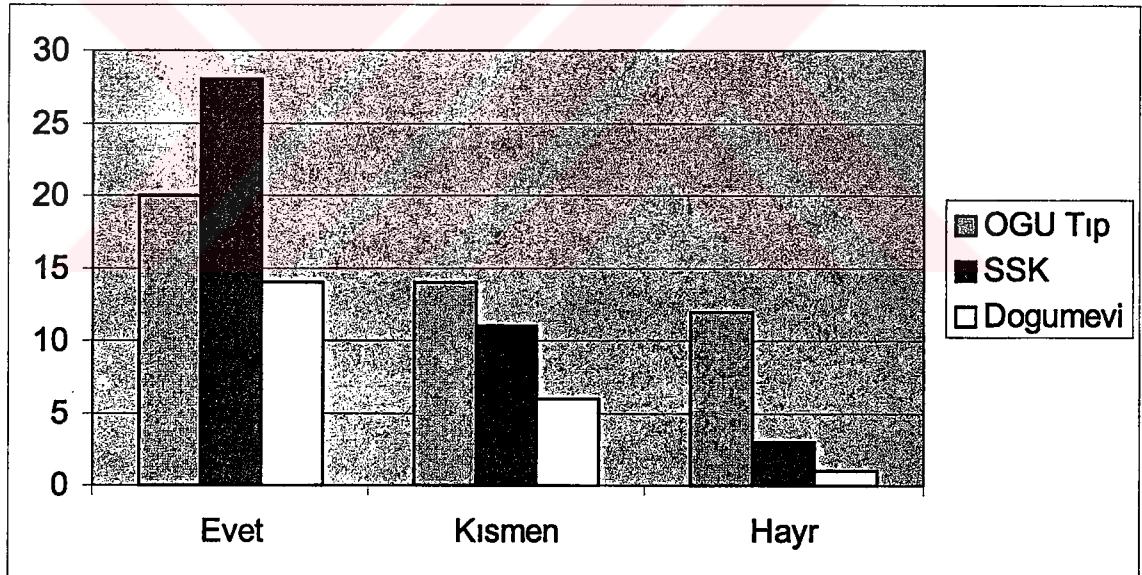
Tablo 28'de ve Grafiğinde ISO 9001 KGS'nin yöneticilere ve çalışanlarına ek iş yükü getirip getirmediği sorulmuştur. Evet diyenler OGÜ (%30.4) ve SSK(%9.5) hastaneleridir. Doğumevinde evet şıkkı işaretlenmemiştir. Kısmen cevabı verenler ise Doğumevi (%71.4), OGÜ (%52.2) ve SSK (%40.5) oranlarla sıralanmışlardır. Bu bağlamda ISO 9001 KGS'nin azda olsa hastanelere belirli bir iş yükü getirdiği görülmüştür. Hayır cevabını verenler ise SSK (%50.0), Doğumevi (%28.6) ve OGÜ (%17.4) oranlarına sahiptir.

Evet ve Kısmen şıkları iş yükü getirdiği anlamında yorumlarsak özellikle OGÜ ve SSK hastanelerinde oldukça fazla işyükü getirdiği söylenebilir. Bu soruya Hastane

gruplarına göre Sceffe Testi uygulandığında anlamlı farkın kaynağı; OGÜ yöneticilerinin SSK ve Doğumevi yöneticilerine göre daha yüksek düzeyde algılamaya sahip oldukları görülmektedir. Testi bu soruda Yönetici grupları, Eğitim durumları ve Çalışma süreleri gruplarına uyguladığımızda hiçbir anlamlı fark çıkmamaktadır.

Tablo 3.29: Mesleğinizin edindirdiği bilgi beceri ve yaratıcılığı eskisinden daha fazla oranda kullanabiliyor musunuz?

	Hastane Türü					
	OGÜ Hastanesi		SSK Bölge Hastanesi		SB Doğ. ve Çocuk Has.	
	Frekans	%	Frekans	%	Frekans	%
Evet	20	43.5	28	66.7	14	66.4
Kısmen	14	30.4	11	26.2	6	28.8
Hayır	12	26.1	3	7.1	1	4.8
TOPLAM	46	100.0	42	100.0	21	100.0



Grafik 10: Mesleki Bilgi Beceri ve Yaratıcılığı ISO 9001 KGS Öncesine Göre Kullanıp Kullanamama Düzeylerinin Dağılımı

Tablo 29'da ve Grafiğinde Mesleğinizin edindirdiği bilgi, beceri ve yaratıcılığı ISO 9001 KGS' den sonra daha fazla oranda kullanıp kullanamadıkları sorulmuştur. Evet diyenler SSK' da (%66.7), Doğumevinde (%66.4) ve OGÜ' de (%43.5) oranlarına

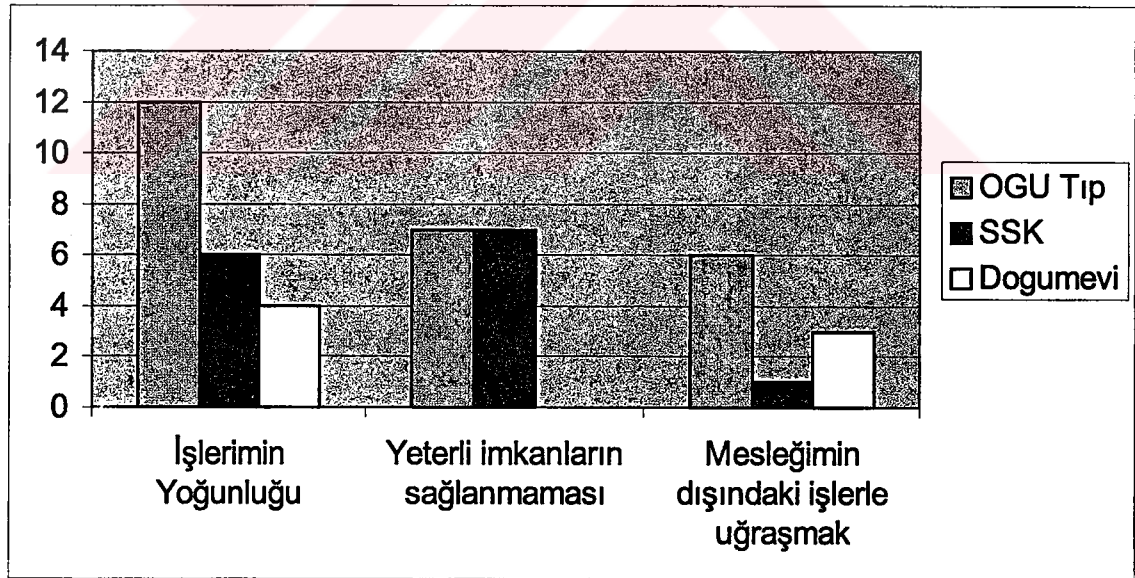
sahiptir. Kısmen cevabını verenler OGÜ' de (%30.4), Doğumevinde (%28.8) ve SSK'da (%26.2) oranlarındadır. Hayır cevabını verenler ise OGÜ' de (%26.1), SSK'da (%7.1) ve Doğumevinde (%4.8) oranlarındadır.

Evet ve Kısmen şıklarını olumlu yönde kabul edersek özellikle Doğumevinde ve SSK'da oldukça olumlu değişiklikler getirdiğini görebiliriz. Hayır diyenlerin oranı da OGÜ' de oldukça yüksek orandadır. Bu soruyu Eğitim durumları gruplamasına göre Scheffe Testi uyguladığımızda buradaki anlamlı farkın kaynağı; Lise mezunlarının Ön lisan, Lisan ve Yüksek lisans mezunlarına göre mesleklerinde edindirdiği bilgi ve beceriyi daha iyi kullandıkları görülmektedir. Hastane gruplarına da uyguladığımızda anlamlı farkın kaynağı SSK yöneticilerinin OGÜ ve Doğumevi yöneticilerine göre daha yüksek düzeyde algılamaya sahip oldukları görülmektedir. Çalışma sürelerine ve Yönetici gruplarına göre ise anlamlı fark bulunamamıştır.



Tablo 3.30: 11. soruya cevabınız Hayır veya Kısmen ise bu cevabınızın ana nedenini yazar mısınız?

	Hastane Türü					
	OGÜ Hastanesi		SSK Bölge Hastanesi		SB Doğ. Ve Çocuk Has.	
	Frekans	%	Frekans	%	Frekans	%
İşlerimin Yoğunluğu	12	26.1	6	14.3	4	19.0
Yeterli imkanların sağlanmaması	7	15.2	7	16.7	-	0.0
Mesleğimin dışındaki işlerle uğraşmak	6	13.0	1	2.4	3	14.3
TOPLAM	25	54.3	14	33.4	7	33.3



Grafik 11: Bir Önceki Soruya Kısmen ve Hayır Cevabı Verenlerin Dağılımları

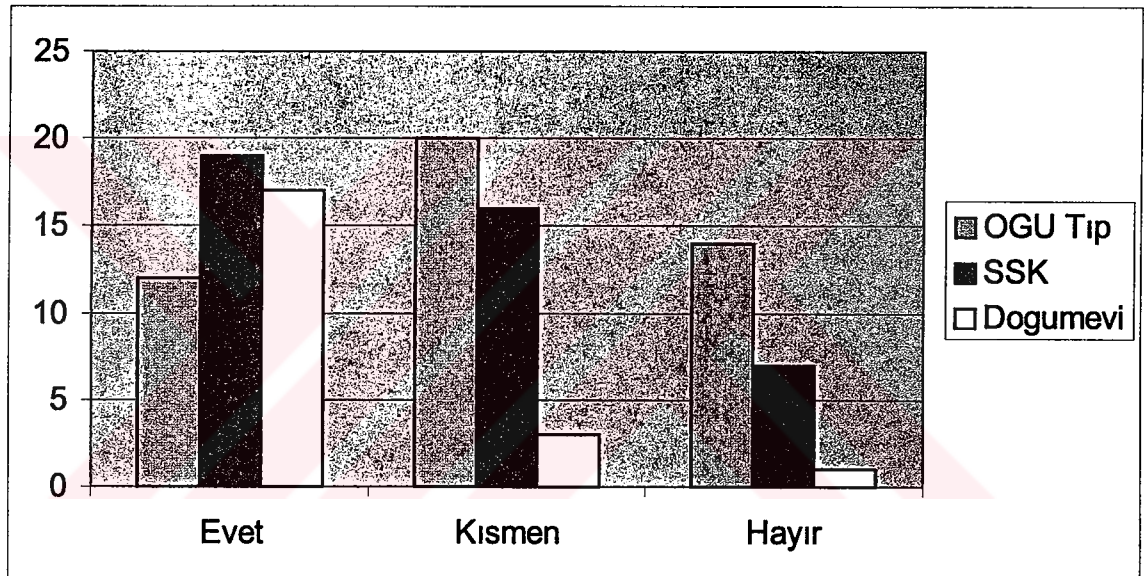
Tablo 30'da ve Grafiğinde yöneticilere Mesleğinizin edindirdiği bilgi beceri ve yaratıcılığı eskisinden daha fazla oranda kullanabiliyor musunuz? açık uçlu sorusuna

cevabınız Hayır ve Kısmen ise bu cevaplarının ana nedenini yazmaları istenmiştir. Bir önceki soruda Kısmen ve Hayır cevabı verenlerin sayısı ve oranları şöyledir: OGÜ' den 36 kişi (%56.5), SSK'dan 14 kişi (%33.3) ve Doğumevinden de 7 kişi (%33,3). Görüldüğü gibi sadece OGÜ yöneticilerinden 11 kişi (%45.7) cevaplamak istememişlerdir. İşlerimin yoğunluğu cevabını verenler OGÜ' de (%26.1), Doğumevinde (%19.0) ve SSK'da (%14.3) oranlarındadır. Yeterli imkanların sağlanmaması diyenler sadece SSK (%16.7) ve OGÜ' de (%15.2) oranlarında görülmektedir. Mesleğimin dışındaki işlerle uğraşıyorum cevabını yazanlar ise Doğumevi (%14.3), OGÜ (%13.0) ve SSK (%2.4) oranlarına sahiptir.

Burada tüm hastanelerdeki yöneticilerin şikayet ettikleri en büyük sorun İşlerimin yoğunlu 18 kişi (%59.4) cevabı görülmektedir. Bunun nedeni yöneticilerin yetki devri yapmamaları ve altındaki çalışanların -bunlar alt yönetici grubu da olabilir - kapasite yetersizliği ve ya personel eksikliği de olabilir. İkincisi ise Yeterli imkanların sağlanmaması 14 kişi (%31.9) cevabı görülmektedir. Bunun nedeni ise üst yönetimde kaynaklanan sorunlar olabilir. En az şikayet edilen konu ise Mesleğimin dışındaki işlerle uğraşmak 10 kişi (%29.7) cevabıdır. Bu cevabı en çok verenler ise servis sorumlu hemşireleridir. Hemşireler asli görevleri olan hasta bakımı dışındaki işlerle uğraşmaktan şikayetçi olmaktadır. Diğer bir kısmı da teknik bir kadroya sahip olduğu halde ilgisi olmadığı bir dalda yöneticilik yapan kişilerden kaynaklanmaktadır. Hastanelere göre anlamlılık düzeyine baktığımızda anlamlı farkın kaynağı, OGÜ ve SSK yöneticilerinin Doğumevi yöneticilerine göre iyi değerlendirilmediklerini düşünüyorlar. Anlamlılık düzeyi Yönetici gruplarına, Eğitim durumuna ve Çalışma süreleri gruplandırmalarına göre bakıldığında anlamlı bir fark bulunamamıştır.

Tablo 3.31: Bir yönetici olarak, üst yönetiminizce eskisinden daha objektif değerlendiriliyor musunuz?

	Hastane Türü					
	OGÜ Hastanesi		SSK Bölge Hastanesi		SB Doğ. ve Çocuk Has.	
	Frekans	%	Frekans	%	Frekans	%
Evet	12	26.1	19	45.2	17	80.8
Kısmen	20	43.5	16	38.1	3	14.4
Hayır	14	30.4	7	16.7	1	4.8
TOPLAM	46	100.0	42	100.0	21	100.0



Grafik 12: Objektif Değerlendirilme Oranlarının Dağılımları

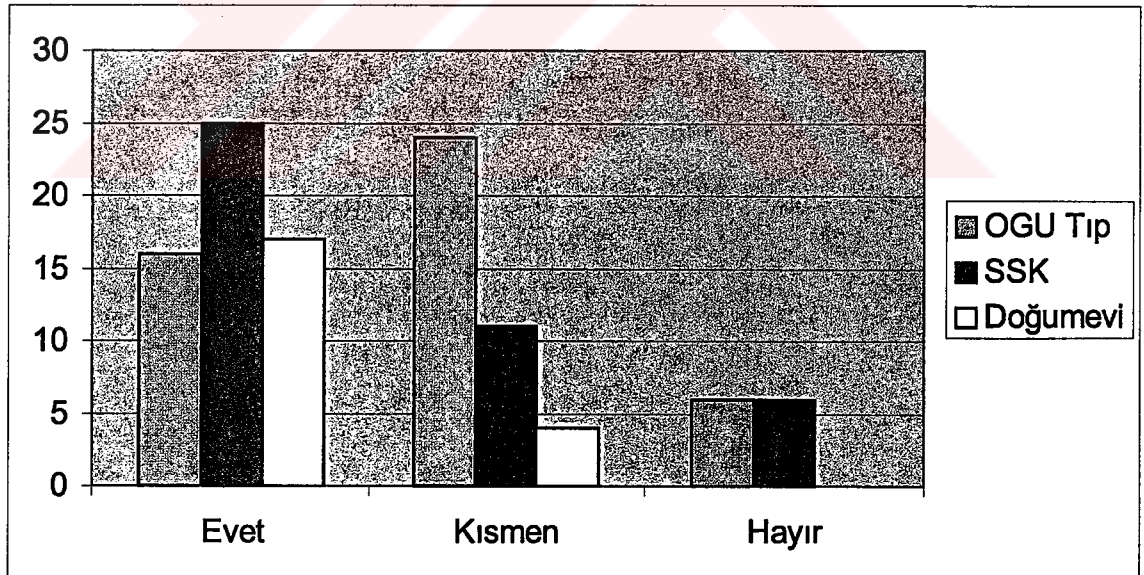
Tablo 31'de ve Grafiğinde yöneticilere Bir yönetici olarak, üst yönetiminizce eskisinden daha objektif değerlendirilip değerlendirilmedikleri sorulmuştur. Evet cevabı verenler Doğumevinde (%80.8), SSK'da (%45.2) ve OGÜ' de (%26.1) oranlarında görülmektedir. Kısmen cevabını verenler OGÜ' de (%43.5), SSK'da (%38.1) ve Doğumevinde (%14.4) oranlarında görülmektedir. Hayır cevabını verenlerde ise OGÜ' de (%30.4), SSK'da (%16.7) ve Doğumevinde (%4.8) oranlarında görülmektedir.

Memnuniyetlik derecelerinde Doğumevi yöneticilerinin oldukça memnun oldukları, OGÜ yöneticilerinin ise memnuniyet oranlarının çok düşük olduğu

görülmektedir. Hastane gruplandırması bazında anlamlılık düzeylerine bakıldığında Doğumevi, SSK ve OGÜ' ye göre daha yüksek düzeyde değerlendirildiklerini görmekteyiz. Yönetici gruplarına, Eğitim durumlarına ve Çalışma süreleri gruplarına göre anlamlılık düzeylerine bakıldığında anlamlı bir fark görülmemiştir.

Tablo 3.32: Üst yönetime ilettiğiniz çözümlenmesi mümkün ve kolay hizmet kalitenizi etkileyen sorunlar dikkate alınıyor ve çözümlenmesi için girişimlerde bulunuluyor mu?

	Hastane Türü					
	OGÜ Hastanesi		SSK Bölge Hastanesi		SB Doğ. ve Çocuk Has.	
	Frekans	%	Frekans	%	Frekans	%
Evet	16	34.8	25	59.5	17	81.0
Kısmen	24	52.2	11	26.2	4	19.0
Hayır	6	13.0	6	14.3	-	-
TOPLAM	46	100.0	42	100.0	21	100.0



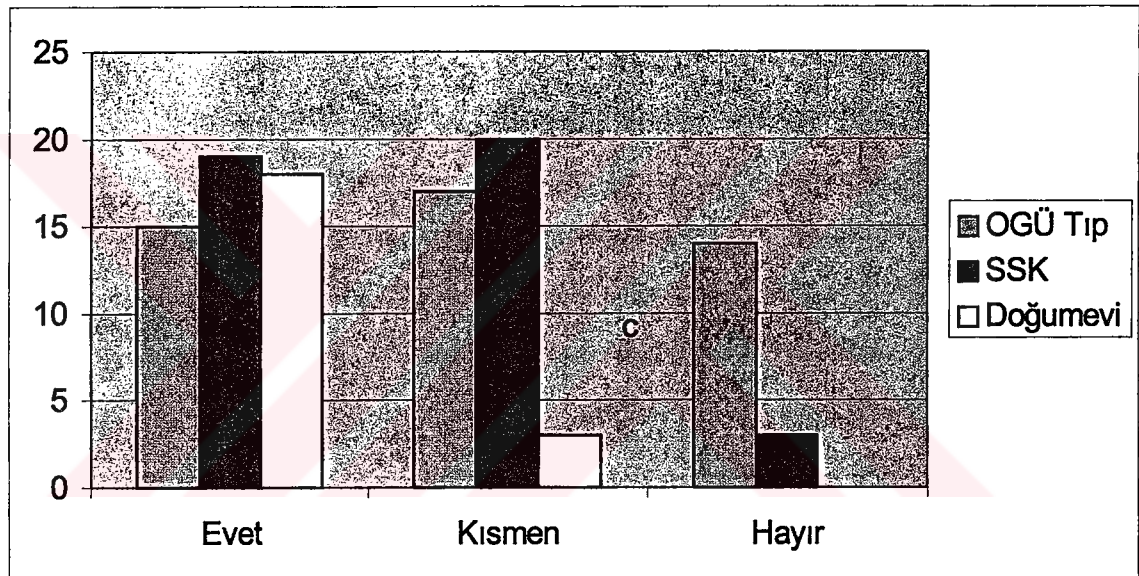
Grafik 13: Çözümlenmesi Mümkün, Hizmet Kalitesini Etkileyen Sorunların Üst Yönetimce Çözümlenmesi İçin Girişimde Bulunulup Bulunulmadığı Hakkındaki Dağılımı

Tablo 32’de ve Grafiğinde yöneticilerden Üst yönetime ilettiğiniz çözümlenmesi mümkün ve kolay hizmet kalitenizi etkileyen sorunlar dikkate alınıyor ve çözümlenmesi için girişimlerde bulunuluyor mu? sorusunun cevabı istenmiştir. Evet diyenler Doğumevinde (%81.0), SSK’da (%59.5) ve OGÜ’ de (%34.8) oranlarında sıralanmaktadır. Kısmen cevabını verenler OGÜ’ de (%52.2), SSK’da (%26.2) ve Doğumevinde (%19.0) oranlarında görülmektedir. Hayır cevabını verenler ise SSK’da (%14.3) ve OGÜ’ de (%13.0) oranlarında görülmekte Doğumevinde hiçbir yönetici Hayır cevabını vermemiştir. Anlamlılık düzeylerine baktığımızda sadece hastane gruplandırması bazında Doğumevi, SSK ve OGÜ’ ye göre daha fazla dikkate alındıkları görülmektedir. Yönetici grupları, Eğitim durumları ve Çalışma süreleri gruplarına göre anlamlı bir farka rastlanmamıştır.



Tablo 3.33: Üst yönetim tarafından düşüncelerinizin, eskisinden daha fazla dikkate alındığına inanıyor musunuz?

	Hastane Türü					
	OGÜ Hastanesi		SSK Bölge Hastanesi		SB Doğ. ve Çocuk Has.	
	Frekans	%	Frekans	%	Frekans	%
Evet	15	32.6	19	45.2	18	85.7
Kısmen	17	37.0	20	47.6	3	14.3
Hayır	14	30.4	3	7.2	-	0.0
TOPLAM	46	100.0	42	100.0	21	100.0



Grafik 14: Yöneticilerin Üst Yönetim Tarafından Dikkate Alınıp Alınmadıkları Hakkındaki Dağılım

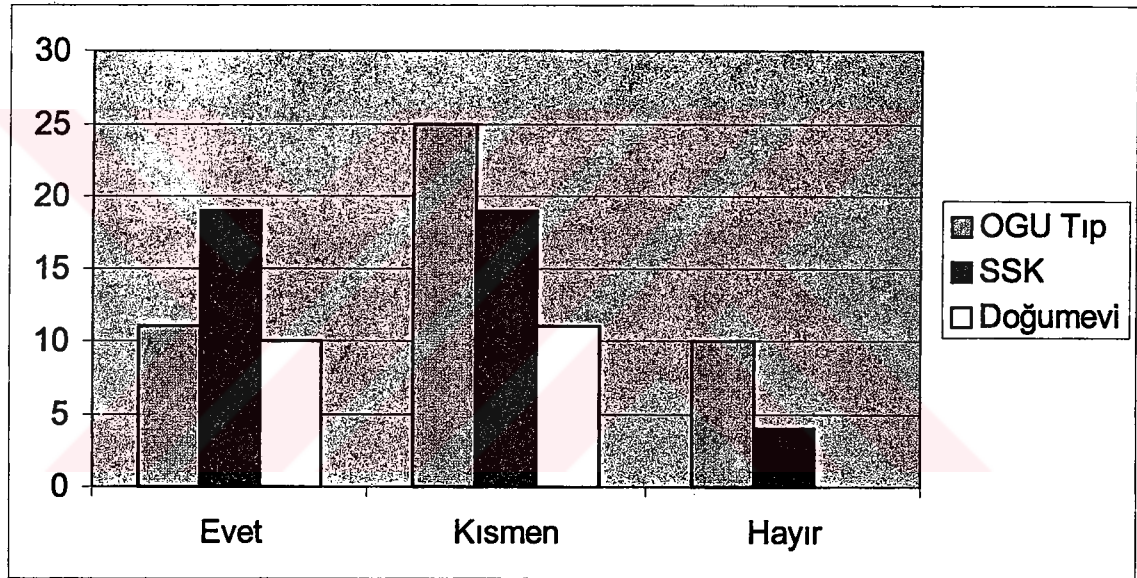
Tablo 33'de ve Grafiğinde görüldüğü gibi yöneticilerden Üst yönetim tarafından düşüncelerinizin, eskisinden daha fazla dikkate alındığına inanıyor musunuz? Sorusunun cevabı istenmiştir. Evet cevabını verenler Doğumevinde (%85.7), SSK'da (%45.2) ve OGÜ' de (%32.6) oranlarında görülmektedir. Kısmen diyenler SSK'da (%47.6), OGÜ' de (%37.0) ve Doğumevinde (%14.3) oranlarındadır. Hayır cevabını verenler ise OGÜ' de (%30.4) ve SSK'da (%7.2) oranındadır. Doğumevinde yöneticiler hayır şikkını cevaplamamışlardır.

Anlamlılık düzeylerine bakıldığında Hastane gruplandırması bazında anlamlı fark Doğumevi, SSK ve OGÜ' ye göre düşüncelerinin eskisinden daha fazla dikkate alındıklarını belirtmeleridir. Çalışma süreleri gruplandırmasına göre anlamlılık düzeyinde ise anlamlı fark hastanelerde yönetici olarak çalışma süreleri uzun olanlar (4-5 yıl arası, 6 yıl ve üstü) 1 ve 1 yıldan az ile 2-3 yıl arasına göre daha düşük algılama düzeyine sahiptirler. İbrahim KAVRAKOĞLU' na göre Yöneticilerde makam yükseldikçe kaybetme korkusu büyüyor. Makam yükseldikçe etki artar risk yüksek olur. Yönetici risk aldıkça konumunu kaybetme korkusu oluşur ve risk almaz. Yaş ilerledikçe de risk alma azalır. Anlamlı farklılığa Yönetici gruplarında ve Eğitim durumları gruplandırmasında rastlanmamıştır.



Tablo 3.34: ISO ile herkesin iş tanımı yapıldığı için, farklı işlerde çalışan insanlar arası çalışma barışı sağlandı mı?

	Hastane Türü					
	OGÜ Hastanesi		SSK Bölge Hastanesi		SB Doğ. ve Çocuk Has.	
	Frekans	%	Frekans	%	Frekans	%
Evet	11	23.9	19	45.2	10	47.6
Kısmen	25	54.4	19	45.2	11	52.4
Hayır	10	21.7	4	9.6	-	0.0
TOPLAM	46	100.0	42	100.0	21	100.0



Grafik 15: ISO 9001 KGS'nin Çalışma Barışı Hakkındaki Dağılım

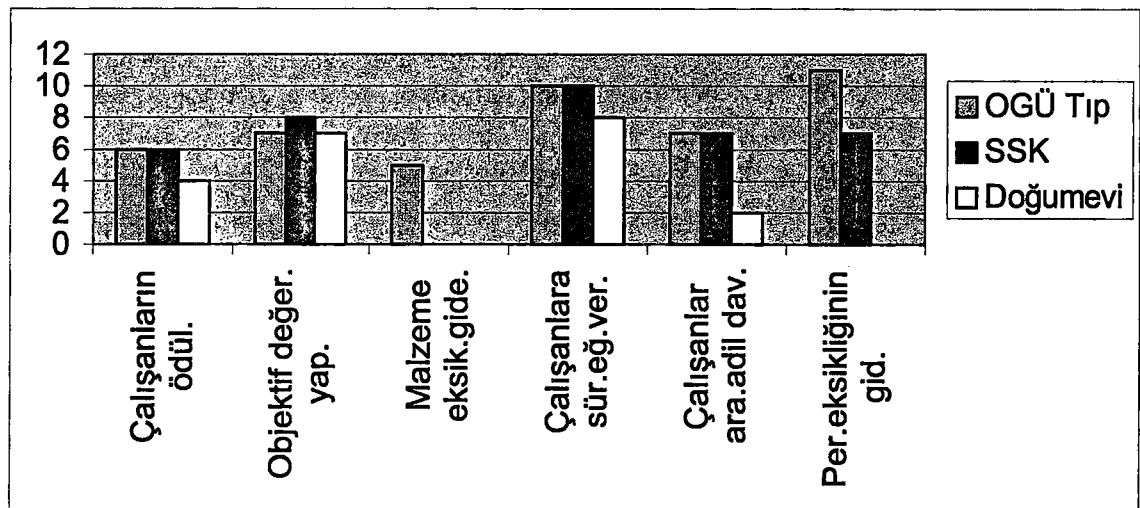
Tablo 34'de ve Grafiğinde ISO 9001 KGS ile tüm çalışanların iş tanımı yapılmaktadır. Bu tanıma göre farklı işlerde çalışan insanlar arasında çalışma barışının sağlanıp sağlanmadığı sorulmaktadır. Evet diyenler Doğumevinde (%47.6), SSK'da (%45.2) ve OGÜ' de (%23.9) oranlarında görülmektedir. Kısmen cevabı verenler OGÜ' de (%54.4), Doğumevinde (%52.4) ve SSK'da (%45.2) oranlarında görülmektedir. Hayır cevabını verenler ise OGÜ (%21.7) ve SSK (%9.6) olarak görülmektedir. Doğumevinde hayır cevabı verilmemiştir. Hastaneler gruplandırmasına göre anlamlılık düzeylerine bakıldığında Doğumevi yöneticileri SSK ve OGÜ yöneticilerine göre farklı

işlerde çalışan insanlar arası çalışma barışının sağlandığını söylemektedirler. Yönetici gruplarına, Eğitim durumlarına ve Çalışma süreleri gruplandırmalarına göre anlamlı bir farklılık görülmemiştir.



Tablo 3.35: Hastanenizde daha iyi hizmet verebilmeniz için üst yönetiminiz neler yapmalı?

	Hastane Türü					
	OGÜ Hastanesi		SSK Bölge Hastanesi		SB Doğ. ve Çocuk Has.	
	Frekans	%	Frekans	%	Frekans	%
Çalışanlarını Ödüllendirmeli	6	13.1	6	14.3	4	19.0
Objektif değerlendirme yapmalı	7	15.2	8	19.0	7	33.4
Malzeme eksikliğini giderilmesi	5	10.9	-	0.0	-	0.0
Çalışanlara sürekli eğitim verilmeli	10	21.7	10	23.8	8	38.1
Çalışanlar arasında adil davranmalı	7	15.2	7	16.7	2	9.5
Personel eksikliğini giderilmesi	11	23.9	7	16.7	-	0.0
TOPLAM	46	100.0	38	90.5	21	100.0



Grafik 16: Yöneticilerin Hastanelerinde Daha İyi Hizmet Verebilmeleri İçin Üst Yönetimden Beklenti ve Önerileri Hakkındaki Dağılım

Tablo 35'de ve Grafiğinde yöneticilere hastanelerinde daha iyi hizmet verebilmeleri için üst yönetiminiz neler yapmalı? sorusuna cevap yazmaları istenmiştir. Açık uçlu sorulan bu soruya cevapları ise şöyledir:

Çalışanlarını ödüllendirmeli cevabını verenler Doğumevinde (%19.0), SSK'da (%14.3) ve OGÜ' de (%13.1) oranlarda görülmektedir. Doğumevi yöneticileri SSK ve OGÜ' ye göre daha az ödüllendirildiklerini söylemektedirler. Objektif değerlendirme yapmalı diyenler Doğumevinde (%33.4), SSK'da (%19.0) ve OGÜ' de (%15.2) şeklindedir. Burada yine Doğumevi yöneticileri SSK ve OGÜ' ye göre daha az objektif olarak değerlendirdiklerini söylemektedirler. Malzeme eksikliğinin giderilmesi diyenler sadece OGÜ' de (%10.9) oranında cevaplamışlardır. Bu cevabı verenlerin hemşire grubundaki yöneticilerdir. SSK ve Doğumevinde malzeme eksikliğinden şikayetleri olmadığı görülmektedir. Çalışanlara sürekli eğitim verilmeli diyenler Doğumevinde (%38.1), SSK' da (%23.6) ve OGÜ' de (%21.7) oranlarında görülmektedir. Doğumevindeki yöneticiler eğitim konusunda SSK ve OGÜ yöneticilerine göre daha duyarlı oldukları görülmektedir. Kalite yönetiminde sürekli eğitim konusu en önemli unsurlarından biri olduğu muhakkaktır. Çalışanlar arasında adil davranmalı diyenler SSK'da (%16.7), OGÜ' de (%15.2) ve Doğumevinde (%9.5) oranlarında görülmektedir. Doğumevi yöneticileri SSK ve OGÜ yöneticilerine göre kendilerine daha adil davranıldığını söylemektedirler. Bu konuda en çok şikayet eden SSK yöneticileri olduğu görülmektedir. Personel eksikliğinin giderilmesi diyenler ise OGÜ (%23.9) ve SSK (%16.7) yöneticileridir. Doğumevi personel sıkıntısının olmadığını söylemektedir. Personel eksikliğinden şikayet eden diğer iki hastanede de en büyük eksiklik hemşire hizmetlerinde olduğu belirtilmiştir. Bütün hizmet kollarında olduğu gibi sağlık hizmetleri de bir ekip işidir. Daha iyi hizmet sunabilmek için kalifiye eleman olan hemşire eksikliğinin biran önce giderilmesi gerekmektedir. Bu soruya SSK' dan 4 kişi (%9.5) cevaplamamışlardır.

3.3.4. Tartışma

Hastanelerde hasta bakım kalitesini, fiziksel aletler ve ekipmanla birlikte hastanenin her düzeyindeki personel belirlemektedir. Personel için yapılan harcamalar, tüm hastane giderlerinin üçte ikisini oluşturmaktadır. Hasta bakım hizmeti sunmak amacıyla kurulmuş olan hastaneler, amaçlarını gerçekleştirebilmek için personel, alet ve

ekipman gibi mevcut kaynaklarını verimli bir şekilde kullanmak durumundadırlar. Personel, emek yoğun bir şekilde hizmet yürüten bir hastanenin amaçlarını gerçekleştirmesinde önemli bir araçtır. Hastanenin etkililik ve verimlilik düzeyi, personelin ilgi, gayret, çalışkanlık ve yeterlilik gibi nitelikleriyle doğrudan doğruya ilişkilidir.

Kalite Yönetimi bir hastanede tüm işgörenlerin katılımı ve inisiyatif kullanımını gerekli kılan bir süreç olması yanında, ekip çalışmasını da gerekli kılmaktadır. Bu bağlamda, hastaneler günümüzün en karmaşık işgören karmasına sahip işletmelerdir. Hastane hizmetleri, birbirinden çok farklı eğitim, yetenek, değerler, gereksinim ve sosyal statülere sahip çok sayıda meslek elemanını barındıran gruplarca üretilir ve üretim süreçleri aşırı işlevsel olarak birbirine bağlıdır. Örgütün farklı bölümlerinde ve farklı hiyerarşik düzeylerinde çalışan ve etkileşiminde bulunan personel, kendi ödülleriyle katkıları arasındaki oranı diğerlerin ödülleriyle katkıları arasındaki oranla karşılaştırırlar. Katkıları personelin eğitim, zeka, yetenek, yaş toplumsal statü, işte gösterdiği çaba gibi bir takım nitelikleri içerir. Personel katkı olarak algıladığı niteliklerine eşit oranda ödül bekler. Ülkemiz tüm kamu örgütlerinin temel sorunu olan bir örgütteki ücret dengesizliği ve varolmayan ödüllendirme ve işgören değerlendirme sistemleri aynı ölçüde hastanelerimiz açısından da geçerlidir. Bu bağlamda, üst yönetimin işgören motivasyonu ve katılımı sağlayıcı objektif kriterleri içeren şeffaf ödüllendirme ve motivasyon araçlarını kullanmaları gerekmektedir.

Kalite Yönetimi çalışmalarının bir örgütte, örgütün tüm üyeleri Kalite Yönetimi ile ilgili haklı olarak kendi kendilerine “bunun bana ne faydası olacak” sorusunu soracaklardır. Bir Kalite Yönetimi yöneticisi, bu soruya inandırıcı yanıtlar vererek değişik değerler ve hedeflerle, işgörelere Kalite Yönetiminin amaçlarına yönelik motive edebilmelidir. Bu bağlamda, yöneticiler ekonomik olan ve olmayan güdülerini geniş çapta kullanmalıdırlar. Günü sözcüğü çoğunlukla klasik anlamda ücrete dayalı ödüllendirme olarak algılanmaktadır. Ancak, Kalite Yönetimi çalışmalarında başarı, psikososyal faktörlerle birlikte örgüte ait olma duygusu, iltifatlandırılma, değer verilme ve statü gibi maddi olmayan güdüler kullanılabilir. Ancak, Kalite Yönetiminde kullanılacak en önemli motivasyon aracı işgörenlerin tüm yetenekleri kullanılacakları ve sonuçlarını görebilecekleri yetki devridir.

İşgörenlerin katılımı olmaksızın yürütülen her proje sonuçta başarısızlığa mahkumdur, denilebilir. Katılım, işgörenlerin direkt sorunları sahiplenmesini ve hedeflerini belirlemesini sağlayacaktır. Bu da sonuçta örgütsel başarıyı getirecektir. Katılımcı yönetimin en önemli unsuru, disiplinler arası çalışma yani takım çalışmasıdır. Ancak, yukarıda değinildiği üzere hastaneler çok farklı eğitim, kültür ve değerlere sahip işgören gruplarının var olduğunu ve kendi mesleki değerlerini ön plana çıkardığı örgütlerdir. Bu bağlamda, üst yönetim her ne kadar Kalite Yönetiminin felsefesi gereği tüm işgörenlerin çabalarını hizmet üretim kalitesine etkisinin eşit düzeyde olacağı yargısını sunmaya çalışsa bile özellikle kendi statüsünü üst düzeyde algılayan işgören gruplarının bu yargıyı takım çalışmasında uygulamaları oldukça güçtür. Bu yargının tüm işgörenlerce çok iyi şekilde özümsemesine bağlıdır. JURAN tarafından dört grup üzerinde yapılan bir araştırmada, katılımın sağlandığı bir grubun etkinliğinin arttığı diğer üç grupta ise etkinliğin azaldığı, düşmanlığın arttığı, iş değiştirme oranının yükseldiği ve şikayetlerin çoğaldığı sonucuna varılmıştır.

Burada karşılaşılabilecek en önemli sorun hastanelerin temel işlevi olan hastaların tedavisine yönelik hizmetlerin üretiminin temel yönlendiricisi konumundaki doktor grubunun katılımının sağlanmasıdır. Doktorların kaliteye bakışı ile yönetimin kaliteye bakışı arasındaki farklılıklar bir yana bu meslek grubu kendi statülerini en üst statü olarak algılamaktadırlar. Geleneksel yapıları gereği doktorlar, otonom çalışmaya alışmış ve hastalarına karşı kendilerini direkt sorumlu hissedenden bir meslek grubudurlar. Kalite Yönetiminin uygulanmasında karşılaşılabilecek en önemli sorun doktor grubunun bu projeye katılımının sağlanmasında yaşanacaktır. Çünkü sunulan hasta bakım hizmetinin tüm süreçlerinde proje yöneticisi konumundaki doktorların katılımı Kalite Yönetiminin başarısının anahtarıdır. Ve yine gelişmiş sağlık sistemlerinde doktorluk hizmetlerinin fonksiyonel yöneticisi konumunda hastane başhekimliği ülkemiz hastanelerinde en üst yönetim organı olarak tanımlanmaktadır.

Özetle işgören boyutu yönünde Kalite Yönetimi; işgörenleri kontrol etme yerine yönlendirme ve yardımcı olmak, cezalandırma yerine ödüllendirmeyi, işleri doğru yapmak yerine doğru işleri yapmaya işgörenlerin odaklanmasını, bireysel performans yerine ekip çalışmasını ön plana çıkararak ve kuşku ve şikayet yerine güven ve inanca dayalı bir örgüt kültürünün oluşmasını sağlayıcı bir yaklaşım olarak hastanelerine yararlar sağlayacaktır. Ancak ülkemiz kamu hastanelerinin örgüt yapıları gereği

yukarıda saydığımız işgören boyutuna yönelik tespitleri yaşama geçirip geçiremeyecekleri soru işaretidir.

Ülkemiz sağlık hizmetlerinin % 94'ü kar amacı gütmeyen kamu hastaneleri tarafından üretilmektedir. Hizmetlerin yürütülmesinden sorumlu üst yöneticiler mesleki uygulamalarının yanında ek bir görev olarak idari faaliyetleri de yürüten başhekimlerdir. İdari hiyerarşi tepeden tabana dikey bir otorite kullanımı yapısındadır. Oysa Kalite Yönetimi geleneksel dikey örgütlenmelerden olabilecek en yatay sisteme geçilmesini sürekli kılmaktadır.

AUSTIN'e göre hastanelerde sunulan hizmetlerin aşırı derecede her birey için ayrı tasarlanmak zorunluluğu, hizmetin yönetimini karmaşıklarıştırmakta; sağlık ve tıbbi bakım sisteminin çok çeşitli örgütleri kapsayan çoğulcu yapısı ve bu örgütlerin yönetimlerinin diğer uzmanlık alanlarında benzeri görülmeyen bir çeşitlilik gerektirmekte ve sağlık yöneticilerinin çok farklı özelliklere sahip sağlık profesyonelleri ile ekip çalışması içinde çalışmak ve üretim sürecinin sorumluluğunu onlarla paylaşmak durumunda olması da sağlık yöneticilerinin işlerini daha da karmaşık kılmaktadır. AUSTIN' e göre tüm bu özellikler sağlık işletme yöneticiliğini, bir yönetim olarak benzersiz kılmaktadır.

Ülkemiz hastanelerinin % 51' ini oluşturan SB hastanelerinin örgüt şemaları incelendiğinde bu hastanelerde en üst düzey yönetici konumunda tıp profesyoneli olan hastane başhekimlerinin olduğu görülecektir. Başhekimlik ve yardımcılarının altında yer alan hastane müdürleri ise ABD' de 1920-1950 yılları arasındaki idare müdürü daha doğru bir deyimle başhekimlik sekreteryası işlevlerini yürüten bir organ konumundadır.

SB ve SSK hastanelerimizin çağdaş işletmecilik bağlamında örgüt yapılarına sahip olmamaları, aynı zamanda bu hastanelerimizde çağdaş anlamda yönetim yaklaşımlarına rastlanmamasına neden olmaktadır.

SB ve SSK hastanelerinin hizmet planlama, uygulama, karar verme ve kaynak tahsis etme gibi her alandaki yetkileri yalnızca merkezi yönetim olarak SB ve SSK Genel Müdürlüğü tarafından belirlenmektedir. Personelin özlük işlerinden tutunda izine ayrılıp tekrar işbaşı yapışına kadar tüm bu işler taşra ile merkez arasında uzun yazışmalara neden olmaktadır. Bu durumda da her zaman şikayet ettiğimiz bürokrasi ve işletmelerin hantallığı ortaya çıkmaktadır. Özellikle bu iki kurumumuzda liyakatten

ziyade; işe alınma, atama, terfi ve ödüllendirme çoğunlukla siyasi tavırla belirlenmektedir.

Sektörün yatak kapasitesi olarak yaklaşık % 14' ünü oluşturan üniversite hastaneleri, hastanelerin matriks yapılarına birde üniversitelerin akademik yapılarının eklenmesi ile daha karmaşık bir yapıya sahiptirler. Ancak, üniversite hastanelerinin tümünde SB ve SSK hastanelerinde olduğu gibi hastanenin en üst yönetim organı hastane başhekimliği tanımlanmıştır. Hastane müdürlükleri ise SB ve SSK hastanelerindeki hastane müdürlüklerinin yerine getirdikleri idari müdürlüğüne benzer bir pozisyondadır. Üniversite hastanelerinin en üst karar organları görünümündeki, Üniversite Rektörüne çağdaş hastane işletmeciliği ilkeleri doğrultusunda çeşitli alternatifler sunma ve karar alma konumundaki Hastane Genel Kurulu ve Hastane Yönetim Kurulu üyeleri ve bu organlara karara yönelik alternatifler üretme ve seçilen alternatifleri uygulama ve denetleme işlevi verilen başhekimlerin tıpta uzmanlaşmış öğretim üyesi olmaları daha da önce de değindiğimiz AUSTIN' in sağlık yöneticiliğini benzersiz kılan özellikler yönünden bu örgütsel yapı içinde çağdaş ve verimli hastane işletmeciliği örneğini oluşturamayacaklarını söyleyebiliriz.

Hastanenin üst yöneticisi konumunda yer alan hastane başhekimini çağdaş hastane işletmeciliğinde tıp hizmetlerinin örgütlenmesi, denetimi ve hastane yönetimi ile koordinasyon işlevlerini yüklenen bir hastane organı olması gerekirken, üniversite hastane yönetmeliklerinde bu işlevler yerine hastanenin günlük idari ve destek hizmetlerinin yürütülmesi ve denetlenmesi işlevlerini yerine getiren bir hastane organı konumunda tanımlanmıştır. Oysa bu işlevler için gerekli bilgi ve beceri ile donatılmamış olan başhekimin, bu işlevleri ne ölçüde yerine getirebileceği sorusu ülkemiz hastanelerinde verimlilik yönünden yapılan akademik araştırma sonuçlarıyla yanıtlanabilir.¹⁷⁷

2000 yılında Kocaeli sağlık hizmetleri yöneticileri üzerinde yapılan sağlık yöneticilerinin "Sağlık Hizmetleri Yöneticiliği"ne bakış açılarına tespite yönelik bir araştırmasında; katılımcıların % 68'i sağlık hizmetleri yönetimini profesyonel bir meslek olarak nitelendirirken, % 82'si görevini bir profesyonel yöneticiye devretme konusunda gönüllü olduklarını ifade etmişler ve % 54'ü doktorların yöneticilik yapmasını kaynak israfı olarak değerlendirmişlerdir. %89'u yöneticiliği "öğrenilebilir

¹⁷⁷ ŞAHİN Ümit, "Hastane İşletmeciliğinde Toplam Kalite Yönetimi", Sağlık Kuruluşları ve Hastane Yönetimi Sempozyumu, Haberal Eğitim Vakfı Yayınları, Ankara, 1999, s.285-293.

bir kavram” olarak nitelendirmişlerdir. %81’i ise sağlık hizmetleri yöneticiliğinin diğer yönetimlerden farklı görmektedir. %81’i görevini yerine getirebilmek için yönetim eğitimine gereksinim olduğunu belirtmişlerdir.¹⁷⁸

Başka bir “ Ekip Çalışması ve TKY Açısından Önemi” adlı araştırmada Ülkemizde hastane üst yönetimini oluşturan yöneticilerin Rensis Likert tarafından sistem II ve ya babacan otoriter yönetim davranışı altında toplanan davranışları sergiledikleri gözlenmiştir. Bu tür davranışı benimseyen yönetici; astlarına fazlaca güven duymamakta, aşağıdan yukarıya iletişime fazlaca olanak tanımakta, ödüllendirme yanında cezalandırmayı da kullanarak astlarını isteklendirmekte, astlarının kararlara katılımını sınırlamakta, astların fikirlerini dinlemekte ancak kararları tek başına almaktadır. Aynı araştırmada ortaya çıkan diğer bir önemli sonuç ise yöneticilerin kurallara son derece önem verdikleri; değişiklikleri uygulamaya da çok istekli davranmamalarıdır.¹⁷⁹

3.3.5. Sonuçlar

3.3.5.1. Kurumlar Bazındaki Sonuçlar

3.3.5.1.1. OGÜ Hastanesinden Çıkan Sonuçlar:

OGÜ hastanesi 46 kişi ile daha fazla yönetici sayısına sahiptir. Orta kademe yöneticisi olan Müdür 4 kişi (%8.7) ve Servis Sorumlu Hemşireleri 25 kişi (%54.4) diğer hastanelerden daha yüksek orandadır. Bu yüksek oranların kaynağı üçüncü dal hastanesi olması ve yapısında diğer hastanelere göre daha fazla idari ve tıbbi bölüm bulundurmasıdır. Diğer bir farklı özelliği de organizasyon şemasında Hastaneler Başmüdürü kadrosuna yer vermesidir.

OGÜ hastanesi aynı zamanda eğitim düzeyi en yüksek yönetici kadrosuna Lisans 19 kişi (%41.3) ve Lisans üstü 6 kişi (%13.0) sahiptir. Diğer hastanelere göre bir başka özelliği de süre olarak daha uzun süreli 4 yıl ve üstü 41 kişi (%89.0) yöneticilik yapıyor olmalarıdır. Bura da kalite yönetiminin unsurlarından olan yönetimde devamlılık esası yerine getirildiği görülmektedir.

¹⁷⁸ TOKER Fikriye, “Kocaeli İli Sağlık Hizmetleri Yöneticilerinin Sağlık Hizmetleri Yöneticiliğine Bakış Açılarının Tespitine Yönelik Bir Araştırma”, 3. Ulusal Sağlık ve Hastane Yönetimi Sempozyumu, Ankara Üniversitesi Yayınları, Ankara, 2000, s.430-443.

¹⁷⁹ ŞAHİN, A.g.e., s.295.

OGÜ hastanesi ISO 9001 KGS hakkında diğer hastanelere göre oldukça fazla bilgi sahibi 23 kişi (%50.0) olduklarını söylemektedirler.

Hastanenizde çalışmayı nasıl tanımlarsınız? sorusuna olumsuz cevabı verenlerin sayısı 30 kişi (%65.2) ile yüksek bir oran çıkmaktadır. Burada çalışanların tatmini göz ardı edildiği görülmektedir.

Sağlık hizmetlerinde müşteri beklentilerini cevaplayarak müşteri tatminini sağlamaya çalışmak, hizmet kalitesini iyileştirmeye zorlar. Hastane içindeki tüm süreçlerin akışında, müşteriler ve işgören ilişkilerinin sorunsuz yürütülmesi ve işgörenlerin tatmini için ilk koşul, bölüm veya birim yöneticisinin sürekli iyileştirme felsefesine inanması gerekmektedir. Kalite yönetimi, her aşamada hizmet alan ve sunanlar tarafından algılanan ve denetlenen bir yönetim stratejisi ve yaşam biçimi olmalıdır. Hastanelerde kalite yönetiminin politikaları uygulanabilmesi için, hastaların ve sağlık profesyonellerinin memnuniyet düzeyleri ve bunu etkileyen unsurları saptayarak, kalite politikası belirlenmelidir.¹⁸⁰ Motivasyon ve ödüllendirmenin en önemli yollarından birisi ücretlerdir. Bunun yanında diğer önemli unsur olarak ta ayın personeli ve teşekkür yazısı gibi manevi ödüllendirilme yollarına da gidilebilir.

OGÜ hastanesi yöneticileri ISO 9001 KGS'nin hastanelerine diğer hastanelere göre daha az katkı sağladıklarını düşünmektedirler. Bu soruya cevap verenlerin toplam sayısı 11 kişidir. Bunun ana nedenlerini de doktorların kalite çalışmalarına katılımlarının sağlanamaması 4 kişi (%39.6) ve çalışanların mutluluğunun göz ardı edilmesi 4 kişi (%39.6) ile toplamda %79.2 gibi bir orana ulaşmaktadır. Kalite Yönetimi bir hastanede tüm işgörenlerin katılımı ve inisiyatif kullanımını gerekli kılan bir süreç olması yanında, ekip çalışmasını da gerekli kılmaktadır. Bu bağlamda, hastaneler günümüzün en karmaşık işgören karmasına sahip işletmelerdir. Hastane hizmetleri, birbirinden çok farklı eğitim, yetenek, değerler, gereksinim ve sosyal statülere sahip çok sayıda meslek elemanını barındıran gruplarca üretilir ve üretim süreçleri aşırı işlevsel olarak birbirine bağlıdır. Bu nedenle Kalite yönetiminin başarıya ulaşabilmesi için idari personelin katılımı gibi doktorlarında katılımı şarttır. Çalışanların mutluluğu ise yukarıda belirttiğimiz gibi ne kadar tatmin edildiklerine bağlıdır.

¹⁸⁰ AKGÜN Seval-AKYEL Sibel-HAMAMCIOĞLU Nilgün-KERCİ Ayşegül, "Başkent Üniversitesi Hastanelerinde Görev Yapan Personelin İş Doyumları Üzerine Bir Araştırma", Sağlık Kuruluşları ve Hastane Yönetimi Sempozyumu, Haberal Eğitim Vakfı Yayınları, Ankara, 1999. s.110-113.

ISO 9001 KGS'nin OGÜ hastanesine gereksiz iş yükü getirdiğini 38 kişi (%82.6) düşünmektedirler. Mesleki beceri ve yaratıcılığı kullanmada ISO 9001 KGS'nin önemli katkıda bulunmadığını 26 kişi (%56.5) söylemektedirler. Bu iki konuda diğer iki hastaneye göre oldukça yüksektir. Bunun gerekçesi olarak ta 12 kişi (%26.1) ile en büyük payla işlerin yoğunluğunu ileri sürmektedirler. Buda iş tanımlarının tam manasıyla yapılamaması ve personel eksikliğinden kaynaklanabilir. Sonuçta OGÜ hastanesinde iki konuda da görüldüğü gibi ISO 9001 KGS'nin negatif sinerji ve bürokrasi yarattığı görülebilir.

OGÜ hastanesi yöneticileri hastanelerinde daha iyi hizmet verebilmek için üst yönetimlerinden en fazla istedikleri 11 kişi (%23.9) ile personel eksikliğinin giderilmesidir. Ayrıca malzeme eksikliğinden bahseden tek hastane 5 kişi (%10.9) ile OGÜ hastanesidir. Bütün hizmet kollarında olduğu gibi sağlık hizmetleri de bir ekip işidir. Hasta bakım hizmeti sunmak için kurulan hastaneler, amaçlarını gerçekleştirebilmek için personel, alet ve ekipman gibi mevcut kaynaklarını verimli bir şekilde kullanmak durumundadır. Çalışanlar, emek yoğun bir şekilde hizmet yürüten bir hastanenin amaçlarını gerçekleştirmesinde önemli bir araçtır. Özellikle tüm hastanelerde olduğu gibi çalışanların yaklaşık yarısını oluşturan hemşire hizmetlerinde açıkları bulunmakta ve bu açıklarının giderilmesini talep etmektedirler.

Üst yönetimlerince objektif değerlendirilmedikleri 34 kişi (%73.9), sorunların çözümlenmesinde üst yönetimin daha az duyarlı olduğu 30 kişi (%65.2), üst yönetimlerince dikkate alınmadıklarını 21 kişi (%67.4) ve ISO 9001 KGS'nin çalışma barışına katkısının yetersiz olduğunu 35 kişi (%76.1) söylemektedirler. OGÜ hastanesi yaklaşık 5 yıllık bir ISO 9001 KGS geçmişine sahip olmasına rağmen Kalite Yönetim felsefesini tam olarak oturtamamış olduğu görülmektedir. SSK ve SB Hastaneleri daha kısa süreli ISO 9001 KGS'ne sahip oldukları halde özellikle SB Doğumevi hastanesi önemli ölçüde mesafe kat ettiği görülmektedir. OGÜ hastanesi özellikle organizasyon şemasını yeniden değerlendirmek zorundadır. İdari hiyerarşi tepeden tabana dikey bir otorite kullanımı yapısındadır. Oysa Kalite Yönetimi geleneksel dikey örgütlenmelerden olabilecek en yatay sisteme geçilmesini sürekli kılmaktadır.

3.3.5.1.2. SB Doğumevi Hastanesinden Çıkan Sonuçlar:

Doğumevi hastanesi 21 kişi ile diğer hastanelere göre daha düşük yönetici gruplandırmasına sahiptir. Yönetici gruplarında Başhekim yardımcılığı 4 kişi (%19.0), Müdür yardımcılığı 3 kişi (%14.3) ve Başhemşire yardımcılığı 3 kişi (%14.3) ile diğer hastanelere göre daha yüksek çıkmaktadır. Buna bağlı olarak eğitim durumlarında Başhekim yardımcılığı çok olduğu için 5 kişi (%23.8) ile yüksek, Lise mezunu ile 3 kişi (%14.3) diğer hastanelere göre daha yüksektir. Orta kademe yöneticilerden lise mezunlarının da olması dikkat çekmektedir.

Doğumevinde yönetici olarak çalışanların çalışma yıllarına göre 1 ve 1 yıldan az ile 2-3 yıl arası yöneticilik yapanların oranı 14 kişi (%66.7) ile diğer hastanelerden yüksek çıkmaktadır. Bu da Kalite yönetimi felsefesinde yönetimde devamlılık ilkesine ters düşmektedir.

Tüm sağlık hizmetlerinin nerede, nasıl ve ne ölçüde yapılacağı Ankara'da yani Sağlık Bakanlığı tarafından kararlaştırılıp planlanmaktadır. Sağlık Bakanlığının planladığı ve kabul ettiği her konuda ne derecede basit olursa olsun, her türlü değişiklik yine Sağlık Bakanlığının onayına tabidir. Sağlık hizmetlerine ait tüm yatırım kararları, en ince ayrıntısına kadar Sağlık Bakanlığı tarafından alınmaktadır. Hizmetlerin tüm ayrıntıları ve bunların üzerindeki her türlü değişiklikler merkezde saptanmaktadır.¹⁸¹ Üst kademe ve orta kademe yöneticilerin de atanmalarında liyakat ve profesyonellik aranmadığı gibi, her değişen hükümetle yine bu kadroların değişmesi ve şu içinde bulunduğumuz 2003 yılının ilk aylarında bunun devamını izlemememiz ülkemiz hastanelerinin %51' ne sahip SB hastaneleri ve buralardan hizmet alan hastalar adına çok üzücüdür.

Doğumevi yöneticilerinden 16 kişi (%76.2) ile hastanelerinde çalışmaktan gurur duyduklarını söylemektedirler. Aynı zamanda üst yönetimlerince dikkate alındıklarını 18 kişi (%85.7) ve hastanelerinde çalışanlar arası çalışma barışının sağlandığını 10 kişi (%47.6) söylemektedirler. Bu göstergeler diğer hastanelerden oldukça yüksek çıkmaktadır. Buradan da anlaşılacağı gibi çalışanların tatmini ve memnuniyeti ile motivasyonlarının sağlandığı görülmektedir. Çalışanların mutluluğu ise yukarıda belirttiğimiz gibi ne kadar tatmin edildiklerine bağlıdır.

¹⁸¹ ATEŞ Metin, "Sağlık Örgütlenmesinde Yönetimin Merkezilik Derecesi Açısından Türkiye'deki Durumu", *Modern Hastane Yönetimi Dergisi*, C:2 S:4, Ankara, Mayıs-1998, s.30.

ISO 9001 KGS hakkında %100'lük bir oranla bilgi sahibi olduklarını söylemektedirler. Fakat, ISO 9001 KGS eğitimi alanların oranı 19 kişi (%90.5) ile diğer hastanelerden düşük çıkmaktadır. ISO 9001 KGS'nin hastanelerine olumlu değişiklikler sağladığını söyleyenler 18 kişi (%85.7) ile diğer hastanelerden oldukça yüksektir. ISO 9001 KGS olumlu değişiklik getirmedi diyen 1 kişi (%4.8) ile doktorların katılımının sağlanamamasından şikayetçidir. ISO 9001 KGS'nin kısmen de olsa iş yükü getirdiğini 15 kişi (%71.4) söylemektedirler. Aynı zamanda üst yöneticileri tarafından daha objektif değerlendirildiklerini 17 kişi (%80.8) ve çözümlenmesi mümkün sorunlarının ve önerilerinin dikkate alındığını ayrıca çözümlenmesine yönelik girişimlerde bulunduğu 17 kişi (%81.0) ile söylemektedir. Bu değerler diğer hastanelerden oldukça yüksek çıkmaktadır. Buradan da anlaşılacağı gibi kalite yönetimi felsefesi daha iyi özümsemiş ve işlerin bu hastanemizde yolunda gittiği görülmektedir.

Hastanenizde daha iyi hizmet verebilmeniz için üst yönetiminizden beklentileriniz nelerdir? diye sorulduğunda, en büyük pay 8 kişi (%38.1) ile çalışanlara sürekli eğitim verilmeli diyenlerdir.

Sürekli eğitim, insan kaynakları yönetiminin destekleyici ve geliştirici işlevleri arasında yer alır. Bir yandan kişilerin bilgi ve becerilerle donatılmasını, diğer taraftan da edinilmiş olanların tazelenmesini hedefler. Sürekli eğitime sistematik yaklaşım, uygulamaya dönük olan ve yaratıcılık ile sorun çözme becerilerinin altının çizildiği tekniklere dayandırılmalıdır.¹⁸²

Kalite öncüleri, kalitenin eğitimle başlayıp eğitimle sona erdiğini söylemektedirler. Kalite yönetimi, yaygın bir eğitimi gerektirir. Juran, Deming ve Crosby, kalite iyileştirmede eğitimin önemini vurgulamakta ve hem yöneticilerin hem de çalışanların eğitilmesinin gereği üzerinde durmaktadırlar. Çalışanların eğitimi için hazırlanan programlar; fonksiyonel cehaleti yok etmek, temel bilgileri kazanma ve firmaya katkılarını anlama konusunda çalışanlara yardımcı olmak, iletişimi iyileştirmek, teknik canlılığı desteklemek ve çalışanların hatasız bir performans göstermelerini sağlamak amacıyla tasarlanmalıdır.¹⁸³ Bu nedenle Doğumevi hastanesi Yöneticileri eğitimin önemini ve gerekliliğini diğer hastanelerimize göre daha fazla oranda kavramış görülmektedirler.

¹⁸² ÜSTEL İsmail, "Sürekli Eğitim Kalitesinin Temelleri", **Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi ve Performans Ölçümü Sempozyumu**, Haberal Eğitim Vakfı Yayınları, Ankara, 1997, s.221.

¹⁸³ ŞAHİN Ümit, "Hastane İşletmeciliğinde Kalite", Sarar Kültür Yayınları, Eskişehir, 1999, s.95-96.

Üst yöneticilerinden diğer istekleri ise çalışanların ödüllendirilmesi 4 kişi (%19.0) ve objektif değerlendirme 7 kişi (%33.4) istemektedirler. Bu iki oran özellikle objektif değerlendirme diğer hastanelerine göre oldukça yüksek çıkmaktadır. İnsanlar iş beklentisi temelinde değerlendirilmeli, ister iyi-isterse kötü olsun başkalarıyla kıyaslanmamalıdır. İyi ve ya kötü olarak değerlendirilen davranışların neler olduğu açıklanmalıdır.

Üst düzeyde yapılan değerlendirme değişim için önemli bir uyarı olabilir. Değerlendirme, organizasyonun belirlediği hedeflere ulaşmadaki başarısını ve başarısızlığını gösterir ve hedeflere ulaşmak için gerekli yollar işaret edebilir. Her çalışanın eksikliğini tanıyarak ana sorunlar oluşmadan düzenli olarak değerlendirilerek düzeltilmesi istenen hedeflere ulaşmayı kolaylaştıracaktır. Organizasyonun hedef ve standartları temel alınarak değerlendirme yapılmalıdır.¹⁸⁴

3.3.5.1.3. SSK Bölge Hastanesinden Çıkan Sonuçlar:

SSK hastanesinde yönetici gruplandırılmasında yönetici sayısı 42 kişi ile Doğumevi hastanesinden yüksek, OGÜ hastanesinden düşüktür. Yöneticilerde şef bazında 9 kişi (%21.4) ile diğer hastanelere göre yüksek durumdadır. Yöneticilerin eğitim düzeylerinde de ön lisans mezunları 25 kişi (%59.5) ile ağırlık kazanmaktadır.

ISO 9001 KGS hakkında bilgi sahibi olmayan yöneticilere sahip tek hastane 2 kişi (%4.8) ile SSK hastanesidir. Ancak ISO 9001 KGS eğitimi aldınız mı? sorusuna % 100'lük bir oranla cevap veren tek hastanede SSK Bölge hastanesidir. Bu durumda tüm yöneticilerin eğitim aldıkları ve saat bazında 4 saat ve üstü ile 37 kişi (%88.1)'lik bir orana sahiptir. Bu oranlar diğer hastanelere göre yüksektir. Buradan anlaşılacağı gibi SSK hastanesinde tüm yöneticiler eksiksiz ve yüksek bir saat oranıyla eğitimlerini tamamlamış görünmektedir. Eğitim konusuna daha önce incelediğimiz iki hastanemizde de değinmiştik. Kalite yönetimi organizasyonlarında bilgiye ulaşmak hatta ilk bilgiyi elde edip uygulamaya geçirmek ilke olarak kabul edilmektedir. İyi yetişmiş bir insanın bir işin her kademesinde yapacağı bilinçli katkı kalite yönetiminde iş mükemmelliği ve sürekliliği sağlayacak temel unsurlardandır.

¹⁸⁴ BAHÇECİK Nefise-EKİZLER Hediye, "Formal ve İnfomal Değerlendirme ve İş Performansı Üzerine Etkileri" Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi ve Performans Ölçümü Sempozyumu, Haberal Eğitim Vakfı Yayınları, Ankara, 1997, s.97-99.

Hastanenizde çalışmayı nasıl tanımlarsınız? sorusuna 29 kişi (%69.1) ile zorlayıcı-yıpratıcı ve yorucu cevabını veren ve hastanelerinde memnuniyetsizlik oranı en yüksek hastane SSK hastanesidir. Çalışanların memnuniyetsizliği önemli ölçüde yüksek görülmektedir. Hastanelerde kalite yönetiminin politikaları uygulanabilmesi için, hastaların ve sağlık profesyonellerinin memnuniyet düzeyleri ve bunu etkileyen unsurları saptayarak, kalite politikası belirlenmelidir. Bu memnuniyetsizliklerinin bir çok nedeni olabilir. Bunlardan en önemlilerinden birisi personel yetersizliği ve buna bağlı olarak ta çalışma koşullarının ağırlığından kaynaklanabilir. Bir başka konuda ücret dengesizliğidir. Maalesef ücretlerdeki dengesizlik ve yetersizlik tüm çalışanların en büyük sorunlarından. Birde çalışanların memnuniyeti için çeşitli motivasyon araçları geliştirilmelidir.

ISO 9001 KGS'nin fazlaca katkı sağlamadığını 6 kişi (%14.3) düşünenlerin en büyük nedeni 5 kişi (%11.9) ile kırtasiye işlerinin artmasını gerekçe göstermektedirler. Ayrıca ISO 9001 KGS'nin 21 kişi (%50.0) ile gereksiz iş yükü getirmediğini, beceri ve yaratıcılıklarını eskisinden daha fazla oranda kullandıklarını 28 kişi (%66.7) söylemektedirler. Bu oranlar diğer hastanelere göre yüksek oranlardır.

Üst yönetime ilettikleri ve hizmet kalitelerini etkileyen sorunlar dikkate alınıp çözümlenmesi için üst yönetiminin girişimde bulunmadığını söyleyenlerin sayısı 6 kişi (%14.3) ile diğer hastanelerden daha fazladır. Yönetim yaptığı işe inanıp, onunla yaşmalıdır. Bu inanç ve bütünleşme yöneticiyi personelden gelen isteklere açık tutacak ve onların verimli çalışmaları için destek sağlayacaktır. Organizasyonların başarılarında ve sürekliliğinin sağlanmasında gösterilecek azim, tutku ve ısrar çalışan üzerinde olumlu etkiye neden olacaktır. ISO 9001 KGS ile çalışma barışının sağlandığını söyleyen 19 kişi (%45.2) ile Doğumevine yakın oranlarda OGÜ'den ise yüksek orandadır.

Hastanelerinde daha verimli çalışabilmek ve daha iyi hizmet verebilmek için yöneticilerin üst yönetimlerinden istekleri sırasıyla çalışanlar arasında adil davranılmasını 7 kişi (%16.7) bu değer diğer hastanelerden daha yüksektir. Burada sorun çalışanların adil ölçüler içersinde performanslarının iyi değerlendirilmediğinden kaynaklanmaktadır.

Klasik uygulamalarla performans değerlendirmeleri çoğu zaman yönetici ve çalışanlar için stres kaynağı oluşturmakta ve formalite bir işlem olarak

değerlendirilmektedir. Aynı zamanda klasik uygulamalarda performans değerlendirmesi, bireylere ve ya bölümlere yönelik cezalandırma amacı taşıyan bir sopa gibi kullanılarak etkisiz bir araç haline getirilmiş ve verimli bir şekilde bu önemli araç kullanılamamıştır. Gerçek anlamda ise performans değerlendirme, kuruluşta amaçların ve stratejilerin çalışanlara iletimi ve paylaşımı, kurumsal kültür ve amaç birliğinin oluşturulmasında çok yararlı bir enstrüman haline gelebilir.¹⁸⁵

Personel eksikliğinin giderilmesini 7 kişi (%16.7) OGÜ' den düşüktür. Personel eksikliği giderilmediği takdirde hastaneler açısından hizmetin niteliği, fiyatı ve verildiği süre gibi bazı göstergelerin olumsuz yönde etkileneceği muhakkaktır. Çalışanlara sürekli eğitim verilmesini 10 kişi (%23.8) üst yönetimlerden istemektedirler. Sürekli eğitim Kalite yönetimin en önemli unsuru olduğu unutulmamalıdır. Bu oran ise diğer iki hastanemizden OGÜ' den yüksek Doğumevinden düşüktür.

3.3.5.2. Genel Sonuçlar ve Öneriler

Sağlık Hizmetlerinde kaliteden bahsedebilmek için öncelikle;

- Sağlam bir yönetim modeli ve organizasyonun varolması,
- İşlerin, kim ne zaman, nerede, hangi vasıtalar kullanılarak, ne yöntemle yapıldığının bilinmesi,
- Üst yönetimin kaliteye inanmış ve destekleyici olması,
- İşgörenlerin nitelik ve alt yapısının güçlü olması ve sürekli eğitimle bu gücün devamlılığının sağlanması gerekir.

Organizasyonda çalışan herkesin, üretilen hizmetin ve dolayısıyla bütünün bir parçası olduğunu bilmesi gerekir. Sağlık hizmeti üretiminde hizmeti oluşturan tüm unsurlar zincir halkaları gibi birbirine bağlıdır.

ISO 9001 KGS belgelendirme çalışmalarında genel çaba, hastanelerde kaliteli hizmet sunmak yönünde olmalı, belgelendirme ise, bunun güvence altına alınması biçiminde gerçekleşmelidir. Eğer belgelendirme amaç olarak benimsenir, kaliteli hizmet sunma belgelendirmeye ulaşmak adına bir aşama olarak değerlendirilirse, bu sağlık hizmetlerinde kalite anlayışını olumsuz yönde etkileyebilir. Ayrıca bu tür yaklaşımlar

¹⁸⁵ TOKTAMIŞOĞLU Murat, "Toplam kalite Yönetiminde İç Müşteri Memnuniyeti ve Performans değerlendirmesi", Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi ve Performans Ölçümü Sempozyumu, Haberal Eğitim Vakfı Yayınları, Ankara, 1997, s.126-127.

kalitenin temelini oluşturan hasta memnuniyetinin azalmasına, dolayısıyla toplumda kalite kavramına olan güvenin sarsılmasına neden olabilir.

ISO 9001 Kalite Güvence Sisteminin hastanelere sağladığı katkılardan ilki, kalite ve verimliliğin artması, ikincisi ise maliyetin azaltılmasıdır. Hastanelerde maliyetin artmasının nedeni, yanlış yapılan işin tekrar edilmesi ve yeniden yapılması, aksaklıkların düzeltilmeye çalışılması ve tüm bunlara rağmen verimli sonuç alınamamasından ileri gelir. ISO 9001 Kalite Güvence Sisteminin sayesinde sağlanacak kalite ve verimlilik işletmelerin tüm bu maliyetlerle ve maliyet artıran konularla karşı karşıya kalmasını engelleyecektir. Bunu yaparken ISO 9001 Kalite Güvence Sistemini vurguladığı en önemli nokta, aksaklıkların doğmadan engellenmesidir. Böylece hem zamandan hem de yapılan işten tasarruf sağlanır.

ISO 9001 KGS; kalitenin sürekli iyileştirme, sorunların tespiti ve analizi, çözümü, takım çalışması gibi tüm işletme işlevlerine ancak tüm işgörenlerin sürece katılımları ile sağlanabilecek bir yaklaşımdır. ISO 9001 KGS katılımıcılık, etkili yönetim uygulamaları ile desteklenerek güçlendirilmeli ve çalışanların işlerine ve kuruluşa karşı geliştirmeleri gereken tavır, tutum ve davranışsal dönüşüm sağlanmalıdır.

ISO 9001 KGS tüm işgörenlerin bilgi, beceri ve yaratıcılıklarını en üst düzeyde kullanabilmelerini sağlayacak ve bunları sürekli geliştirmelerine olanak tanıyacak bir örgütsel yapı ve örgüt kültürünün oluşturulmasını gerekli kılmaktadır.

Kalite yönetimi, geleneksel dikey (hiyerarşik) örgütsel yapıdan daha yatay bir örgütsel yapıya geçmek gibi belli örgütsel yapı değişikliklerini gerektirir. Kalite yönetiminin başarıyla uygulanabilmesi için organizasyon yapıları yatay, kademe sayısı az, esnek, ekip çalışmalarına açık ve karar süreçlerini hızlandırıcı özelliklere sahip olmalıdır.

Hastane hizmetlerinde kalitenin sağlanması yönetimin sorumluluğunda olmasına karşın, en büyük pay hastane çalışanlarıdır. Gerekli güç ve yetkilerin işgörelere devri işgören katılımının sağlanabilmesi için şarttır. Ancak, yetkiyi elinde tutmayı temel yönetim anlayışı haline getiren otokratik bir yönetim biçimini benimseyen yöneticilerin var olduğu bir örgütsel yapıda ISO 9001 KGS'nin başarıya ulaşabilmesi güzel bir hayal olarak kalacaktır.

Daha öncede belirttiğimiz gibi ISO 9001 KGS'nin uygulamasının en önemli öğelerinden biri işgörenlerdir. Sistem içerisinde kalite uygulamalarında başarının

sağlanması, tüm işgörenlerin etkin katılımıyla elde edilebilir. Bu katılımın etkin ve verimli olarak sağlanabilmesi ise, ISO 9001 KGS'nin bir gereği olan eğitim uygulamalarıyla gerçekleşecektir. Bu konuda nitelikli eğitim programları hazırlanmalı ve uygulanmalıdır.

ISO 9001 KGS' nin hastanelerde uygulanabilmesi için öncelikle yöneticilerin Kalite Yönetimi anlayışına sahip ve gelişmelere açık olması gerekir. Kalitenin önemini kavramamış, yeniliklere adapte olamayan, değişimden korkan ve hep olduğu yerde sayan yöneticilerin olduğu bir hastanede, ne ISO 9001 KGS ne de Kalite yönetimi söz konusu olabilir.

Sağlık hizmetleri yöneticiliğinin profesyonel bir meslek olduğu görüşü yaygın olmasına rağmen uygulamanın böyle olmaması nedeniyle sağlık hizmetleri yönetiminin profesyonellerce yapılmasını sağlayacak yasal düzenlemeler yapılarak; sağlık yönetimi eğitimi ve diğer yönetim dallarında eğitim almamış kişilerin sektörde yöneticilik yapmamaları sağlanmalıdır.

Hastanelerde yönetici olarak görev yapan müdürlerin eğitim durumları çoğunlukta lisans düzeyindedir. Sağlık ve tıbbi bakım sisteminin çok çeşitli örgütleri kapsayan çoğulcu yapısı ve sağlık yöneticilerinin çok farklı özelliklere sahip sağlık profesyonelleri ile ekip çalışması içinde çalışmak ve üretim sürecinin sorumluluğunu onlarla paylaşmak zorundadır. Bu nedenle bundan sonraki yönetici tercihlerinde yöneticilerin sağlık yönetimi veya diğer yönetim dallarında yüksek lisans ve üstünde eğitim almış olmaları şartı aranmalıdır.

SB ve SSK'da yönetici atamalarında siyasi tavırlardan vazgeçilmeli, seçilecek yöneticinin kapasitesi ve liyakat ölçüleri önem taşınmalıdır. Hastanenin üst yöneticisi konumunda yer alan hastane başhekimisi çağdaş hastane işletmeciliğinde tıp hizmetlerinin örgütlenmesi, denetimi ve hastane yönetimi ile koordinasyon işlevlerini yüklenen bir hastane organı durumuna getirilmelidir. Siyasi kaygılar içinde yönetime gelen başhekim ve müdürlerden fazla bir şey beklemek yanlış olacaktır.



EKLER

Ek 1: Anket Formu

EK 1

(ÖRNEK ANKET FORMU)

Bu anket çalışmasının amacı Hastanelerde kalite yönetiminin bir aracı olarak uygulanan ve Uluslararası bir kalite güvence sistemi olan ISO 9001 uygulamasının İlimizdeki üç belgeli hastanenin arasında kuruluş farklılıklarını belirlemektir. Sizden ricamız, aşağıdaki soruları isim ve soyadı vermeksizin cevaplayarak araştırmamıza yardımcı olmanızdır.

İlginize teşekkür ederiz.

1- Göreviniz?

- () Başhekim () Başhekim Yrd. () Başmüdür () Müdür
 () Müdür Yrd. () Şef () Baş Hemşire () Baş Hemşire Yrd.
 () Servis Sorumlu Hemşiresi

2- Eğitim Durumunuz?

- () Lise () Ön Lisans () Lisans
 () Yüksek Lisans () Doktora

3- Hastanenizde kaç yıldır yönetici olarak çalışıyorsunuz?

- () 1 ve 1 yıldan az () 2-3 yıl arası () 4-5 yıl arası () 6 yıl ve üstü

4- Hastanenizde Çalışmayı nasıl tanımlarsınız?

- a. () Gurur verici b. () Önemsiz c. () Zorlayıcı – yıpratıcı d. () Yorucu

5- ISO 9001 hakkında ne ölçüde bilgi sahibisiniz?

- () Çok az () Kısmen () Oldukça fazla

6- ISO 9001 eğitimi aldınız mı?

- () Evet () Hayır

7- ISO 9001 KGS eğitimi aldınız ise kaç saat?

- () 1 Saat () 2-3 Saat () 4 Saat ve üstü

8- ISO 9001, hastanenize ne ölçüde katkı sağladı?

- a. () Katkı Sağladığını Düşünmüyorum c. () Oldukça olumlu değişiklikler sağladı
 b. () Çok az katkı sağladı d. () Her şey eskisinden kötü oldu
 e. () Çok önemli değişiklik getirmedi

9- 8. soruya cevabınız a ve b seçenekleri ise bu cevabınızın ana nedenini yazar mısınız?

.....

10- ISO 9001 size ve /veya gereksiz/ek iş yükü getirdi mi?

() Evet () Kısmen () Hayır

11- Mesleğinizin edindirdiği bilgi beceri ve yaratıcılığı eskisinden daha fazla oranda kullanabiliyor musunuz?

() Evet () Kısmen () Hayır

12- 11.soruya cevabınız Hayır veya Kısmen ise bu cevabınızın ana nedenini yazar mısınız?

.....

13- Bir yönetici olarak, üst yönetiminizce eskisinden daha objektif değerlendiriliyor musunuz?

() Evet () Kısmen () Hayır

14- Üst yönetiminize ilettiğiniz çözümlenmesi mümkün ve kolay hizmet kalitenizi etkileyen sorunlar dikkate alınıyor ve çözümlenmesi için girişimlerde bulunuluyor mu?

() Evet () Kısmen () Hayır

15- Üst yönetim tarafından düşüncelerinizin, eskisinden daha fazla dikkate alındığına inanıyor musunuz?

() Evet () Kısmen () Hayır

16- ISO ile herkesin iş tanımı yapıldığı için, farklı işlerde çalışan insanlar arası çalışma barışı sağlandı mı?

() Evet () Kısmen () Hayır

17- Hastanenizde daha iyi hizmet verebilmeniz için üst yönetiminiz neler yapmalı?

.....

Anketimize katıldığınız için teşekkür ederiz.

KAYNAKÇA

AK Bilal, "21. Yüzyılda Sağlık Hizmetlerine Stratejik Bir Bakış", **Standart Dergisi**, TSE Yayını, S: 472, Ankara, Nisan-2001.

_____, "Bilgi Toplumunda Sağlık", **Türk Sağlık-Sen Haber Bülteni**, S:20, Ankara, Nisan-2002.

AKIN Bahadır-İNCE Mehmet-USTA Ramazan, "ISO 9000: Beklentiler ve Gerçekler", **Standart Dergisi**, TSE Yayını, S:482, Ankara, Şubat-2002.

AKGÜN Seval-AKYEL Sibel-HAMAMCIOĞLU Nilgün-KERCİ Ayşegül, "Başkent Üniversitesi Hastanelerinde Görev Yapan Personelin İş Doyumları Üzerine Bir Araştırma", Sağlık Kuruluşları ve Hastane Yönetimi Sempozyumu, **Haberal Eğitim Vakfı Yayınları**, Ankara, 1999.

AKSOY Güler, "Hemşirelikte Sürekli Eğitim", **I. Ulusal Hemşirelik Eğitim Sempozyumu-Bildiriler**, Hilal Matbaacılık, İstanbul, 1988.

AKYAY Nurullah, "Osmanlı İmparatorluğunda Sağlık Örgütleri ve Sosyal Kuruluşlar", **Hacettepe Üniversitesi Toplum Hekimliği Enstitüsü**, Yayın No:22, Ankara, 1982.

ALPUGAN Oktay, "Hastane Yönetimi ve Ekonomik İlkeler", **Ege Üniversitesi İşletme Fakültesi Dergisi**, Y.1, S.1-2, 1981.

ATEŞ Metin, "Sağlık Örgütlenmesinde Yönetimin Merkezilik Derecesi Açısından Türkiye'deki Durumu", **Modern Hastane Yönetimi Dergisi**, C:2 S:4, Ankara, Mayıs-1998.

BAĞRIAÇIK Atilla, **Belgelerle ISO 9000**, Bilim Teknik Yayınevi, Eskişehir, 1995.

BAHÇECİK Nefise-EKİZLER Hediye, “Formal ve İnfomal Değerlendirme ve İş Performansı Üzerine Etkileri” Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi ve Performans Ölçümü Sempozyumu, **Haberal Eğitim Vakfı Yayınları**, Ankara, 1997.

BAŞBOĞAOĞLU Uğur, “Gaziantep’teki Kamusal ve Özel Kesimdeki İnsan Kaynaklarının Geliştirilmesi”, **Verimlilik Dergisi**, MPM Yayınları, Yayın No: 1999/1, Ankara, 1999.

BAYAR Murat-DURNA Meryem-SÖYLEMEMZ Didem, “Sağlık İşletmelerinde Motivasyonun Önemi ve Personel Üzerindeki Etkisi”, **4. Ulusal Sağlık ve Hastane Yönetimi Sempozyumu**, Marmara Üniversitesi Yayınları, İstanbul, 2001.

BELEK İlker, **Sosyal Devletin Çöküşü ve Sağlık Ekonomi Politikası**, Sorun Yayınları, İstanbul, Temmuz-2001.

BERK S.OĞUZ, “Hastanelerde Kalite Sağlama Sistemlerindeki Gelişmeler ve Toplam Kalite Yönetiminin Türkiye’de Uygulanabilirliğine Yönelik Bir Model Önerisi”, **Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi**, İstanbul Üniversitesi sosyal Bilimler Enstitüsü, 1994.

BROOKS G.Richard, **Health Status Measurement**, Macmillan Press LTD., London, 1995.

CALDWEL Chip, **Sağlık Kuruluşlarında Stratejik Yönetim**, Çev: Osman AKINHAY, Sistem Yayıncılık, İstanbul, Kasım-1998.

CHARLES N. Weaver, **Toplam Kalite Yönetimin Dört Aşaması**, Cev.: T.Birkant-O. .Akinhay, Sistem Yayıncılık, İstanbul, 1997.

ÇETİNKAYA Fevziye-ÖZTÜRK Yusuf-GÜNAY Osman, “Sağlık Ocağı Hizmetlerinden Yararlanmada Aile Reisi Eğitiminin Rolü”, **Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi**, C.II, 1993.

ÇOLAK Meriç-KISA Adnan-ALAP Nilay-DEMİREZEN Hilal-İNCEOĞLU Yasemin, “Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyeti: Eryaman 2 No’ lu Sağlık Ocağında Bir Uygulama” 3. Ulusal Sağlık ve Hastane Yönetimi Sempozyumu, **Ankara Üniversitesi Yayınları**, Ankara, 2000.

ÇORUH Mithat, “Geleceğin Hastaneleri Nasıl Olmalıdır”, **Modern Hastane Yönetimi Dergisi**, S:1, Ankara, 1997.

_____, “Hastanelerde Kalite Belgesi Alma Girişimi ve Ötesi”, **Modern Hastane Yönetimi Dergisi**, S: 1988/5, İstanbul, 1988.

_____, “Hastanelerde Kalite Belgesi Alma Girişimi ve Ötesi”, **Modern Hastane Yönetimi Dergisi**, S:1998/4, İstanbul, 1998.

_____, “Sağlık Hizmetlerinde Kalite ve Performans kavramındaki Gelişmeler”, **Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi ve Performans Ölçümü Sempozyumu**, Ankara, 1997.

_____, “Toplam Kalite Yönetimi, Hastane Uygulamaları Gerçekler ve Güçlükler”, **Sağlık Sektöründe Toplam Kalite Yönetiminin Yeri Sempozyumu**, **Haberal Eğitim Vakfı Yayını**, Ankara, 1995.

_____, “I. Basamak Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi”, **I. Basamak Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi Sempozyumu**, **Haberal Eğitim Vakfı Yayını**, Ankara, 1996.

_____, “Kaliteli Sağlık Hizmeti Sunumunda ISO 9000 ve JCAHO Uygulama Yaklaşımı Özellikleri”, **Sağlık Yönetiminde Devamlı Kalite İyileştirme Sempozyumu**, **Haberal Eğitim Vakfı Yayını**, Ankara, 1998.

DEMİNG W. Edwards, **Krizden Çıkış**, Çeviren: Cem Akaş, Kalder Yayını, İstanbul, 1996.

DİNÇER Arzu, “Toplam Kalite Yönetimi Yaklaşımı İçinde Koroner Anjiyografi Yapılacak Hastaların Maruz Kalabileceği İşleme Yönelik Bilgilendirilmesi”, Sağlık Hizmetlerinde Devamlı Kalite İyileştirme Sempozyumu, **Haberal Eğitim Vakfı Yayını**, Ankara, 1998.

DİNÇER Tevfik-ALOĞLU Ersen-ŞAHİN İsmet, “Yatış Süresine ve Varyansına Etki Eden Faktörlerin Kontrol Edilebilirliği”, **Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi**, C:111, S.1, 1995.

DONABEDIAN Avedis, “Kalite Güvencesi”, **Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi**, Ankara, C:1, S:1, 1992.

ELMACI Orhan, “Türkiye’nin Dünya İle Entegrasyonunda Vizyon Arayışları: Serbest Piyasa Ekonomisi ve Katılımcı Demokrasi”, **Dünya Gazetesi**, 15.12.1997.

_____, **Toplam Kalite Yönetimi**, Dumlupınar Üniversitesi Yayını, Kütahya, 2001.

EREFİ İnci, “Sağlık Hizmetlerinde Standart ve Kalitenin Önemi” **Kalite Maliyet ve Hemşirelik Sempozyumu**, İzmir, Kasım-1993.

EREN Nevzat, **Sağlık Hizmetlerinin Yönetimi**, Hatipoğlu Yayınevi, Ankara, 1985.

İHSANOĞLU Ekmeleddin, **Suriye’de Modern Osmanlı Sağlık Müesseseleri, Hastaneler ve Şam Tıp Fakültesi**, Türk Tarih Kurumu Yayın No:183, Ankara, 1999.

GÜLDAL Dilek-ŞEMİN Semih-OĞLAK Sema, “Üçüncü Basamak Hastanelere Başvuru Nedenleri”, 3. Ulusal Sağlık ve Hastane Yönetimi Sempozyumu, **Ankara Üniversitesi Yayınları**, Ankara, 2000.

GÜZEL Senin Harika, “Cumhuriyet Dönemi Sağlık Yönetimi”, Sağlık Sektöründe Toplam Kalite Yönetiminin Yeri Sempozyumu, **Haberal Eğitim Vakfı Yayınları**, Ankara, 1995.

_____, "Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Programında Toplam Kalite Yönetimi Anlayışı Yönünden Bir Yaklaşım", I. Basamak Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi Sempozyumu, Haberal Eğitim Vakfı Yayınları, Ankara, 1996.

HAYRAN Osman-SUR Haydar, **Hastane Yöneticiliği**, Nobel Tıp Kitapevi, İstanbul, 1997.

KALKAY M. Nuri, **Çağdaş Hekimliğin Sorunları**, Tıbbi Kitaplar Dağıtım Servisi, İstanbul, 1981.

KARABULUT Kerem, "Sağlık Ekonomisi", Sağlık Kuruluşları ve Hastane Yönetimi, Haberal Eğitim Vakfı Yayını, Ankara, 1999.

KAVRAKOĞLU İbrahim, **Kalite-Kalite Güvencesi ve ISO 9000**, Kalder Yayınları, İstanbul, 1996.

_____, **Kalite Güvencesi ISO 9000 ve Toplam Kalite**, Rekabetçi Yönetim Dizisi:1, İstanbul, 1993.

_____, **Toplam Kalite Yönetimi**, Kalder Yayınları, İstanbul, 1998.

KAVUNCUBAŞI Şahin, **Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi**, Siyasal Kitapevi, Ankara, 2000.

MARDİN N. Bekata, **Sağlık Sektöründe Kadın**, T.C. Başbakanlık Kadının Statüsü ve Sorunları Genel Müdürlüğü Yayınları, Cem Ofset, Ankara, Nisan-2000.

MENDERES Münevver, **Hastanelerde Maliyet Muhasebesi ve Mali Analiz**, Anadolu Üniversitesi Yayın No:422, Eskişehir, Ekim-1994.

MENDERES Münevver-ERSOY Korkut, “Genel Sistem Kuramı ve Sağlık Sistemi ve Hastane Bakım Alt Sistemi”, **Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi**, C.2, 1993.

METE Mustafa-AK Bilal “Hemşirelik Hizmetlerinde Standartlar”, **Standart Dergisi**, TSE Yayını, S: 473, Ankara, Mayıs-2001.

MORGİL Orhan, KÜÇÜKÇİRKİN Mehmet, “TOBB’ un Sağlıkta Toplam Kalite Yönetimine Bakışı”, I. Basamak Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi Sempozyumu, **Haberal Eğitim Vakfı Yayınları**, Ankara, 1996.

ÖZCAN C. Kürşat, “Sağlık Hizmetlerinde Kalite”, Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi ve Performans Ölçümü Sempozyumu, **Haberal Eğitim Vakfı Yayını**, Ankara, 1997.

ÖZCAN Cihangir, “Devlet Hastanelerinde Toplam Kalite Yönetiminin Uygulanabilirliği”, Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi ve Performans Ölçümü Sempozyumu, **Haberal Eğitim Vakfı Yayını**, Ankara, 1997.

ÖZGİRİN Kemal, “Hastane Yönetiminde Kalite Uygulamaları ve Toplam Kalite Yönetimi Geçiş Projesi”, **5. Ulusal Kalite Kongresi**, İstanbul, Kasım 1996.

ÖZGEN Hacer, “Sağlık Bakım Hizmetlerinde Kalite Nedir? Hasta Tatmin Boyutuyla İlgili Bir Değerlendirme”, **Toplum ve Hekim Dergisi**, C.10, S.69-70, Eylül-Aralık, 1995.

ÖZKUL Ali Ekrem, **Sağlık Sistemleri Planlama ve Kontrolü**, Anadolu Üniversitesi Yayınları, Eskişehir, Kasım-2000.

ÖZSARI Haluk, “Sağlık Hizmetlerinde Kalite Güvencesi ve Maliyet Etkililik”, Sağlık Sektöründe Toplam Kalite Yönetiminin Yeri Sempozyumu, **Haberal Eğitim Vakfı Yayınları**, Ankara, 1995.

ÖZTEK Zafer, “Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Kalite Kavramı”, I. Basamak Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi Sempozyumu, **Haberal Eğitim Vakfı Yayınları**, Ankara, 1996.

PEŞKİRCİOĞLU Nurettin, “Hizmet Sektöründe Kalite, Kalite Güvencesi ve Sağlık Hizmetlerinde Uygulanması”, **Verimlilik Dergisi**, Özel Sayı, 1993.

SANDERS A. Donald-JOHNSON H. Richard-SANDERS J.A-SCOTT C.F, **ISO 9000 Nedir?, Niçin?, Nasıl?**, Rota yayınları, İstanbul, 1994.

SARP Nilgün, “Sağlık ve Hastane Yönetimi”, 3. Ulusal Sağlık ve Hastane Yönetimi Sempozyumu, **Ankara Üniversitesi Yayınları**, Ankara, 2000.

SEÇİM Hikmet, **Hastane İşletmeciliği**, Anadolu Üniversitesi Yayınları, Yayın No: 845, Eskişehir, 1995.

_____, **Hastane Yönetim ve Organizasyonu**, Küre Ajans, İstanbul, 1991.

SEPULVEDA Claudio, “Sağlıkla İlgili Temel Hizmetlerin Yönetiminde Kalite Arayışı-Esaslar”, Sağlık Sektöründe Toplam Kalite Yönetiminin Yeri Sempozyumu, **Haberal Eğitim Vakfı Yayını**, Ankara, 1995.

SEVİN H. Dilek, “Hastanelerde Bir Otelcilik Görevi Olarak Yiyecek İçecek Hizmetlerinin Verimli Sunulması”, **Verimlilik Dergisi**, S:1999/2, MPM Yayınları, Ankara, 1999.

ŞAHİN Ümit, **Hastane İşletmeciliğinde Kalite**, Sarar Kültür Yayınları, Eskişehir, 1999.

_____, “Hastane İşletmeciliğinde Toplam Kalite Yönetimi”, Sağlık Kuruluşları ve Hastane Yönetimi Sempozyumu, **Haberal Eğitim Vakfı Yayınları**, Ankara, 1999.

ŞAHİN Ümit-TOKER Fikriye, “Hastane işletmeciliğinde ISO 9000-2000 Omurgalı İnsan Kaynakları Yönetimi ve Performans Değerlendirilmesi”, 4. Ulusal Sağlık ve Hastane Yönetimi Sempozyumu, **Marmara Üniversitesi Yayınları**, İstanbul, 2001.

SUR Haydar-ATLI Hakkı-GÜRSES F.Aysel, “Hastanelerde Poliklinik Yüküne Alternatif; Sağlık Ocakları, Gelibolu Devlet Hastanesi ve Sağlık Ocakları Örneği”, 4. Ulusal Sağlık ve Hastane Yönetimi Sempozyumu, **Marmara Üniversitesi Yayınları**, İstanbul, 2001.

TOKATLIOĞLU Mücella, “Sağlıkta Kalite Yönetimi”, Sağlık Yönetiminde Devamlı Kalite İyileştirme Sempozyumu, **Haberal Eğitim Vakfı Yayını**, Ankara, 1998.

TOKER Fikriye, “Kocaeli İli Sağlık Hizmetleri Yöneticilerinin Sağlık Hizmetleri Yöneticiliğine Bakış Açılarının Tespitine Yönelik Bir Araştırma”, 3. Ulusal Sağlık ve Hastane Yönetimi Sempozyumu, **Ankara Üniversitesi Yayınları**, Ankara, 2000.

TOKTAMIŞOĞLU Murat, “Poliklinikler İçin Kalite ve Maliyet Odaklı Teorik Bir Model” I. Basmak Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi Sempozyumu, **Haberal Eğitim Vakfı Yayını**, Ankara, 1996.

_____, “Toplam kalite Yönetiminde İç Müşteri Memnuniyeti ve Performans değerlendirmesi”, Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi ve Performans Ölçümü Sempozyumu, **Haberal Eğitim Vakfı Yayınları**, Ankara, 1997.

TORAMAN A. Ruhi-DEMİR Cesim-GÜÇLÜ A. Kadir, “Bir Eğitim Hastanesinde Gereksiz Kullanımların Belirlenmesi”, Sağlık Yönetiminde Devamlı Kalite İyileştirme Sempozyumu, **Haberal Eğitim Vakfı Yayınları**, Ankara, 1997.

TURAN Nihat-BERÇİN Ergin, “Türkiye’de Sağlığa Yönelik Ulusal Politikalar, Hedefler, İlkeler ve Etkileri”, Sağlık Kuruluşları ve Hastane Yönetimi, **Haberal Eğitim Vakfı Yayınları**, Ankara, 1999.

UÇKUN Nurullah, “Yeni Yatırım Kararlarının Alınmasında Maliyet, Fayda Endeksinin Kamu Hastanelerinde Kullanımı ve Bir Uygulama”, **Yayınlanmamış Doktora Tezi**, Eskişehir, 1998.

UZ M. Hulki, “Temel Sağlık Hizmetlerinde Kalitenin Sürekli İyileştirilmesi İçin Gereken Önkoşullar ve Bu Konudaki Danimarka Tecrübeleri”, I. Basmak Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi Sempozyumu, **Haberal Eğitim Vakfı Yayını**, Ankara, 1995.

ÜSTEL İsmail, “Gittikçe Yerine Oturan Bir Kavram:Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi”, **Sağlık Sektöründe Toplam Kalite Yönetiminin Yeri Sempozyumu**, Ankara, 1995.

_____, “Sürekli Eğitim Kalitesinin Temelleri”, Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi ve Performans Ölçümü Sempozyumu, **Haberal Eğitim Vakfı Yayınları**, Ankara, 1997.

VELİOĞLU Perihan, **Sağlık Kurumları Yönetimi**, Anadolu Üniversitesi Yayınları, Eskişehir, Kasım-1998.

YEREBAKAN Metin, **Özel Hastaneler Araştırması**, İstanbul Ticaret Odası, Yayın No: 2000-26, İstanbul, Ağustos-2000.

YILDIZ Zühra, “Sağlık Hizmetleri Piyasasının Nitelikleri ve Kamu Ekonomisi İçindeki Yeri”, **Verimlilik Dergisi**, MPM Yayını, S: 1996/4, Ankara, 1996.

S.S.Y.B., **Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği**, Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü Yayın No:449, Ankara, 1983.

Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (2001-2005), Bakanlar Kurulunun 6.6.2000 tarihli 2000/68 sayılı kararı ile kabul edilerek 7.6.2000’de sunulan (13.6.2000), Devlet Planlama Teşkilatı, Ankara, 2001.

TSE, TS-EN-ISO 9000 Kalite Broşürü, TSE Halkla İlişkiler Müdürlüğü, Ankara, 1997.

TSE, Türk Standardı Kalite Sistemleri-Tasarım, Geliştirme, Üretim, Tesis ve Serviste Kalite Güvencesi Modeli, Ankara, 1994.



DİZİN**-H-**

Hastaneler, 2, 4, 15, 16, 17, 18, 19, 21, 25, 27, 32, 44, 46, 61, 69, 132, 140

-I-

ISO 9001, 44, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 72, 73, 74, 75, 76, 78, 80, 82, 84, 85, 86, 89, 90, 91, 93, 96, 97, 98, 100, 101, 102, 113, 114, 115, 116, 117, 118, 120, 121, 122, 123, 132, 140, 141, 142, 143, 145, 146, 147, 148, 149

-K-

Kalibrasyon, 87, 89, 91
Kalite Güvence Sistemi, 61, 63, 64, 67, 72, 73, 74, 80, 82, 85, 88, 90, 93, 98, 106, 147
Kalite Yönetimi, 2, 4, 8, 9, 23, 26, 34, 35, 36, 38, 39, 40, 44, 46, 47, 48, 49, 51, 52, 53, 54, 55, 58, 60, 61, 64, 76, 80, 84, 106, 136, 137, 138, 139, 141, 142, 144, 145, 147, 149

-O-

Organizasyon, 80, 82, 85

-S-

Sağlık Bakımı, 49, 58
Sağlık Hizmeti, 5, 46, 65, 72
Sağlık Sistemi, 4, 26
Sürekli Eğitim, 26, 40, 144
Sürekli Gelişme, 58, 59, 60
Sürekli İyileştirme, 58, 59

-U-

Uygulama Süreci, 85, 89, 93

-Y-

Yönetici, 98, 122, 124, 126, 127, 129, 131, 132, 142