

T.C.  
BEYKENT ÜNİVERSİTESİ  
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ  
İŞLETME ANA BİLİM DALI  
HASTANE VE SAĞLIK KURUMLARI YÖNETİMİ BİLİM DALI

**SAĞLIK KURUMLARINDA ÜRETİM YÖNETİMİ**  
(Yüksek Lisans Tezi)

**Tezi Hazırlayan: Nurdan TÜRKMENDAĞ**

**İstanbul, 2012**

T.C.  
BEYKENT ÜNİVERSİTESİ  
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ  
İŞLETME ANA BİLİM DALI  
HASTANE VE SAĞLIK KURUMLARI YÖNETİMİ BİLİM DALI

**SAĞLIK KURUMLARINDA ÜRETİM YÖNETİMİ**  
(Yüksek Lisans Tezi)

Tezi Hazırlayan:

**Nurdan TÜRKMENDAĞ**

Öğrenci No:

080746268

Danışman:

Doç. Dr. Metin ATEŞ

İstanbul - 2012

## YEMİN METNİ

Yüksek lisans tezi olarak sunduğum “SAĞLIK HİZMETLERİNDE ÜRETİM VE SÜREÇ YÖNETİMİ” başlıklı bu çalışmanın, bilimsel ahlak ve geleneklere uygun şekilde tarafımdan yazıldığını, yararlandığım eserlerin tamamının kaynaklarda gösterildiğini ve çalışmamın içinde kullanıldıkları her yerde bunlara atıf yapıldığını belirtir ve bunu onurumla doğrularım. 24/07/2012

Nurdan TÜRKMENDAĞ

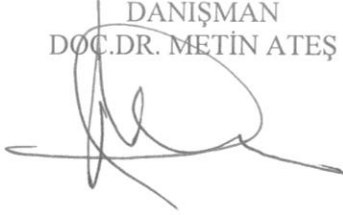
T.C.  
BEYKENT ÜNİVERSİTESİ  
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ  
TEZLİ YÜKSEK LİSANS SINAV TUTANAĞI

24.07.2012

Enstitümüz *İşletme Yönetimi* Anabilim dalı *Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi* Bilim dalı yüksek lisans öğrencilerinden 080746268 numaralı *Nurdan TÜRKMENDAĞ*'ın "*Beykent Üniversitesi Lisansüstü Eğitim - Öğretim ve Sınav Yönetmeliği*"nin ilgili maddesine göre hazırlayarak, Enstitümüze teslim ettiği "*Sağlık Hizmetlerinde Üretim Yönetimi*" konulu tezini, Yönetim Kurulumuzun 03.07.2012 tarih ve 2012/21 sayılı toplantısında seçilen ve Taksim Yerleşkesinde toplanan biz jüri üyeleri huzurunda, ilgili yönetmeliğin (c) bendi gereğince (50) dakika süre ile aday tarafından savunulmuş ve sonuçta adayın tezi hakkında *oyçokluğu/oybirliği* ile *Kabul/Red veya Düzeltme* kararı verilmiştir.

İşbu tutanak, 4 nüsha olarak hazırlanmış ve Enstitü Müdürlüğü'ne sunulmak üzere tarafımızdan düzenlenmiştir.

DANIŞMAN  
DOÇ.DR. METİN ATEŞ



ÜYE  
PROF.DR. SUDİ APAK



ÜYE  
YRD.DOÇ.DR. ERKUT ALTINDAĞ



## ÖNSÖZ

Bu tez çalışmasının hazırlanmasının her anında bana yardımcı olan, zorlandığım anlarda bana umut veren ve her zaman yanımda olan çok sevdiğim eşim Rasim Türkmendağ'a teşekkür ederim.

Yine bu zorlu süreci benim için daha da zorlaştıran, ama bir o kadar da hayatımı güzelleştiren ve anlamlı kılan biricik kızım Tanem'e çok teşekkür ederim.

Ayrıca eğitimim konusunda büyük özveriyle maddi ve manevi hiçbir fedakarlıktan kaçınmayarak, tüm olanaklarını benim için kullanan ve bu noktalara gelmemde en büyük paya sahip olan canım anneme ve babama sonsuz sevgi ve saygılarımla teşekkürlerimi sunarım.

Hayatımın her aşamasında desteklerini benden esirgemeyen kıymetli ailem; Neslihan Asım, Nükhet Gündüz, Ferahnur Günüç ve Nezihe Özertan'a teşekkür ederim.

Son olarak da, bu tezin ortaya çıkarılmasında yardım ve desteğini esirgemeyen, engin bilgi birikimi ve yorumlarıyla yolumu aydınlatan değerli danışman hocam Doç. Dr. Metin Ateş'e teşekkür etmeyi bir borç bilirim.

**İstanbul,2012**

**Nurdan TÜRKMENDAĞ**

# SAĞLIK KURUMLARINDA ÜRETİM VE SÜREÇ YÖNETİMİ

Tezi Hazırlayan: Nurdan TÜRKMENDAĞ

## ÖZET

Bu araştırmanın amacı sağlık işletmelerinde üretim ve süreç yönetimini araştırmaktır. Bu çalışmanın ilk bölümünde sağlık ve sağlık hizmetleri ile ilgili kısa bir bilgi verildikten sonra, sağlık hizmetleri ve sağlık kurumlarının sınıflandırılmasına geçilmiştir. Sağlık hizmetlerinin özellikleri, planlanması, üreticileri, üretim birimlerinden de bahsedilmiştir. Üretim yönetimi ve süreç yönetimi bölümünde üretim ve yönetimi kavramı, üretim yönetimi amaçları, tarihsel gelişimi, hizmet, hizmet üretimi ve süreç yönetimi kavramı anlatılmıştır. Sağlık hizmetlerinde üretim yönetimi bölümünde de sağlık sektöründe hizmet üretimi, sağlıkta hizmet üretimini etkileyen faktörler, sağlık sektöründe hizmet üretim kalitesiyle ilgili kavramlar, sağlık hizmetlerinde süreç yönetimi, sağlık işletmelerinde süreç yaklaşım modelleri üzerinde durulmuştur. Çalışmanın son bölümünde ise sağlık hizmetlerinde üretim ve süreç yönetimi üzerine bir hastane uygulaması yapılmaktadır. Sağlık hizmetleri üreticileri, sağlık hizmetleri üretim birimleri ve bu birimlerin süreç yapıları bu çalışmanın kapsamını oluşturmaktadır. Eğitim Araştırma Hastanesi olarak faaliyet gösteren İstanbul Avrupa yakasında bulunan Kamu Hastanesi bu tezin "uygulama modeli" olarak ele alınmıştır. Bu hastane örneğinden yola çıkılarak "sağlık hizmetleri üretimi ve süreci" incelenmiştir.

**Anahtar Kelimeler:** sağlık hizmetleri, üretim yönetimi, süreç yönetimi

# **PRODUCTION AND PROCESS MANAGEMENT IN HEALTH FACILITIES**

**Prepared by Nurdan TÜRKMENDAĞ**

## **ABSTRACT**

The aim of this research is to analyze the production and process management in health facilities. After giving a brief information about health and health services in the first section of the study, it is examined the health services and classification of health facilities. Features, planning, producers, and production units of health services are examined. In the production management and process management section, it is examined the concept of production and process management, the aims of production management, its historical development, service, service production, and the concept of process management. In the section of production management in health services, it is emphasized service production in health sector, the factors effecting service production in health, the concepts regarding service production quality in health sector, process management in health services, process approach models in health facilities. In the last section of the study, a hospital application is performed regarding production and process management in health services. Producers of health services, production units of health services, and process structures of these units are considered within the scope of this study. Kamu Hospital which located in the European side of the city of Istanbul and operates as a Training and Research Hospital is addressed as the “application model” of this thesis. Based on this hospital case, “production and process of health services” are examined.

**Key Words:** health services, production management, process management

## İÇİNDEKİLER

Sayfa No:

<b>ÖNSÖZ</b> .....	<b>i</b>
<b>ÖZET</b> .....	<b>ii</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>iii</b>
<b>TABLolar LİSTESİ</b> .....	<b>vii</b>
<b>ŞEKİLLER LİSTESİ</b> .....	<b>viii</b>
<b>GİRİŞ</b> .....	<b>1</b>
<b>2. SAĞLIK VE SAĞLIK HİZMETLERİ</b> .....	<b>3</b>
2.1. Sağlığın Tanımı .....	3
2.2. Sağlık Hizmetlerinin Tanımı .....	5
2.3. Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Kurumlarının Sınıflandırılması .....	7
2.3.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri .....	7
2.3.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri.....	9
2.3.3. Rehabilitasyon Edici Hizmetler.....	10
2.3.4. Sağlığın Geliştirilmesi Hizmetleri .....	11
2.4. Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri .....	11
2.5. Sağlık Hizmetleri Planlaması .....	14
2.6. Sağlık Hizmet Üreticileri.....	15
2.6.1. Doktorlar .....	15
2.6.2. Hemşireler.....	17
2.6.3. Sağlık Memurları .....	19
2.6.4. Hizmetli Personel.....	19
2.6.5. Diyetisyenler .....	19
2.6.6. Eczacılar.....	21
2.6.7. Laborantlar .....	22
2.6.8. Tıbbi Sekreterler .....	22
2.6.9. Röntgen Teknisyenleri .....	23
2.7. Sağlıkta Hizmet Üretim Birimleri .....	24
2.7.1. Klinik .....	24
2.7.2. Poliklinikler .....	25
2.7.3. Yoğun Bakımlar.....	25
2.7.4. Ameliyathaneler.....	26
2.7.5. Acil Servis.....	27



2.7.6. Laboratuvar ve Görüntüle Merkezi.....	30
<b>3. ÜRETİM YÖNETİMİ VE SÜREÇ YÖNETİMİ.....</b>	<b>31</b>
3.1. Üretim Kavramı.....	31
3.2.Yönetim Kavramı .....	32
3.3. Üretim Yönetimi Kavramı.....	34
3.4. Üretim Yönetiminin Amaçları.....	35
3.5. Üretim Yönetimin Tarihsel Gelişimi.....	36
3.6. Hizmet Kavramı .....	41
3.6.1. Hizmetin Özellikleri .....	42
3.6.2. Hizmet Kalitesi .....	45
3.7. Hizmet Üretimi Kavramı.....	47
3.7.1. Hizmet Üretiminin Tanımı.....	47
3.7.2. Hizmet Üretiminin Önemi .....	47
3.7.3. Hizmet Üretim Faktörleri.....	48
3.7.4. Hizmet Üretiminin Özellikleri.....	49
3.8. Süreç Yönetimi Kavramı.....	51
3.8.1. Süreç Tanımı.....	51
3.8.2. Süreçlerin Özellikleri.....	52
3.8.3. Sürecin Temel Unsurları.....	52
3.8.4. Süreç Yönetimi Tanımı.....	53
3.8.5. Süreç Yönetimi Aşamaları.....	55
3.8.6. Süreç Yönetimini Uygulamanın Nedenleri.....	56
3.8.7. Süreç Yönetiminin Faydaları .....	57
<b>4. SAĞLIK HİZMETLERİNDE ÜRETİM VE SÜREÇ YÖNETİMİ.....</b>	<b>59</b>
4.1. Sağlık Sektöründeki Hizmet Üretimi .....	59
4.2. Sağlıkta Hizmet Üretimini Etkileyen Faktörler.....	60
4.3. Sağlık Sektöründe Hizmet Üretim Kalitesiyle İlgili Kavramlar .....	61
4.3.1. Hasta Güvenliği .....	61
4.3.2. İş Sağlığı İş Güvenliği .....	62
4.3.3. Müşteri Memnuniyeti .....	65
4.3.4. Çalışan Motivasyonu .....	67
4.3.5. Çalışanların İş Doyumu .....	68
4.3.6. Hizmet İçi Eğitim.....	70
4.3.7. Toplam Kalite Yönetimi .....	71

4.4. Sağlık Hizmetlerinde Süreç Yönetimi.....	76
4.4.1. Süreç İyileştirme Akış Şeması.....	78
4.4.2. Süreç İyileştirme Teknikleri .....	79
4.4.2.1. Döngü Zamanı Analizi.....	79
4.4.2.2. Balık Kılçığı Diyagramı .....	80
4.4.2.3. Kontrol Sayfası .....	81
4.4.2.4. Pareto Analizi.....	82
4.4.3. Sağlık İşletmelerinde Süreç Yaklaşım Modelleri .....	84
4.4.3.1. Örgütsel Tasarım Modeli .....	84
4.4.3.2. Üç Temel Süreç Modeli .....	86
4.4.3.3. Sağlıkta Mükemmel Performans İçin EFQM Kalite Modeli Kriterleri .....	88
<b>5. SAĞLIK HİZMETLERİNDE ÜRETİM VE SÜREÇ YÖNETİMİ KONUSUNDA BİR UYGULAMA.....</b>	<b>91</b>
5.1. Amaç .....	91
5.2. Kapsam.....	91
5.3. Yöntem .....	93
5.4. Bulgular .....	94
<b>SONUÇ VE ÖNERİLER.....</b>	<b>110</b>
<b>KAYNAKÇA .....</b>	<b>117</b>
<b>EKLER.....</b>	<b>130</b>

## TABLULAR LİSTESİ

	<b>Sayfa No:</b>
<b>Tablo 4.1.</b> Süreç İyileştirme Yöntemi Akış Şeması .....	77
<b>Tablo 4.2.</b> Kontrol Sayfası .....	82
<b>Tablo 5.1.</b> Akış Diyagramı Sembol ve Tanımları .....	93
<b>Tablo 5.2.</b> 2011 Yılı Memnuniyet Anket Raporu .....	108

## ŞEKİLLER LİSTESİ

	<b>Sayfa No:</b>
Şekil 2.1. Sağlık Hizmetlerinin Ve Sağlık Kurumlarının Sınıflandırılması .....	7
Şekil 3.1. Süreç Yönetimi Aşamaları.....	55
Şekil 4.1. Akış Şeması Sembolleri Ve Anlamları.....	79
Şekil 4.2. Pareto Diyagramı Örneği.....	83
Şekil 4.3. Örgütsel Tasarım Modeli.....	84
Şekil 4.4. Üç Temel Süreç Modeli.....	86
Şekil 4.5. EFQM Mükemmellik Modeli.....	88
Şekil 5.1. Akış Diyagramı.....	94
Şekil 5.2. Akış Diyagramı 2.....	96
Şekil 5.3. Akış Diyagramı 3.....	114

## GİRİŞ

Üretim yönetimi üretim faaliyetlerinin örgütlenmesi, yürütülmesi ve denetlenmesiyle ilgili bir kavramdır. Diğer bir deyişle üretim yönetimi, mal ve hizmetlerin istenilen kalite ve standartlarda, istenilen vakitte ve en düşük maliyette sağlanabilmesi için gerekli kararın alımıyla ilgilenen bir organizasyon fonksiyonudur. Ayrıca üretim yönetimi, miktar, kalite, zaman, maliyet parametrelerini optimize etmeye çalışan bir kavramdır.

Süreç yönetimi, süreçlerin tasarımı, devam ettirilmesi ve müşteri gereksinimlerinin daha iyi karşılanması için devamlı değerlendirmeyi içeren çevrim olarak tanımlanabilir. Süreç yönetimi, Avrupa Kalite Yönetim Vakfı'nın İş Mükemmelliği Modeli'nde bulunan dokuz kriterden birisidir. Ayrıca ISO 9000 Kalite Yönetim Sistemi Standardı da önemli ölçüde süreç modeline dayandırılarak hazırlanmıştır. Bu her iki sebep, işletmelerin süreç yönetimi hususuna ilgi duymalarına neden olmuştur. Süreç yönetimi bazı işletmelerde fonksiyonel örgüt yapısına uygun olarak süreçlerin devamlı olarak iyileştirilmesi için, bazı işletmelerde ise bir yönetim tarzı olarak incelenmektedir. Süreç yönetimi; fonksiyonel örgütlenmeye bağlı kalınarak süreçlerin sistematik iyileştirilmesi olarak incelendiğinde "Süreçlerin Yönetimi", bir yönetim tarzı olarak incelendiğinde ise "Süreçlerle Yönetim" olarak isimlendirilir.

"Süreçlerin Yönetimi", varolan fonksiyonel ve hiyerarşik örgüt yapılarına uygulanabilirken, "Süreçlerle Yönetim" başta örgüt yapısı olmak üzere, pek çok klasik yönetsel yaklaşımın sorgulanmasını gerektirmiştir. Süreçlerle yönetimde geleneksel fonksiyonel ve hiyerarşik örgüt yapısı farklılaşmakta, görevler ve kadro unvanları süreçlere göre tekrardan şekil kazanmaktadır. Süreçlerle yönetim anlayışının uygulanabilmesi için işletmelerde süreç yönetimi anlayışının var olması gerekmektedir. Sağlık sektöründe hizmet üretiminin önemli olduğu bir dünyada süreç yönetimi ve süreç etkinliği daha da büyük önem kazanmaktadır.

Hastanelerde çalışan personelin üstün vasıfta personel olması, yeterli eğitim almış olmaları ve en iyi şekilde motive edilmiş olmaları hizmetin kusursuz ve kaliteli sunulması için yeterli olmamaktadır. İstenilen hizmetin sunulabilmesi için kurumun bütün birimlerinin etkin ve koordineli bir şekilde çalışma yürütmesi gerekmektedir.

Hastanelerde üretim yönetimi, sağlık hizmetlerinin çağdaş tıbbın gerektirdiği ilke ve metotlarla istenilen kalitede, istenilen fiyat, zaman ve miktarda üretilmesi gayesiyle yerine getirilen işlemleri kapsamaktadır. Başka bir ifadeyle üretim yönetimi, miktar, kalite, zaman, maliyet parametrelerini optimize etmeye çalışmaktadır. Hastanelerde üretim yönetiminin süreci de, üretme hazırlık, üretim planlaması ve kontrolü ve dönüşüm işlemleri kontrollerinden oluşmaktadır.

## 2. SAĞLIK VE SAĞLIK HİZMETLERİ

### 2.1. Sağlığın Tanımı

Sağlık kavramları doktorlar ve hastalarca çoğu zaman farklı şekillerde ifade edilmektedir. Bazı bireylere göre sağlık, genel olarak hastalık durumunun olmaması olarak ifade edilmektedir. Bazı kişiler kendilerine çok fazla rahatsızlık vermeyen yakınmaları hastalık olarak değerlendirmemişlerdir. Hâlbuki doktorlara göre en basit yakınma ya da normalden sapma hali hastalık olarak kabul edilmektedir.

Sağlık, bireylerin öğrenim dereceleri, inançları, alışkanlıkları, gereksinimlerini nasıl sağlayabildikleri, sağlık için ayrabildikleri kaynakları ve kişinin hayat kalitesiyle saptanan multi-faktöriyel bir netice olarak düşünülebilir. Dolayısıyla hastalıklara yaklaşım da hastalığın çeşidi, ciddiyeti, hastalık sebepleriyle ilgili daha eskiden oluşan inanışlar, mümkün tedavi seçeneklerinin kabul edilebilirliği ve tedavinin faydasının görülmesi gibi sayısız faktörleri kapsamaktadır. Kişilerin sağlık ve hastalık kavramlarıyla ilgili algıları onların çeşitli hallerdeki sağlık arama davranışlarını etkileyebilir. Yapılan araştırmalar, bu algıların ve davranışların pek çok faktör tarafından etkilendiğini göstermektedir. Mesela, Bangladeş'te yapılan bir araştırmada hasta olma halini ve hastalıklara yönelik tedavi seçeneklerini tespit etmede yoksulluğun ve kadın olmanın önemi üzerine vurgu yapılmaktadır. Sağlık arama davranışlarını etkileyen başka faktörler arasında bireylerin sağlık kurumuna olan uzaklıkları, sosyo-ekonomik şartlar ve kültürel etkiler de girmektedir (Aslan vd., 2004, s.30-31).

Dünyanın çeşitli ülkelerinde sağlık hizmetleri, uzun seneler yalnızca hastalıkların tedavisi olarak düşünülmüş, ama zamanla çeşitli hastalıklar mikroplarla mücadele, çevre sağlığı ve hijyen hususundaki gelişmeler ya da rahatsızlıkların bulaşma durumu ve zamanı hususundaki bilgilerin artması gibi sebeplerle sağlık hizmetlerinin değişik alanlarda yoğunluk gösterdiği görülmüştür. Kişi sağlığının toplum sağlığı ile sıkı bir şekilde bağlantılı olduğu anlaşılmış ve tedavi hizmetlerin dışında koruyucu sağlık hizmetlerine de daha fazla önem verilmeye başlanmıştır (Kurtulmuş, 1998, s.83).

“Halk Sağlığı; hastalıklardan korunmanın, yaşamını devam ettirebilme süresini uzatmanın, örgütlenmiş toplum etkinlikleri yolu ile çevre sağlığı koşullarını geliştirmenin, bulaşıcı hastalıkların kontrolünün bireyleri kendi temizlik ve sağlık koşulları açısından eğitmenin, hastalıkların erken teşhisi ve tedavisi açısından tıbbi organizasyon kurmanın, her bireyin sağlığının sürdürülmesi için yeterli bir ömür derecesi sağlamak şartıyla sosyal sistemin gelişme göstermesi ve bu olanakları her ferdin kullanabilmesinin ilmi sanatıdır” (Erkmen, 1973, s.2).

Dünya Sağlık Örgütünün yapmış olduğu bir tanıma göre 05.01.1961 gün ve 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Konusundaki Kanun’un 2.maddesinden yapıldığı görölmektedir. Burada “sağlık, sadece hastalık ve maluliyetin yokluğu olmadan beden, ruhen ve sosyal açıdan tam bir iyilik halidir” şeklinde ifade edilmiştir. Sağlık hizmetlerinin yerine gelmesi bakımından önemli kabul edilen hizmet ve ürün çeşitlerinin zenginliği sebebiyle sağlık sektörü, çok geniş, hızla gelişen ve kârlı sektörleri olmuştur. Bu sebeple, günümüzde hizmet sektörünün ülke ekonomileri içinde bulunduğu konum, bir kalkınmışlık ölçütü olarak görölmektedir (Aksaraylı ve Devebakan, 2003, s.38). Hizmet sektörünün alt sektörlerinden en önemlisi de sağlık sektörüdür. Bu noktadan hareket ettiğimizde sağlık kavramı, bütün ulusların ana gelişmişlik seviyesini gösteren ve ayrıca toplumların ekonomik kalkınmasında da rol oynayan kavramlardan oluşmaktadır.

Sağlıklı birey, bedensel ve ruhsal etkinlikleri engelleyecek organik veya fonksiyonel bozukluklardan uzak kalan kişidir. Bu tanım günümüzde daha da gelişme göstermiş, “sağlık organizmanın yaşanan çevreye uyumudur veya fiziksel, ruhsal ve sosyal bakımdan iyi durumda olmaktır,” şeklinde ifade edilmiştir (Okur, 1992, s.1).

Sağlık kavramını bir baş etme süreci olarak görmek, sağlık alanındaki çalışmaların ölçüm ve değerlendirme metotlarını da kökten değiştirecek bir yaklaşımdır ve bu açıklama kökenini kompleks mekanizmalarının hareketli örgütlenmesinden almakla beraber insanların var olma gayretini içermektedir. Başa etme süreçleri, başlangıç durumuna bağlı olmak, belli başlı çekicilerin etkisi altında olmak ve kestirimi güç ve her durumda kesin olmayan sonuçların ortaya çıkması, kendi kendine organize olmuş insan olgusu ve kendi kendine organize olmuş bir



ortamda yaşandığı, niteliksel dönüşümün ne zaman gelişeceğini tespit edilmiş zorluğu ve hadiselerin geri dönüşsüz özelliği sebebiyle kaos teoreminin uygulanıp incelemede kullanılacağı bir alandır. Sürecin nasıl bir süreç olduğu eldeki lineer olmayan ilişkileri, zaman faktörünü ve klasik epidemiyolojik yaklaşımları tekrar eden sağlık kaybı hadiselerinin değerlendirilmesini ilave etmeyi gerektirecektir. Kompleks hareketli bir mekanizma olarak insan organizmasının, sağlıklı olma durumunu etkileyen biyolojik, sosyal ve ruhsal hadiselerle baş etme yetisini etkileyen kritik değerlerin hesaplanması, sağlığı tehdit eden etkileşimlerin kestirilmesi imkânını geliştirecektir (Kesgin ve Topuzoğlu, 2006, s.49).

## **2.2. Sağlık Hizmetlerinin Tanımı**

Bireylerin ve toplumların sağlıklarını koruyup kollamak, hastalandıklarında tedavilerini gerçekleştirmek, tam olarak iyileşmemiş sakat kalan kişilerin başkalarına bağımlı olmadan hayatlarını devam ettirmelerini sağlamak ve toplumun sağlık seviyelerini yükseltmek amacıyla yapılan planlı çalışmaların tümüne sağlık hizmetleri adı verilmektedir (Öztek ve Saat, 1987, s.7).

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) sağlık hizmetlerini şu şekilde tanımlamıştır: Belirli sağlık kurumlarında farklı tip sağlık elemanından faydalanarak toplumun ihtiyaç ve isteklerine göre değişen gayeleri gerçekleştirmek ve böylelikle bireylerin ve toplumun sağlık bakımını her şekilde koruyucu ve tedavi edici etkinliklerle sağlamak üzere ülke çapında örgütlenmiş kalıcı bir sistemdir. Özetle sağlık hizmetlerini, birçok sağlık kurum ve kuruluşlarında hastalıkların teşhis ve tedavisiyle insanların var olan sağlıklarının korunması için farklı tip sağlık elemanı tarafından yürütülen çalışmaların hepsi şeklinde tanımlanmaktadır (Akar ve Özalp, 2002, s.190).

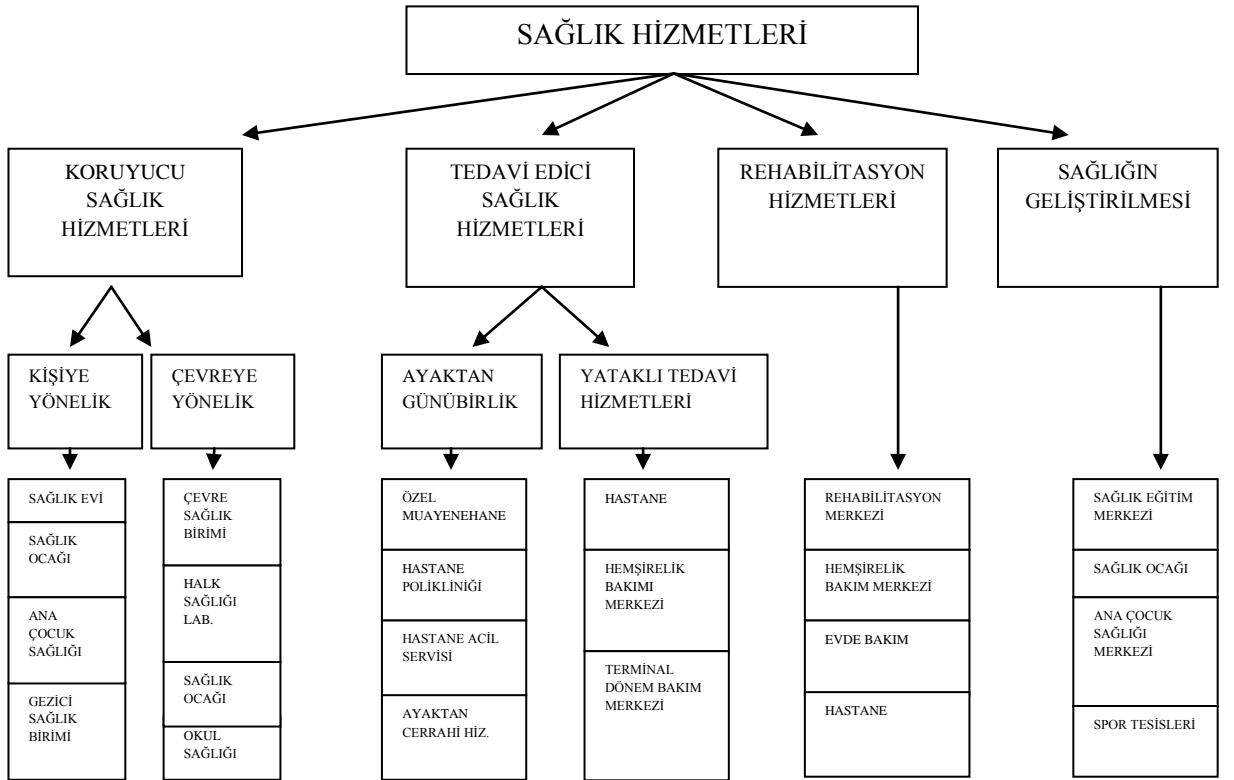
Sağlık hizmetleri kapsamına göre, temiz içme suyu ve iyi beslenmeden başlanarak en ileri tıp teknolojisini gerektiren tanı-tedavi hizmetlerine kadar olan çok geniş bir etkinlikler zinciri bulunmaktadır. Bu sebeple sağlık hizmetleri çok sektörlü ve sağlık ile doğrudan ya da dolaylı yönden ilgisi bulunan çeşitli kamu ve özel firmalarınca üstlenilerek yerine getirilmektedir (Yeginboy, 1993, s.3).

Sağlık hizmetlerinin üretilmesindeki tembel hedef, toplumun hepsinin sağlıklı olması, sağlık hakkının güvence altına alınabilmesi ve kişinin temel üretim faktörü olarak kullanılmasını sağlamaktır. Dünya sağlık örgütü (WHO)'nın "Sağlık hizmetleri, devletin iktisadi görevinin en az seviyede olduğu ülkelerde bile kamu işlevidir" tanımını getirmesi karar alma birimlerinin sağlık hizmetlerinin kamusal yönden bir tartışma konusu olmaktan çıkardığını gösterir (Tekin, 1987, s.263).

Sağlık hizmetleri, hastalıkların teşhis edilmesi, tedavi ve rehabilitasyonu ile birlikte hastalıkların önlenmesi, toplum ve insanların sağlık düzeyinin geliştirilmesi ile ilgili eylemler bütünü anlamına gelmektedir. Sağlık hizmetleri, sağlık kuruluşları tarafından yerine getirilmektedir (Kavuncubaşı, 2000, s.34).

Sağlık hizmetleri hasta insanların çıkarlarını korumaya yöneliktir. Fakat hastane ortamının özellikleri, sağlık işgücü nitelik ve sayıya ilişkin karmaşa, tıbbi süreçler, iletişim, ekip çalışması, kullanılan teknoloji, vb. birçok faktörlere bağlı olarak, tıbbi hata ve istenmeyen hadiselerle karşılaşmakta, hastalar ve işgörenler bu durumdan zarar görmektedirler. Yeterli derecede güvenlik ve sağlık önlemleri alınmadığı durumlarda, hastanelerde yaşanan bu karmaşa, çalışan ve hastalar yönünden tehlike ve riskleri artış göstermektedir. Uluslararası Hemşireler Konseyi (ICN), sağlık sektöründe güvenli çalışma ortamının personel ve hasta güvenliğine önemli katkılar sağladığını ve olumlu hasta neticelerini desteklediğini ifade etmektedir. Hasta güvenliği kavramı, sağlık hizmetlerinin bireylere vereceği zararı önlenmesi bakımından sağlık kurumları ve bu kurumlarda çalışanlar açısından alınan önlemleri; hemşire güvenliği kavramı ise, çalışma ortamlarında meslek hastalığı, iş kazası ve bunlara bağlı yaralanmaların meydana gelmesine sebep olabilecek potansiyel riskleri önlenmeyi içermektedir (Özkan 2005, s.35).

## 2.3. Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Kurumlarının Sınıflandırılması



Şekil 2. 1. Sağlık Hizmetlerinin Ve Sağlık Kurumlarının Sınıflandırılması

**Kaynak:** Ateş, M. (2011). *Sağlık İşletmeciliği*, İstanbul: Beta Basım Yayın, s.9.

### 2.3.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Sağlığın korunması, hastalıkların önlenmesi için verilen hizmetlerle meydana gelen düzenlemeler bu gruba girer. Sağlığı koruyucu önlemler başlıca üç şekilde açıklanmaktadır (Hayran, 1997, s.17).

- **Primer Koruma:** Bireysel ya da toplumsal derecede sağlığı geliştirmek amacıyla, aşılama, dengeli beslenme, çevrenin güvenli duruma getirilmesi, duygusal ve fiziksel açıdan iyi durumda olmak için gereken önlemlerin alınması.
- **Sekonder Koruma:** Sağlığın bozulma varsayımı karşısında erken tanı ve tedavi önlemlerinin bireysel ve toplumsal düzeyde alınması.

- **Tersiyer Koruma:** Hastalığa bağlı olarak gelişebilecek sakatlık ve kalıcı bozuklukların minimum düzeye getirilmesi, hastanın yeni duruma uyumunun sağlanarak yaşam kalitesinin artırılması için alınması gereken önlemlerdir. Bir anlamda rehabilite edici hizmetler alanına girmektedir.

Ülkemizde sözü geçen birçok doktor ve yönetici, koruyucu hekimlik hizmetini hâlâ Birinci Dünya Savaşı'ndan önce kabul edilen kapsamda anlarlar. Bu duruma göre koruyucu hekimlik hizmetleri bulaşıcı hastalıklarla savaş için ortamı pozitif düşünceye sevk etmek ve aşılama programları uygulamaktır. Günümüzde koruyucu hizmetleri şu iki ana gruba ayırmak mecburiyeti vardır (<http://www.ttb.org.tr>, 2012).

- **Çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri:** İnsanın yakınında bulunan ve sağlığını olumsuz etkileyen biyolojik, fiziksel, kimyasal ve sosyal faktörleri ortadan kaldırarak veya bireylerin etkilenmesini önleyerek çevreyi olumlu duruma getirme gayretlerinin hepsi olarak ele alınır. Çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri olarak yeteri kadar ve temiz su sağlanması, hava kirliliği ile savaş, endüstri sağlığı, katı ve sıvı atıkların zararsız duruma getirilmesi, haşerelerle savaş, konut sağlığı ve radyasyonla ve gürültü ile savaş söylenebilir. Bu hizmet grup ve türlerinden de anlaşılacağı üzere, çevreye yönelik koruyucu hizmetler, sağlık sektöründen çok diğer sektör ve meslek gruplarını ilgilendirmektedir. Sağlık sektörünün bu husustaki ana görevi, danışmanlık, denetim ve yol göstericiliktir.

Bu hizmetlerin temel hedefi, çevre sağlığını olumsuz yönden etkileyen biyolojik, fiziksel ve kimyasal etkileri ortadan kaldırarak veya kişilerin etkilenmesinin önüne geçilerek çevreyi olumlu duruma getirmektir. Bu hizmetler Çevre Sağlığı Hizmetleri olarak ifade edilmektedir. Çevreye dair hizmetler bu konuda eğitim alan mühendis, kimyager, teknisyen ve benzeri meslek mensuplarınca yürütülmektedir. Çevre sağlığı çalışmaları multi-disipliner, entegre işlerdendir. Sağlık profesyonelleri dışında bulunan meslekten insanların da yoğun katılımını gerektirmektedir. Çevre kalitesinde meydana getirilecek bir iyileştirme, sağlık anlamında, devamlı yükselen sağlık-bakım harcamalarından, belki de, daha büyük marjinal verimliliğe sahip olmaktadır (Marmot and Wilkinson, 1999).

Çevreye dair koruyucu hizmetler, sağlık sektörü içinden daha çok, diğer sektör ve meslek gruplarınca yürütülmesi gereken hizmetlerden meydana gelmektedir. Sağlık sektörünün bu alanda gerçekleştirdikleri temel sorumluluk danışmanlık, denetim ve eğitimden oluşmaktadır (Akdur, 2003, s.12).

- **İnsana yönelik koruyucu sağlık hizmetleri:** İnsanları yani toplumu hastalık etkenlerine karşı güçlü ve dirençli kılmayı, hastalanmaları durumunda ise en erken dönemde teşhis edilerek, uygun tedavi ile hasarsız ya da en az hasarla iyileşmelerini sağlayan hizmetler bu grup altında toplanmaktadır. Başlıcaları, erken tanı ve tedavi, ilaçla koruma, aşılama, beslenmenin iyileşmesi ve sağlık eğitimidir. Hizmet tanım ve türlerinden anlaşılacağı gibi, bu grup hizmetler özellikle sağlık sektörü ve sağlık çalışanları tarafından yürütülmektedir (Akdur, 2000, s.5-6).

İnsana dair koruyucu sağlık hizmetleri, özellikle sağlık sektörü ve sağlık çalışanları tarafından yürütülen ve yürütülmesi gerekli olan hizmetlerdir. Bu hizmetler, tedavi hizmetlerine göre daha kolay, etkili ve ekonomik olan hizmetlerden oluşmaktadır. Akılcı bir sağlık ortamı içinde bu tür hizmetlere öncelikli olarak önem verilmesi gerekmektedir (Akdur, 2003, s.13).

### **2.3.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri**

İnsanların sağlığındaki bozuklukların giderilerek iyileşmesini sağlayan hizmetlere tedavi hizmeti denilmektedir. Tedavi hizmetinin sunulmasının kişilere sağladığı içsel yarar yanında, topluma sağladığı dışsal yararlar da bulunmaktadır. Hastalanan insanlar tedavi olmadıklarında (gelir yetersizliği, bilgisizlik veya korkudan ötürü) içinde yaşadıkları topluma olumsuz dışsal duygular aşılayabilir. Hatta bazı tedavi hizmetleri sadece dışsal yarar aşılayabilmektedir. Mesela, tifo, kolera, çiçek gibi hastalıkları önlemek amacıyla yapılan aşılardan sonuç alınabilmesi için bütün toplumun aşılınması gerekmektedir (Mortan, 1980, s.71).

Tedavi edici hizmetler, tamamen sağlık sektörü tarafından ve sağlık insan gücü tarafından yürütülen hizmetlerden oluşmaktadır. Bu hizmetlerin hem etkili ve ekonomik olması hem de hizmet alanlar ile hizmet veren kişilerin hoşnut kabul

edildikleri bir ortamda üretilebilmesi amacıyla, mutlaka basamakların kademeleşmiş olması ve bu basamaklar arasında iyi bir sevk zinciri bulunması gereklidir (Akdur, 2003, s.14).

Tedavi hizmetleri; hastalık, kaza ve yaralanmaya maruz kalan kişilerin tanısı, tedavisi, vücut arazlarının minimum seviye indirilmesi ve ölümünün önlenmesi açısından, hekimlik yöntemleri ve uygun teknolojiler kullanılarak gerçekleştirilen yapılan sağlık hizmetleri olarak ifade edilmektedir. Tanımdan da anlaşılacağı gibi, hizmet kişiler üzerinde yoğunlaşmaktadır. Tedavi edici sağlık hizmetleri üç basamakta incelenmektedir (Ateş, 2011):

- 1. Basamak:** Hastaların tedavilerinin evde ya da ayaktan yapıldığı hizmetleri ifade etmektedir. Tedavi hizmetlerinin hastalanan kişilere en yakın ve ulaşılması en kolay kısmını oluşturmaktadır. Sağlık ocakları, özel muayenehaneler, hemşirelik bakım merkezleri, aile hekimliği merkezleri, ayakta cerrahi bakım merkezleri bu basamağa örnek olarak gösterilmektedir.
- 2. Basamak:** Yatarak tedavi hizmetinin verilmiş olduğu sağlık hizmetlerini tanımlamaktadır. Birinci basamakta tedavi edilemeyen ya da doğrudan doğruya hastaneye başvurulması gereken hallerde klinik veya genel hastane hizmetlerini kapsamaktadır.
- 3. Basamak:** Yüksek teknolojinin kullanılmış olduğu, belirli dallar üzerine uzmanlaşan hastane hizmetlerini ifade etmektedir. Sanatoryumlar, onkoloji hastaneleri, kalp hastaneleri, üniversite hastaneleri, ruh hastaneleri bu basamağa örnek olarak verilmektedir.

### **2.3.3. Rehabilite Edici Hizmetler**

Sakat ve işgücünü kaybeden kişilere işgücü ve çalışma olanağı sağlamasına yönelik hizmetleri, rehabilitasyon hizmetleri kapsamaktadır. Bu hizmetler hekim ve diğer sağlık çalışanlarınca gerçekleştirilen tıbbi rehabilitasyon ile sosyal personellerce yapılan rehabilitasyonu kapsamaktadır (iş bulma, işe uyum sağlama

gibi). Koruyucu ve tedavi edici çalışmalara karşın bir toplum içinde kalıcı bedensel ve zihinsel bozuklukları olan bireyler olabilmektedir. Bu bireylerin sosyal açıdan yeterli duruma getirilebilmeleri ve üretken bir yaşam devam ettirilmesinde bu hizmetin ve sosyal çevrenin önemi büyük olmaktadır (Bulutoğlu, 2003, s.267).

Yaşadığı ciddi bir hastalık ya da depresyon, yangın gibi doğal afet, trafik veya iş kazası gibi beklenilmeyen bir anda oluşan olayların ardından bedensel ya da ruhsal açıdan engelli olan insanların, sosyal ve fiziki yönden tekrar sosyo-ekonomik yaşama dönmelerini, bu şekilde morallerinin yerine gelmesini sağlayarak topluma tekrardan kazandırılmasını sağlamaya çalışan hizmet çeşidi ise rehabilitasyon amaçlı sağlık hizmetleridir. Rehabilitasyon amaçlı sağlık hizmetleri tıbbi rehabilitasyon ve sosyal rehabilitasyon olmak üzere iki alt kısımdan meydana gelmektedir. Tıbbi rehabilitasyonla ruhsal ya da bedensel iş görebilme becerisini tamamen ya da kısmen kaybeden kişilerin bu becerilerini ortez, protez, işitme cihazı ve tekerlekli sandalye gibi araçlarla gerekli derecede geri kazandırabilme amaçlanmaktadır. Sosyal rehabilitasyon ile ise sakat kalmış olan bireyin yakın çevresi ve toplumla iç içe geçebilmesini sağlayıp, yeni iş öğrenme becerisine ulaşarak ekonomik, kültürel, ve sosyal yaşama katılımını sağlamayı ve bu sürece hızlandırma amaçlanmıştır (Akdur, 2003, s.20).

#### **2.3.4. Sağlık Geliştirilmesi Hizmetleri**

Sağlığın geliştirilmesi hizmetleri sağlıklı bireylerin, sağlık düzeylerinin daha üst dereceye yükseltmek amacıyla sağlanan hizmetlerdir. Sağlık geliştirilmesi hizmetlerinde ana sorumluluk, kişilere aittir (Kavuncubaşı, 2000, s.46). Sağlık geliştirilmesi, zihinsel ve bedensel sağlık durumu, hayat kalitesi ve hayat süresinin yükseltilmesini amaç edinmektedir. Günümüzde birçok hastalık kişilerin hayat şekillerinden, alışkanlıklarından ortaya çıkmaktadır.

#### **2.4. Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri**

Sağlık hizmeti toplumsal bir niteliğe sahiptir ve bütün nüfusu ilgilendirmektedir. Sağlık alanında üretilen mal ve hizmetlerin genel ekonomik gruplardan çeşitli değişiklikleri, sağlık malının yapısından kaynaklanmaktadır.

Mesela tekerlekli sandalye, kalp pili, gözlük gibi doğrudan doğruya sağlık ve yaşamla ilgili gereçlerin, ekonomi literatüründe bulunan diğer mallarla -mesela renkli TV, kitaplık, otomobil, gibi- aynı gruplarda değerlendirilmesi akılcı değildir. Benzer kıyaslamalar sağlık hizmetleri ile diğer hizmet alanları için de geçerlidir. Aşılama ve periyodik olarak gerçekleştirilen kontroller gibi sağlık hizmetleri, çürük bir dişin alınması, bir apandisit ameliyatının yapılması gibi ortaya çıkacak sağlık ihtiyaçları, sağlık alanı dışında diğer alanlarda oluşan ihtiyaçlarla bir tutulamaz. Örneğin; tatil yapma, bilgisayar veya fotoğraf makinesi satın alma vb. gibi tüketim talepleri, pek çok yönden sağlık hizmeti ile farklılık taşımaktadır (Saltık, 1995, s.38).

Sağlık hizmetlerinin toplumsal olarak etkili olabilmesi, yani toplumun sağlık statüsünde arzulanan değişiklikleri yaratabilmesi açısından çeşitli vasıflara sahip olması gereklidir. Üretilen ve sunulan sağlık hizmetlerinin bu vasıflarından herhangi birini taşınamaması halinde toplum ve şahıs sağlığı üzerinde arzulanan etkileri yaratamayacağı ifade edilebilir. Etkili sağlık hizmetinin vasıfları şu şekildedir (Kavuncubaşı, 2000, s.64-67):

- **Kolay Kullanılabilirlik (Accessibility):** Kolay kullanılabilirlik hem hizmetten faydalananlar hem de hizmet sunucuları yönünden incelenebilir. Hizmetten faydalananlar (toplum) yönünden kolay kullanılabilirlik, “kişilerin gereksinim duyduğu yerde ve zamanda hizmetlere ulaşabilmesi ve gereksinim duyduğu bütün hizmetleri yeterli derecede kullanabilmesi” olarak ifade edilebilir. Hizmet sunanlar yönünden ise kolay kullanılabilirlik, “hizmet sunan bireylerin (sağlık profesyonelleri) gereksinim duydukları ilaç, araç-gereç, hizmetler ve diğer sağlık profesyonellerine kolayca ulaşabilmesi” anlamına gelir.
- **Kalite (Quality):** Sağlık hizmetlerinde kalite hizmetlerin hem bilimsel norm ve standartlara hem de kişilerin beklentilerine uygun olarak sunulması anlamına gelir.
- **Süreklilik (Continuity):** Sağlık hizmetleri sadece tedavi hizmetleri anlamına gelmemektedir. Sağlık seviyesini geliştirmek amacıyla kişi ve toplumun sağlık durumlarının devamlı takip edilmesi ve gerekli önlemlerin alınması



gereklidir. Sağlık hizmetlerinin devamlılığı sağlık hizmetlerinin entegre olması ile başarılabilir.

- **Verimlilik (Efficiency):** Verimlilik sağlık hizmetlerine ayrılan kaynakların akılcıl kullanılması anlamına gelmektedir. Verimlilik aracılığıyla, sağlık hizmetleri maliyetleri aşağıya çekilerek, kişilerin hizmetten faydalanma imkânları artırılır.

Sağlık hizmetlerinin en önemli özelliğinden birisi sağlık hizmetleri yarı kamusal mal ve dışsallık niteliklerine sahip hizmetlerden oluşmasıdır. Sağlık hizmetlerinin yarı kamusal mal olması, bu hizmetlerin insanlara özel yarar sağlamasından hem de topluma dışsal fayda yaymasından kaynaklandığı görülmektedir. Kişi muayene ya da tedavi olarak sağlık hizmetlerinin tüketilmesinde özel bir yarar sağlarken, toplum içinde sağlıklı kişilerin artış göstermesi topluma da sosyal bir fayda sağlamaktadır. Özel mal ve tam kamusal mal ve hizmetlerin niteliklerini birlikte göstermesi neticesinde, bu mal ve hizmetlere “karma mallar” adı da verilmektedir. Bu tür kamusal mal ve hizmetler bölünebilir veya pazarlanabilir özellikleri sebebiyle özel mala benzerken, birlikte tüketim vermesi ve yoğun dışsal ekonomiler yayması sebebiyle, tam kamusal mal niteliği de taşırlar (Şener, 1996, s.57).

Sağlık hizmetlerinin bir başka özelliği ise, erdemli (merit) mal olma niteliğini taşımasıdır. Bir yaklaşıma göre, özel mal ve hizmetlerin belirli bir kısmının çok önemli olduğu düşünüldüğünden bu özel mal ve hizmetlerin piyasa sistemi tarafından üretilip satılması ile beraber, buna ilaveten kamu ekonomisinde finansmanı ve üretimi kabul edilmektedir (Akalin, 1981, s.212). Sosyal açıdan önem gösteren, piyasa ekonomisi tarafından yeterli miktarda üretilemeyen erdemli mal ve hizmetlerin kamu ekonomisi tarafından üretimi mecburidir. Aksi halde çok büyük sosyal problemlerle yüz yüze gelinebilir. Erdemli mal ve hizmetlere örnek olarak konut olanaklarının sağlanması ve çoğaltılması, kamu sağlık tesisleri ve sağlık hizmetleri, düşkünlere, gözleri görmeyenlere, yaşlılara, ücretli ya da düşük ücretle sağlık ve tedavi hizmetleri sunulması gösterilebilir (Akdoğan, 2002, s.48).

Sağlık hizmetlerinin diğerk bir özelliği de, sağlık hizmetleri talebinin belirli olmamasıdır. Sağlık talebinin ne zaman meydana geleceğini tahmin etmek oldukça zor bir durumdur. Bu durum sağlık piyasasında, sağlık hizmetlerinin arz edenler ve talep edenler bakımından problem meydana getirmektedir. Talep edecek olan tüketicinin meydana gelecek hastalık durumu için belli bir miktar kaynağı önceden ayırması gerekirken, arz edenler bakımından ise, üretim seviyesinin belirlenmesi konusunda bir belirlilik yoktur. Bunun çözümü için sağlık sigortası sistemi getirilmiştir. Sigorta, talepteki belirsizliği çözerek sağlık hizmeti bakımından pazar şartlarını garanti altına alır. Bir diğerk özelliği ise hizmet fiyatlarının gerçek maliyetleri yansıtmamasıdır. Sağlık; fiyatı belirlenemeyen, bundan dolayı iktisadi ölçülerin dışında olması gereken bir hizmettir (Kurtulmuş, 1996, s.38-43).

## **2.5. Sağlık Hizmetleri Planlaması**

Türk sağlık sistemi son derece karmaşık bir yapıya sahiptir. Var olan durum, rasyonel planlama süreçlerinin neticesi olmaktan çok, tarihi gelişmelerin sonucunda oluşmuştur. Sağlık hizmeti kamu kurumları, özerk kurumlar, özel girişimler ve insani yardım kurumları tarafından sunulmaktadır (Tokat, 1998, s.19).

Hastane planlamasında, faaliyetlerin gruplanması için farklı plan ve fonksiyon tabloları kullanılarak ayırt ve birleştirme olanakları araştırılmalı, optimum kullanım sağlayan plan çözümlerine gidilmelidir. Değişik ihtiyaç ve isteklere gelince, bunlar da belli öncelikler veya tercihler, önem sırasına göre gerçekleştirilmelidir. Hastanelerdeki ana gayenin hasta bakımı olması sebebiyle, bütün başka faaliyetler bundan kaynaklanarak, bunu desteklemek ve tanımlamak mecburiyetindedir. Hasta için gerekli (yeterli) bir iç çevre ve bu çevreyi meydana getiren koşulların temini zorunludur. Planlamadan uygulama safhasına değin doğru kararların verilmesi kolay olmamakta ve bu hususta herhangi bir hataya imkân vermemek amacıyla var olan gereksinimler için verilen kararların sebep ve ne denli gerekli olduğunun yeterli derecede anlaşılması gerekmektedir (Öcel, 1998, s.1-7).

Planlama süreci şu durumları kapsamaktadır (Koçel, 2003, s.25):

- Örgüt kaynaklarının değerlendirmeye tabi tutulması ve amaçlara ulaştıracak yolların tespit edilmesi
- Amaç ve hedeflerin tespit edilmesi
- Alternatiflerin (seçeneklerin) karşılaştırılması ve alternatifler arasından seçim yapma
- Misyon açıklamaları ve vizyon.

Bina yapımı planlanırken günümüz koşulların yanında, uzun seneler hizmet vereceğinden, gerek teknolojik yenilikler, gerekse nüfus artışı göz önüne alınarak, her süreçte gerekli ve tecrübeli uzman bir ekip tarafından ayrıntılı olarak hazırlanmalıdır. Bu uzman ekip, çalışmalarını devam ettirirken hastaneyi kullanacak olan kişi ve kişilerle (gözlem yaparak, görüşmelerle, soruşturma aracılığıyla, soru formları vb. gibi düzenlemelerle) işbirliği kapsamında olup onların da düşüncelerine önem verilmelidir. Diğer taraftan benzer hastane türlerinde yapılacak olan araştırma ve incelemeler bölüm başkanları ve doktorlar başta olmak üzere ilgili bütün işgören ile yapılacak olan görüşmelerdeki önerilerinin, kullanımdaki deneyimlerine dayanan istek ve gereksinimlerinin değerlendirilip veri olarak alınması hazırlanacak olan programa birçok faydalar sağlayacaktır.

## **2.6. Sağlık Hizmet Üreticileri**

### **2.6.1. Doktorlar**

Doktor, tedavi alanında tıp fakültesi, dişçilik ve veterinerlik pratisyen bölümlerinden eğitim alarak devlet tarafından mesleğini yapabilmesi için lisans almış kişidir. Hekim, kişilerde hastalık oluşmasını ya da başkasına geçmesini önleyerek bilgilerin uygulama alanında gerçekleştirilmesi ve bunun için gerekli yeni yöntem ve usulleri araştırmaktadır. Nüfus belirlenmesi, çevre sağlığının düzeltilmesi, bulaşıcı hastalıkların kontrolü, periyodik muayeneler, beslenme durumunun iyileştirilmesi, kazalarla ilgili çalışmalar, yaşlı bakım çalışmaları, dejeneratif (yıkıcı) hastalıklarda erken teşhis ve koruma, rehabilitasyon çalışmaları, iş ve meslek sağlığı çalışmaları

ve bu hizmetlerin istatistiksel olarak değerlendirilmeleri doktorun başlıca vazifelerindedir (<http://doktor.nedir.com/>, 2012).

Doktor sözcüğü Latince de öğretmen anlamında kullanılmaktadır. MS 1000’li senelerde üniversite kavramı oluşmaya başladığında akademik bir unvan olarak öğretmenlere Doktor denilmiştir. Doktor unvanı bugün her ne kadar Tıp Doktoru ile bağdaştırılmış olsa da, doktora sahibi olan bütün akademisyenlere Doktor tabiri kullanılmaktadır ve bu bireylerin isimlerinden önce Doktor sözcüğünün kısaltması olan Dr. kullanılır. Doktorluk hekimlik anlamında kullanım olarak çok daha geçmişe dayanır. Örneğin modern tıbbın öncüsü olan İbni Sina geçmiş dönemlerden bu yana Avrupa’da ders kitaplarında yer almış ve Avicenna ismiyle anılmıştır. Meslek olarak doktorluk çok geçmiş dönemlere kadar uzansa da, Doktor unvanı ilk Avrupa’da ortaya çıkmış ve zaman ilerledikçe Amerika’ya ve başka Avrupa devletlerine yayılmıştır. Dünyada anlamı aynı olsa da yazılım biçimleri değişmektedir. Doktor kelimesini ülkemizdeki gibi kullanan Danimarka, Macaristan, Yugoslavya, İsveç, Türk Devletleri gibi on beş kadar ülke vardır. Türkiye’de tıp eğitimi üniversite derecesindedir ve mühendislik bilimlerine göre daha uzundur. Altı sene süren tıp eğitimini başarı ile bitiren öğrenciler Pratisyen Hekim unvanını alırlar. Pratisyen Hekimlik 1. Basamak hekimliğin uzmanlık alanıdır. Dünyada üniversiteden mezun olan doktorlar bir kısmı bir sağlık kuruluşunda olmak üzere eğitim verildikten sonra “Pratisyen Hekim” unvanı almaktadır. Türkiye’de bu eğitimi verebilecek tek kurum Türk Tabipleri Birliği Genel Pratisyenlik Enstitüsü (TTB-GPE) olsa da pratisyen doktorluk için Türkiye’de mezuniyetin ardından bir eğitim verilmemektedir. Pratisyen doktorlar hastanede çalışıp, reçete yazabilseler de, genelde belirli bir alanda ihtisaslaşmak isteyenler seçtikleri branşlara göre süresi 4 ile 6 yıl arasında değişen uzmanlık eğitimi alarak uzman doktor olmaya hak kazanırlar. Uzman doktorlar Tıpta Uzmanlık Sınavı’nı geçmeyi başaran, Pratisyen Hekimlerden meydana gelmektedir. En iyi %5-%10 arasından seçilen Doktorların uzmanlık eğitimlerini de başarıyla tamamlamaları gerekmektedir. Ayrıca Hekimliğin, Doktorluğun bir başka kolu olan Diş Doktorları ise Tıp fakültelerinden değil, Diş Hekimliği Fakülte’lerinden gelmektedirler. Dünyadaki genel uygulamada Pratisyen Hekim unvanını alan doktorlar Aile Hekimliği’nin temelini oluşturmaktadır. Genel muayenenin ardından birçok hastalığın teşhisini koyup tedavi ettiği gibi, birçoğunda da problem daha fazla büyümeden uzman doktora sevk etmek suretiyle de erken

teşhis ve tedavi hususunda büyük hizmet vermektedirler ([http://www.doktoronline.net/mid/Articles/id/280/Doktor\\_nedir\\_doktor\\_nedemektir.htm](http://www.doktoronline.net/mid/Articles/id/280/Doktor_nedir_doktor_nedemektir.htm), 2012).

### 2.6.2. Hemşireler

Dünya Sağlık Örgütü'nün kabul ettiği tanıma göre sağlık kuruluşunda, evde, okulda, iş yerinde her yaşta hastanın, sakatın duygusal, sosyal ve bedensel gereksinimlerine göre hizmet veren köyde ve şehirde, kişilere ve ailelere sağlığın korunması ve geliştirilmesi konusunda danışmanlık yapan onlara yardımcı olan, Sağlık Bakanlığı tarafından tescil edilen ya da denkliği kabul edilen Türk ve yabancı okullardan mezun olan meslek sahiplerine "hemşire" denilmektedir (Velioğlu, 1983, s.24).

Hemşirelik kanununa göre; hastanın iyileşmesini sağlayacak olan psikolojik ve tıbbi bakımlardan bilgi ve donanımda, ülkemizde bulunan üniversitelerin hemşirelik ile ilgili lisans eğitimi veren fakülte ve yüksek okullarından mezun olan ve diplomaları Sağlık Bakanlığı tarafından onaylanmış ve öğrenimlerini yurt dışında hemşirelik ile ilgili, Devlet tarafından tanınan bir okulda tamamlayarak denklikleri onaylanan ve diplomaları Sağlık Bakanlığınca tescil edilenlere Hemşire unvanı verilir. Hemşireler servislerindeki hastane hizmetlilerinin, tedavi ve bakımının birinci derecede başıdır. Günümüzde dünyada tartışmasız kabul edilen bir gerçek, sağlık bakımında ve sağlık ekibi içerisinde, hemşirenin önemli ve ana öğelerden biri olduğudur. Hemşireler hastanelerdeki en kalabalık sağlık çalışanlarıdır. Hastanelerin vazgeçilmezleri arasında kurumun verimini, kalitesini ve başarısını arttırabilen en güçlü etki sistemleridir (Aban, 1996, s.95-100).

Uluslararası Hemşirelik Birliği' ne (ICN) göre ise hemşire, "sağlık seviyesinin artırılması, hastalığın önlenmesi, hastanın bakımı ve rehabilitasyon çalışmalarında hemşirelik bakımını planlamak, sağlamak ve değerlendirmekte beceriklidir ve Sağlık Bakanlığı'nın bir üyesi olarak görevli ve yeterlidir" (Velioğlu, 1982, s.34).

Hemşireliğin birçok tanımı yapılmıştır. Birtakım yazarların tanımlarına göre hemşirelik; bireyin, ailenin ve toplumun sağlığını koruma ve geliştirmeye yardım eden, hastalık durumunda iyileştirme, rehabilite etmeye katılan bir meslek grubudur. Hemşire ayrıca sağlık ekibinin tedavi edici ve eğitsel planlarını geliştirme ve uygulamaya da katılır.

Hemşirelik, sağlık adaptasyon, gelişme ve kendini gerçekleştirme için çevresinde değişiklik ortaya koyarak hemşirelik süreci içinde hareket eden, hizmeti alan alıcı (hasta/sağlıklı kişi) merkezli bir meslektir. Türkiye’de hemşireliğin tanımı, görev, yetki, sorumluluklarına ve niteliklerine dair ilk bilimsel çalışma Florence Nightingale Hemşirelik Yüksek Okulunda, Perihan Velioğlu tarafından yapılmıştır. Bu bilimsel çalışma Sağlık Bakanlığınca da benimsenerek bir genelge durumunda yayınlanmıştır. Velioğlu’nun bu çalışmasındaki ve 1970 yılında ilk baskısı yapılan "Hemşirelikte Yönetim" isimli kitabındaki hemşire tanımı şu şekildedir "Hemşire; hastaya bakım veren, tedavisi için en iyi fiziksel, psikolojik ve sosyal ortamı yaratan hastalıklardan korunmada ve sağlığın gelişiminde öğretici sorumluluklar taşıyan bireydir” (Velioğlu, 1983, s.15).

Uluslararası Hemşireler Birliği (International Council of Nurses=ICN) ulusal temsilcilerin toplantısında hemşirelik hizmetlerinin kapsamı şu şekilde ifade edilmiştir: Sağlık bakım sisteminin bir parçası olarak, tüm sağlık kuruluşlarında ve toplumda, her yaştaki insanların sağlığının geliştirilmesini, hastalıkların önlenmesini ve fiziksel, mental hastalığı olanların veya yetersizliği olanların bakımını içermektedir (Doğan, 1995, s.10). Bu tanımdan hareketle göre hemşireler,

- Fiziksel ve mental hastalığı olan kişilere bakım vermek,
- Sağlık bakımı ile ilgili eğitim vermek,
- Sağlık ekibinin bir üyesi olarak, sağlıkla ilgili tüm faaliyetlere iştirak etmek,
- Kendi personelini eğitmek, (hemşire ve bakıma yardımcı diğer kişileri)
- Sağlıkla ilgili çalışmalara katılmakla yükümlüdür.

### **2.6.3. Sağlık Memurları**

İnsanları hastalıklardan korunma yolları hususunda bilgi veren beden veya ruh sağlığının bozulması durumunda doktor tarafından verilen tedaviyi uygulayan, hasta bakımını izleyen, denetleyen, planlayan ve uygulayan bireydir. Hemşirelerle eş, görev, yetki ve sorumluluğa sahiptir.

### **2.6.4. Hizmetli Personel**

Hastanenin temizliği, hastaların laboratuvar vesair yerlere götürülüp getirilmesiyle ilgili her türlü hizmetleri yapan yardımcı hizmetler sınıfı personelidir. Servis sorumlu hemşiresi ve hemşirelerinin direktif ve sorumluluğu altında, servislerin genel temizliklerini yapar ve hasta yemeklerini mutfaktan getirirler, Hemşirelerin dağıttığı yemek servisini yaparlar, hastaları bir yerden bir yere (Laboratuvar, servislere) götürüp getirirler. Laboratuvara gidecek muayene materyelini götürürler ve kendilerine verilen saatte neticelerini alırlar (Yataklı tedavi kurumları yönetmeliği, Madde 135).

### **2.6.5. Diyetisyenler**

Diyetisyen yataklı tedavi kurumları yönetmeliğine göre aşağıdaki şekilde ifade edilmektedir (Yataklı tedavi kurumları yönetmeliği, Madde 124):

Sağlıkla ilgili herhangi bir yüksek öğretim kurumunun beslenme ve diyetetik eğitim - öğretim programını bitirerek lisans derecesi ve diyetisyen unvanı almaya hak kazanmış kimsedir. Birden fazla diyetisyeni bulunan yataklı tedavi kurumlarında bunlardan biri baştabiplikçe baş diyetisyen olarak görevlendirilmektedir. Baş diyetisyen kurumun gereksinimlerini göz önünde tutarak bir hizmet programı hazırlamaktadır. Bunun uygulanmasını ve yürütülmesini sağlamaktadır. Diyetisyenler arasında işbölümü yapmakta olup; baş diyetisyen direkt olarak baştabibe karşı sorumludur.

Yataklı tedavi kurumlarındaki hizmet yerlerine göre diyetisyenlerin vazife ve yetkileri aşağıda ifade edilmiştir:

Diyetisyenin idari görev ve yetkileri;

- Yemeklerin besin değerlerinin yeterli ve besin maddelerinin dengeli olmasını sağlamaktadır.
- Mutfak, yemekhane ve ambar hizmetlerinin sistemli ve verimli bir biçimde yürütülmesinden sorumludur. Aynı zamanda ambarın düzenli, stokların usule uygun olup olmadığını denetler. Bu durumda gerekli temel prensipleri saptayarak en iyi biçimde uygulanmasını sağlamaktadır.
- Normal yemek alan hastalarla personel için, mevsimlik yemek listelerini baştabibin uygun gördüğü bir komite ile birlikte hazırlamaktadır.
- Kuruma satın alınacak beslenme ile ilgili maddelerin teknik şartnamelerinin hazırlanmasında yer almaktadır.
- Planlanan yemek listeleri ve yönetmelik eki hak ediş cetvellerine göre tüketim maddeleri günlük tabelalarını hazırlamakta, aynı zamanda bir görevlisi varsa hazırlattırmakta ve birlikte imzalamaktadırlar.
- Mutfağın temizlik ve düzenini, mutfak personelinin sağlıklı olmasını, yiyeceklerin hijyen kurallarına uygun, lezzet ve besin değerlerinden kayba uğramadan pişirilmesini sağlamak ve dağıtımını kontrol etmektedir.
- Hazırlanmış ya da çiğ yiyeceklerin hijyen standartlarına uygun olarak saklanmasını sağlamak ve denetlemektedir.
- Yemek tarifelerini standartlaştırmakta ve gerekli durumlarda günün koşullarına uygun düzeltmeler yapmaktadır.
- Mutfak personelini seçmekte ve baştabibin onayına sunmaktadır.
- Beslenme ile ilgili lüzumlu araç ve gereçleri saptamakta ve sağlanması için hastane müdürüne bildirmektedir.
- Hazırlanan yiyeceklerin hastalara ve personelin sofrasına kadar kaliteli ve ihtiyaçların sıcak bir biçimde getirilmesini sağlamaktadır. Servis ofislerinin yemek dağıtımı, bulaşık yıkanması, hasta kahvaltısı ve yiyeceklerinin muhafazası ve sair hususlarda bunların düzenli ve yöntemine elverişli olması için gerekli önlemleri aldirmektedir.
- Beslenme ile ilgili fiyatları, maliyet denetimlerini ve istatistikleri yapar ve gerekli kayıtları tutmaktadır.



- Personel yemek servisinin sistemli olarak işlemlerini, yemek yenen yerlerin ve yemek kaplarının modern yöntemlerle temizlenmesini sağlamaktadır.
- Personelden özel diyet alanların listelerini hazırlar ve onları bu konuda eğitmektedir.
- Aynı zamanda mutfak personelinin hizmet içi eğitim programını hastane müdürü ile beraber planlayarak yaptırmaktadır. Beslenme ile ilgili seminer ve konferanslara katılmaktadır.

#### **2.6.6. Eczacılar**

Eczacılar toplumun daha fazla sağlık hizmeti almalarında rol alma gayretini içerisinde bulmaktadır. Eczacılar, eczanelerinde, sanayinin ürettiği ilaçların güvenilirliği ve rasyonel kullanımı ile ilaçlar hususunda topluma bilgi vermek ve tavsiyelerde bulunmak görevini de üstlenmişlerdir. WHO' nun 1988 yılında Hindistan Yeni Delhi' de düzenlediği "Eczacının Sağlık Sistemindeki Rolü" konulu toplantının hedefleri şu şekilde ifade edilmiştir (Bilgetekin, 1991):

- Eczacının, bilgi ve yetenek açısından sağlık sistemine katkısını tanımlamak
- Eczacının, ilaçların denetimi, dağıtımı ve rasyonel kullanımına katkılarını sağlıkla ilişkisi bakımından gözden geçirmek
- Eczacının mezuniyet öncesi ve sonrası eğitimdeki gerekli gelişmeleri ve teknisyenlerin eğitimini tespit etmek
- Sağlık sisteminde eczacıların en iyi biçimde istihdam edilmesi için gerekli çalışmaları düzenlemek

Eczacıların toplum için esas vazifeleri, ilaçların sağlanması, denetimi ve tanıtılmasıdır. Dolayısıyla eczacılık işlevleri üç gruba ayrılabilir:

- İlaçların sağlanması, saklanması ve dağıtımına ilişkin işlevler.
- İlaçların üretiminin ve kalite garantisinin sağlanmasına ilişkin işlevler.
- İlaçların rasyonel kullanılmasına ilişkin işlevler.

### **2.6.7. Laborantlar**

Hastanelerin bakteriyoloji, hematoloji, biyokimya, anatomi, patolojik radyoloji vesair laboratuvarlarında görevli şef ve uzmanlar, laboratuvarlarına gelen kendi şubeleri ile ilgili bütün tetkik ve tahlilleri, serolojik ve biyolojik teamül ve testleri yapmakla yükümlüdürler. Ölen hastalardan, gerekli görülenlere otopsi yapmak, ameliyat ya da otopsi ile alınan organ ve parçalarını saklamak ve gerekli preparatları hazırlamak, muayene ve tetkik neticelerini raporla ait olduğu servise bildirmek, koleksiyon ve müze yapmak, patolojik anatomi uzmanlarının görevleridir. Bazı laboratuvar uzmanları eksik bulunan kurumlarda, mevcut laboratuvar uzmanları kendi uzmanlık dallarına yakın şubelerin de basit muayene ve tahlillerini yaparlar. Laboratuvar şef uzmanları kendi laboratuvarlarında yer alan tıbbi araç, alet, malzeme ve kimyevi maddeler ile tüm demirbaş eşyanın saklanması ile tüketim maddelerinin yerinde ve ekonomik değerlendirilmesinden sorumludurlar. Deney hayvanları bulunan laboratuvarlarda bunların bakım, beslenme ve yetiştirilmesine bu laboratuvarların sorumlu şef ya da uzmanları eşlik etmektedirler (Yataklı tedavi kurumları yönetmeliği, Madde 115).

### **2.6.8. Tıbbi Sekreterler**

Tıp sekreterliği ile ilgili çok çeşitli tanımlamalar vardır. Tıbbi dokümantasyon ve arşiv konusunda özel eğitim almış ve kendisine yasa ve yönetmeliklerle verilen vazifeleri yapmakla sorumlu kimselere “tıbbi sekreter” adı verilmektedir. Başka bir tanıma göre ise; “Sağlık hizmetlerinin verildiği kamu ve özel sağlık kuruluşlarında sekreterlik vazifesini yerine getiren kimselere tıp sekreteridir” denilmektedir. Tıp sekreteri tıp alanında hizmet veren, yöneticilerin ve hekimlerin araştırma, tahlil, tedavi sonu takip etme dönemlerinde ihtiyaç olan her türlü yazışmaların yapılmasını, dosyalanmasını sağlayan ve karışıklıklara sebep olamadan tıbbi terim, deyim ve lisana uygun olarak işleri yöneten kimsedir. Hasta hizmetlerini yerine getiren kimse (tıp sekreteri) kendi basına ve belli bir süre içinde, hasta randevu, kayıt ve dosyalama işlemlerini hazırlama bilgi ve yeteneğine sahip özellikli elemandır. Bir hizmet neticesinde meydana gelmiş belgeleri düzenleyip, saklayan, onları birbirinden ayırarak niteliklerini tespit etmek amacıyla tekrar kullanıma hazır hale getiren ve bu

konularda özel eğitim almış, iyi yetişmiş tıbbi sekretere her zaman her yerde gereksinim duyulmaktadır (Ceylan, 2010, s.5).

### 2.6.9. Röntgen Teknisyenleri

Röntgen Teknisyeni bir başka deyişle Radyoterapi Teknikeri, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokullarının Radyoterapi Teknikerliği Bölümünden mezun olan sağlıkla ilgili eğitimleri alan ve diplomaları Sağlık Bakanlığınca onaylanmış, tek başına ve belli bir süre içinde, makine ve araçların denetim ve bakımını yapabilen, hekimlerin verdiği yönetmeliğe göre, hastayı tetkike hazırlayan, iyonizan veya non-iyonizan ışınlarla vücudun tümüne ya da bir kısmına ışın uygulayan, görüntüleyen, film ve görüntüleri kullanıma sunmak için bilgi ve yeteneğe sahip özellikli kimsedir (Resmi Gazete, 2012, s.8).

Röntgen teknisyenlerinin görevleri şunlardır (<http://www.gemlikdh.gov.tr/userfiles/file/G%C3%B6rev%20Tan%C4%B1mlar%C4%B1/GT%2068%20Radyoloji%20Sorumlu%20Teknisyeni%20%20G%C3%B6rev%20Tan%C4%B1m%C4%B1.pdf>, 2012):

- Kalite Yönetim Sistemi kuralarına uygun çalışır.
- Bölüm için gerekli her türlü gereksinimi takip eder. Sarf takibini yapar.
- Bölümünde gün içinde yapılan istatistiklerin kontrolünü yapar.
- Bölümlerinde belirlediği uygunsuzluklarla ilgili DÖF (Düzeltilici Önleyici Faaliyet) başlatmak. Bölümün temizlik ve hijyeninden sorumludur.
- Hastanenin kalite politikası doğrultusunda kalite sistem gereği ilgili prosedür ve talimatlara uygun çalışır.
- Cihazda oluşan arızaları teknik servise arıza formu ile bildirir.
- Bölümündeki filmlerin ve banyo solüsyonlarının uygun ısı, ışık ve nem koşullarında muhafaza edilmesini sağlar.
- Cihazların bakım periyodunun kontrolünü yapar ve bakımını sağlar.
- Bölümündeki teknisyenin bütün görevlerini yapmakla hükümlüdür.
- Bölümün çalışma listelerini ve izin listelerini hazırlar.

Sağlık sektöründe hizmet gösteren özel hastanelerin sayılarının zamanla çoğalması ile birlikte bu alanda istihdam imkânlarının da çoğalması beklenmektedir. İyi eğitilmiş, özellikle radyoloji teknisyenlerinin istihdam sorunlarının olmadığı görülmektedir. Radyoloji alanındaki hızlı teknolojik gelişmeler doğrultusunda, teknikler de devamlı olarak farklılaşmakta, işlemler zamanla dijital sistemlerle gerçekleştirilmektedir. Dijital sistemlerin daha da yaygınlaşacağı ve geleneksel sistemlerin yerini alacağı düşünülmektedir. Bu da meslek üyelerinin yeni tekniklere uyumunu ve devamlı eğitim ihtiyacını beraberinde getirmektedir. Röntgen ve bilgisayarlı görüntüleme hizmetlerinde değerlendirilmekte olan araç ve ekipmanlardaki hızlı gelişmeler, meslek elemanlarının her geçen gün daha fazla bilgi sahibi olmalarını mecburi hale getirmektedir. Bu meslekte donanımlı elemanların, ek bir eğitimden sonra radyoterapi ve tıbbi tanıtım alanlarında çalışabilecekleri düşünülmektedir. Meslek içinde giderek röntgen filmi, PET, MR, BT ve anjiyo gibi alanlarda branşlaşma eğilimi görülmektedir. Mesleğin devam ettirilebilmesi için anatomi, bilgisayar, mesleki fizik ve insan psikolojisi bilgileri zamanla daha fazla önem kazanmaktadır (Resmi Gazete, 2012, s.9).

## **2.7. Sağlıkta Hizmet Üretim Birimleri**

### **2.7.1. Klinik**

Klinik, bazı ülkelerde üniversite kürsülerinde toplanmış olan hastanelerin dağılımını (iç hastalıkları, cerrahi, doğum, göz, kulak-burun-boğaz vb klinikleri gibi) belirtmek için kullanılan terimdir (<http://www.hastane.com.tr/klinik-Nedir.html>).

Servis hizmetleri uzman, uzmanlık eğitimi görenler, hemşire ile eczacı, diyetisyen, fizyoterapist, psikolog gibi branşla ilgili diğer meslek mensupları tarafından birlikte yürütülen bir ekip çalışması olup, hastaya en iyi koşullarda, güvenilir araçlarla isabetli teşhisi koyarak, bakımının ve en kısa zamanda tedavisinin sağlanmasını, eğitim hastanelerinde ayrıca servis içi hasta başı eğitimlerini de gerçekleştirmeyi amaçlar. Bu ekibe kimlerin dahil edileceği dalın özelliğine göre ilgili şef veya uzmanın teklifi, baştabibin tasvibiyle saptanır (Yataklı tedavi kurumları yönetmeliği, Madde 13).

### **2.7.2. Poliklinikler**

Poliklinikler genel hastanelerde sağlık hizmetleri b6lümü altında bulunan; dış hastanın hastaneye başvurduğu departman olarak sağlık kurumunun halkla ilişkisini sağlar. Polikliniklerin hedefi dış hastanın ayakta muayene ve tedavisinin yapılabil-diği hallerde, hastanın iyileştirilmesi için gerekli işlemlerin gerçekleştirilmesi ya da ihtiyaç olan hallerde teşhis ünitelerinde hastalığın tanısının ve ilk tedavisinin yapılabilmesinin sağlanması; aynı zamanda kazalarda ilk yardımın yapılmasıdır (Hacıhasanoğlu, 1990, s.20).

Poliklinikler, ayaktan muayene, tetkik, teşhis ve tedavi hizmetlerinin yapıldığı hastaların yataklı tedavi kurumlarında ilk başvuru üniteleridir (Yataklı tedavi kurumları yönetmeliği, Madde 6).

Poliklinik muayenelerinde gizlilik ilkelerine uymak esastır. Burada, halkın gelenek ve ahlak kurallarına saygı gösterilmektedir. Hastalar sırayla muayene edilir. Muayene sırasında poliklinik odasında tıp ve yardımcı tıp meslekleri çalışanlarından başka kimsenin yer almaması gerekir. Fakat hasta isterse ailesinden bir kimse ya da bir yakını yer alabilir (Yataklı tedavi kurumları yönetmeliği, Madde 7).

“Yataklı tedavi kurumlarında yer alan her klinik tedavi uzmanının poliklinik hizmeti vermesine yönelik düzenleme yapılarak hastaların hekim seçmesine olanak tanınmaktadır.” Aynı cerrahi alanda tek uzman tabip olursa; baştabiplike bu uzmanın fikri alınarak ameliyat ve poliklinik g¼nleri ayrılabilir. Bu durumda poliklinik g¼n¼ haricinde başvuru yapılan acil vakalar bekletilememektedir. Kadrolarında dış hekimi yer alan yataklı tedavi kurumlarında dış tabipleri de yukarıdaki yargılara g¼re poliklinik yapmaktadırlar (Yataklı tedavi kurumları yönetmeliği, Madde 8).

### **2.7.3. Yoğun Bakımlar**

Yoğun bakım ve yeniden yapılandırma hizmetlerinin yapıldığı yerler, tabip ve hemşire hizmetleri ile diğer teknik, sağlık ve laboratuvar hizmetleri açısından devamlı olarak g¼zlem ve denetim altında tutulması gereken hayati tehlike içerisindeki

hastaların, bakımlarının yapıldığı yataklı bakım üniteleridir. Burada yaşamsal işlevleri takip edecek ve gerek görüldüğünde destekleyecek cihazlar bulundurulmaktadır. Hemşire ve diğer gerekli görülen personelin çalışmaları 24 saat görev yapacak şekilde düzenlenmektedir. Yoğun bakımda hizmetlerin düzenli bir biçimde sürdürülmesinden o yoğun bakımın işleviyle ilgili klinik ve bu kliniğin bir uzmanı sorumludur. Eğer yoğun bakımda çeşitli kliniklere ait yataklar yer alıyorsa bu durumda başhekimin tayin edeceği bir ya da daha fazla uzman burada görevlendirilmektedir. Bunlar gerekli durumlarda ilgili alan uzmanı ile beraber hastaların takip ve tedavisini yapmaktadırlar. (Yataklı tedavi kurumları yönetmeliği) “Yataklı tedavi kurumlarının işlevlerine uygun biçimde açılacak yoğun bakım üniteleri, başhekimin teklifi ve Valilik onayı ile kurulmakta ve tescil için Sağlık Bakanlığına bildirilmektedir.”

#### **2.7.4. Ameliyathaneler**

Ameliyathanelerin yönetimi, göreve sürekli hazır halde bulundurulması, araç ve gerçeklerin sağlanması, bakım ve tamirat gereksinimlerinin tespit edilerek ifa etmek üzere görevlilere anlatılması ve ameliyatlarda çalışan personelin eğitimlerinin ve yönetiminin gerçekleştirilmesi ile genel cerrahi uzmanı sorumlu olup, bu konularda başhekimliğe karşı direkt sorumludur. Birtakım cerrahi dalların ya da pek çok cerrahın bulunduğu kurumlarda, ilgili uzmanların fikri alınarak başhekim tarafından seçilecek cerrahi dal mütehassısı ameliyathane personeli olarak görevlendirilir. Bu çalışan, anesteziyoloji uzmanının çalışmadığı kurumlarda, uyandırma odası çalışmalarının yürütülmesi ve narkoz elemanıya uyandırma odası çalışmasının yönetim ve eğitiminden de sorumludur. Tüm bu hizmetlerin yürütülmesi için ameliyat salonu sayısına ve iş hacmine göre görevli uzmanın buyruğunda çalışmak üzere ameliyathane başhemşiresi, ameliyathane narkoz teknisyeni, ameliyathane teknisyeni, hemşire, eczacı ve hastane hizmetlisi gibi gerekli görülen personel görevlendirilir. (Yataklı tedavi kurumları yönetmeliği, Madde 16).

### 2.7.5. Acil Servis

Yataklı Tedavi Kuruluşları Bünyesinde Yer Alan Acil Servisler (Resmi Gazete, 2000);

Madde 15- Genel ve katma bütçeli dairelere, il özel idarelerine, belediyelere, kamu iktisadi teşebbüslerine ve diğer kamu kurum ve kuruluşlarına ait yataklı tedavi kurumları ile özel hukuk tüzel kişilerine ve gerçek kişilere ait yataklı tedavi kurumları 24 saat kesintisiz olarak acil sağlık hizmeti verirler.

Bu kurum ve kuruluşlar bünyesinde bulunan acil servislerde, acil hasta ve yaralılar karşılanarak, ilk tıbbi müdahale ve tıbbi bakım yapılır. Hasta veya yaralılar için yönlendirme Merkezin bilgisi dahilinde yapılır.

Birinci fıkrada sayılan özel ve kamuya ait bütün hastanelerin acil birimleri, bütün acil başvurularını ayırım yapmaksızın kabul ederler. Başvuran her hasta için acil tıbbi değerlendirme, müdahale ve gerektiğinde stabilizasyon sağlanır.

Acil sağlık hizmeti, hizmete ihtiyaç duyulan andan itibaren, kesin tedavi süresince kadar hiçbir kesinti olmadan verilir. Acil servisler, hastaya hastane öncesi bakım sağlayan ambulans hizmetlerini destekler ve gerekirse tıbbi yönlendirme sağlar.

İlk tıbbi müdahale yapıldıktan sonra ileri tıbbi bakım ve tedavi konusunda yetersizlik söz konusu ise, sevki uygun görülen hastane ile koordinasyon sağlanarak verilen tıbbi bakımın tamamı ilgili birim sorumlusu tarafından yazılı olarak belgelendirilir. Bu belge nakil yapılacak kuruma hasta ile birlikte gönderilir.

Nakil ancak, stabilizasyon sağlandıktan sonra veya hayati tehlike veya sakatlık tehlikesi taşıyan hastaların uygun bakımlarının, stabilizasyonlarının ve tedavilerinin mevcut tıbbi-teknik imkanlar ile gerçekleştirilemeyeceğinin tespit edilmesi halinde yapılır. Acil servislerde kaliteli ve itinalı hizmet sunumunun sağlanması için (Resmi Gazete, 2000);

- Bu birimler fiziki altyapı, insan gücü, tıbbi cihaz, donanım, lüzumlu ilaç, serum, sarf malzemesi ve ambulans hizmetleri yönünden hiçbir aksaklığa meydan verilmeyecek ve hizmetin 24 saat kesintisiz sunulmasını sağlayacak şekilde yapılandırılır. Hastane acil servisi için organizasyon planı yazılı olarak hazırlanır ve acil servisin faaliyetleri bu yazılı plan çerçevesinde yürütülür.

- Hizmetler; uzman tabip sorumluluğunda, acil sağlık hizmetleri konusunda eğitim görmüş, tecrübeli ve yeter sayıda tabibin, hemşirenin ve diğer personelin de katılımı ile bir bütün olarak yürütülecek şekilde organize edilir. Bütün görevlilerin acil servis birimindeki görev, yetki ve sorumlulukları yazılı olarak hazırlanır ve acil serviste görülebilecek bir yere asılır.

- Bu birimlerde görevlendirilecek personel; hizmetin hedefleri, çalışma standartları, görevleri, yetkileri ve sorumlulukları konusunda hizmet öncesi resmi bir eğitim programına alınır, hizmet sırasında sürekli izlenir ve sonuçlar periyodik olarak değerlendirilir.

- (Değişik bent:24.03.2004-25412) Bu birimler fiziki konum itibarıyla araç giriş ve çıkışına elverişli ayrı girişi olan, ambulans park alanı, triaj alanı, hasta yakını bekleme salonu, ayaktan tedavi, gözlem, küçük müdahale, canlandırma üniteleri ile malzeme, haberleşme, güvenlik ve personel odalarından teşkil edilir. Bu birimler zemin katta ve bağımsız görüntü vermekle birlikte hastane dahilinde bulunan tanı, tetkik ve tedavi ünitelerine kolay ulaşılabilir, yönlendirme, tanıtma ve halkla ilişkiler bakımından yeterli ve uygun fiziki nitelikleri haiz olmalıdır.

- Acil servislerde bulunan bütün araç-gereç ve tıbbi donanım, daima kullanıma hazır halde bulundurulur.

- Başvurudan işlemlerin tamamlanmasına kadar, acil vaka ile ilgili bütün veri kayıt ve arşiv sistemi kurularak ilgili mevzuatta öngörülen süre ve usulde saklanır. Adli vakalara ilişkin işlem ve bildirimler mevzuata uygun olarak yapılır.



- Acil servislerin malzeme, personel, hizmet kıstasları, fiziki şartları ve diğer hususlar Bakanlıkça belirlenir.

Triyaj, acil servislere başvuran hastaların, hastalıkları ile ilgili şikâyetleri, belirtilerin şiddeti ve tıbbi durumlarının aciliyeti göz önüne alınarak tabip veya bu konuda eğitim almış sağlık personeli tarafından yapılan öncelik belirleme işlemini, ifade eder. Sağlık Bakanlığınca yataklı sağlık tesislerinde acil servis hizmetlerinin uygulama usul ve esasları hakkındaki tebliğinin üçüncü bölümünde renk kodlaması, triyaj uygulaması, muayene, müdahale aşağıdaki şekilde tebliğ edilmiştir; (Resmi Gazete, 2009)

“Acil servislerde etkin bir hizmet sunumu için renk kodlaması uygulanır. Triyaj işlemi başvuru sırasında yapılır. Triyaj uygulaması için muayene, tetkik, tedavi, tıbbi ve cerrahi girişimler bakımından öncelik sırasına göre kırmızı, sarı ve yeşil renkler kullanılır. 112 Acil ambulanslarıyla sağlık tesisine getirilen hastalara triyaj uygulaması yapılmaz. Ambulansla getirilen acil vakaların sağlık tesisine kabul işlemleri en kısa sürede tamamlanır. Acil serviste ilk kayıt, güvenlik ve triyaj uygulaması için yeterli alan ayrılır. Triyaj uygulaması tabip veya acil tıp teknisyeni, hemşire, sağlık memuru (toplum sağlığı) ve benzeri nitelikteki sağlık personeli tarafından yapılır. Acil bakım ve triyaj uygulamasına ilişkin verilmesi gereken eğitimler, eğitimlerin müfredatı ve süresi ile eğitim verilecek merkezler Yükseköğretim Kurulu Başkanlığının ve ilgili diğer kurumların da görüşü alınarak Bakanlıkça belirlenir.”

Muayene ve müdahaleler için de;

“Acil servise başvuran tüm hastaların triyaj işlemleri en kısa sürede tamamlanır. Bunu takiben tıbbi durumları dikkate alınarak tanı ve tedavi işlemleri için sıraya konulur ve triyaj koduna uygun olan alana alınırlar. Acil muayene, tıbbi müdahale ve tedavi gerektiren kritik hastalara kayıt işleminin yapılıp yapılmadığına bakılmaksızın derhal gerekli tıbbi işlemler uygulanır. Kritik hastaların kayıt işlemlerinin öncelikle yapılabilmesi için otomasyon sistemi ile ilgili gerekli düzenlemeler yapılır. Acil servislerde hastaların ruh sağlığını olumsuz etkileyecek travmatik görüntülerden uzak tutulması için gerekli düzenlemeler yapılır. Acil

serviste hastalar ilgili tabip tarafından, hemşire ve tabibin lüzum görmesi hâlinde hasta refakatçisi eşliğinde muayene edilir. Hasta yakını, hastanın kimlik bilgileri ve anamnez alımı gibi işlemler için refakat edebilir. Tetkik ve tahliller için gerekli numuneler hastanın bulunduğu yerde alınır ve görevli personel tarafından ilgili birimine ulaştırılır. Görüntüleme ve benzeri işlemler görevli hostesler refakatinde gerçekleştirilir. Durumu kritik olan hastalara, bu işlemleri sırasında tıbbi durumunun gerektirdiği bir sağlık personelinin refakat etmesi sağlanır. Hasta veya yakınları hastanın tıbbi durumu ve yapılacak tıbbi uygulamalar konusunda ilgili tabip tarafından bilgilendirilir ve lüzumu hâlinde hasta hakkında yapılacak özel görüşmeler için ayrı bir oda tahsis edilebilir.” şeklinde tebliğ yayınlanmıştır.

#### **2.7.6. Laboratuvar ve Görüntüle Merkezi**

Ayakta teşhis ve tedavi yapılan sağlık kuruluşları yönetmeliğine göre laboratuvar ve görüntüleme merkezi ile ilgili bilgiler aşağıdadır:

(1) Laboratuvar, 992 sayılı Kanun kapsamında tıbbi tahlil işlemi yapar.

(2) Müessese, 3153 sayılı Kanun kapsamında görüntüleme ve/veya radyoterapi, nükleer tıp, fizik tedavi gibi muayene, tanı ve/veya tedavi hizmeti sunar.

(3) Laboratuvar ve müessese 13 üncü maddeye göre ruhsatlandırılır ve uzman sorumluluğunda faaliyet gösterir. Bu kuruluşlarda bir veya birden fazla uzman çalışabilir.

(4) Laboratuvar ve müessese, çalışma günlerinde sekiz saatten az olmamak üzere hizmet verir. Hizmet vermek istedikleri çalışma saatlerini, ruhsat başvuruları sırasında müdürlüğe bildirirler ve ruhsatnameye bu saatler yazılır. Çalışma saatleri içerisinde kuruluştaki ilgili en az bir uzman bulunur.

### 3. ÜRETİM YÖNETİMİ VE SÜREÇ YÖNETİMİ

#### 3.1. Üretim Kavramı

Ülkelerde refahı sağlamak için kullanılan en önemli araçlardan bir tanesi üretimdir. Üretim kavramı farklı yönleriyle ifade edilecek olursa; en temel haliyle yaratılan değerdir. Ekonomistler üretimi yarar oluşturmak olarak ifade etmektedirler. Gerçekleştirilen etkinlik neticesinde herhangi bir işlevi olmayan değersiz şeyler meydana geliyorsa bunun için üretim demek yanlış olacaktır. Mühendisler ise üretimi, fiziksel varlığın değerini yükseltecek bir farklılık yapmayı ya da hammadde ve yarı mamulleri yararlı, kullanılabilir bir mamule dönüştürmek olarak ifade etmektedirler. Üretim, insanın doğa tarafından kesin olarak karşılanamayan gereksinimlerinin sağlanabilmesi amacıyla gerçekleştirilen etkinlik şeklinde ifade edilebilmektedir. Fakat konu bu şekilde incelenirse, taşımacılık, mali müşavirlik, perakende ticaret vb. çok sayıda hizmet faaliyetinin yapılmasını üretim olarak saymamak gibi bir durum meydana gelmektedir. Bundan dolayı üretimin geniş kapsamlı olan ilk ifadesi, işletmecilik bakımından daha uygun bir kapsama sahiptir; çünkü işletmeler temelde kâr amacı güden ve bu amaca erişmek için çok çeşitli yarar oluşturan etkinlikleri gerçekleştiren kuruluşlardır (otel, motel işletmeleri, otobüs ve hava yolu şirketleri, avukatlık ve mali müşavirlik büroları gibi) (Mucuk, 2008, s.188).

Üretim bir ham maddeyi ya da yarı mamulü işleyerek bir sanayi ürünü, bir mal üretme işlemlerinin tümüne denmektedir (Arlı, Ersoy, 2000, s.7). Bir başka açıdan ise üretim; yarar oluşturmak, değer meydana getirmek ya da meydana getirilmiş mal ve hizmetlerin yararlarını yükseltmek için gösterilen gayretlerin bütününe verilen ad şeklinde ifade edilmektedir. İnsanoğlu tüketim gereksinimlerinin meydana gelmesiyle birlikte, bu gereksinimleri sağlamak mecburiyetinde olduğu için üretim yapması gerektiğini fark etmiş ve toplayıcılık ile avcılık gibi temel anlamda üretime başlamıştır.

Genel olarak üretim özetle, beşeri ve maddi etkenlerin mal ve hizmetlere dönüştürülmesi sürecidir. Gerçekten, üretim etkenleri olarak tanımlanan çeşitli işletme kaynakları (başta insan emeği olmak üzere, makineler, hammadde ve

malzemeler, nakdi sermaye vb.) girdi (input) olarak katıldıkları üretim süreci neticesinde çıktıya (output) dönüşerek gereksinimleri karşılayacak mal ve hizmetler durumuna gelmektedirler. Üretim, yalnızca işletmeler için değil, kâr amacı taşımayan kurumlar için de önemlidir; zira üretip sundukları mal ya da hizmetler, bu örgütlerin varoluş sebebini meydana getirmektedir (Mucuk, 2008, s.188).

İşletme stratejisi bakımından üretim işlevinin büyük öneme sahip olduğu görülmektedir. Her şeyden önce üretim, müşteriye gönderilecek ürün veya hizmetleri ve bunların kalitesini oluşturan işlemdir. İşletmede çalışan insan gücünün ve sermaye mallarının çok büyük bir bölümünün üretim etkinliklerinde değerlendirilmesi sebebiyle, ürün maliyetinin önemli bir kısmı üretim etkinlikleri esnasında meydana gelmektedir. Üretim işlevi, maliyetler, kalite, ürünün hızlı ve zamanında teslim edilmesi hususlarında belirleyici işlemdir; bundan dolayı üretim sisteminin güçlü ve zayıf yönleri, işletme stratejisinin başarısı üzerinde bir hayli etkili olmaktadır (Üreten, 2002, s.64).

Bir ülke ekonomisi için üretim, bir canlının hayatını devam ettirebilmesi için gereksinim duyduğu olan kan gibidir şeklinde ifade edilmiştir. Fakat üretimin yeterli seviyede olması durumunda, kaynakların yerinde değerlendirilerek yararlı hale getirilmesi ve geliştirilebilmesi sağlanabilecektir. İnsan gücünün doğal kaynaklara uygulanarak, yararlı duruma getirilmesi ve geliştirilmesi ile üretilen mallar ülke içerisine ve ülke dışına iletilmektedir. Ülke dışına iletilen mallar hammadde, sermaye, teknoloji ve tüketim malı olarak ülkeye geri dönmekte böylelikle o ülke ekonomisine fayda sağlamakta ve geliştirmektedir. Üretim teorisi, üretim sürecinin teknolojik veya organizasyonel yapısı ile değil, girdi ve çıktı bağlantılarının nitelikleri ile ilgilenmektedir. Hedefler ve tercih kararları tespit edilirken üretim işlevinin genel özellikleri göz önünde tutulmaktadır (Çalışkan, 2001, s.2).

### **3.2.Yönetim Kavramı**

Yönetim kavramı, bir yüzyıldan daha uzun bir süredir açıklanmaya çalışılan bir kavramdır. Ekonomik bir hedefe bağlı olarak oluşturulan işletmelerin parasal, mekanik ve iş gücünden oluşan kaynakların en uygun (optimal) şekilde sevk ve idare edilmesini kapsamaktadır. Kavramın bu ölçüde yeni olmasının sebebi, 18. yüzyılda

başlayan endüstri devrimine gelinceye kadar üretime dayalı büyük kuruluşların yokluğudur. Bu yönden incelendiğinde endüstri devriminin başlamasına kadar olan uzun geçmişi, "işletme kavramı öncesi devir" ya da "bilimsel öncesi devir" biçiminde nitelendirmek mümkündür (Yozgat, 1984, s.1). Fakat bu geçmiş devirlerde de yöneten ve yönetilen birey ve toplulukların var olduğu dikkate alınır, yönetim kavramının çok eski tarihlerde hatta ilk çağlarda bile var olduğunu söylemek mümkündür.

Yönetim dünya çapında bir kavram olup, ilgili bilim dallarının yaklaşımlarına göre zengin bir anlam dünyasına sahiptir. Yönetim, ekonomistlere göre toprak, sermaye ve işgücü ile beraber üretim işlevlerinden birisi, yönetim bilimcilere göre yöneten ve yönetilenlerden meydana gelen bir otorite sistemi, sosyal bilimcilere göre ise bir sınıf ve saygınlık sistemidir. Tüm bu yaklaşımların ortak noktası; yönetimin, diğer insanların iş ve davranışlarıyla bir neticenin amaçlanması ve gerçekleştirilmesi süreci olmasıdır (Can, 1992, s.31-32).

Yönetim kelimesi çoğunlukla hem bir etkinlik, hem de bu etkinliği yerine getiren kuruluşları tanımlamak amacıyla kullanılmaktadır. Bundan dolayı yönetim kavramı bazı durumlarda maddi anlamda (faaliyet), bazı durumlarda yapısal anlamda (teşkilat), bazı durumlarda ise her iki anlamı içerir şekilde değerlendirilmektedir (Gözübüyük, 2001, s.1).

Yönetim, başkaları vasıtası ile iş görmektir. Bir grup insanı belirlenmiş hedeflere doğru yöneltme, aralarındaki işbirliği ile koordinasyonu sağlama çabalarının tümünü kapsayan bir süreçtir veya bir örgütte, önceden belirlenmiş işleri yapmak üzere bir araya toplanan insanları örgütleyip koordine veya eşgüdümleşerek eyleme geçirme sürecidir (Şimşek, 1999, s.7, Pehlivan, 2002, s.39).

Yönetim, her yerde her zaman ve kamu veya özel her nevi örgütte uygulanabilir özellikte temel prensipleri, dayandığı temel bir felsefesi ve belirlenen hedeflere erişmede takip edilebilir yol ve yöntemler anlamında politikalara sahip bir disiplindir. Çeşitli amaçları gerçekleştirmek için insanların birlikte niçin ve nasıl çalıştıklarını sistemli bir şekilde inceleyen ve işbirliği sistemleri olarak örgütlerin insanoğlu için daha faydalı olarak nasıl işletilebileceklerini araştıran bir bilgi alanı ve

yöneticinin yönetsel davranışlarda becerilerini kullanmasıdır ve bu sebeplerden dolayı bir sanattır (Şimşek, 1999, s.12).

### **3.3. Üretim Yönetimi Kavramı**

Mal meydana getiren bir sanayi işletmesi model olarak alındığında, üretim sürecindeki türlü girdilerin; ekonomik, teknik, fiziksel, kimyasal ya da bunların karması bazı farklılıklara uğratılması ile mal haline dönüştürüldüğü görülmektedir. Söz konusu dönüşüm, input ile output arasındaki bazı teknolojik bağlantılar çerçevesinde tamamlanmaktadır. İktisatçılar, input-output ilişkilerini ya da üretimin içerisinde gerçekleştiği teknolojik koşulları "üretim fonksiyonu" şeklinde ifade etmektedirler. İşletmecilikte konu teknolojik bağlantılardan daha kapsamlı ve daha uygulamaya yönelik olarak, üretimle ilgili etkinliklerin organizasyonu ve yönetimi olarak incelenmektedir. Böylelikle, işletmeci bakımından üretim işlevi, bir sanayi işletmesinde, üretimi verimli bir biçimde örgütleyip, işletme hedeflerini aktif bir şekilde gerçekleştirme yolundaki çabalara, kısacası, "üretim yönetimine" dönüşmektedir (Mucuk, 2008, s.188-189).

İşletmede üretim, mal ve hizmetlerin birbirleriyle bağlantılandırılarak yeni mal ve hizmetlerin meydana getirilmesi anlamına gelmektedir. Üretim yönetimi, işletmenin sahip olduğu kaynakları (malzeme, makine, insan gücü) belirli bir miktardaki malı arzu edilen zaman ve kalitede fakat en düşük maliyetle üretebilecek şekilde değerlendirmesi şeklinde tanımlanabilmektedir. Bunu gerçekleştirebilmek için ise kaynaklarından faydalanma seviyesini arttırmayı amaçlamaktadır. Üretilen malda olması gereken 4 faktörün (miktar, kalite, zaman ve maliyet), üretim yönetimi bakımından en uygun (optimum) değerde olması hedeflenmektedir. Üretim yönetiminin hedeflerinin birbiri ile tutarsız olduğuna dikkat edilmelidir. Öyle ki mamul stoklarını minimum seviyede tutup müşteri isteklerini karşılarken malzemeye yapılan yatırımları da düşük tutmak ve buna karşılık insan ve makine gücünü tam kapasite ile çalıştırmak aynı anda gerçekleştirilmek istenen hedeflerdir. Üretim programları zaman ve yöntem etütleri ile tespit edilen standart makine ve işçilik süreleri ile eldeki iş yükü durumuna bağlı olarak hazırlanmaktadır (Çalışkan, 2001, s.1-5).

Üretimin gerçekleştirilmesinin temel hedefi insan ihtiyaçlarının sağlanmasıdır. Ancak bugün üretim kavramının içeriği genişlemiş ve üretim etkenlerinin tedarikinden, mal ve hizmetlerin pazara sunuluşunu da içeren temel bir işletme işlevine dönüşmüştür. Üretim yönetimi ise üretim etkinliklerinin örgütlenmesi, devam ettirilmesi ve kontrol edilmesi ile ilgili bir kavramdır. Daha net bir ifadeyle, üretim yönetimi, mal ve hizmetlerin arzu edilen kalite ve standartlarda, istenilen zamanda ve en düşük maliyette sağlanabilmesi için gerekli kararın alımı ile ilgilenen bir işletme işlevidir (Acar, 1995, s.10).

Üretim yönetiminde geleneksel görüş, kalite ile maliyetin ve miktar ile esnekliğin tutarsızlığı yönündedir. Oysaki son senelerde Japon işletmelerinin kalite konusunda tüm dünyaya liderlik eden örnek başarıları, bazen hem kaliteyi artırma hem de fiyatı azaltmanın mümkün olabileceğini göstermiştir (Mucuk, 2008, s.189).

#### **3.4. Üretim Yönetiminin Amaçları**

Artan rekabette, hızlı bir şekilde cevap verebilmek, üretimlerin zamanında, maliyetlerin az ve verimliliğin fazla olabilmesi için üretim planlama üretim yönetiminde en önemli basamaklardan biridir. Üretim etkinliğinin gelecekteki derecesini ve limitlerini tespit etmeye yönelik çabalar, üretim planlaması sayesinde gerçekleşmektedir. Kısaca özetlemek gerekirse üretim yönetiminin hedeflerini aşağıdaki gibi sıralamak mümkündür (Şeşen ve Yeltekin, 2007, s.1-2):

- Tüketici talepleri, fiyat, zaman, miktar ve kalite yönünden en uygun biçimde karşılanması,
- Ürünün yaşam döngüsü kayıt altında tutularak her sipariş/üretimde aynı özellikte olmasını sağlamak,
- Üretim yaşam döngüsünü kısaltmak,
- Şirket içi kâğıt alışverişini azaltmak,
- Üretim makinelerinin çalışma performanslarını yükseltmek,
- Malzeme takibi yaparak malzeme alım miktarları ve sipariş zamanlarını yönetmek,

- Malzeme ve son ürün stokları anlık ve güncel olarak hem miktar hem de maliyet olarak izlemek, gereksiz stok yığılmalarını ya da atıl stok tutulmasını önlemek,
- Üretim Mühendislerinin günlük monoton işler ile değil AR-GE çalışmalarına vakit ayırabilmesine imkân sağlamak, rantabiliteyi yükseltmek.

Gereksiz faaliyetlerin azaltılmasına yönelik araştırmalar ile etkili faaliyetlere önem artarken ürünlerin zamanında teslimatı, bilginin doğruluğunun yükselmesi ve ERP (Enterprise Resource Planning), MRP (Manufacturing Resource Planning) sistemleri gerçek zamanlı bilgi alışverişi ile faaliyetlerin planlanması ve çizelgelenmesi işlemlerinin kalitesini yükseltmektedir (Şeşen ve Yeltekin, 2007, s.1-2). İyi bir Üretim Yönetimi Sistemi ile işletmeler tedarik zincirindeki hareketleri doğru yönetebildikleri için, işletmelerde meydana getirilen ürünün, söz verilen zamanda yetiştirebilmektedirler.

### **3.5. Üretim Yönetimin Tarihsel Gelişimi**

İnsanoğlunun doğuşundan bugüne kadar üretim var olmaktadır. İlk çağlardan bu yana insanoğlu varlığını devam ettirebilmek için mücadele ettiği doğa ile girdiği savaşı kaybetmemek için, gereksinimleri doğrultusunda ve şartlar uygun olduğu sürece üretmek için gayret göstermiştir. Günümüzdeki teknolojik gelişmelerin birçoğunun temeli asırlar öncesinde atılmıştır. Örnek olarak tekerleğin bulunuşu, otomobil ve bunun gibi diğer benzeri araçların yapılmasına zemin hazırlamıştır. Fakat makinenin insan gücünün yerini almaya başlaması ile birlikte yani XVII. yüzyılın sonlarında başlayan “Sanayi Devrimi” ile bugünkü anlamda üretim kavramının temelleri atılmıştır. James Watt'in buharlı makineyi keşfetmesi ve buna benzer diğer önemli keşifler, fabrika ve atölyelerin meydana gelmesi ile beraber üretkenliğin yükseldiği bir üretim dönemi başlamıştır denilebilmektedir. Üretim yönetiminin gelişimi değişik yazarlarca değişik şekillerde yorumlanırken, genel olarak üç aşamaya ayrılmaktadır:



- **El-sanatı Tarzı Üretim**

El-Sanatı tarzı üretim, üretim sistemlerinin en eskisi olarak bilinmektedir. Atölyeler siparişe göre çalışırlar, atölye içerisindeki yapı ise çıraklık sistemidir. El-Sanatı türü üretici müşterinin istediğini yapmak için usta düzeyinde işçiler ve basit ama değişken aletler kullanmaktadır. Siparişler piyasada olan başka ürünlerin genellikle birer türevidir. Bu ürünler sipariş ürünler olduklarından her müşteri için ayrı bir ürün üretilir ve ürün standardizasyonu bulunmamaktadır. Aynı zamanda çok pahalı olan bu sipariş ürünler, satın alma gücü yüksek olan kişilere hitap etmektedir. El sanatı tarzı üretim 1850’li yıllara kadar en baskın üretim yapısı olmuştur ve halen varlığını devam ettirmektedir. Günümüzdeki örnekleri dekoratif sanat çalışmaları, sipariş mobilya, terzilik ve halen birkaç şirketçe yapılan sipariş spor arabalardır (Çetin ve Altuğ, 2005, s.301-302).

El-sanatı üretim sisteminin basitliği örgütlenme yapılarını da etkilemiştir ve âdemi merkezileşme hâkim olmuştur. İmalat parçaları bağımsız, ayrı, küçük imalat bölümlerinden gelmektedir. Yönetici patron farkının belirginleşmediği böyle bir örgütlenmede tüketici ve müşterilerle ilişkiler kişisel olarak ve direkt olarak yapılmaktadır (Akgeyik, 1998, s.48).

- **Kitlesel Üretim**

Günümüzdeki fabrika sisteminin başlangıcı enerji kaynaklarının yükseldiği ve işgücü tasarrufu sağlayan donanımların geliştirildiği 18. yüzyılın başlarına dayanmaktadır. Adam Smith’in 1776’da yazdığı *The Wealth of Nations* adlı kitabı is gücünde uzmanlaşma gibi konularda üretim atölyelerini etkilemiş, taşımacılık, iletişim ve üretimdeki teknolojik gelişmeler ve Frederick W. Taylor’un bilimsel yönetim teorileri bugünkü fabrika sisteminin ve kitleselel üretimin temellerini atmıştır. 1913 yılında Henry Ford’un Rouhg fabrikasında meydana getirdiği montaj hattı kitleselel üretimin ilk örneklerindedir. 1940’lı ve 1950’li yıllar istatistiksel denetim yöntemlerinin, doğrusal programlamanın ve bilgisayarların gelişimine sahne olmuş ve kitleselel üretim bütün bu gelişmelerden en iyi şekilde yararlanmıştır (Çetin ve Altuğ, 2005, s.302).

Henry Ford'un, 1913 yılında başlayan araştırmalarında iki temel hedefi vardır: üretim kapasitesini yükseltmek ve ayrıca maliyeti azaltmak. Bu hedeflere erişmek için imalat kolaylığı sağlayacak şekilde parça tasarımı, işleri standartlaştırma ve yürüyen bantlar gibi yeni ve etkin yöntemler geliştirmiştir. Seri üretim üreticilere üç önemli avantaj sağlamıştır (Akgeyik, 1998, s.51):

- Üretici firmalar düşük birim maliyetler ile standartlaşmış yüksek hacimli üretim yaparak ölçek ekonomisinin avantajlarından yararlanmışlardır.
- Basitleştirilmiş işleri çok defa yaparak deneyim kazanan işçiler işi daha basit ve hızlı yapabilmişler, böylelikle üretim hızı daha da yükselmiştir.
- Sürekli akan yüksek hacimli üretim hatları büyük stoklar meydana getirirse de özellikle tüketimi yükseltmeye yönelik politikalar üreticilere bir avantaj sağlamıştır.

Seri üretimin bu üç önemli niteliği, işletmelere çok büyük kazanımlar sağlamış, bazılarını sektörlerinde lider konumlara taşımıştır. Ancak sunu ifade etmek gerekir ki zamanın şartları için avantaj sağlayan bu nitelikler şartların farklılaşması neticesinde, dezavantaj getiren ve rekabetçi gücü azaltan özellikler olmuşlardır (Çetin ve Altuğ, 2005, s.302).

Kitle üretimi; standart ürünlerin özelliksiz iş gücü ve özel amaçlı makineler kullanılarak, büyük ölçekli üretimi olarak tanımlanabilmektedir. Kitle üretimin temelinde, 2. Dünya Savaşı sonrasında dünya ekonomisinde yaşanan siyasi yapılanmanın arkasından gelen ekonomik yapılanmanın meydana getirdiği büyük ölçekli fakat seri özellikte talep yatmaktadır. Fakat 1965-1973 yılları arasında dünya ekonomi devlerinin yaşadığı krizde, kitle üretiminin ürün çeşitlendirmesi yapamayan ancak pahalı özel amaçlı makineleri problem meydana getirmiştir. Bundan dolayı pazarda istikrar sağlanamamıştır. Bu problemin çözümü için esnek uzmanlaşmaya gidilmiştir. Esnek uzmanlaşma; kalifiye işçilerle ve genel amaçlı makinelerle, çeşitli ürünlerin küçük ölçekli üretimi olarak tanımlanabilmektedir. Esnek uzmanlaşma, yalın üretim tarzını meydana getirmiştir (Özkan ve Belet, 1997, s.138).

- **Yalın Üretim**

2. Dünya savaşı sonrasında bol miktarda kaynağa ve genişleyen bir pazara sahip olan Amerikan ekonomisi kitlesel üretim ile çok başarılı sonuçlar alsa da, 1970’li yılların ikinci yarısı ve özellikle 1980’lerden beri temel piyasa şartlarının farklılaştığı gözlemlenmektedir. Eski rekabet anlayışı ile kitle üretimi ve düşük maliyeti kullanarak rekabet etmeye çalışan ancak değişik mal ve hizmetleri yüksek kalite ve düşük maliyette talep etmeye başlayan piyasaların bu isteğine cevap vermede etkisiz kalan sanayileşmiş bazı ülkeler, yeni rekabet anlayışı ile ürün çeşidini çoğaltan, ürün kalitesini artıran ve bunları düşük maliyetle gerçekleştiren Japonya gibi ülkeler tarafından geride bırakılmıştır. A.B.D. ve İngiltere’nin lider pozisyonları tehlikeye düşmüştür ve daha önce A.B.D.’nin hâkimi olduğu otomobil pazarı gibi birçok pazarda lider pozisyonlarını kaybetmişlerdir. Japon otomobil endüstrisi 1970’li yıllarda otomobil üretimini ikiye katlayarak 1980’lerde 11 milyon adetlik otomobil üretimi ile dünya piyasalarında egemen konuma yükselmiştir. Bu dönemde Japon üreticileri otomobil piyasasının % 30’una hitap ederlerken A.B.D.’li üreticiler ancak %20’sine hitap edebilmişlerdir (Çetin ve Altuğ, 2005, s.302).

Kitle üretiminde, her üretim etkeni veya ögesi olabildiğinden çok sayıda kullanıp, üretim pek çok lüzumsuzluk veya israf (muda) içermektedir. İsrafın kaynağı, sistemin aşırı bir is bölümüne dayanması, yani, gerek makineler gerek de işçilerin, çoğu zaman yalnızca tek bir ürün için tek bir operasyon gerçekleştirecek biçimde organize edilmeleri, edebiyat deyimiyle, tek bir işe/operasyona adanmış olmasıdır (dedicated). Makineler özellikle bu tür bir adanmışlık sağlayacak biçimde dizayn edilmiştir. Üretim organizasyonuna bu biçimde yaklaşılması, bir yandan üretim etkenlerinin gereksiz yere kitlesel boyutta kullanılmalara yol açmakta, aynı zamanda da üretime aşırı bir rijidite ve hiyerarşi getirip, üretimde esnekliğe engel olmaktadır. Ayrıca işçiler birer el gücü olarak algılanıp, beyin güçleri üretimin iyileştirilmesine kanalize edilmemekte, en kötüsü değişken maliyet (variable cost) olarak algılanıp işlerin kötü gittiği zamanlarda rahatlıkla isten çıkarılabilmektedirler. Sonuç, üretim etkenlerinin olabilecek maksimum potansiyellerinden faydalanılmamasıdır (Okur, 1997, s.14-25).

Japonlar 1980-1990 arasında A.B.D. otomobil pazarındaki paylarını %25'den %36'ya çıkarmışlardır. Batılı üreticiler için seri üretimin farklılaşan şartlarına ayak uydurmada yetersiz kalmasından daha büyük bir sorun ise Japonların kitlesel üretimden belirgin bir şekilde ayrılan ve “Toyota Üretim Modeli” olarak adlandırdıkları yeni üretim modelidir. Bu model daha sonra IMVP (Uluslararası Motorlu Araçlar Programı) araştırmacısı John Krafick tarafından yalın üretim olarak adlandırılmıştır. Krafick'in bu ismi seçmesinin nedeni bu yeni üretim modelinin seri üretime göre her şeyi daha az kullanmasıdır. IMVP'nin çalışmalarına göre yalın üreticilerin üretimin her safhasında, performansları kitlesel üreticilerin performanslarının iki katıdır ve bu yalın üretim uygulamalarına bağlanmaktadır. Yalın üretim temelde israfın önlenmesi felsefesi üzerinde durmakta ve müşteriye üretim süreçlerinin başlangıcına koymaktadır. Yalın üretim, tam zamanında üretim (JIT), takım çalışması, daha yatay bir organizasyon yapısı, organizasyonel küçülme, hücreli üretim, Toplam Kalite Yönetimi, entegre mühendislik, tedarikçilerle bütünleşme gibi uygulamalarla tüketici gereksinimlerini daha düşük maliyetle ve tam olarak karşılama amacındadır (Çetin ve Altuğ, 2005, s. 302).

Yalın Üretim; yapısında hiçbir gereksiz öge taşımayan; hata, stok, işçilik, üretim alanı, fire, müşteri memnuniyetsizliği ve maliyet gibi öğelerin en aza indirildiği üretim sistemidir. Yalın üretim, “en az kaynakla, en kısa sürede, en ucuz ve hatasız üretimi, müşteri talebine de bire bir uyabilecek/yanıt verebilecek biçimde, en az israfı (daha doğrusu israfsız), ve nihayet bütün üretim etkenlerini en esnek biçimde değerlendirip, potansiyellerinin hepsinden faydalanmasıdır (Cesur, 2004, s.7-16).

Yalın üretimin tüm Dünya'nın ilgisini çeken bu uygulamalarının çok sayıda başarılı örneği bulunmakla beraber Oliver ve Hunter yalın üretimin finansal performansa etki etmediğini iddia etmektedir. Yalın üretimle ilgili bir başka tartışma da yalın üretimin özellikli işletmelerde başarılı olduğu konusundadır. 1986-1990 yılları arasında çalışan başına oluşturulan değerler karşılaştırıldığında ABD'li otomobil üreticilerin Japon üreticilerden çok da kötü durumda olmadığı gözlenmiştir ve bu veriler aslında yalın üretimin Japon endüstrisinin değil belli üreticilerin (TOYOTA) başarı ile kullandığı tipik üretim yapısı olduğu ve daha çok üretim

süreçlerinin etkinliği konusunda başarılı olduğu fikrini desteklemektedir (Çetin ve Altuğ, 2005, s.302).

### **3.6. Hizmet Kavramı**

İnsan ihtiyaçlarını sağlayan araçlar yalnızca gözle görülebilir ve elle tutulabilir sabit bir nitelik taşımazlar. İnsan ihtiyaçlarını karşılayan fakat somut nitelik taşımayan bu araçlara hizmet adı verilir. Hizmet çok çeşitli ve değişik şekillerde meydana gelmiştir. Hizmet herkese göre değiştiğinden dolayı tek bir hizmet tanımının yapılması çoğu zaman mantıklı değildir (Karalar, 1998, s.30).

Türkiye’de bulunan akademisyenlere bakıldığında Tek 1999 yılında hizmeti, bir tarafın diğer bir tarafa sunmuş olduğu, üretimi fiziksel mallara bağlı veya bağlı olmayan, asıl olarak gayri maddi ve netice olarak belli bir şeyin sahipliğinin devredilmediği faaliyetler veya faydalar olarak tanımlanmaktadır. Mucuk ise hizmeti, alıcıların mülkiyetle ilişkisi olmadan satın almış oldukları yararlar şeklinde tanımlamıştır (Mucuk, 2004, s.29).

Hizmetler, soyut olma niteliklerine sahip ve alındıklarında herhangi bir soyut mala sahip olmakla sonuca ulaşılmayan, satış amacıyla faaliyetler ve yararlardan meydana gelen ürün çeşididir (Kotler, 2001, s.291).

Amerikan Pazarlama Birliği (APB), hizmetleri; satışa sunulmuş olan veya ürünlerin satılması ile birlikte sağlanan bir takım faaliyetler, yararlar veya doygunluklar olarak ifade edilmektedir. Bu tanım, bir süre en çok kabul gören tanım olarak kullanılmıştır. Bu tanımın en zayıf yönü, ürünlerle hizmetleri uygun biçimde ayıramamasıdır. Yalnızca hizmetler değil, ürünlerde fayda veya doygunluk sağlamak şartıyla satışa sunulmaktadır. APB daha sonra hizmet kavramını “bir ürünün satışına bağlı olmadan son alıcılara veya firmalara pazarlandığından dolayı arzu ve gereksinim doygunluğu sağlayan ve bağımsız bir şekilde tanımlanabilen eylemlerdir” olarak tanımlanmıştır. Anlaşılacağı gibi bu tanım, herhangi fiziksel bir ürünün atılmasıyla birlikte sunulan bakım, garanti, onarım ve danışmanlık gibi faydaları

hizmet olarak görmemektedir. Hizmetlerin tanımlanmasındaki zorluk ve tanımlar arasındaki farklılıklar da, herhangi bir ürünün satılmasıyla birlikte bir dizi hizmet sunulması noktasına odaklandığı görülmektedir (Öztürk, 2003, s.4).

Hizmet sektörü kavramının ilk defa 1934 yılında, Allan Fisher'in "The Clash of Progress and Security" (Gelişme ve Güvenlik Tartışması) adlı eserinde kullanıldığı görülmektedir. Hizmet üretiminin tarihi eskilere dayanmasına karşılık, önemli gelişmelerin yaşandığı bu dönem 20. yüzyıldır (Seyran, 2004, s.14). Son dönemlerde hizmet sektörünü oluşturan işletmelerin sayısı, tarım ve sanayi sektörlerini oluşturan işletmelerin yanında çok üstün derecede bir büyüme göstermiştir. Bilhassa gelişmiş ülkelerde hizmet sektörünün payının, ekonomide yer alan diğer sektörlerle göre daha yüksek oranda olduğu görülmektedir. Bu nedenle bazı kesimler, hizmet sektörünün ülke ekonomisi içerisindeki oranının artmasını o ülkenin gelişmişlik düzeyinin arttığına bağlamışlardır.

### **3.6.1. Hizmetin Özellikleri**

- **Soyutluk**

Hizmetlerin en önemli farklılıklarından birisi olarak kabul edilen soyutluluk özelliğidir. Bunun nedeni hizmetler bir nesneden çok, bir performans, fiil ve eylemleri kapsamaktadır. Hizmetler koklanamaz, görülemez, tadına bakılamaz veya el ile tutulamazlar. Örnek verecek olursak, sağlık hizmeti bir hastaya uygulanmakta olan ve sağlık uzmanı tarafından yapılan bir uygulama veya eylemler hizmeti kapsamaktadır. Hasta hizmetin somut faktörlerini (ekipman, hastane odası, vb) görüp, elle dokunabilmesine rağmen, esas hizmet alınmaz veya dokunulamaz. Bunun nedeni, hizmetin soyut ve etkin olmasındandır.

Hizmetin soyut olma niteliği müşteriler için de bazı problemler doğurmaktadır. Somut bir malı almadan önce, müşterinin malı görme, hissetme ve performansını test etme imkânı varken, hizmet alımı esnasında sadece işletmenin imajı gibi farklı unsurlar, müşteri tarafından değerlendirilmektedir. Aynı zamanda, hizmet alan kişiler somut olarak bir şeyin sahibi olamamaktadırlar.

- **Ayrılmazlık**

Ürünler genel olarak önce üretilip, daha sonra satılmaktadırlar. Fakat hizmetler, öncelikle satılırlar ve ayrıca üretilir ve tüketilirler. Örneğin; bir öğretmenin sınıf içinde, öğrencilerine ders anlatma faaliyetinde bulunması esnasında, hizmetin üretilmesi ve tüketilmesi aynı süreçte gerçekleşir. Uçak ile seyahati yapmak isteyen bir kişi, her ne kadar uçuş amacıyla para ödeyerek bilet almış dahi olsa, herhangi bir sebepten ötürü uçuşu gerçekleşmeyen bir sefer halinde bu yolculuğu gerçekleştirmesi mümkün olmamaktadır. Fakat uçuş gerçekleştiğinde, yani esas olan hizmet üretilmeye başladığında, yolcu bu hizmeti aynı zamanda tüketmesini beklemektedir. Hizmetin üretiminin ve tüketiminin aynı süreçte olması, birçok hallerde üretici ve satıcının aynı birey olmasına, yüksek seviyede doğrudan dağıtıma ve pazarlamanın interaktif olmasına sebep olur (Yükselen, 2007, s.436-437).

Hizmetlerin ayrılmazlık niteliği, hizmeti sunan kişi ile hizmet isteyen kişi arasında iletişimi zorunlu kılmaktadır. Eşzamanlı üretim ve tüketimin bir neticesi olarak hizmet üreten kişiler kendilerini malın bir parçası ve müşterilerin hizmet deneyiminin önemli bir girdisi olarak kabul ederler. İletişim neticesinde, hizmeti üreten kuruluşların karşılaşılabileceği sorunların giderilmesi ve talebin devamlılığı sağlanarak işletmenin atıl kapasite ile çalışmasının engellenmesi de sağlanmaktadır. Tüketicilerin hizmet süreçleri içindeki bu rolü de, tüketicinin bilgisinin, tecrübesinin, kendine olan güveninin, motivasyonunun bile hizmet sisteminin performansını etkilemektedir. Sonuç olarak meydana gelen hizmet kalitesi hizmeti üreten kuruluşların etkinliği kadar müşterinin etkin olması ile doğru orantılı görünmektedir.

- **Değişkenlik ve Heterojenlik**

Heterojenlik; hizmet performansındaki yüksek seviyede değişkenlik potansiyeli anlamı taşımaktadır. Hizmetlerin performansları yüksek olması gerektiğinden ve genel olarak kişiler tarafından üretildiklerinden, hizmetlerin birbirinin aynı olması olanaklı değildir. Müşteri bakış açısı ile hizmeti yerine getiren hizmet çalışanları, hizmetin kendisini oluşturmaktadır. Bireylerin performansları gün içerisinde dahi inişli çıkışlı dalgalanmalar halinde seyir izlemektedir. Heterojenlik, ayrıca müşteriden de kaynaklanmaktadır. Bunun nedeni aynı biçimde değerlendirilme

yapılmamasıdır. Her bir müşteri, hizmeti kendine ait kazanmış olduğu deneyimler ile algılar. Hizmetlerin heterojenliği, daha çok müşteri ve hizmet çalışanlarının birbiri ile karşılıklı etkileşiminin bir neticesinden dolayı olmaktadır. Bu bakımdan dolayı da hizmetin tutarlılık seviyesi açıklık ve kesinlik taşımamaktadır. Hizmetlerin heterojenliği emek yoğun hizmetler açısından ciddi bir sorunu teşkil etmektedir. Kişisel müşteriyle birkaç çalışan ilişki halinde bulunuyorsa, bu etkileşimin neticesinde "hizmet tutarsızlığı" sorununun yaşanması yüksektir (Yükselen, 2007, s.436).

Bu yüzden hizmetlerde standardizasyonun sağlanması oldukça güç görünmektedir. Standardizasyon sağlanamaması kuruluşlar açısından önemli derecede kalite kontrol problemine sebep olmaktadır. Hizmetin alınmasından önce kalitesi bakımından bir tahminde bulunulması oldukça güç olmaktadır. Örnek verecek olursak bir tiyatro veya konser bileti alan kişiler nasıl bir gösteri gerçekleşeceği ve paraya değip değmeyeceğini önceden bilememektedirler.

- **Dayanaksızlık**

Hizmetler bir performans olduklarından dolayı, stoklanamazlar, saklanamazlar, tekrar tekrar satılamazlar ve değiştirilemezler. Örnek verecek olursak, sefer zamanına kadar satılamayan bir uçak koltuğunun daha sonraları satılması söz konusu olmamaktadır. Bu haller üretilerek stoklanan, daha sonraları satılan ve değiştirilen malların tersinedir. Hizmeti üretmek amacıyla kullanılan bazı somut nitelikli üretim araçları stoklanır, istediğimizde değiştirilebilir veya başka bir üreticiye satılabilmektedir. Örnek verecek olursak, bir matbaanın dönemlik kâğıt gereksiniminin alıp stoklanması halinde yönetici bu fazla emtiayı stokta tutulabilmekte veya diğer bir matbaa kuruluşlarına satılabilmektedir (Yükselen, 2007, s.436).

Hizmetlerin birçoğunun faydaları kısa sürelidir. Başka bir şekilde ifade edilmesi gerekirse, belirli süreçlerde kullanılmayan hizmet kapasiteleri bir daha geri gelmeyen o süreç içinde değerlendirilememiş olmaktadır. Bu bakımdan dolayı da, çoğu hizmet işletmesi arz ve talebi dengeleme hususlarında büyük problemlerle karşılaşabilmektedir (Tekeli, 2001, s.58).



### 3.6.2. Hizmet Kalitesi

Hizmet kalitesinin, hizmet pazarlamasında üzerinde en fazla çalışma yapılan konulardan birisi olduğu görülmektedir. Yapılan çalışmalar hizmet kalitesinin işletmenin performansı ile, müşteri tatminiyle ve satın alma kararı ile ilişkili olduğunu ortaya koymaktadır (Dursun ve Çerçi, 2004, s.2).

1990'lı yıllarda kalite kavramı iş hayatında belirleyici bir rol oynamış ve kalitenin işletmelerde yaratmış olduğu yararlardan dolayı daha fazla önemsenmeye başlanmıştır. Dünyanın en iyi şirketleri üzerine yapılan bir çalışmada mal ve hizmet kalitesi üzerinde en fazla durmakta olan şirketlerin Amerikan şirketleri olduğu görülmüştür. Aynı zamanda kalitesiz hizmet neticesinde meydana gelen maliyetlerin toplam maliyetler içindeki payı %30-40 civarında olduğu tahmin edilmektedir (Öztürk, 2003, s.137). Tüketicilerin memnuniyetinin sağlanabilmesinde önemli yer tutmakta olan hizmet kalitesinin hizmet işletmelerindeki uygulamaları 1940'lı yıllarda görülmeye başlanmıştır. Sonraki dönemlerde de hızlı bir şekilde gelişme ve büyüme gösterdiği görülmektedir.

Hizmetlerin soyut olma niteliğinden dolayı hizmet kalitesi de soyut niteliğe sahiptir. Literatürde hizmet kalitesi yerine algılanan hizmet kalitesi teriminin kullanıldığı görülmektedir. Grönroos algılanan hizmet kalitesini “müşterilerin bir hizmetten yararlanmadan önce istekleriyle kullandıkları gerçek hizmet deneyimini karşılaştırdıkları bir değerlendirme süreçlerinin bir çıktısı” şeklinde tanımlamıştır. Algılanan hizmet kalitesinin müşteriler için doyurucu olması, sunulmakta olan hizmet paketinin tüketicilerin beklentilerini karşılaması gereklidir. Hizmet kalitesi, tüketicilerin hizmetin sunumuna önceki hizmet performansı ile ilgili beklentileri ve sunulmakta olan hizmetle ilgili algılamaları arasındaki fark olarak ifade edilmektedir (Sevim vd., 2008, s.2).

Hizmet sektörünün insan emeği yoğun olan bir sektör olması, hizmetlerin heterojen olmasına işaret etmektedir. Başka bir ifade ile hizmet ve malların heterojen olma niteliği, hizmetlerin önemli bir kısmının üretim süreçlerine insan faktörünün, makine ve teçhizata nazaran daha yoğun bir şekilde katılmasından dolayıdır. Bunun neticesi olarak da, hizmet üretimlerinde insan etkeninin bulunması, yanlışların

kaçınılmazlığını gündeme getirmektedir. İki tür hizmet kalitesi bulunmaktadır: birincisi; düzenli olarak kabul edilen işlemlerdeki kalite seviyesidir, ikincisi ise; sorunların ve şikâyetlerin ele alınması esnasında sunulan hizmet seviyesidir. Hizmet kalitesinin performansının yüksek seviyede olması, bu iki alanda da güçlü olmayı gerektirmektedir. Bir diğer taraftan da, hizmeti kullanan kişilerin herhangi bir sorunla karşılaşmadıklarında değil, sorunlara çözüm bulunmasındaki kaliteden daha çok memnun oldukları görülmektedir (Soyak, 2005, s.4).

Hizmet kalitesi, tüketicinin hizmeti satın aldıktan sonra o hizmetten sağladığı tatmin duygusu şeklinde tanımlanmaktadır. Hizmet kalitesi, alıcının ihtiyacını ve isteklerinin karşılanma düzeyi, bunların doğrultusunda hizmette olması gereken nitelikleri, hizmetin bu niteliklere sahip olma derecesini ifade etmektedir (Sevim vd., 2008, s.13).

Hizmet kalitesinin, büyük oranlarda hizmeti verenin performansına bağlı olduğu görülmektedir (Öztürk, 2003, s.138). Tüketicilere yönelik pazarlama anlayışı çerçevesinde, hangi hizmetin kaliteli olduğuna tüketiciler karar vermektedir. Bu sebepten dolayı kalite, alıcı ile başlamaktadır. İstek ve arzularını en üst seviyede karşılayan hizmet, kaliteli olarak kabul edilmektedir (Tokol, 1998, s.95).

Hizmet kalitesi yalnızca hizmeti alan kişiler tarafından ifade edilirse gerçeklik kazanmaktadır. Herhangi bir hizmetin kalitesinin belirlenebilmesi herhangi bir malın kalitesinin belirlenmesinden daha zor olmaktadır. Mallar standart olabilirken, tüketicilere sunulan hizmet sonrası müşterinin memnun edilmesi her zaman mümkün değildir. Burada hizmet sağlayan kişilerin uzmanlık seviyesi oldukça önem taşımaktadır. Hizmeti üreten işletmelerin tüketicilerin beklentilerini bilmenin yanı sıra, hizmete nasıl ulaştıkları ile ilgili de bilgi sahibi olması gerekmektedir (Karahana, 2000, s.116).

Hizmet kalitesinin tam bir şekilde anlaşılması için hizmetin niteliklerinin çok iyi belirlenmesi gerekmektedir. Hizmetlerin soyut olması sebebiyle hizmet işletmelerinin tüketicilerin sunmuş oldukları hizmetleri nasıl algıladıkları ve kalitesini nasıl değerlendirdiklerini anlamaları oldukça zor olmaktadır. Hizmet kalitesinin soyutluk gibi nitelikleri ve objektif ölçünün eksik olması sebebiyle hizmet

kalitesini değerleme için en uygun yaklaşım tüketicilerin algılamış oldukları kaliteyi ölçmektir (Türk, 2009, s.400).

Hizmet kalitesi çoğunlukla çalışanın gösterdiği performansı ile yakından ilgili olmaktadır. Hizmetlerde bulunan bir takım kalite standartları oluşturularak müşteriye ayrılmış olan zaman, bekleme süresi gibi haller sayısal olarak tanımlanırken; kişiler arası ilişkiler ve iletişimin kalitesini (güler yüz, ilgi gibi) ölçmek, standartlaştırmak oldukça zordur (Öztürk, 2003, s.138).

### **3.7. Hizmet Üretimi Kavramı**

#### **3.7.1. Hizmet Üretimini Tanımı**

Sanayi işletmeleri, üretim yapabilmek için önce gerekli olan ham ve yardımcı maddeleri temin etmekte, sonrasında ise mamulün üretimine geçilmektedir. Üretim süresi de mamulün türüne göre belli bir zaman almaktadır. Üretim bittikten sonra kalite kontrolü yapılmakta ve ürün depolanmaktadır. Pazarlama faaliyetleri de mamul, fiyat, tanıtım ve dağıtım süreci içinde gerçekleşmektedir. İmalat işletmelerinin çıktıları somut olarak gözlenebildiğinden dolayı pazarlama çalışmalarında hizmetlere karşın üstün olduğu bir durum bulunmaktadır. Farklı ürünlerde olduğu gibi deneme örnekleri gerçekleştirilip ücretsiz olarak hazır müşterilere sunulabilir. Bir mamulün üretim ve pazarlamasındaki bu etkinlikler birbirinden ayrı olarak gerçekleşebilmektedir. Hizmet işletmelerinde ise üretim sistemi, hizmetin özelliğinden kaynaklanan bazı kısıtlılıklar taşımaktadır (Dinçer ve Yahya, 2009, s.246).

#### **3.7.2. Hizmet Üretimini Önemi**

Mamullerin önce üretilip sonra pazarlanabiliyor olmasına rağmen, hizmetlerin önce pazarlanıp sonra üretilmesi gerekmektedir. Sanayi işletmelerinde üretilip pazarlanamayan mamuller daha sonra alıcıları meydana geldiğinde pazarlanabilirler. Ancak hizmetler üretildiğinde alıcıları hazır değilse ekonomik olarak kayıp yaşanmaktadır. Örnek olarak, bir banka şubesinde mevcut personelin belli bir zamanda sunabileceği hizmeti alacak kadar müşteri bulunmuyorsa,

ekonomik olarak bir kayıp yaşanırken; yine bir zaman diliminde de mevcut personelin vereceğinden daha fazla hizmete talep varsa bu da karşılanamamaktadır. Hizmetlerin depolanamaması, alıcı ve satıcının birlikte olma mecburiyeti, kapsam olarak soyut bir özellik taşıması, üretim ve pazarlamasında bazı özel durumlar, problemlerin oluşmasına sebep olmaktadır (Dinçer ve Yahya, 2009, s.246).

### 3.7.3. Hizmet Üretim Faktörleri

Bu işletmelerde aktif üretimin beş stratejik noktası söz konusudur (Dinçer ve Yahya, 2009, s.246-247) Bunlar:

- **Pazar:** Bütün hizmet sisteminin onun için biçimlendirildiği müşteri potansiyelinden meydana gelmektedir. Mevcut tüketiciler ve potansiyel tüketici olabilecek tüm birey, grup ve örgütler çözümlenmeli, beklentileri, eğilimleri, yaş, cinsiyet vb. demografik özellikleri tespit edilmelidir.

- **Hizmet:** Müşteriye sunulan yararlardır. Hizmet kavramı, analiz edilmesi zorluklarla dolu olan bir kavramdır. Bir takım yararları fiziksel, bir takım yararları psikolojik, bir takım yararları da soyuttur. Bazı nitelikler ölçülebilir ve ayırt edilebilir, bir bölümü de somut olarak açıklanamamaktadır. Somut bir ürün basitçe tasvir edilip, büyüklüğü gibi özellikler açıklanabilmektedir.

- **Dağıtım-Sunum Sistemi:** Bu durum üçe ayrılarak incelenebilir:

- **Personel:** Hizmet organizasyonları kişiye bağlıdır. Başarılı olan, yetenekli ve kapasiteli elemanların yer alması ya da yetiştirilmesi önemli bir noktadır.
- **Müşteri:** Müşteriler, personel seçer gibi titizlikle seçilmelidir, çünkü yalnızca hizmeti tüketmezler, ayrıca üretim aşamasında ve sunumda bizzat yer almak durumundadırlar.
- **Teknoloji ve Fiziksel Kaynaklar:** Yeni teknolojiler hemen hemen tüm sektörde olduğu gibi hizmet sektöründe de önemli bir yere sahiptirler. İletişimdeki yenilikler, hizmetin çeşitlenmesine ve kalitesinin artmasına yönelik gelişmeler önemli olmaktadır.

Örnek olarak; bilgisayarlı rezervasyon sistemleri, otomatik para çekme makineleri (ATM), elektronik fon transfer sistemleri bunlardan bir kaçıdır.

- **İmaj:** İşletmelerde imaj meydana getirme önemli hedeflerden biridir. Bir olay ya da durumun bizim inancımızda ve anlayışımızda bulunmasına, iz bırakmasına imaj denilmektedir. Hizmetler mallardan daha sınırlı olarak tanımlanabilmekte ve özelliklerinin bilinmesi daha güç olmaktadır.

- **Kültür ve Misyon:** Örgüt kültürü; kurallar, politikalar, adet ve gelenekler gibi resmi yapı ve bireyler arası ilişkilerde açıklık, güven, benimseme ve grup süreçlerine iştirak etme gibi bazı değer ve tutumlardan oluşmaktadır.

#### 3.7.4. Hizmet Üretiminin Özellikleri

Hizmetlerin kendine özel nitelikleri sebebiyle, hizmet üretim sistemleriyle sanayi üretim sistemleri arasında bazı değişiklikler yer almaktadır. Hizmet işletmelerinde alınan kararlar üzerinde önemli bir tesire sahip olan bu nitelikler; envanterin yapılamaması, emek yoğun olması, miktar ölçme olanağının kısıtlı olması, maliyet hesaplamalarının zor yapılması, pazara yakın olması ve hedef pazarlarının tespit edilmesinin zor olması biçiminde ifade edilebilmektedir (Öztürk, 2007, s.35).

- **Envanter Yapılamaması**

Hizmet işletmelerinde, hizmetin soyut olması ve depolanamamasından dolayı envanter yapılamamaktadır. Hizmet işletmeleri, geleceğe yönelik satış çoğaltma planları yaparken, pazarlama etkinliklerinin yanı sıra var olan kapasitesini de yükseltmek mecburiyetindedir ve genel olarak bu kapasiteler kısa sürede gerçekleşmemektedir. Örnek olarak bir otel kısa sürede kiralayacağı oda sayısını yükseltmez ve satışların düşmesi doğrultusunda bazı odaları kapatarak maliyetleri azaltamamaktadır. Hizmet işletmelerinde envanterin yapılamaması, işletmeler bakımından önemli bir problem kaynağıdır. Çünkü satış yükseltme çalışmaları

neticesinde talep çoğalmış olsa bile günlük satış kapasitesi üstüne çıkma olanağı yoktur (Öztürk, 2007, s.35).

- **Emek Yoğun Bir Üretim Sistemi Olması**

Hizmet işletmeleri genel olarak emek yoğun çalışırlar, Yani birim çıktı başına daha az donanım gerektirir. İş akışı, makinelere bağlı olan sanayi işletmelerine göre bu nitelik, hem hizmet üretiminin denetimini zorlaştırır hem de stratejilerin geliştirilmesinde belirsizliği çoğaltır (Öztürk, 2007, s.35).

- **Maliyet Hesaplamalarının Yapılmasının Zorluğu**

Hizmet işletmelerinde maliyet hesaplamalarının yapılması oldukça zordur. Bilhassa birim maliyetlerin tespit edilmesi işletme için önemli bir problemdir. Kuşkusuz maliyet hesaplamaları yapılırken meydana gelen sorunlar, hizmet işletmelerinde birim üretimlerin fiyatlarını etkilemektedir (Öztürk, 2007, s.35).

- **Sunulan Pazara Yakınlığı**

Hizmet işletmeleri, hizmeti sunan ile hizmeti alan arasında direkt olarak ilişki gerektirdiği için pazara yakın olmak zorundadır. Pazara yakın olması, hizmet işletmelerinin etkinlik alanlarını kısıtladığı için olumsuz bir etki yaparken, müşteri ve rakiplere yakın olma açısından da bir avantaj yaratmaktadır (Öztürk, 2007, s.35).

- **Göreceli Olarak Küçük Olması**

Hizmet işletmeleri mal üreten işletmelere kıyasla genellikle daha küçüktür ve pazara yakın olması gerektiği için de daha kısıtlı bir alanda etkinlik göstermektedirler. Tepe yöneticileri hem çevreyi hem de işletme içeriğini daha yakından gözlemlene imkânına sahiptir. Hizmet işletmelerinde pazarı genişletme çalışmaları, benzer özellikteki gerçekleştirilen hizmet birimleri yatırımların, pazarın olduğu yerde tekrarlanmasını gerektirmektedir (Öztürk, 2007, s.35).

- **Hedef Pazarın Tanımlanmasının Zorluğu**

Mal üreten işletmelerde olduğu gibi hizmet işletmelerinde de pazar hacminin belirlenmesi, pazarın tanımlanmasında yeterli olmamaktadır. Bir hizmetin pazarı, birbirine benzer özellikte bir dizi istekten meydana gelmektedir ve satın alınan hizmetin tüketicilerin isteklerini tatminkâr edebileceği varsayılmaktadır. Bundan dolayı hizmet pazarının tanımlanmasında sunulacak hizmetin adının yanı sıra özelliklerinin de tanımlanması gerekmektedir. Hizmet işletmelerinin pazarının tanımlanmasına, müşteri isteklerini ele alınması ile başlanmalıdır (Örs, 2007, s.18-19).

### **3.8. Süreç Yönetimi Kavramı**

#### **3.8.1. Süreç Tanımı**

Süreç, bazı girdilerin insan ya da makine aracılığıyla kullanılabilir çıktılara dönüştürülmesi işlemidir. Süreç, ürüne değer katan bir dönüşümdür ve bu dönüşümün randımanı kaynakların kullanım verimliliğini sağlayacaktır. Süreç, hedeflenen bir çıktıyı elde etmek için kullanılan çeşitli girdiler üzerinde katma değer yaratan faaliyetlerdir. Girdileri çıktılara ya da neticelere dönüştüren birbiriyle ilişkili işlemler zinciridir (Bayram, 2003, s.39).

Süreç kavramı farklı şekillerde tanımlanmaktadır. Bu tanımlardan bazıları şu şekildedir (Erkut, 1998, s.14):

- İlerleme, süren bir şey
- Belirli bir sonuca götüren kademeli değişim
- Belli bir sona ilerleyen eylemler ve işlemler serisi

Diğer bir anlamda süreç; “belirli bir girdiyi, müşterileri için belirli bir dizi yararlı çıktıya dönüştüren; tanımlanabilen, sınırları olan, yinelenen, ölçülebilen, mutlaka bir sorumlusu olan, performansına bakılan ve olası iyileştirmeleri yapılan fonksiyonlar arası ve birbirine bağlı değer yaratan faaliyet bütünüdür”. Süreçler tespit edilen neticelere ulaşmak için bir işletmenin insan, makine, malzeme vb.

kaynaklarını işleyip değer katarak iç ve dış müşteri isteklerini gerçekleştirecek ürün veya hizmetleri üretmektedirler. Süreci olmayan hiçbir ürün veya hizmetten bahsedilemediği gibi, bir ürün veya hizmeti olmayan hiçbir süreç de varolmamaktadır (Kürkçü, 2005, s.123).

### 3.8.2. Süreçlerin Özellikleri

Bir süreç aşağıdaki beş temel özelliği taşımaktadır (Doğan, Topoyan ve Tütüncü, 2004, s.355).

- **Tanımlanabilirlik:** Sürecin ana unsurlarının tespit edilebilmesidir.
- **Ölçülebilirlik:** Sürecin performans ölçütleriyle izlenebilmesidir.
- **Yinelenebilirlik:** Süreci harekete geçiren aynı veya değişken girdilerin işlenmesi neticesinde oluşan çıktının müşteri gereksinim ve beklentilerini devamlı karşılayabilmesidir.
  - **Kontrol edilebilirlik:** Süreç sorumlularının sürecin performansı hakkında her zaman için bilgi sahibi olabilmesi ve gerektiğinde düzeltici faaliyetlerin gerçekleştirilmesidir.
  - **Katma değer yaratma:** Sürecin, çıktının kalitesi ve çıktıyı kullanan müşterinin tatmini üzerinde pozitif etki yaratabilmesidir.

### 3.8.3. Sürecin Temel Unsurları

Girdi, girdiyi sağlayan tedarikçi, çıktı, çıktıları kullanan müşteri, süreç performans ölçütleri, müşteri gereksinim ve beklentileriyle süreç faaliyetleri sürecin ana unsurlarını oluşturmaktadır (Erkut, 1998, s.24):

- **Girdi:** Girdiler, bir sürecin üzerinde dönüşüm sağlayacağı ve katma değer yaratacağı ve dönüşüm sağlamada kullanacağı unsurlardır. Bunları üç başlık altında toplayabiliriz:
  - **Kaynak:** Somut fiziksel girdiler (malzeme, para, enerji vb)
  - **Destek:** Soyut hizmet girdileri. İç müşteri ilişkisi içinde gerçekleştirilen işler (ulaşım, eğitim, beslenme)



- **Bilgi:** Kavramsal, sayısal, bilgi temelli girdiler (müşteri beklentileri, ekonomik araştırmalar)
- **Çıktı:** Çıktılar, bir sürecin dönüşüm sağlayarak ürettiği unsurlardır. Bunlar üç başlık altında toplanabilir:
  - **Kaynak:** Somut fiziksel çıktılar (ürün, enerji vb)
  - **Destek:** Soyut hizmet çıktıları. İç müşteri ilişkisi içinde gerçekleştirilen işler. (fotokopi, sağlık, taşıma)
  - **Bilgi:** Kavramsal, sayısal, bilgi temelli çıktılar. (ücret değerleri, üretim programı değerleri)
- **Tedarikçi:** Girdilerinin bir veya birkaçını temin eden kişi veya kuruluşlardır. Tedarikçiler organizasyon içinden veya dışından olabilirler.
- **Müşteri:** Sürecin çıktılarını kullanan organizasyon içinden veya dışından kişi veya kuruluşlardır.
- **Süreç Performans Ölçütleri:** Sürecin, müşteri ihtiyaç ve beklentilerini karşılama derecesini ölçmeye yarayan göstergelerdir. (hurda oranı, zamanında teslim edilen sipariş oranı)
- **Müşteri İhtiyaç ve Beklentileri:** Müşteri tarafından veya müşteri adına ürün veya hizmet hususunda tanımlanmış özelliklerdir.
- **Süreç Aktiviteleri (Dönüşüm):** Süreçler, girdileri çıktılarına dönüştürürler. Dönüşüm, bir eylem, bir işlem, bir hareket anlamına gelmektedir. Dönüşüm neticesinde girdilerden daha farklı, daha değerli çıktılar elde edilir.

#### 3.8.4. Süreç Yönetimi Tanımı

Süreç yönetimi, süreçlerin dizaynı, sürdürülmesi ve müşteri ihtiyaçlarının daha iyi karşılanması için sürekli olarak değerlendirmeyi içeren çevrim olarak tanımlanabilmektedir (Gökşen, 2008, s.12). Bu bağlamda süreç yönetimine, müşteri ihtiyaçları ve istekleri üzerine oluşturulmuş anahtar iş süreçlerinin değerlendirilmesi, analiz edilmesi ve geliştirilmesi için bir disiplindir denilebilmektedir.

Süreç yönetimi, süreçlerin içinde bulunduğumuz dönemde nasıl çalıştığını anlamak ve geliştirebilmek gayesiyle organizasyonun tüm süreçlerinin belirlenmesi, tanımlanması, belgelenmesi, sorumlularının atanması, tedarikçilerinin, tüketicilerinin, tüketici ihtiyaçlarının saptanması, düzenli olarak süreç performans

göstergelerinin izlenerek değerlendirilmesi ve gerektiğinde küçük geliştirmelerin yapılmasını içeren etkinliklerin tümü (Eyüboğlu, 2012) şeklinde tanımlanabilmektedir.

Müşteri ihtiyaçlarını ve beklentilerini en iyi biçimde karşılayabilmek için, bu girdiler ile çıktılar arasında sürecin yarattığı ilişkinin doğru bir şekilde tespit edilmesi gereklidir. Bunu yapabilmenin gereği de süreç yönetiminden geçmektedir. Bu bağlamda çıktıları oluşturan süreç iyi tanımlanmalı ve ilişkiler doğru olarak tespit edilmelidir (Altı Sigma Danışmanlık, 2003, s.29).

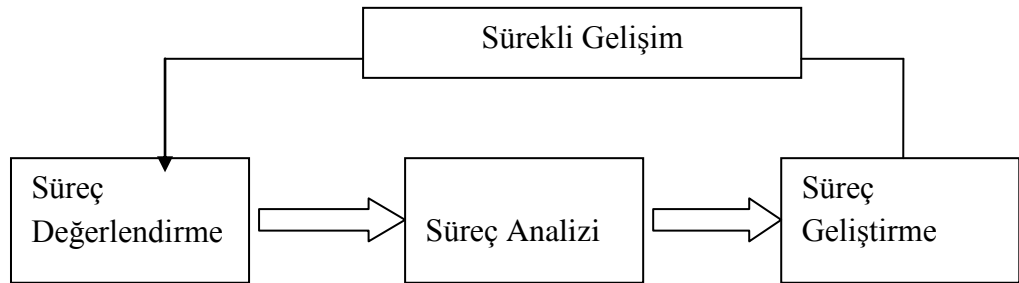
Bu yaklaşımla süreçleri bölümlerin içinde yapılan küçük işler olarak görme, tanımlama ve geliştirmeye gayret etmek yerine süreçlere işlevler üstü bir bütün olarak bakma ve belli bir hiyerarşi içinde düşünme (ana süreç, alt süreç, detay süreç) ve bu bağlamda bölümler arası sorunlara eğilme (ki, önemli zaman ve maliyet kayıpları ve sürtüşmeler burada yaşanmaktadır) ve ana kanaldaki tüm iş akışını takip etme gündeme gelmiştir (Yılmaz ve Sarıaltın, 2011, s.157).

İkinci Dünya Savaşı'nın ardından Japonya'da başlayan Kaizen (sürekli iyileştirme) kavramıyla başlayan ve zamanla dünyada ve Türkiye'de yaygınlaşmaya başlayan "kalite" çalışmalarının temelinde günümüzde süreç mantığı bulunmaktadır (Avrupa Kalite Yönetim Vakfı - European Foundation of Quality Management) EFQM Mükemmellik modeline göre bir sistem kurmak veya son senelerde popülerlik kazanan CRM – Customer Relations Management – Müşteri İlişkileri Yönetimine geçmek isteyen veya ISO 9000 belgesi almak isteyen işletmeler için Süreç Yönetimi yaşamsal bir önem taşımaktadır. ISO 9000 standardının 1994 versiyonunda bulunmayan "Süreç yönetimi, süreç göstergelerinin izlenmesi ve sürekli iyileştirme" kavramları ISO 9000:2000 revizyonunda artık bulunmaktadır. Süreç Yönetimi, süreçlerin içinde bulunduğumuz dönemde nasıl çalıştığını anlamak ve iyileştirebilmek için organizasyonun bütün süreçlerinin tespit edilmesi, tanımlanması, belgelenmesi, yöneticini tayin edilmesi, düzenli olarak süreç performans göstergelerinin gözlemlenerek değerlendirilmesi ve gerektiğinde küçük geliştirmelerin ya da kökten faaliyetlerin yapılmasıdır (Eyüboğlu, 2012).

Tradisyonel yönetim personeli iş birimi olarak isimlendirilen kutucukların içerisinde hapsedilmektedir. Bireyler bu kutucukların içerisinde işin kendine düşen ya da kendine verilen kısmını, sağına soluna, yukarısına aşağısına bakmadan, daha da önemlisi hangi gayeye hizmet ettiğini bile tam olarak anlayamadan yerine getirmeye çalışmaktadır. Bu bağlamda bu tarz bir çalışma kişinin camdan kapıdan dışarı bakmadan evden çıkarak bir yerlere gitmesine benzetilebilir. Şahıs üzerinde tişört ve şort, ayağında espadinler yağmurlu ya da karlı bir havada dışarı çıkabilecektir. Böylece birey hem mutsuz olacak hem de belki gideceği yere geç gidecek veya hiç gidemeyecek, yarı yoldan geri dönecektir. Bu yönden bakıldığında, süreç yönetimi farklılaşımına baş etmemizi ve gelişmemizi sağlayacak başka öğelerle ilişkiler yönünden öne çıkan bir yöntemdir (Aksu, 2008).

### 3.8.5. Süreç Yönetimi Aşamaları

Süreç Yönetiminin safhaları temel adımlar olarak süreç değerlendirme, süreç analizi ve süreç geliştirmedir (Erkut, 1997).



Şekil 3.1. Süreç Yönetimi Aşamaları

**Kaynak:** Haluk Erkut, Yönetim Bilimlerine Giriş Ders Notları, 1997.

Süreç değerlendirme, sürecin bileşenlerinin tespit edilmesini içermektedir. Süreç analizi ise, sürecin en etkin nasıl işleyeceğine ilişkin oluşumun gerçekleştirilmesini kapsamaktadır. Geliştirilen süreç sahiplendirilir ve uygulamaya geçilir. Bu bir döngü halinde gereksinim oldukça yinelenmektedir.

### 3.8.6. Süreç Yönetimini Uygulamamın Nedenleri

Süreç yönetimine yönelmeye etki eden öğeler dış ve iç nedenler olarak ayrılabilir. Bunlar (D.Z.K.K., 2005, s.1-10);

#### *Dış sebepler:*

- Globalleşme
- Ekonomik farklılaşım,
- Demokratikleşme,
- Üretim/hizmet teknolojilerindeki gelişmeler.
- Bilgi teknolojisindeki gelişmeler,
- Müşteri beklentilerindeki yükseliş ve farklılaşım,
- Rekabet ve bu rekabetin imhacı rekabete dönüşmesi,
- Politik farklılaşım,

#### *İç sebepler:*

- Resmi olmayan gruplaşmalar.
- Müşteri şikâyetlerinde çoğalma,
- Hedef ve politika farklılıkları (geleceğe hazırlık),
- Finansal göstergelerdeki bozulmalar,
- Ürün yaşamın kısa olması,
- Üretim/hizmet rantabilitesinin ve etkinliğinin azalması,
- Ürün/hizmet kalitesindeki azalma,
- Klasik hantal işletme yapıları,
- Personelin artan beklentileri,

Özkan ise süreç yönetiminin gayelerini aşağıdaki gibi sıralamaktadır (Özkan, 2012):

- Müşteri odaklı yönetimi özendirmek
- Organizasyon önceliklerine sistematik yaklaşım getirmek.

- Fonksiyonel sınırları ortadan kaldırılarak, fonksiyonlar arası ilişkilerin geliştirilmesini sağlamak.
- Katma değer yaratmayan faaliyetlerin belirlenmesini sağlamak.
- Kaynakların etkin kullanımını sağlamak.
- İyileşme imkanlarının saptanmasını sağlamak.
- Hızlı karar alma avantajı sağlamak.
- Sorumlulukların açık bir şekilde tespit edilmesine imkan tanımak

Üretim veya hizmet, herhangi bir organizasyonda etkinlikler gerçekleştirilirken bütün işlevlerin koordineli biçimde çalışması gerekmektedir. Bunun birinci nedeni işlevler arası sahip olunan genellikle neden sonuç ilişkisinin varlığı, diğeri de; işletmede gerçekleşen her olumlu veya olumsuz gelişmenin sistemin bir parçasını değil tümünü ilgilendirdiği gerçeğidir (Gökşen, 2008, s.11). Süreç yönetimi, tümü görüp detaylarla ilgilenmeyi gerektirmektedir. Tüm görülmeden alınacak kararlar ve uygulamalar bünyeyi rahatsız edebilmektedir. Bu bağlamda tüm ile bölümler arasındaki uyum devamlı olarak dikkate alınmalıdır.

### **3.8.7. Süreç Yönetiminin Faydaları**

Performans ölçme sistemi, bir işletme içerisinde, karar almak ve bu kararları olarak ifade edilebilir. Bu kapsamda, ISO 9000:2000 kalite sisteminin kurgulanması sırasında, kuruluş süreçleri büyük bir titiz bir biçimde uygulanmalı ve uygulanan süreçlere ait performans ölçüm kriterleri, işletmenin iyileşme gereksinimlerine odaklanarak, iyileştirme kararlarına destek olmalıdır. Bu faaliyet bir bilgi toplama işlemi olmalı ve toplanan bilgi, işletmenin kalite hedeflerini desteklemelidir. Süreç performanslarının etkili bir biçimde ölçülmesinin, kuruluşa sağlayacağı yararlarından bazıları aşağıda sıralanmıştır (Fidanboy, 2012):

- Kuruluş kaynaklarının, performansı düşük süreçlere yönlendirilmesini sağlayarak, kaynak yönetimi konusunda dengelerin oturtulmasına yardımcı olur.
- Kurulan kalite yönetim sisteminin etkililiğinin ve sürekliliğinin kontrol altında tutulmasını sağlar.
- Süreç yaklaşımının tüm personel tarafından benimsenmesini ve bu konudaki motivasyonun artırılmasını sağlar.

- Kuruluş süreçlerinin iyileştirme ihtiyaçlarının önceliklendirilmesine olanak verir.
- Süreç sahiplerinin, sahibi oldukları sürece ne derece hâkim oldukları konusunda bilgi verir.
- Kuruluşun tüm süreçleri ve bu süreçlerin etkinliği konusunda, üst yönetime genel bir resim verir.
- Süreç sahipliği temelinde, personel performansının ölçülmesi hususunda bir yöntem sağlar.
- Süreçlerdeki kalite maliyetlerinin ön plana çıkmasına ve koordineli bir biçimde giderilmesine yardımcı olur.

## 4. SAĞLIK HİZMETLERİNDE ÜRETİM VE SÜREÇ YÖNETİMİ

### 4.1. Sağlık Sektöründeki Hizmet Üretimi

Sağlık sistemi tüm insanları kapsamaktadır. Sağlık hizmetlerinin etkinliklerinin öncelikli hedefi sağlığı geliştirmektir. Bundan dolayı da sağlık hizmetleri sosyal bir nitelik taşımaktadır. Aynı zamanda sağlık bir mal üretimi olmayıp, bir hizmet üretimidir. Yalnız diğer hizmet sektörlerine göre de oldukça değişiklikler göstermektedir. Örnek olarak aşılama ve dönemsel kontroller (periyodik kontroller gibi), sağlık hizmetleri bir yana; çürük bir dişin sağaltımı, akut apandisit'in opere edilmesi gibi sağlık hizmeti ihtiyaçları, sağlık dışı diğer hizmet ihtiyaçları ile bir tutulamaz (Saltık, 1995, s.38).

Sağlık hizmetlerinin üretim ve sunumunu üç kümede toplamak mümkündür (Şenatalar, 2003, s.27):

- Kişisel üretim ve sunum (örnek olarak, muayenehanesinde hizmet sunan hekim, diş hekimi),
- Özel sağlık kuruluşu (hastane, dispanser, poliklinik, tanı laboratuvarı vb.)  
Bu küme de kendi içinde ikiye ayrılabilir: Doğrudan kâr gütmeye amacıyla kurulmuş özel girişimler ve birincil amacı kâr olmayan vakıf vb. tarafından kurulmuş sağlık hizmeti birimleri,
- Kamusal sağlık kuruluşu (kamu kesimi içinde yer alan hastane, dispanser, poliklinik vb.)

Sayılan üç kümeyle ilgili olarak iki noktanın önemle altının çizilmesi öncelikle gereklidir. Kişisel üretim ve sunumun payı sürekli olarak gerilerken özel veya kamusal kuruluşların payı yükselmektedir. Tıbbi bilginin derinleşmesi, uzmanlık dallarının çoğalması yanı sıra teknolojinin ilerlemesi ve doğrusal olarak daha büyük sermayelere ihtiyacının duyulması hizmet üretim ve sunumunda kuruluşların rolünü ön plana çıkartmaktadır. O kadar ki, Türkiye dâhil çok sayıda ülkede hastane

zincirleri görülmektedir. İkinci nokta ise şudur: Sistemde özel ve kamusal sağlık kuruluşlarından hangisinin yaygın ve ağırlıklı olduğu, ülkelerin geçmişten gelen toplumsal ve politik şartlarının bir neticesidir (Şenatalar, 2003, s.27).

#### **4.2. Sağlıkta Hizmet Üretimini Etkileyen Faktörler**

Sağlıkta hizmet üretimini etkileyen etkenler kısaca aşağıdaki gibi ifade edilebilmektedir (Lovelock, 1992, s.256):

- Hizmet sektöründe (çok sayıda hizmet üretildikleri anda tüketildiği için) kalite denetimi oldukça büyük bir sorundur. Fiziki ürünlerde uygulandığı gibi hizmetlerde kalite denetiminin yapılması olanaksız bir hal almaktadır. Dolayısıyla da hizmetlerde büyük sıklıkla kalite denetim sorunları ile karşılaşmaktadır.
- Hizmet üreticileri de amaçladıkları kitleye erişebilmek için fiziksel malların dağıtımını gibi dağıtım kanalı kullanmaktadırlar. Ancak hizmetin niteliğine ve gelişen teknolojinin trendine göre hizmetlerin pazarlanmasında çeşitli ve çok sayıda kanallar kullanılmak durumunda kalınabilecektir. Örnek olarak bankacılık hizmetinde birtakım hizmetler için yüz yüze görüşme gerekli iken bazı hizmetlerin sunumu için de ileri teknolojik araçlar gerekli olabilmektedir.
- Hizmet üretiminde zaman etkeni çok önemli bir etkidir. Çünkü birçok hizmet anında (real time) sunulmaktadır. Bundan dolayı hizmetlerin talebin gerçekleştiği anda üretilebilmeleri ve müşteri kullanımına sunulabilmeleri gerekmektedir. Bu önemlilik hizmetlerin stoklanamaması özelliğine bağlı olarak meydana gelen bir durumdur.



### **4.3. Sağlık Sektöründe Hizmet Üretim Kalitesiyle İlgili Kavramlar**

#### **4.3.1. Hasta Güvenliği**

Sağlık hizmeti üretimi söz konusu olduğunda ortamdan kaynaklanan sebeplerin yanında tedavi ve bakım hatalarının da hasta güvenliğini tehdit eden öğeler arasına katılmaktadır (Tak, 2012, s.6).

Institute of Medicine tarafından yayınlanan rapor tüm dünyada ilgi toplamış ve hasta güvenliğine verilen önem hızla yükselmiştir. Institute of Medicine'nin 2003 yılında yayınladığı diğer raporunda, sağlık hizmetlerinde kalite bakımından öncelikli seçilen yirmi alandan üçünün hasta güvenliği ile ilgili olduğu görülmektedir. Bu alanlar medikasyon yönetimi, hastane enfeksiyonları ve yaşlı sağlığıdır. Görüldüğü gibi hasta güvenliği, sağlık hizmetlerinde geliştirilmesi gereken alanların başında gelmektedir (Akalin, 2004, s.12).

Hastanelerde sağlık hizmeti veren, kontrol eden, koordine eden ve 24 saat aralıksız bakım sağlayan hemşireler, hasta güvenliği sağlama çalışmaları için ideal meslek üyeleridir. Etik prensiplerin hemşirelere yüklediği mesuliyetler, hastanın güvenliğini ve faydasını sağlamayı, zarar görmesini engelleyen bazı önlemler alınmasını gerektirmektedir. Hemşirelik hizmetlerinin sunumunda mesuliyetler her geçen gün daha da artmaktadır. Hemşirelik hizmetlerinde meydana gelebilecek hatalı uygulama alanları şunlardır; hasta tanılama, bakım, izlem, iletişim hataları, tedavi hazırlama ve uygulama ve hastanın düşmesi hasta güvenlik hatalarıdır. Tespit edilen tüm hatalı uygulamaların raporlanması, sebeplerinin belirlenmesi ve tedbir alınması için önemlidir. Tedbirler her zaman sisteme yönelik olmalı, bireyi cezalandırma özelliğinde olmamalıdır. Bunun personel tarafından bilinmesi, raporların doğru ve zamanında derlenmesini sağlayacaktır (Aslan ve Ünal, 2005, s.175-178).

Hasta güvenliği; sağlık hizmetlerinin sunumu esnasında bireylerin karşılaşabileceği zararı önlemek için sağlık kuruluşları ve bu kuruluşlardaki personel tarafından alınan tedbirlerin bütünüdür. Sağlık hizmetleri bireylere zarar

vermemektedir. Burada ifade edilen, hizmetin sunum süreçlerinde ortaya çıkabilecek riskler sebebiyle meydana gelebilecek zararlardır (Aydın, 2007, s.3).

Hasta güvenliği, insan yaşamına direkt olarak tesir eden olaylara ilişkindir. Endüstri işletmelerinin ve diğer hizmet işletmelerinin tersine sağlık sektöründe etkinlik gösteren kuruluşlar için hasta güvenliği süreçlerinin hayata geçirilmesi, maddi kazançların ötesinde toplumsal yararlar oluşturmaktadır (Tütüncü ve Küçükusta, 2006). Sağlık kurumlarında hasta güvenliğine verilen önem kurumun hizmet üretimi kalitesinin de bir göstergesidir.

#### **4.3.2. İş Sağlığı İş Güvenliği**

Hizmet üretimine tesir eden etkenlerden birisi de iş sağlığı ve iş güvenliğidir. İşçi sağlığı ve iş güvenliği uygulamaları iki yüz yıldan beridir ülkelere ve sektörlerle göre değişkenlik göstermekle beraber, Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO) 1950’li yıllarda, her iş görenin sağlık hizmeti alması gerektiğini, sağlıklı ve güvenli bir ortamda çalışmasının bir insanlık hakkı olduğunu ve bu hakkın yaşama hakkı çizgileri içerisinde yer aldığını ve her ülkenin buna uyumluluk göstermesi gerektiğini ifade etmiştir. Çünkü sağlıklı ve güvenli bir ortamda çalışmak; çalışanın hayattan beklenen süresini uzatması, işten kaynaklı korunabilir sağlık problemlerini önlemesi, var olan hastalıkların yükünü azaltması, iş görenin çalışma faaliyetini yükseltmesi, ekonomik bağımsızlığını ve işe sürekliliğini sağlaması, çalışma hayatının niteliğini arttırması gibi pek çok faydaya sahiptir. Bunun yanı sıra, sağlıklı ve güvenli bir ortamda çalışmak yalnızca iş görenin sağlığının devam ettirilmesi ve hayat standartlarının yükseltilmesiyle kısıtlı olmayıp, ayrıca iş görenin toplumsal hayattan hizmet sunduğu alana kadar iyilik halinin sürekliliğini de sağlamaktadır (WHO, 2001).

Bütün dünyada, özellikle ülkemiz gibi sanayileşme ve teknolojik gelişme safhasındaki ülkelerde, iş sağlığı ve iş güvenliği ile ilgili bazı problemler meydana gelmektedir. Bu problemler iş görenlerin sağlığını etkilediği gibi iş verimini de önemli düzeyde etkilemektedir. Bugün giderek hızlanan teknolojik gelişme, iş kazalarında artışa sebep olmaktadır. Teknolojik gelişmenin paralelinde meydana

gelen tablonun kaynağında, gerekli tedbirlerin alınmaması ve alınmış tedbirlere uyulmadığı görülmektedir (Demircioğlu ve Centel 1999, s.125). İş sağlığı ve iş güvenliği tedbirleri her şeyden önce bireyin huzurunu ve mutluluğunu sağlamayı hedeflemektedir. İş sağlığı ve iş güvenliğinin, bireylerin mesleki tehlikelerden uzak bir ortamda çalışmasını sağlayarak; hem beden sağlığını, hem de ruh sağlığını koruyacağı bir gerçektir.

Yapılan tanımlara göre işçi sağlığı ve iş güvenliği kavramı, işçinin sağlık ve emniyetinin işyeri sınırları ve işten kaynaklı doğan tehlikeler karşısında korunmasını içermektedir. Fakat zaman içerisinde bu tanımın yeterli olmadığı anlaşılmıştır. Özellikle yaşama çevresinde de çalışanın korunmasının gerekli olduğu ileri sürülmeye başlanmıştır. Çevrenin korunması, beslenme ve ulaşım emniyeti, sağlıklı bir konutta yaşama hakkı, kentleşme, ilk yardım ve sosyal güvenlik gibi konuların işçi sağlığı ve iş güvenliği konusu ile ilişkilendirilmeye başlanmıştır. Böylelikle kapsamı daha geniş olan bir tanımlama ile karşılaşılmaktadır. Geniş anlamda işçi sağlığı ve iş güvenliği kavramı işyeri ile sınırlı sağlık ve emniyet önlemlerinin yeterli koruma sağlayamayacağını kabul eden ve işçinin sağlığını ve güvenliğini etkileyen ve ilgilendiren ve işyeri haricinde kaynaklanan riskleri de kapsamına dâhil eden bir kavramdır (Arıcı, 1999, s.52).

İş sağlığı ve güvenliği kavramının çağdaş anlamı, iş kazaları ve meslek hastalıkları tanı ve tedavisinin dışında personelin sağlığını korumak ve onun sağlığını tehdit edecek çeşitli tehlikeleri ortadan kaldırmaktır. Bu bağlamda, iş sağlığı ve güvenliğinin caydırıcı yaptırımlarla hazırlanmış kamu düzeni kurallarıyla sağlanması, uzmanlık örgütleri meydana getirilmesi, teknik ve medikal çalışmalar, ruhsal ve istatistiksel etütler yapılması, eğitimci ve ikna edici programlar hazırlanıp uygulanması gibi tekniklerin geliştirilmesi de iş sağlığı ve güvenliği kavramıyla birlikte incelenmektedir (Bingöl, 2003, s.455).

İş Sağlığı ve Güvenliği; iş görenleri ilgilendiren bu kavramlara verilen önem, ülkelerin gelişmişlik seviyeleriyle, toplumlar ve toplumu meydana getiren kişileri eğitim, kültür ve bilinç seviyeleriyle direkt olarak bağlantılıdır. Sanayileşmesini tamamlamış, gelişmiş ülkelerde bu problem büyük ölçüde çözülmüştür. Fakat bilim ve teknolojiye geri kalmış, sanayileşmesini tamamlayamamış ve demokrasi kültürü

gelişmemiş, sanayici, eleştiri, öneri ve kontrol sistematiklerinin gelişmediği ülkelerde iş görenin sağlığı ve güvenliğinin kâr amacının önüne geçmesi beklenmemektedir (TMMOB Makine Mühendisleri Odası Adana Şubesi, 2003, s.14).

Sağlık hizmetleri iş kazaları bakımından riskli bir sektördür (Yeşildal, 2005, s.280). Sağlık işletmelerinde çok sayıda meslek grubu istihdam edildiğinden, iş görenlerin çalışma alanları da farklılık göstermektedir. Çalışma alanının değişkenlik göstermesi ise sağlık çalışanlarının farklı risk ve tehlikelerle karşılaşmasına sebep olabilmektedir. Sağlık iş kolu çalışanları yalnız biyolojik zararlarla değil, çeşitli fiziksel etkenler ve kimyasallardan şiddete, uzun çalışma sürelerinden düşük ücrete kadar uzanan çok sayıda risk etkeni ile karşılaşmaktadırlar. Yukarıda anılan risk etkenleri incelendiğinde, sağlık işletmelerinde çalışmanın tehlikeleri konusunda önemi ipuçları vermektedir. Sağlık çalışanlarının maruz kaldığı iş kazası ve meslek hastalıkları iş günü kayıplarına ve yapılan işin sınırlanmasına sebep olduğundan rantabiliteyi azaltan bir etken olmaktadır. Sağlık çalışanları özelleştirme ve rekabet ortamında yükselen oranda iş gerilimi yaşamakta ve işin nitelik kaybı sebebiyle de iş doyumsuzluğu yaşamaktadır (Demiral, 2006, s.35).

Ülkemizde, sağlık çalışanlarının sağlığının korunması programlarına ve bu programların meydana getirilip devam ettirilmesini sağlayacak yasal yapılanmaya gereksinim hissedilmektedir. Hastanelerin sahip oldukları karmaşık yapı içinde, sağlık çalışanlarının çok türlü işleri ve görevleri olmasına bağlı olarak, işyerinde karşılaştıkları tehlikelerin sayısının ve çeşidinin de çok sayıda olduğu bilinmektedir. En çok yaşananlar enfeksiyon ve kesici delici alet yaralanmaları olmakla birlikte, radyasyon, toksik kimyasal maddeler, biyolojik ajanlar, ısı, gürültü dâhil olmak üzere fizik ajanlar, elverişli problemler, stres, şiddet ve kötü muamele gibi risk ve tehlikeler sağlık çalışanlarının karşılaşılabileceği durumlardır. Sağlık alanında etkinlik gösteren sendikalar, son zamanlarda yaptıkları açıklamalarda sağlık çalışanlarının çok çeşitli risklere maruz kaldıklarını ve aynı zamanda ülkemizde meslek hastalıklarına yakalanma riskinin fazla olduğunu açıklamaktadırlar (Tüzüner ve Özasan, 2011, s.144). İş sağlığı ve güvenliğinin olmadığı bir ortamda sağlık çalışanlarının da istenen kalitede hizmeti üretebilmeleri mümkün değildir.

### 4.3.3. Müşteri Memnuniyeti

Geçmişte müşterinin işletmeler için hiç bir önemi bulunmamakta ve hiç bir önemli yönetim kararında müşteri ciddi olarak yer almamaktaydı. Dünya tabiri caizse bir arz cennetiydi. Ne üretilip, nasıl satılacağına, fiyatın ne olacağına işletmeler karar vermekte ve hatta müşterileri bazı zaman paralarını önceden alarak, mal kuyruğunda aylarca bekletmekteydiler. Günümüzdeki ortam tam bir alıcı cennetine dönüşmüştür. Rakiplerin sayısı, globalleşmeyle beraber artmaktadır. Her sene çalışılan alana yeni yeni rakipler girmektedir (Tunçer ve Ergunda, 2005, s.72). Alıcıların önlerindeki seçenekler çoğaldıkça, müşterinin önemi de artmıştır.

Müşterinin memnun olması yani müşteri memnuniyeti kavramı kaliteli bir hizmetin sunulmasının en önemli işaretlerinden biri olarak ifade edilmektedir. 1970'li senelerde ekonomik kısıtlılıklar ve son zamanlarda müşteri merkezli hizmet (müşterizm) anlayışının kabullenilmesi sebebi ile kişiler sağlık hizmeti veren kurum ve kuruluşlarda kaliteyi aramaya başlamışlardır. Sağlık hizmetlerinin sunulmasında maliyetin giderek çoğalması ve bu sebepten dolayı da hizmetlerin verilmesinde kullanılan kaynakların ve araç gereçlerin doğru kullanımına karar vermek için çalışmalar yapılmıştır. Bundan dolayı da sağlık hizmeti alan kişilerin istekleri önem kazanmaya başlamıştır. Aynı zamanda, müşterilerin davranışlarında sergilemiş oldukları büyük bir derecede pasif rolden aktif role doğru farklılaşmaya gittikleri gözlenmektedir (Yılmaz, 2001, s.65).

Rekabet ortamında kaliteyi, kuruluşun yöneticileri ya da kalite kontrol uzmanları değil, müşteriler belirlemektedir. Bundan dolayı müşterilerin kim olduğunun tespit edilip, müşteri ihtiyaçlarının aktif bir şekilde sağlanması için gerekli kararlılığın gösterilmesi gerekmektedir. Sağlık işletmelerinin tek müşterisinin hastalar olduğu düşüncesi günümüzde geçerliliğini büyük ölçüde yitirmiştir. Eskiden sağlık işletmelerinin müşterisi denildiği zaman yalnızca hastalar akla gelirken, günümüzde “sağlık hizmetleri üretimi sürecine katılan tüm kişi ve kurumlar “ müşteri olarak kabul edilmektedir (Kavuncubaşı 2000, s.292–293).

Bir müşterinin memnuniyetle ilgili üç durumu meydana gelebilmektedir; Eğer performans/kalite beklentilerden düşükse müşteride memnuniyetsizlik meydana

gelmektedir, performans/kalite ile beklentiler eş değer durumdaysa müşteri memnun olmakta, performans beklentileri aşacak olursa, müşteri yüksek memnuniyete sahip olmaktadır. Müşteriyi memnun etmek, “onu tatmin etmek, devamlı kılmak, gereksinim ve beklentilerini karşılamak günümüz işletmelerinin çok daha yoğun gayret göstermesini mecbur eden strateji ve politikalarını müşterilerin beklenti ve gereksinimlerine göre belirlemeyi isteyen işletmeler için zorunlu kılan bir faaliyetler zinciri” olarak tanımlanmaktadır (Öçer, 2001, s.32).

Sağlık sisteminde zamanla büyük farklılıklar meydana gelmektedir. 1980’li senelerden beri sağlık politikalarında önemli reformlar gündeme gelmiş, bu farklılık yeniden bir ivme kazanmıştır. Bugün halkın kamu ve özel sağlık kuruluşlarından limitsiz ve sistematik olarak faydalandırılması, kaliteli sağlık bakımı hizmeti, bilgi teknolojisinin sağlık sistemine entegre edilmesi, hasta güvenliği, müşteri memnuniyetinin birinci öneme sahip olması gibi çalışmalar gittikçe fazlalaştırılarak devam ettirilmektedir (Aslan ve Sezgin, 2008, s.23-24).

Sağlık yönetimindeki kavram değişiklikleri esnasında özellikle tepki çeken kavram “müşteri” kavramıdır. Sağlık kuruluşlarına çeşitli rahatsızlıkları sebebiyle gelen insanlara, müşteri gözüyle bakılmasının etik açıdan kabul edilmesinin uygun olup olmadığı çok tartışmaya konu olmuştur. Oysaki sağlık hizmetlerinde müşteri kavramı, müşteri anlayışı ve müşteri memnuniyeti yönetiminden, hasta memnuniyetinin anlaşılması, hastanın istek ve beklentilerinin gerçekleştirilmesinin sağlık hizmetine getireceği geliştirmelerin değerlendirilmesi gerektiği anlaşılmalıdır. Bu bağlamda, genel olarak bir hizmet sektörü olan sağlık sektöründe hastaların ve çalışanların müşteri olarak görülmesinin isin doğası olduğu ve etik sakıncasının olmadığı sonucuna ulaşılmıştır (Hayran, 1997, s.28).

Sağlık hizmetinin kendine özel bazı nitelikleri bulunmaktadır. Bunlar içinde; sosyal nitelikli oluşu, talebinin belirsiz, riskinin büyük, uzman bilgisine dayalı olması gibi niteliklerinin yanında tüketicisinin ürün ve hizmetler hakkında yeterli bilgiye sahip olamama, hizmetin sağlayacağı yararı ve kaliteyi ölçememe ve ikamesinin mümkün olmaması gibi niteliklere sahip olduğu da bilinmektedir. Sağlık sektöründe müşteri kavramı, geçmişteki gibi sadece hastaları değil bunun yanı sıra daha geniş

boyutlu olarak sağlık hizmeti sürecine katılan tüm kişi ve kurumları kapsamaktadır (Kavuncubaşi, 2000, s.292).

#### 4.3.4. alışan Motivasyonu

Motivasyon konusu her kurumda çok önemli olmakla beraber, sağlık hizmeti sunulan sağlık kurumlarında ve hastanelerde, bu hizmetten faydalanan hastalar ve yakınları bakımından yaşamsal bir öneme sahiptir denilebilmektedir. Hastanelerde hastalara ve hasta yakınlarına sunulan hizmetlerin, güler yüzlü olmak, işini severek yapmak, mesleki zen ve titizlik göstermek, sır saklamak vb. zelliklere uygun olabilmesi gibi bir takım nitelikler düşünüldüğünde, iyi motive edilmiş çalışanlara ihtiyaç olduğu anlaşılmaktadır. İş görenlerin bu özelliklere uygun olarak, işini yapması, hizmet etmesi ayrıca kendisi için de olumlu bir pozitif geri bildirim sağlamaktadır. Bu durum, hasta ve hasta yakınlarının çalışanlara daha anlayışlı davranmalarına; çalışanların da, insan hayatının kurtulmasına katkı sağlamanın ya da insana faydalı olabilmenin verdiği huzurla işlerini daha da iyi yapabilmelerine imkân sağlamaktadır. Bu etkileşim, iki grup arasındaki iletişimin kalitesini pozitif yönde etkileyerek, çalışanların sundukları hizmetlerin kalitesinin daha da artmasında etkili olabilecektir (Ay ve Karakaya, 2007, s.58).

Hastane, sadece sağladığı hizmet sebebiyle değil, onu meydana getiren personelin farklı niteliklere sahip olması sebebiyle de karmaşık bir örgüttür. Benzer büyüklükteki örgütlerle karşılaştığında, hastanede oldukça değişik beceri, yetenek ve birbirine benzemeyen birikimleri olan personel beraber çalışmaktadır. Bu personel örgüte değişik beklenti, gereksinim ve hedefleriyle beraber gelir. Personelin örgütün hedefleri doğrultusunda davranışta bulunmasının sağlanması, örgütün aktifliğini ve verimliliğini etkilemektedir. Burada hastane yöneticisinin karşısına, değişik nitelikler taşıyan personelin davranışlarının hastanenin hedeflerine nasıl yönetileceği problemi çıkmaktadır. Yöneticinin bu problemi çözebilmesi, her seviyedeki personelin gereksinim ve beklentilerine cevap vermesi, onları motive etmesi ile mümkün olabilmektedir (Ak,1990, s.58).

Güdüler, bireylerin belirli davranışlarının sebeplerini açıklayan ve bir davranışla sonuçlanan dürtü veya itici glerdir. Bireyin bir gereksinimi

uyarıldığında bu gereksinimi gidermek amacıyla belirli bir davranışa geçecektir. Bu davranış, bu gereksinimi sağlayacak bir hedef veya arzu yönünde olacaktır (Can, 1992, s.164-165).

Motivasyon ya da güdüleme, “kişiyi harekete geçiren ve hareketlerinin yönlerini belirleyen, onların düşüncelerini, inançları, ümitlerini, özetle arzu, ihtiyaç ve korkuları olarak açıklanmaktadır. Motivasyon, bir kişinin ya da iş grubunun gayretlerinin harekete geçirilmesi, yönlendirilmesi, önem kazanması ve sürekliliğinin sağlanması bakımından sevk edilmesi olarak kabul edilmektedir. İş motivasyonu, kültürel ve bireysel eğilimlerle ilgili olan bağlamsal unsurlarla ilişkilendirilerek, örgütsel amaçlara erişmek için yüksek derecede çaba göstermeye isteklilik olarak da ifade edilebilmektedir (Dündar vd., 2007, s.106).

#### **4.3.5. Çalışanların İş Doyumu**

Bir örgütte şartların zarar gördüğünü gösteren en önemli kanıt iş doyumunun az olmasıdır (Akıncı, 2002, s.3). İş doyumunu kapsamlı bir tutum olarak görülebildiği gibi, kişinin işinin farklı bölümleri için de uygulanabilmektedir. Duruma bu açıdan yaklaşıldığında, iş doyumunu, önemli olarak görülen çeşitli iş etkenlerine yönelik olarak kişinin sahip olduğu tutumlardan meydana gelen çok boyutlu bir kavram olarak incelenmektedir (Erigüç ve Yıldırım, 2001, s.185).

Genellikle çalışanların işlerine ilişkin duygularının bir reaksiyonu olarak ifade edilen iş doyumunu kavramı, ilk kez 1920’li senelerde meydana gelmiş olup önemi 1930-40’lı senelerde anlaşılmıştır. Önemli olmasının bir sebebi, yaşam tatmini ile bağlantılı olmasıdır ki bu durum bireyin fizik ve ruh sağlığını direkt olarak etkilemektedir. Bir diğer sebebi ise üretkenlikle ilgilidir. Bireylerin başarılı, mutlu ve üretken olabilmelerinin en önemli gereklerinden biri olan iş doyumunu, işin kişiye kazandırdıklarının algılanmasıyla meydana gelen hoşnutsuzluk duygusudur. Bu duygular, kişinin önceki iş hayatlarına, beklentilerine ve sahip oldukları alternatiflere bağlıdır. İş doyumunu denilince, işten sağlanan maddi çıkarlar ile işgörenin birlikte çalışmaktan zevk aldığı iş arkadaşları ve eser oluşturmanın kazandırdığı mutluluk akla gelmektedir (Akıncı, 2002, s.1-25).



Hastanelerde hizmet üretimini etkileyen faktörlerden birisi de çalışanların iş doyumudur. Türkiye’de sağlık hizmetlerinin yönetim ve organizasyonunun nasıl olacağı tartışmaları sağlık sistemimizin yenileşme çabalarının başladığı ve zamanla hız kazandığı 1990’lı yıllardan sonra artmıştır. Sistemin yapılandırılması araştırmalarının bir uzantısı olarak ve tedavi hizmetlerinin özelleştirilmesine yönelik dolaylı çabaların doğrultusunda kaynakların verimliliğinin sorgulanması, sağlık hizmetlerinde işletme disiplini meydana getirme çabaları ve dünyada olduğu gibi ülkemizde de toplam kalite yönetimi v.b. yeni anlayışların gündem meydana getirmesi gibi sebeplerle sağlık personelinin iş doyumunu çabaları başlamış ve yaygınlık kazanmıştır (Sur ve Söylemez, 2002, s.141).

Hastaneler, gelişmiş ve pahalı araç ve gereçleri kullanmasına karşın, emek yoğun sektörleri arasında bulunmaktadır. Yani, hastanelerde gerçekleşen etkinlikler profesyonelleşmiş iş gören gruplarının ortak ve uyumlu çalışmalarıyla yapılabilmektedir. Bir hastanenin başarısı, mevcut insan kaynaklarını hedefleri doğrultusunda, istekli bir şekilde harekete geçirmesine bağlıdır (Vural, 1999, s.14)

Hastane yönetiminin ve çalışanlarının tam bir uyum içinde olması gerekmektedir. Bazı durumlarda ücretlerde artış ve terfi de yeterli olmayabilmektedir. Çalışanların kişisel niteliklerini göz ardı etmemeleri gerekmektedir. Bu durumda çalışanların daha stressiz ve güvenli bir ortamda, çalışma arkadaşları ile uyum içerisinde yetkilendirilerek, bireylerde iş doyumunu sağlanılabilmektedir. İş doyumunu fazla olan çalışanların işteki performansları daha yüksek, işe devamsızlıkları, yeni bir iş arama isteği daha azdır. Yaptıkları işte daha dikkatli olmaktadır. Bu da beraberinde örgütün başarısını, üretkenliğini artırmaktadır (Öztürk ve Özdemir, 2003, s.191). Sağlık sektörünün müşterisi olan hastaların aldığı hizmetin kalitesi de artmış olmaktadır. Çalışan memnuniyeti hasta memnuniyetini de beraberinde getirebilmektedir. Zincirin son halkası olan hasta (müşteri) memnuniyeti sadece örgütün çalışanını memnun etmesiyle mümkün olabilecektir.

#### 4.3.6. Hizmet İçi Eğitim

Hizmet içi eğitim, iş görene işi ile kesin hukuki ilişkisinin kurulduğu tarihten, işten ayrıldığı tarihe kadar geçen süre içerisinde, işin gerektirdiği performans seviyesine erişmesi için gereken bilgi, yetenek ve eylemlerin düzenli bir biçimde öğretilmesidir. Hizmet içi eğitim sektör ayrımı yapmaksızın, özel ve tüzel kişilere ait işyerlerinde, belirli bir maaş veya ücret karşılığında görevlendirilmiş ve çalışmakta olan kişilere, görevleri ile ilgili gerekli bilgi, beceri ve davranışları kazanmalarını sağlamak üzere yapılan eğitimidir (Taymaz, 1997, s.4).

Hizmet içi eğitim; üretim ve hizmette etkinliğin, verimin, kalitenin artırılması, ürünün üretimi ve tüketimi sürecinde oluşabilecek hataların ve kazaların indirgenmesi, maliyetlerin düşürülmesi, satış ve hizmet sunumunda nitel ve nicel bakımdan gelişmenin sağlanması, kârın artırılması, vergi gelirlerinin ve tasarruflarının yükseltilmesi için işgücüne verilen temel meslek ve kabiliyet eğitimi yanında; işgörene yönelik iş hayatı süresince bilgi, beceri, davranış ve verim seviyesini yükseltici planlı eğitim faaliyetleridir (Aytaç, 2000, s.147).

Hizmet içi eğitim; her seviyedeki personelin, kendi mutlulukları ve bağlı oldukları örgütün gelişmesine fayda sağlayacak bilgi, beceri ve kabiliyetlerinin, devamlı ve düzenli bir biçimde geliştirilmesidir. Hizmet içi Eğitim çalışmakta olan personele, vazifesini yerine getirebilmesi için bilgi, beceri ve hareket şeklinin öğretilme sürecidir. Bir başka tanıımı ise personelin yapmakta olduğu işi daha iyi yapmasını sağlamak, üst görevlere geçebilecek yeterliliği kazandırmak ve çalışanların, çalışmakta oldukları işe karşı davranışlarını pozitif yönde geliştirmek için, kurumları tarafından gerekli bilgi ve kabiliyetleri içermektedir (Tortop, 1971, s.21).

Hastane, hasta ve yaralıların, hastalıktan şüphe edenlerin ve sağlık durumlarını kontrol ettirmek isteyenlerin, ayakta veya yatarak müşahede, muayene, teşhis, tedavi ve Rehabilitasyon edildikleri yataklı kuruluştur. Sistem yaklaşımıyla ifade edildiğinde hastaneler, dinamik, değişken bir çevre içerisinde aldıkları girdileri

dönüştürme süreçlerinden geçirerek, çıktılarının önemli bir kısmını yine çevreye veren geribildirim mekanizmasına sahip sistemlerdir. Hastanelerin girdileri hastalar, insan gücü, malzeme, fiziksel ve parasal kaynaklardır. Çıktıları ise, hasta ve yaralıların tedavisi, personelin hizmet-içi eğitimi, öğrencilerin klinik eğitimleri, araştırma-geliştirme etkinlikleri ile toplumun sağlık düzeyinin artırılmasına yönelik katkıda bulunmaktadır. Bu bağlamda hastanelerin geribildirim mekanizmalarını aktif bir şekilde değerlendirebilmeleri açık-dinamik sistemler olabilmeleri ile doğru orantılıdır. Açık-dinamik sistem, “çevreden aldığı girdileri dönüştürme süreçlerinden geçirerek, sağlanan çıktıları yine çevreye veren, geribildirim mekanizmasına sahip sistem” olarak tanıtılmaktadır (Seçim, 1991, s.22–23).

Hemen her kurumdaki ortak sorun alanlarından biri personel özelliğinin iş gereklerine uygunluğunun sağlanamamasıdır. İşin gerektirdiği ile personelin sahip oldukları yeterlikler arasındaki uyumsuzluklar, insan gücünü geliştirme etkinliklerinin gerekliliğini meydana getirmektedir. Yeterlik yönünden işin gereklerini sağlayamayan personel kurumun hedefleri ve aktifliği yönünden bir engel oluşturmaktadır. Hizmet içi eğitim bu engel durumu aşmak için en iyi ve etkili süreçlerden birisidir (Taymaz, 1997, s.7).

Hizmet içi eğitim, işletmelere ve iş görenlere çeşitli faydalar sağlamaktadır. Aslında amaç olarak tanımlanan faydaların sağlanacağına inanılmazsa, şüphesiz eğitim külfetine katlanmak gereksizdir. Hizmet içi eğitim, üretimde en önemli etken olan insan gücünün aktifliğini yükseltmek hedefine yönelik olarak yapılmaktadır. Fakat bir işletmede karşılaşılan tüm problemlerin hizmet içi eğitim yolu ile çözümlenebileceğini düşünmek ya da beklemek bir bakıma gerçek ile bağdaşmaz (Tutum, 1976, s.131).

#### **4.3.7. Toplam Kalite Yönetimi**

Kalite kavramı her sektörde, yönetim düzeyinde ve fonksiyonunda çok sık değerlendirildiği için yalnızca aşinalık yüzünden herkes tarafından bilindiği düşünülen toplumda da devamlı olarak duyulan ve kullanılan bir kavramdır. Ancak bu kavramın bugün taşıdığı önemi çok az kişi ya da kurum gerçek anlamıyla kullanmaktadır. Yaygın olarak kullanılmasına karşın kalite açık ve net bir tanımlama

yapılamayan haliyle karşımıza çıkmaktadır. Bunun sebebi hizmet ve üretim gibi değişik sektörlerde farklı tanımlamaların ve algılamaların bulunmasıdır. Kalite kavramı insanların ve sistemlerin hata yapmaları neticesinde mükemmele ulaşma amacından meydana gelmiştir. Latince “Qualis” sözcüğünden türemiştir. Kalitenin tek ve ortak bir tanımını bulmak zordur. Kalite ve kalite kontrolü alanındaki bilimsel gelişmelerde öncü pozisyondaki bilim adamları ve konuyla ilgili çeşitli ulusal ve uluslar arası standardizasyon örgütlerine göre kalite az çok farklı biçimlerde tanımlanmaktadır (Mucuk, 2000, s.191).

En çok bilinen kalite tanımlarından birisi de, standartlara uygunluk veya şartnameye uygunluktur. Bu tanıma göre, tasarım şartlarına istikrarlı şekilde uyan ürün, yüksek kaliteli ürün olarak kabul edilmektedir. Kalitenin tanımını yaparken tüketiciyi referans olarak almak gerekmektedir. Günümüzde kalite; müşteri isteklerini önceden tahmin ederek, müfteri beklentilerinin ötesine geçmek, ürünün doğal yasamı boyunca müşteriyi memnun etmek olarak ifade edilmektedir. Bugün geçerli olan bu tanımdaki en önemli değişiklik; tüketicinin sadece bugünkü gereksinimlerinin sağlanması değil, ilerideki gereksinimlerinin de sağlanmasının amaçlanmasıdır (Yamak, 1998, s.85).

Juran’ın 1954’te “Kalite Yönetimin Sorumluluğudur”, Feigenbaum’un 1956’da “Toplam Kalite Kontrol”, Ishikavva’nın 1962’de “Kalite çemberleri” ve 1980’lerde Uluslararası Standartlar Örgütü’nün “ISO 9000 Kalite Güvence Serisi Standartları, geliştirilmiş olan yenilikçi yaklaşımlardır. Bu yaklaşımlar ile kapsamı genişleyen kalite kavramı, bugün bütün işletmelerin uygulamaya çalıştığı bir yönetim anlayışı olan Toplam Kalite Yönetimi’ne (TKY) dönüşmüştür (Gürdal, 2007, s.176).

Toplam Kalite Yönetimi ise iç ve dış müşteri beklentilerinin karşılanmasını esas hedef olarak alan, personelin bilgilendirilip yetkilendirilmesini ve ekip çalışmalarıyla tüm süreçlerin devamlı olarak geliştirilmesini amaçlayan bir yönetim felsefesi olarak tanımlanabilmektedir. Bu tanım doğrultusunda kalite, müşteri beklentilerinin karşılanması, kalitesizlik ise topluma verilen toplam zararı ifade etmektedir. Tüketici, örgütsel süreçlerin ürettiği ürün veya hizmeti kullanan kişidir. Bunlardan organizasyon içerisinde bulunanlara iç müşteri, bu ürün veya hizmetleri satın alanlara ise dış müşteri denmektedir (Gürsoy ve Büyükbaş, 2002, s. 3).

Genel anlamda TKY; doğru üretim ya da hizmeti ilk seferinde yapmayı ve bunu her sefer yinelemeyi amaçlayan, örgütün bir bütün olarak etkinliğini sağlamayı, esnekliğe erişmesini ve rekabet gücünü hedefleyen bir yöntemdir. Toplam kalite, teknik ve stratejik kavramların işletme sistemindeki bütün etkinliklere uygulanması ve her seviyedeki kişilerin katılımı ile müşteri tatmininin (iç/dış müşteri) sağlanmasıdır. Günümüzde artık, her alanda ortaya çıkan bütün problemler, işletmelerin kendi işletmecilik anlayışları çerçevesinde değil, kalite geliştirme çalışmaları içerisinde bulunmaktadır (Halis, 2000, s.84);

Bireylerin bilgi seviyelerinin ve gereksinimlerinin çoğalması, sağlık alanında beklentileri değiştirmiştir. Bilgisi ve sosyal ağları nispeten daha gelişmiş bulunan kişiler, aldıkları her türlü hizmeti sorgulamakta ve değerlendirmektedir. Bu bağlamda, bilgisi ve birikimi çoğalan ve bununla beraber sağlık talebi de yükselen kişilerin yüksek kalitede hizmet ve kapsamlı bilgi ile doyurulmaları gerekmektedir. Bu doğrultuda, sağlık hizmetlerinde TKY ise, kalitenin sürekli gelişmesi için planlama ve uygulama aşamalarında organizasyon genelinde iştiraki sağlayıcı, tüm personelin kalite bilincinde olduğu bir örgüt kültürünü oluşturma yönündeki gayretin hepsini kapsayan yapısal ve sistematik bir yönetim felsefesi olarak ifade edilebilmektedir (Özdemir Tavlan, 2001, s.48).

Toplam Kalite Yönetimi'nin son zamanlarda sağlık sektöründe önemi giderek yaygınlaşmaktadır. Bu doğrultuda sağlık sektöründe hizmetin bir bütün olarak geliştirilebilmesi temel hedef olmalıdır. Günümüzde sağlık sektöründeki var olan kalite sistemi gözden geçirilerek bu yapının Toplam Kalite Yönetimi anlayışıyla bütünleştirilmesi gerekmektedir. Çünkü Toplam Kalite Yönetimi, bir kuruluştaki etkinlikleri devamlı geliştiren kurum çalışanlarının gönüllü katılımını sağlayan, hasta memnuniyetini esas alan, şikâyetleri en aza indiren çağdaş bir yönetim stratejisidir. Bu stratejinin sağlık sektöründe başarıyla uygulanabilmesi için gerekli geliştirme çalışmaları yapılması gerekmektedir (Ecer, v.d. 2002, s.66).

Sağlık sektöründe TKY uygulamalarına gereksinimlerin doğmasında rol oynayan başlıca nedenler; kişilerin satın alma gücünün yükselmesi, tedavi kurumları arasında rekabetin başlaması, sağlık hizmetlerinde kaliteli bakım isteğinin

yaygınlaşması ve son olarak TKY uygulamalarının kalite-maliyet çelişkisine çözüm getirmesi olarak sıralanabilmektedir. Bu bağlamda sağlıkta kaliteli hizmet, benimsenen standartlarda bakım vermek, sağlık personelinin hizmetin değerlendirilmesi ve planlanması yetkisinde ve karar aşamasında eşit olanaklara sahip olmaları, hastaların can ve sağlık güvenliğine önem ve öncelik verilmesi şeklinde ifade edilmektedir (Karabeyoğlu, 2007, s.19, 20).

Sağlık hizmetleri oldukça önemli kalite unsurlarına sahiptir fakat uzun tarihsel geçmişe oranla sağlık hizmetlerinin kalitesi henüz tam olarak ifade edilmemiştir. Dünya Sağlık Örgütü (WHO) sağlığı şu şekilde tanımlamaktadır: “insanın fiziksel, ruhsal ve sosyal olarak iyiliği ve refahı, Bu tanımdan hareketle en genel anlamda sağlık hizmetlerin hedefi; insanın fiziksel, ruhsal ve toplumsal bakımdan sağlığını korumak, iyileştirmek ve devamlılığını sağlayarak toplumun refah ve mutluluğunu geliştirmek olarak tanımlanabilmektedir (Diken, 1998, s.105-107).

Sağlık hizmetleri sunumu ve kullanımı; arzının pahalılığı, talebinin tüketici tarafından belirlenmemesi, bir kısmın sosyal olma özelliği, kar hedefli değil sosyal hedefli olması, talebinin tesadüflüğü ve talep esnekliğinin katı olması gibi özellikleri sebebiyle kısıtlılıklara sahip olmaktadır. Gerek sağlık hizmetlerinin bu nitelikleri, gerek ortalama yaşamın uzaması ile ekonomik anlamda tüketici konumunda yer alan yaşlı nüfus artışı gibi nüfus artışı farklılıkları, sağlık insan gücü teknoloji maliyetlerinin artışı gibi sebeplerle sağlık hizmetlerine mali erişebilirliğin azalması ve gerekse hizmetin sunumundan kaynaklı yetersizlik ve hataların doğurabileceği insan hayatı ile ilgili ciddi neticeler sağlık sektöründe TKY'nin gerekliliğini yükseltmektedir (Özsarı, 1994, s.116-117).

Sağlıkta kalite, kalite yönetimi anlayışı ile gerçekleştirilebilecek bir amaç olarak değerlendirilmektedir. Kalite yönetimi; organizasyonda liderlik, yönetim, insan, sistem ve ürün kalitesinin bir arada devamlı olarak geliştirilmesini; kalite geliştirme, kalite planlama ve kalite kontrol araştırmalarının yapılmasını ve ayrıca kalite güvence sistem standartlarının meydana getirilmesini hedefleyen yönetim anlayışı olarak tanımlanabilir. Bunun sağlık sektöründeki karşılığı, özet olarak “hasta mutluluğu” biçiminde tarif edilebilir. Doğru teşhis, doğru tedavi, beklemeksizin ve

güler yüzlü hizmet, temiz hastane, ferah bir ortam, uygun fiyat, vb. gibi hastanın mutluluğuna dönük etkinlikler bütünü, sağlıkta kalitenin öğeleri olarak değerlendirilebilmektedir (Aktan, 1999, s.1).

Sağlık hizmetlerinde TKY'den söz edebilmek için gereken kaynakların verimli bir biçimde dağıtılması ve kullanılması, hizmetin etkili şekilde verilmesi, gerek kaynak dağıtımında gerekse hedef kitlenin hizmetlere ulaşımında hakkaniyete özen gösterilmesi ve hizmet sunumu esnasında ve sonrasında hizmeti kullananların memnuniyetinin sağlanması gerekmektedir. Bir başka ifade ile sağlık hizmeti kalitesinin yükseltilmesi, hastanelerin müşterisi durumunda olan hasta ve hasta yakınlarının arzu ve gereksinimlerinin iyi tespit edilmesine, mevcut kaynakların hizmet ortamının genel nitelikleri ve hizmet sunanların müşterilere yönelik tutum ve davranışlarını içermektedir (Bircan ve Baycan, 2004, s.75).

Kaliteli bir sağlık hizmetinin ifade edilebilmesi için önce böyle bir hizmette bulunması gereken niteliklerin bilinmesi gerekmektedir. Bu nitelikler (Diken, 1998, s.105-107):

- Hastanın fiziksel yapısında ve işlevlerinde, ruhsal durum ve zihinsel kabiliyetlerine mümkün olan en kısa sürede bir iyileşme,
- İnsan sağlığının geliştirilmesi, hastalıklardan zihinsel ve bedensel özür oluşturmaktan korunması ve bu gibi neticeler meydana getirecek koşulların erken teşhisi ve tedavisi,
- En uygun sürede yani hizmetin zamanında verilmeye başlanması, gereğinde uzun sürmemesi, gereksiz kesintiye uğramaması ve zamanından önce tamamlanması,
- Hizmet süresince hastaya alınan kararlar ve neticelere ilişkin bilgi verilmesi ve onunla işbirliği sağlanması,
- Tıp bilimi doğruluğu kanıtlanmış ilkelere dayanan ve ilgili diğer bilimsel, teknolojik ve uzmanlık alanlarında faydalanır,
- Hastanın sağlık durumu ile ilgili yeterli ve güvenilir kayıtların meydana getirilmesi ve bu sayede hizmetin devamlılığı ve takip edilebilirliği,

- Sağlık sisteminin tıbbi, teknolojik, beşeri ve finansal kaynaklarının en verimli biçimde değerlendirilebilmesine olanak sağlamak,
- Personelin uyumlu, bir arada ve koordineli bir şekilde çalışması ile ast-üst ilişkilerinin iyileştirilmesine katkıda bulunmak.
- Sağlık hizmetlerinde yukarıda sayılan niteliklerin yer alması sadece kaliteyi etkileyen tüm etkinliklerin bir kalite yönetimi yapısı içerisinde denetim altına alınması ile mümkün olabilmektedir.

#### 4.4. Sağlık Hizmetlerinde Süreç Yönetimi

Sağlık Hizmetlerinde süreç yönetimi, akut hasta bakımını kapsamaması sebebiyle oldukça kritiktir. Genellikle değişim yönetimi modelleri kaliteli hasta bakımını sağlamak için kullanılmaktadır. Kalite iyileştirme hususunda işbirlikçi bir tarz benimsendiğinde değişim süreci ile hastaneler, kalite problemlerini daha iyi kavrayabilir, kontrol edebilir ve böylelikle hasta bakım hizmetini iyileştirebilirler. Sağlık bakım endüstrisinin büyümesiyle beraber, yüksek kaliteyi geliştirme ve verimliliği iyileştirme problemi, *maliyet-etkin* sağlık bakım sistemlerinin öneminde artışa sebep olmaktadır. Sağlık bakım sistemlerinde kaliteyi iyileştirmenin devamlı bir süreç gerektirdiği hususunda bir konsensus bulunmaktadır. Fakat bir sürecin etkinliği yönünden hangi sistemlerin kullanılacağı hususunda bir görüş birliği bulunmamaktadır. Pek çok çalışmada kalite iyileştirme programlarının bir veya daha fazla birimde işlemsel derecede kalite ve verimliliği iyileştirmeyi sağladığı öne sürülmektedir. Bu iyileşme, hastanenin genel performansını yansıtmamaktadır. İşlemsel düzeydeki verimlilik iyileştirmelerinin dört nokta üzerinde yoğunlaştığından bahsedilebilir. Bunlar (Özgener ve Küçük, 2008):

- Klinikler ile ilgili çıktılar,
- Maliyetleri ortadan kaldırma veya azaltma (atık azaltma),
- Minimum bekleme zamanı ve
- İyileştirilmiş hasta tatmini.

Süreç iyileştirme konusunda uygulanmakta olan çok sayıda yöntem vardır. Bunlar aşağıdaki tabloda gösterilmektedir ve adım adım ne anlama geldikleri anlatılmaktadır (Bozkurt, 2003, s.59-63):



**Tablo 4.1. Süreç İyileştirme Yöntemi Akış Şeması**

Adım No.	Açıklama
Adım 1	Çıktı şartlarının tanımlanması
Adım 2	Girdi şartlarının tanımlanması
Adım 3	Katma değer yaratan önemli işlem basamaklarının tanımlanması
Adım 4	Sürecin iş akış şemasının hazırlanması
Adım 5	Varyans analizi ve çözümler için beyin fırtınası
Adım 6	Çevrim süresinin analizi ve firelerin ortadan kaldırılması
Adım 7	Prensiplere uygunluğun analizi
Adım 8	Yeni sürecin tanımlanması ve uygulanması
Adım 9	Sürecin iyileştirilmesinin sürdürülmesi

**Kaynak:** Bozkurt, R., (2003), *Süreç İyileştirme*, 3. Baskı, Ankara: MPM Yayınları No: 661, s.61.

- **1. Adım: Sürecin Çıktı Şartlarının Tanımlanması:** Süreç iyileştirme ekibi, öncelikle iyileştirilecek sürecin çıktısını kullanan müşterilerin şartlarını ve (varsa) uyulması gereken yasal şartları tanımlar.
- **2. Adım: Sürecin Girdi Şartlarının Tanımlanması:** Ekip, çıktı şartlarını tanımladıktan sonra, çıktının üretilmesinde kullanılan girdileri ve şartlarını tanımlar.
- **3. Adım: Katma Değer Yaratan Önemli İşlem Basamaklarının Tanımlanması:** Süreçteki katma değer yaratan işlem basamakları, ürün ya da sürecin değiştirildiği ya da dönüştürüldüğü işlem basamaklarıdır.
- **4. Adım: Sürecin İş Akış Şemalarının Hazırlanması:** Sürecin gereği gibi analiz edilebilmesi ve incelenebilmesi için iş akış şeması hazırlanır.
- **5. Adım: Varyansların Analizi ve Çözümler Hakkında Beyin Fırtınası Yapılması:** İyileştirme ekibi, süreci yakından tanımalarının sağladığı avantajı kullanarak, süreçte karşılaşılan varyansların tanımlanabilmesi amacıyla beyin fırtınası yapar.
- **6. Adım: Çevrim Süresinin Analiz Edilmesi ve Firelerin Ortadan Kaldırılması:** Herhangi bir organizasyonda kalite ve verimlilik iş görenlerin

fire ve ıskartalar (israflar) üzerinde odaklanmasıyla artar. İsrâf azaldıkça sürecin işleyişi hızlanacaktır.

- **7. Adım: Prensiplere Uygunluğun Analizi:** Süreçlerin iş akış şemaları, bir anlamda süreçlerdeki çalışma değerlerini gösterir. Kuruluşlarda yönetimler, kuruluşta işlerin yönetim biçimini şekillendiren bazı prensipler (değerler) geliştirir.
- **8. Adım: Yeni Sürecin Tanımlanması ve Uygulanması:** İyileştirme ekibi, süreçteki iyileştirme fırsatlarını ortaya çıkarabilmek için süreci sürekli olarak analiz edecektir.
- **9. Adım: Sürecin İyileştirilmesinin Sürdürülmesi:** Süreç iyileştirmeleri, birbirleri üzerine inşa edilir. Süreç iyileştirme ekibi, iyileştirme sonucu elde edilen durumun, olabileceklerin en iyisi olduğunu asla düşünmemelidir.

#### 4.4.1. Süreç İyileştirme Akış Diyagramı

Akış diyagramları, bir süreçteki bütün adımların resimsel ifadesidir. Olayların sırasını açık olarak anlamaya yardımcı olur. İyileştirme fırsatlarını belirlemeye yardımcı olur (Köksal, 2001, s.5).

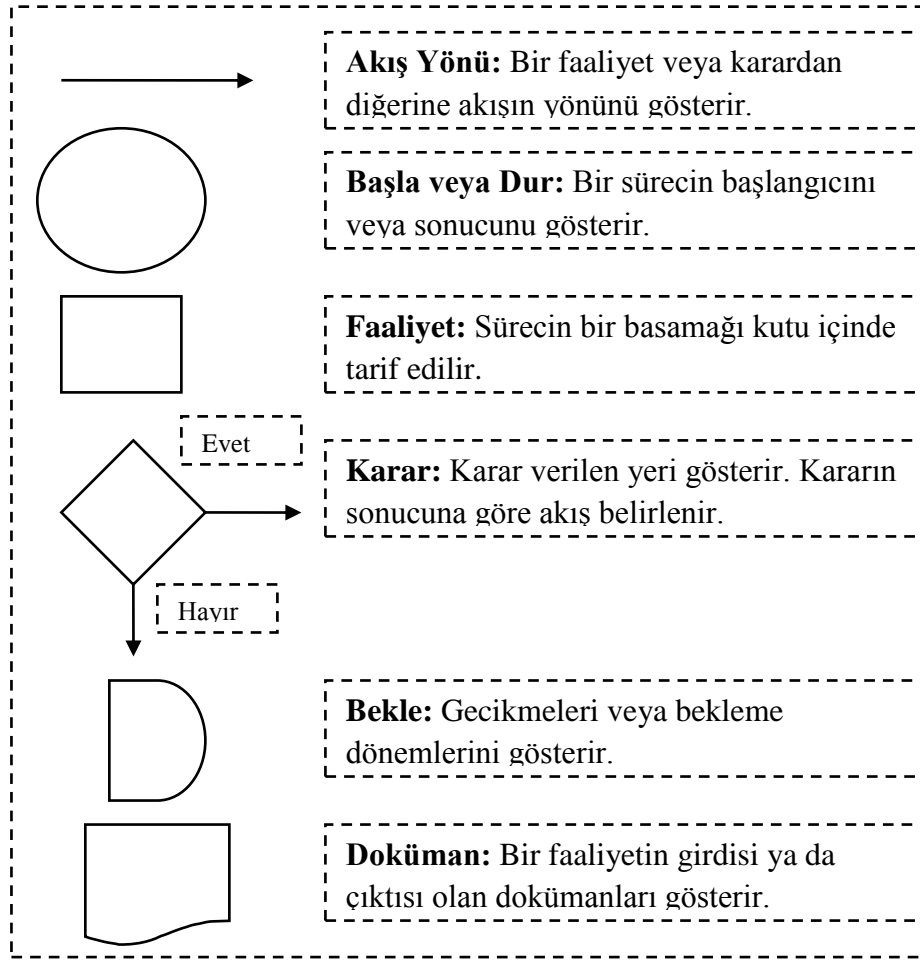
Akış diyagramı ile sürecin gerçek zamanlı izlenmesi ve karar noktalarının tespitinin yapılarak iyileştirme amaçlı sürecin yeniden düzenlenmesi sağlanabilir. Sürecin bütününe hitap eden, fark edilemeyip gözden kaçan fakat problemin kaynağı olabilecek adımlar bulunarak hataların giderilmesi için süreçte yeni iş akışları oluşturulabilir.

Akış diyagramı oluşturmaya başlangıç ve bitişin belirlenmesi ile başlanır. Tanımlanan faaliyetler iş akışı sembolleri ile eşlendirilir. Semboller işleyiş sırasına göre çizilir. Bütün semboller akış yönüne uygun çizgilerle birleştirilir. Faaliyet kutusundan bir ok, karar kutusundan birden fazla ok çıkabilir.

Akış diyagramı uygulanırken izlenecek adımlar aşağıda belirtildiği şekildedir (Bezirci, 2006, s.44) :

1. “Sürecin yapısı ve sınırlarını tespit edin,
2. Sürecin adımlarını belirleyin ve sıralayın,
3. Uygun sembolleri kullanarak akış diyagramını çizin,
4. Doğruluğunu test edin ve son haline getirin,
5. İdeal akışı çizin, farklılıkları iyileştirme fırsatı olarak belirleyin.”

Şekil 4.1’de standart iş akış sembolleri gösterilmiştir.



Şekil 4.1. Akış Şeması Sembolleri Ve Anlamları

#### 4.4.2. Süreç İyileştirme Teknikleri

##### 4.4.2.1. Döngü Zamanı Analizi

Döngü zamanı analizi GM tarafından kalite çalışanlarında daha sonraları hastanelerde kalite iyileştirme çalışmaları için kullanılmıştır. Döngü zamanı analizi iş akış diyagramına benzer ancak burada süreçteki fiziksel akışlar gösterilmektedir. Doküman, numune, donanım ya da hastanın fiziksel olarak izlediği yoldur. Eğer yönetici hasta kabul sürecinde döngü zamanı analizini kullanmak isterse hastayla aynı yerden yani hastanenin parkında hastanın arabasını park ettiği yerden analize başlaması gerekmektedir (Ateş, 2011, s.400).

#### 4.4.2.2. Balık Kılıcı Diyagramı

Ishikawa diagramı olarak da kullanılan balık kılıcı tekniği, 1943'te Kaoru İshikawa tarafından geliştirilmiştir. Balık kılıcı diyagramının bir diğer ismi de neden-sonuç diyagramıdır. Sorunların ana sebeplerinin tespit edilmesinde kullanılmaktadır. Diyagram balık kılıcına benzediği için bu isim verilmiştir. Sorun, kılıcın başına yazılmaktadır. Soruna bağlı olarak genel hususlar tespit edildikten sonra her bir genel husus altına sorunun muhtemel sebepleri yazılmaktadır. Genel hususlar insan, prosedür, plan ve politika olabilmektedir (Ateş, 2011, s. 401).

Balık kılıcı diyagramı aşağıdaki adımlarla gerçekleştirilir (Çetin, v.d., 2001, s.426);

- İncelenen süreçle ilgili değerlendirilecek sorunlar tespit edilir.
- Belirlenen probleme dair ana faktörler kılıcın üzerine kaydedilir.
- Grup üyeleri eşit sürelerde, tartışmaya girmeden, birbirilerin düşüncelerini yorumlamadan bunları yardımcı faktörler olarak tespit ederek kılıcın küçük dallarına kaydettirirler. Bu çalışma sırasında beyin fırtınası tekniğinden faydalanılır.
- Tespit edilen bütün faktörler grup içerisinde oylama yapılarak alınan oylar kılıca kaydedilir.
- En fazla oy alanlar arasında yeniden oylama yapılarak sıralama tespit edilir.
- Öncelikleri tespit edilen konuların biri veya birkaçı için çözüm üretilerek, düzeltici ve önleyici faaliyetlere kaynak sağlanır.
- Düzeltici ve önleyici faaliyet talebinde bulunulur.

Balık kılıcı diyagramının faydaları şu şekilde sıralanabilmektedir (Tür ve Durmuşoğlu, 1994, s.23-24):

- Yöntem problemlerinin üzerine giden aktif bir yönetimi geliştirmektedir.
- Diyagram hazırlanması, iletişimi güçlendirdiği gibi herkesin dikkatini belli bir noktaya toplamayı sağlamaktadır.
- Eğitici bir egzersiz olarak herkesin bilgisini geliştirmektedir.

- Verilerin toplanmasını ve konuya bilgisel biçimde yaklaşmayı sağlamaktadır.
- Konuya hakimiyeti sınamak için iyi bir teknik olmaktadır.
- Birçok problem için uygulanabilmektedir.

#### 4.4.2.3. Kontrol Sayfası

Metotları tespit etmeye başlamak gayesiyle örnek izlenimleri üzerine kurulu verileri toplamak için kullanılır. Kontrol çizelgeleri "Belirli hadiseler ne sıklıkta yineleniyor?" sorusuna cevap veren basit ve kolay bir formdur ([http://www1.gantep.edu.tr/~dalgic/TKY/TKY14.htm#\\_KONTROL\\_%C3%87%C4%B0ZELGES%C4%B0](http://www1.gantep.edu.tr/~dalgic/TKY/TKY14.htm#_KONTROL_%C3%87%C4%B0ZELGES%C4%B0), 2012).

Bir işletmede, veri raporlama da elektronik sistemler kullanılmaktadır. Ama daha küçük ölçekli kuruluşlarda doktorların ya da başka işgörenin bu şekilde veri toplaması son derece sınırlı olmaktadır. Önemli olan nitelikli bilginin toplanmasıdır. Bu bilgi elektronik sistemlerle toplanabileceği gibi işgören tarafından kâğıt kalemlerle de toplanabilmektedir. Kontrol sayfası bu gayeyle kullanılabilir basit bir veri toplama aracıdır. Kontrol sayfası tasarlanırken (Ateş, 2011, s. 401):

- Gözlem yapılacak olay ya da problem tanımlanır.
- Veri toplama periyodu belirlenir
- Veri kaydetme formu tasarlanır. Kontrol sayfası kolay anlaşılır olmalı, basit, sade ve doldurulması hızlı olacak şekilde tasarlanmalıdır.
- Formda ilgili bütün yerlerde başlıklar belirtilir.
- Form kısa bir süre kullanılarak eksiklikleri belirlenir ve düzeltilir.
- Veri toplama periyodu içinde problemin ya da olayın meydana gelmesi durumunda gerekli kayıt gerçekleştirilir.

Klinik yöneticisi hastaların telefonla kliniğe ulaşamadıklarına ilişkin pek çok şikâyet almaktadır. Telekom organizasyonundan bu mevzuya ilişkin ek bilgi alınabilmektedir. Yapılan toplam çağrı, ortalama görüşme süresi gibi veriler yöneticiye sorunun esas kaynağı hakkında bilgi vermemektedir. Yönetici ilk olarak telefona bakan bireye gün içinde aldıkları telefonların türünü sormalıdır. Kaç tür

telefon açıldığına ilişkin birtakım kayıtlara ihtiyacı olabilmektedir. Bu kayıtlar haftalık olarak oluşturulabilir (Ateş, 2011, s. 401).

**Tablo 4.2. Kontrol Sayfası**

İsim : .....	Haftanın Günü:P S Ç P C								
Arama Türü	08.00-09.00	09.01-10.00	10.01-11.00	11.01-12.00	12.01-13.00	13.01-14.00	14.01-15.00	15.01-16.00	16.01-17.00
Başvuru									
Hastanın hemşireyi araması									
Hasta olmayan bir kişinin hemşireyi araması									
Hastanın Klinik şefini araması									
Hasta olmayanın Klinik şefini araması									
Personel araması									
Yanlış numara									
Telefon numarası sormak									
Diğer									

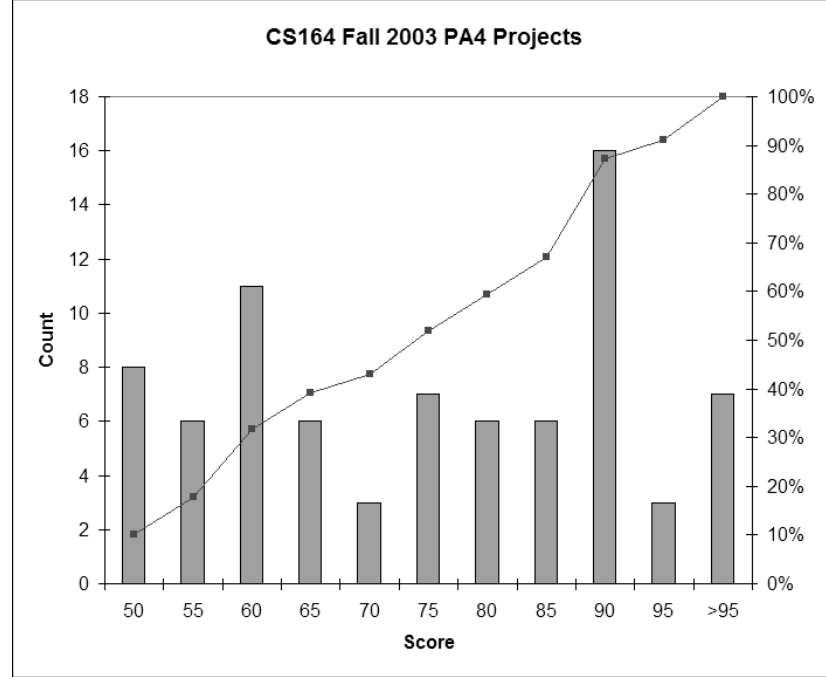
**Kaynak:** Ateş, M., (2011), *Sağlık İşletmeciliği*, İstanbul: Beta Basım Yayın, s.401.

#### 4.4.2.4. Pareto Analizi

Pareto analizi farklı sayıdaki önemli nedenleri daha az önemde olan nedenlerden ayırmak için kullanılan bir tekniktir. Bu teknik bir vakanın grafik yardımıyla gösterilmesi ve karşılaşılan sorunların veya konunun en önemli nedeni üzerinde dikkati yoğunlaştırdığından ve önceliklerin tespit edilmesine yardımcı olduğundan ekonominin dışında da her alanda kullanılabilir özelliktedir (Ishikawa 1982, s.45).

Pareto grafiğinin amacı, hatalı parçaların ve hata çeşitlerinin saptanmasında kalite kontrol araçlarına yol göstererek emeklerinin en verimli alanlarda yoğunlaştırılmasını ve isabetli kararlar verilerek gerekli önlemlerin alınmasını sağlamaktır (Egermayer 1988, s.22).

Muhtemel probleme ilişkin veri toplanmasının ardından öncelikli sorun çözümü sağlanmaya çalışılmasıdır. Pareto analizi yapmak için Pareto diyagramının uygulama adımları aşağıda sıralanmaktadır (Ateş, 2011, s. 403):



Şekil 4.2. Pareto Diyagramı Örneği

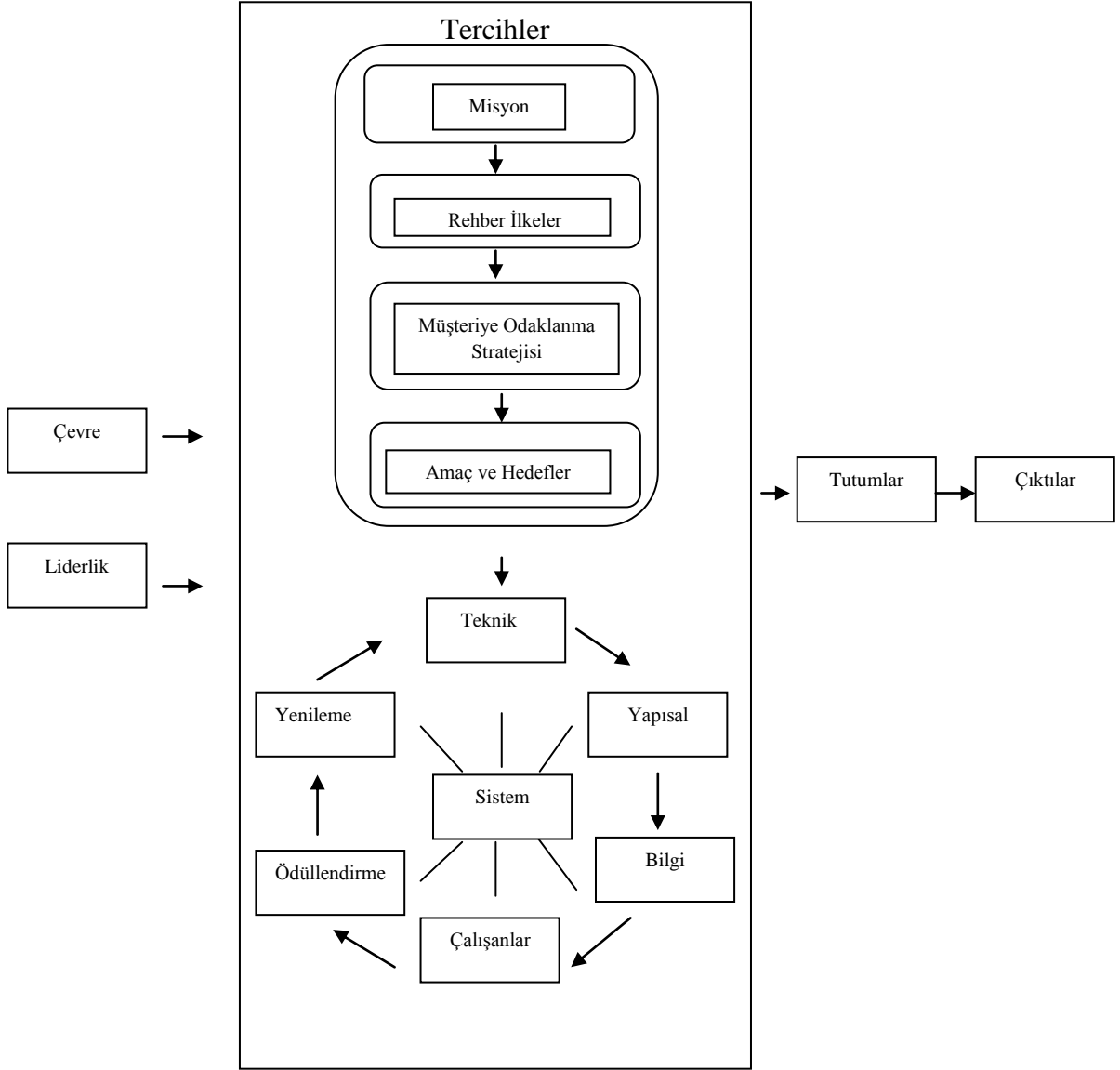
**Kaynak:** Ateş, M., (2011), *Sağlık İşletmeciliği*, İstanbul: Beta Basım Yayın, s.404.

- Karşılaştırılacak sorunları beyin fırtınası veya varolan veriler kullanarak seçilmelidir.
- Ölçüm karşılaştırması için senelik maliyet veya sıklık gibi bir standart tespit edilmelidir.
- Çalışılacak zaman periyodu seçilmelidir (8 saat, 5 gün, 4 hafta, ... gibi),
- Her kategorideki gerekli veriler bir araya getirilmelidir.
- Bütün kategorilere bağlı olan her kategorinin sıklığı ve maliyeti kıyaslanmalıdır.
- Kategoriler azalan sıklık veya maliyetlerine göre, soldan sağa yatay bir eksende sıralanmalıdır.
- Ölçüm birimi (yüzde oranını) dikey eksenin sağına çizilmelidir.
- En uzun çubuğun üstünden, soldan sağa doğru, kategorilerin kümülatif sıklığını gösteren bir çizgi eklenmelidir.

### 4.4.3. Sağlık İşletmelerinde Süreç Yaklaşım Modelleri

#### 4.4.3.1. Örgütsel Tasarım Modeli

Örgütsel tasarım modelinde sistem üç ana unsur üzerine tasarlanmaktadır. Bu unsurlar girdi, süreç ve çıktıdır. Örgütsel tasarım modeli Şekil 4.3'de gösterilmiştir.



**Şekil 4.3. Örgütsel Tasarım Modeli**

**Kaynak:** Ateş, M., (2011), *Sağlık İşletmeciliği*, İstanbul: Beta Basım Yayın, s.406

Sol baştaki kutu girdiyi göstermektedir. Girdiler, liderlik ve çevre olarak isimlendirilmektedir. Sağlıkta çevresel faktörler; örgütün faaliyetleri, pazar ve rakipler, yasal düzenlemelerden meydana gelmektedir. Sağ taraftaki daireler çıktıları



göstermektedir. Organizasyonun çıktıları, tutum ve davranışlardır. Tutum ve davranışlar müşterileri (müşteri memnuniyeti, sadakat), işgörenleri (çalışan morali ve motivasyonu) ya da ortakları göstermektedir. Ortadaki büyük dikdörtgen kısım dönüşüm kısmını göstermektedir. Örgütün misyonu, rehber ilkeler, müşteriye odaklanma stratejisi, amaç ve hedefler (üst taraftaki dikdörtgen içi), örgütün nasıl tasarlandığının altyapısını meydana getirmektedir. Aralarında etkileşim olan kutular (alt taraftaki dikdörtgendir); çalışma sisteminin unsurlarını göstermektedir. Çalışma sistemi örgütün ürün ya da hizmet üretmek için gerçekleştirdiği faaliyetleri içermektedir. Bu kutular örgütün faaliyet alt sistemini ve aralarındaki ilişkileri göstermektedir (Ateş, 2011, s. 403).

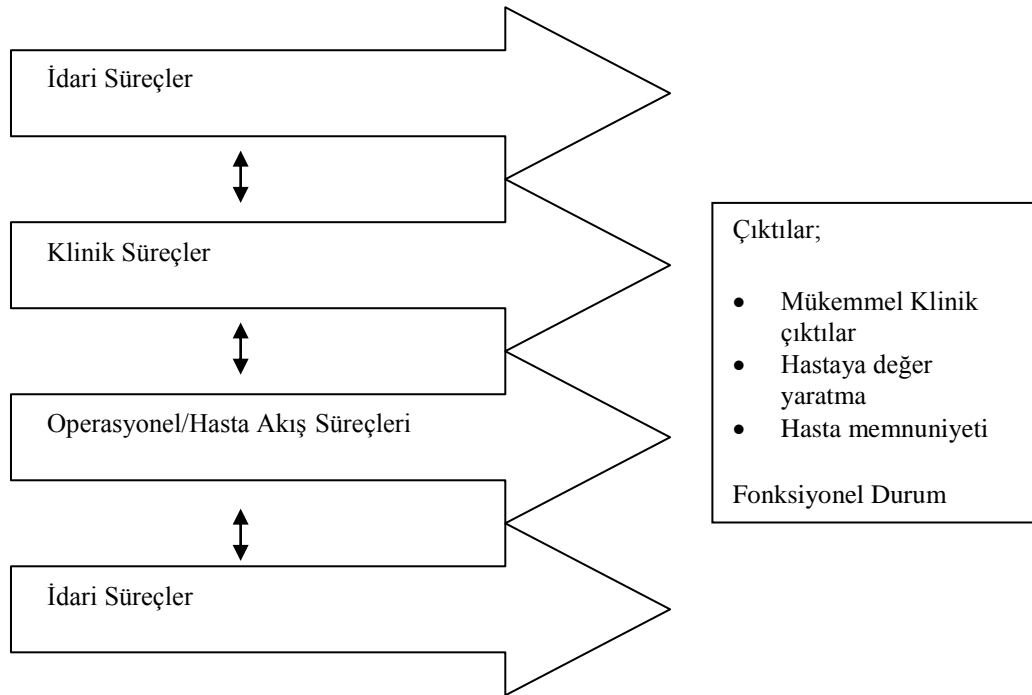
- **Teknik alt sistem**, ürün ya da hizmet üretmede kullanılan teknolojiyi ifade etmektedir. Sağlıkta teknoloji, hizmet sunumda kullanılan cihazları teknolojisini (Röntgen cihazı, laboratuvar test cihazları, bilgisayarlar), teknik alt sistemi ve süreç ve işlerin tasarlanmasında kullanılan yönetim teknolojilerini kapsamaktadır.
- **Yapısal alt sistem**, sırasıyla organize edilen insanların, çalışanların rollerini ve diğerleriyle olan ilişkilerini tanımlayan prosedür ve politikalarından meydana gelmektedir.
- **İletişim altyapısı**, örgüt içerisinde bilginin nasıl toplandığını, iletişim ve raporlamanın nasıl olduğunu içermektedir. Bu alt sistem, örgüt performansının, hastaların klinik durumuna ilişkin verileri ya da yönetimin personelle olan iletişim tarzı ve tutumlarıdır.
- **Çalışan alt sistemi**, örgüt içindeki tedarik, terfi, eğitim ve performans değerlendirme gibi tüm insan kaynakları fonksiyonunu içermektedir.
- **Ödüllendirme alt sistemi**, sadece finansal ödüllendirmeyi göstermemektedir aynı zamanda takdir etmek, başarı ve saygı duymayı da göstermektedir.
- **Yenileme alt sistemi**, örgüt süreçlerinin bakımı ve zaman içinde çalışma sistemlerini içermektedir.

Yönetici, sistemi çıktılarını meydana getiren tutum ve davranışlarını anlamak mecburiyetindedir. Tutum ve davranışlar çalışma sistemini oluşturan personeller,

müşteriler ve ortaklar tarafından sergilenmektedir. Yöneticiler ödüllendirme yolu ile çalışanları teşvik etmelidir.

#### 4.4.3.2. Üç Temel Süreç Modeli

Üç temel süreç modeli hizmet sunumuna yatay bir bakış açısı kazandırmaktadır. Örgüt içindeki tüm süreçler (oklarla gösterilmiştir), performansı iyileştirmek için yapılan faaliyetlerdir. Model sağ tarafta "arzulanan çıktılar"ın tespit edilmesiyle başlamaktadır. Hasta çıktılarının dengelenmesi, klinik değerlerin anlaşılmasıyla sağlanmaktadır- arzulanan çıktıların tanımlanması için kullanılmaktadır. Arzulanan çıktılar; klinik çıktılar, fonksiyonel durum, tatmin ve maliyetten oluşmaktadır. Üç temel süreç modeli şekil 4.4'de gösterilmektedir (Ateş, 2011, s.407).



**Şekil 4.4. Üç Temel Süreç Modeli**

**Kaynak:** Ateş, M., (2011), *Sağlık İşletmeciliği*, İstanbul: Beta Basım Yayın, s.407

Bu üç temel süreç modeline göre sağlık hizmeti sunan örgütteki süreçler üç grupta toplanmaktadır (Ateş, 2011, s.407-408):

- **Klinik/Medikal süreçler**, sağlık hizmeti arayan bireylere yönelik süreçlerdir. Teşhis, tedavi, önleme ve hafifletici bakım gibi hususlar

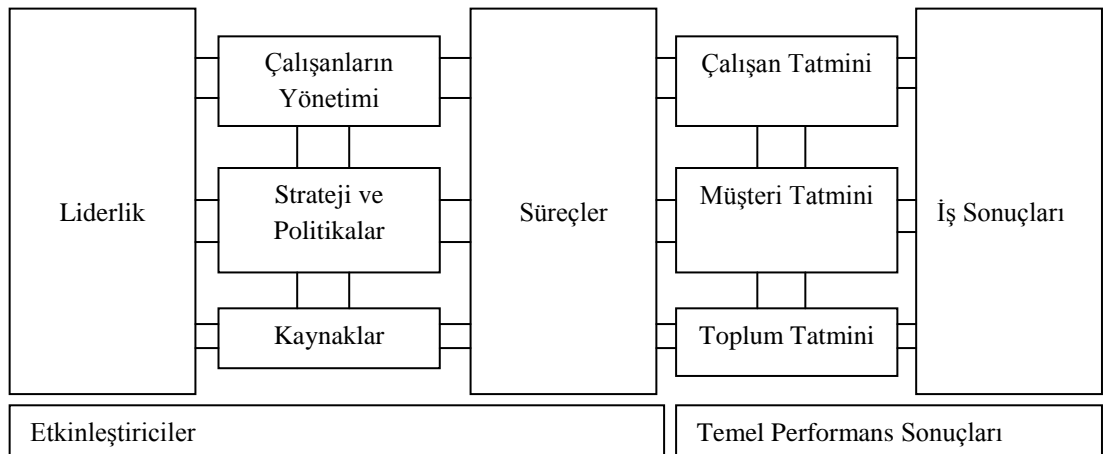
süreçler ile ilişkilendirilebilir. Süreçler doktorları ve doktor olmayanları da kapsayabilir. Bu süreç ameliyat süreci gibi bir tıbbi süreç olabilir, hastanın fonksiyonel durumunun iyileştirilmesi için fiziksel tedaviyle ilişkilendirilebilir ya da ailenin yardım olmadan yapamayacağı günlük bakımın hemşire tarafından yapılmasıyla da ilişkilendirilebilir.

- **Operasyon ya da hasta akış süreçleri**, hastanın hastanede kaldığı zaman içinde klinik süreçlere erişimini sağlayan süreçlerdir. Bu süreç, hastanın tanınması ve kayıt edilmesini, tanıya yönelik testlerin yapılmasını, hastanın yönlendirilmesini, hastanın transfer ya da taburcu edilmesini, hastanın vaktinde ilaçlarını almasını ve yemeğini yemesini, hastanın ve ailesinin taburcu işlemleri için hazırlanmasını kapsamaktadır.
- **İdari karar alma süreçleri**, şekilde iki yerde görülmektedir. Bu süreç altta ve üstte iki ana süreç olarak bulunmaktadır. Bu şekilde idari süreçlerin örgütün tamamını etkilediği gözlemlenmektedir. Bu süreçler, karar almak, iletişim, kaynak tahsisi ve performans değerlemeden meydana gelmektedir.

Üç ana süreç modele bakıldığında, model içinde bulunan süreçler arasındaki birbirine bağımlı ilişki sebebiyle bu süreçlerden herhangi birinde yapılacak iyileştirmenin, verilen hizmetin değerini arttıracaklarını göstermektedir. Bununla beraber bu üç süreç eş zamanlı amaçlanırsa, yaratılan sinerjiyle iyileştirilmiş çıktılara ulaşmakta hız kazanılacaktır. Örneğin herhangi bir seyyar ameliyathane ünitesinde, hastanın kalma süresi başka bir seyyar ameliyathane ünitesinden uzun ise ameliyatın ardından süreçte yapılacak iyileştirmeye hastanın süreçte kalma süresi azalacaktır. Son olarak, model her bir ana süreci ve bu süreçleri hasta bakım ve örgütsel çıktıya ulaşmak için uygulayanların katkılarını mecburi kılmaktadır. Böylece her bir bakım takımı arasındaki işbirliğine katkı sağlamaktadır. Bununla birlikte, hangi kısıtlar altında ihtiyaç duyulan kaliteli bakımın verildiğine ilişkin olarak alınacak kararlar birlikte çalışarak ve planlanarak verilebilir. Yönetimin rolü bir fonksiyon ya da yapıdan çok bir süreç olarak görüldüğünde, başka süreçlerde uygulanan bütün iyileştirme araçları yöneticilerin kendi etkinliklerini iyileştirebilmeleri için yönetim süreçlerinde uygulanabilir. Eğer arzulanan çıktılardan biri hasta memnuniyeti ise yönetimin karar alma süreci; hasta memnuniyetine ilişkin verinin toplanması, analiz edilmesi, raporlanması ve iletilmesini içermelidir (Ateş, 2011, s.409).

#### 4.4.3.3. Sağlıkta Mükemmel Performans İçin EFQM Kalite Modeli Kriterleri

Avrupa Kalite Yönetimi Vakfı, sektör, büyüklük, yapı ya da gelişmişlik seviyesinden bağımsız olarak işletmelerin sürdürülebilir mükemmelliğe erişmelerini özendirmek üzere mükemmellik modeli tasarlamıştır. İş Mükemmelliği Modeli, dokuz temel ölçütten meydana gelmektedir. Bu ölçütler ise; "Girdiler" ve "Sonuçlar" olmak üzere gruplandırılmıştır. Modelde bulunan "Girdiler" (Liderlik, çalışanların yönetimi, strateji ve planlama, kaynaklar, kalite sistemi ve süreçler), organizasyonun iş neticelerine ulaşmak için nasıl çalışmakta olduğu ve sonuçlara nasıl ulaşıldığını anlatmaktadır. "Sonuçlar" da bulunan ölçütler (çalışanların tatmini, müşteri tatmini, toplum üzerindeki etki, iş sonuçları) EFQM mükemmellik modeline göre ürün ya da hizmet sunan bir işletmenin kalite performanslarını tespit etmeye yarayan araçtır. Bu modelle, firmalar eksikliklerini ve buna bağlı olarak çözüm yolu arayışına girerek, uygulanması gereken düzenleme ve iyileştirmeleri yapmaktadırlar. EFQM mükemmellik modelinde sürdürülebilir mükemmelliği gerçekleştirmek için, performansa, müşterilere, personele ve topluma yansıyan mükemmel neticeler, işbirlikleri kaynaklar ve süreçler aracılığıyla gerçekleştirilmektedir. Aşağıdaki şekilde yer alan oklar; modelin dinamik yapısını göstermektedir. Bu oklar, girdilerdeki iyileştirmeyi sağlayan, böylelikle sonuçlardaki iyileşmelere neden olan yenilikçilik ve öğrenme yaklaşımını göstermektedir (Ateş, 2011, s.409).



**Şekil 4.5. EFQM Mükemmellik Modeli**

**Kaynak:** Ateş, M., (2011), *Sağlık İşletmeciliği*, İstanbul: Beta Basım Yayın, s.410.

Modeldeki tüm maddeler, kurumun mükemmelliğe ulaşma yolunda gösterdiği değerlendirmeleri kapsayan temel ölçütleri göstermektedir. Her ölçüt, modelin daha iyi anlaşılmasını sağlamak için çeşitli sayıda alt ölçütle bağlanmıştır. Alt ölçütler değerlendirme sırasında cevaplandırılması gereken çeşitli sayıda soruyu ortaya koymaktadır. Her alt ölçütte olası ilgili alanların listesi bulunmaktadır. İlgili alanlar listesi mecburi ya da değişmez değildir. Fakat alt ölçütlerin yol gösterici alt maddelerle açıklanmasına yardımcı olmaktadır. Modelde bulunan dokuz ölçüt şunlardır (Ateş, 2011, s.410):

- **Liderlik:** Liderlik, belirli şartlar altında, belirli bireysel ve grup gayelerini gerçekleştirmek üzere, birinin başkalarının faaliyetlerini etkilemesi ve yönlendirmesi süreci olarak tanımlanabilir (Koçel, 2003). Buna ilave olarak, toplam kalite yönetimi uygulamasında başarıyı etkileyen en önemli etkidir. İş Mükemmelliği Modelinin de önemle üzerinde durduğu ölçütlerden biridir.
- **Politika ve Strateji:** Kurumun misyon ve vizyonunu, paydaşlara odaklanmış bir strateji ve bunu destekleyen uygun politikalar, planlar, gayeler, hedeflerle gerçekleştiği bu ölçüt altında incelenmektedir.
- **İşbirlikleri ve Kaynakların Yönetilmesi:** Mükemmel kurumlar, politikalarını, stratejilerini süreçlerinin etkin bir şekilde işleyişini destekleyecek şekilde dış işbirliklerini, tedarikçilerini, iç kaynaklarını planlayıp yönetmektedirler. Planlama sırasında işbirliklerini, kaynaklarını yönetirken işletmenin, toplumun, çevrenin mevcut durumuyla gelecekteki ihtiyaçlarını dengelerler. İşbirlikleri, kaynaklar kriteri kapsamında beş alt ölçüt dikkate alınmaktadır. Bunlar; işletme dışı işbirlikleri, finansal kaynaklar, binalar, donanım, malzemeler, teknoloji, bilgi ve bilgi birikimidir.
- **Süreçler:** Üstün bir işletme proses yönlü yönetim felsefesini takip edecektir. Prosesler iç ve dış müşteri ihtiyaç ve beklentilerinin tatmin ediciliğine odaklanmalıdır. Strateji, misyon ve gayelerle birlikte, müşterilere ve başka paydaşlara değer katmalıdır. Süreçler, söz konusu temel ölçüt kapsamında beş alt kriter dikkate alınarak incelenmektedir. Bunlar; süreçlerin tasarlanması, yönetilmesi, süreçlerin iyileştirilmesi, ürün ve hizmetlerin yönetimi, müşteri ilişkilerinin yönetimidir.

- **Müşterilerle ilgili Sonuçlar:** Bu ölçüt ilişki sermayeyle derinden ve daha belirgin biçimde iş sermayesiyle de bağlantılı olan ölçüttür. Aynı zamanda sosyal sermaye unsurları olan itibar, şirket imajı ve yaygın medya ilişkileri ile ilgilidir. Müşterilerle ilgili neticeler kriteri kapsamında bulunan alt kriter dikkate alınır ve incelenir. Bu kriter, dış müşterilerin, kuruluş, ürün, hizmet ve müşteri ilişkilerini algılama ölçümleridir.
- **Çalışanlarla ilgili Sonuçlar:** Bu kriterde, kurum personeliyle ilgili olarak ne gibi neticelerin elde edildiği incelikte açık ve anlaşılır olmalıdır. Dolayısıyla, personelle ilgili değerler, tavırlar, performans ve kapasite sonuçlarının pozitif anlamda şekil alması için gereken ortam ve imkanları sağlamak gerekmektedir. Personelle ilgili neticeler kriteri kapsamında iki alt kriter bulunmaktadır. Bu kriterler: personelin örgütü algılama ölçümleri, personelin tatmini için örgütün izlediği performans göstergeleridir.
- **Toplumla ilgili Sonuçlar:** Toplumla ilgili ölçümler, toplumun organizasyon hakkındaki algıları; anket, rapor, kamuya açık toplantılar, sivil toplum kuruluşları ve devlet yetkilileri gibi kaynaklardan elde edilen verilerden meydana gelmektedir. Organizasyon, toplumun ihtiyaçlarını ve beklentilerini tatmin etme derecesini, hedefler, rakipler veya aynı sektörde bulunan en iyi organizasyonlarla yapılan karşılaştırmalarla sergilemelidir. Yapılan ölçüm neticeleri, toplum yönünden önemlilik derecesini de göstermelidir. Toplumla ilgili sonuçlar kapsamında iki alt ölçüt bulunmaktadır. Bunlar; toplumun organizasyonu algılama ölçümleri, toplumun üzerindeki etkiye yönelik olarak kuruluşun izlediği performans göstergeleridir.
- **Temel Performans Sonuçları:** Temel Performans Sonuçları, kurumun çeşitli alanlardaki performansının ölçülerek değerlendirilmesi ve iyileştirme çakışmalarında kullanılmalarını sağlamaktır. "Sonuçlar" ölçütü, kurumun mükemmellik derecesinin çıktılarını ve planlanmış olan performansıyla ilgili olarak ne gibi neticeler elde ettiğini göstermektedir. Kurumun gaye ve hedeflerine bağlı olarak temel performans çıktılarının kapsamında verilmiş olan bazı ölçümler, temel performans göstergelerinin kapsamında değerlendirilmektedir. Temel performans sonuçları kriteri kapsamında; kuruluşun temel performans çıktıları, işletmenin temel performans göstergeleri olmak üzere iki alt ölçüt bulunmaktadır.

## **5. SAĞLIK HİZMETLERİNDE ÜRETİM VE SÜREÇ YÖNETİMİ KONUSUNDA BİR UYGULAMA**

### **5.1. Amaç**

Sağlık hizmet işletmesi olarak faaliyet gösteren bir kamu hastanesinde sağlık hizmetleri üretiminin nasıl gerçekleştirildiği, süreç yapıları ile birlikte açıklanması amaçlanmıştır.

### **5.2. Kapsam**

Sağlık hizmetleri üreticileri, sağlık hizmetleri üretim birimleri ve bu birimlerin süreç yapıları bu çalışmanın kapsamını oluşturmaktadır.

Eğitim Araştırma Hastanesi olarak faaliyet gösteren İstanbul Avrupa yakasında bulunan Kamu Hastanesi bu tezin "uygulama modeli" olarak ele alınmıştır. Bu hastane örneğinden yola çıkılarak "sağlık hizmetleri üretimi ve süreci" incelenmiştir.

Kurum 536 yatak kapasitesine sahip olup, oldukça kapsamlı bir sağlık hizmeti sunmaktadır. Ayrıca yine bu hastaneye bağlı üç adet semt polikliniği bulunmaktadır. Poliklinik hizmet üretim süreci incelenirken Semt Polikliniklerinin hizmet üretim süreçleri hizmet sınırlılıkları ve merkez hastaneye sevk zincirinden dolayı bu çalışmada göz ardı edilmiştir. Acil Kliniği hizmet üretim süreci incelenirken toplamda 41 yataklı Genel Acil Servis hizmetleri çalışmanın temelini oluşturmaktadır. Kurumda çocuk ve kadın-doğum birimleri acil hizmetini kendi bünyesinde vermektedir. Bu birimlerin hizmet sınırlılığı nedeni ile hizmet süreçlerine bu çalışmada yer verilmemiştir. Acil Servis Akış Diyagram'ındaki süreç gündüz mesaisinde (08-17) gerçekleşmektedir. Kurumda yeterli sayıda Acil Tıp Uzmanı bulunmaması nedeni ile gece nöbetinde (17-08) triyajda nöbetçi hekim bulunamamaktadır. Bu süreçte karantina devreye girmekte ve gerekli durumlarda triyaj görevini karantinada nöbet tutan (farklı birimlerden) kurum hekimi üstlenerek hastanın ilk değerlendirmesini yapmaktadır. Bu çalışmada Acil Servis hizmet üretim

sürecini değerlendirirken gündüz mesaisinin (08-17) akış diyagramı oluşturulmuş ve uygulamada karışıklığa sebebiyet vermemek için gece nöbeti (17-08) göz ardı edilmiştir.

250 odalı (muayene ve tetkik odaları dahil) poliklinik, 3 adet görüntüleme merkezi(BT ve MR) bulunan hastane tüm Sosyal Güvenlik Kurumuna bağlı olan ve bağlı olmayan (ücretli) hastalara hizmet vermekte ve kapsamlı tetkik ve tedavi olanağı sunmaktadır. Kurum bünyesinde 450 doktor,440 hemşire,180 yardımcı sağlık personeli,4 eczacı,2 diyetisyen ve 20 tıbbi sekreter çalışmaktadır. Kurum toplamda 1250 kadrolu personel ile hizmet vermektedir. Ayrıca hastanenin dışarıdan hizmet alım ile çalıştırdığı 75 güvenlik personeli, 55 mutfak personeli, 8 bilgi işlem,30 görüntüleme merkezi çalışanı ve toplamda 510 kişiden oluşan kurum genelinde sekreter, hastabakıcı ve temizlik personeli olarak çalışan personel bulunmaktadır.



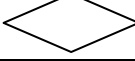


Hastane "kalite" konusunda da etkili çalışmalar yürütmektedir.Bakanlıkça 2005'te başlanan "Sağlıkta Dönüşüm Programı" ile kalite çalışmaları kurumda 2006'da başlamıştır.Kurumda Kalite ve Performans dan sorumlu Başhekim ve Başhemşirenin dışında,1 Başhekim Yardımcısı;1 Başhemşire Yardımcısı,1 Uzman Hemşire,1 Hemşire ve her birimden 1'er hekim ve hemşire ekipte görev almaktadır.Kalite ve performans birimi Bakanlığın belirlemiş olduğu standartlar doğrultusunda çalışmalarını sürdürmektedir."Hastane Hizmet Kalite Standartları" kapsamında daha önceleri 'denetim' olarak adlandırılan kontroller "Sağlıkta Performans ve Kalite Standartları Yönergesi" ile 'değerlendirme' adını almış ve yıl iki döneme ayrılmıştır. 1.dönem Ocak-Haziran, 2. dönem Temmuz-Aralık olarak belirlenmiş ve her dönemde en az bir defa kurum kalite sorumlularından oluşan ekipler tarafından öz değerlendirme yapılmaktadır. Öz değerlendirme sonuçları tüm kurum çalışanları ile paylaşılmaktadır. Bakanlık tarafından yapılan merkezi değerlendirmeler de altı ayda bir şeklinde yapılmaktadır. Merkezi değerlendirme sonuçları kurum performansı olarak puanlanmakta ve döner sermaye dağıtımını doğrudan etkilemektedir.



### 5.3. Yöntem

Sağlık hizmetlerinin en yoğun ve kapsamlı birimleri olan, tüm hizmet üretim birimleri ve üreticilerini sürecine dahil edebilen poliklinik ve acil servisteki hizmet üretim süreci incelenecektir. Bu bölümlerdeki hizmet üretiminin nasıl gerçekleştiğini anlamak için, yapılan işler arasındaki bağlantıyı ve işlerin yapılma sıralarını belirlemek gerekmektedir. Bunun için en iyi yöntem “ Akış Diyagramı” dır. Polikliniklere ait iş akışı şekil 5.1 de, acil servise ait iş akışı şekil 5.2 deki “Akış Diyagramı” ile gösterilmiştir. İş akışı hazırlanırken kullanılan şekiller aşağıdaki tablo 5.1 deki gibidir;

**Tablo 5.1. Akış Diyagramı Sembol ve Tanımları**

Sembol	Tanımı
	BAĞLAYICI
	FAALİYET
	KARAR
	AKIŞ YÖNÜ
	FAALİYET BAŞLANGICI/SONU

**Kaynak:** Ateş, M., (2011), *Sağlık İşletmeciliği*, İstanbul: Beta Basım Yayın, s.410.

Ayrıca çalışmanın değerlendirme kısmı; ayakta, yatan, acil servise başvuran hastalara ve kurum çalışanlarına uygulanan memnuniyet anket sonuçlarıyla desteklenmiştir.

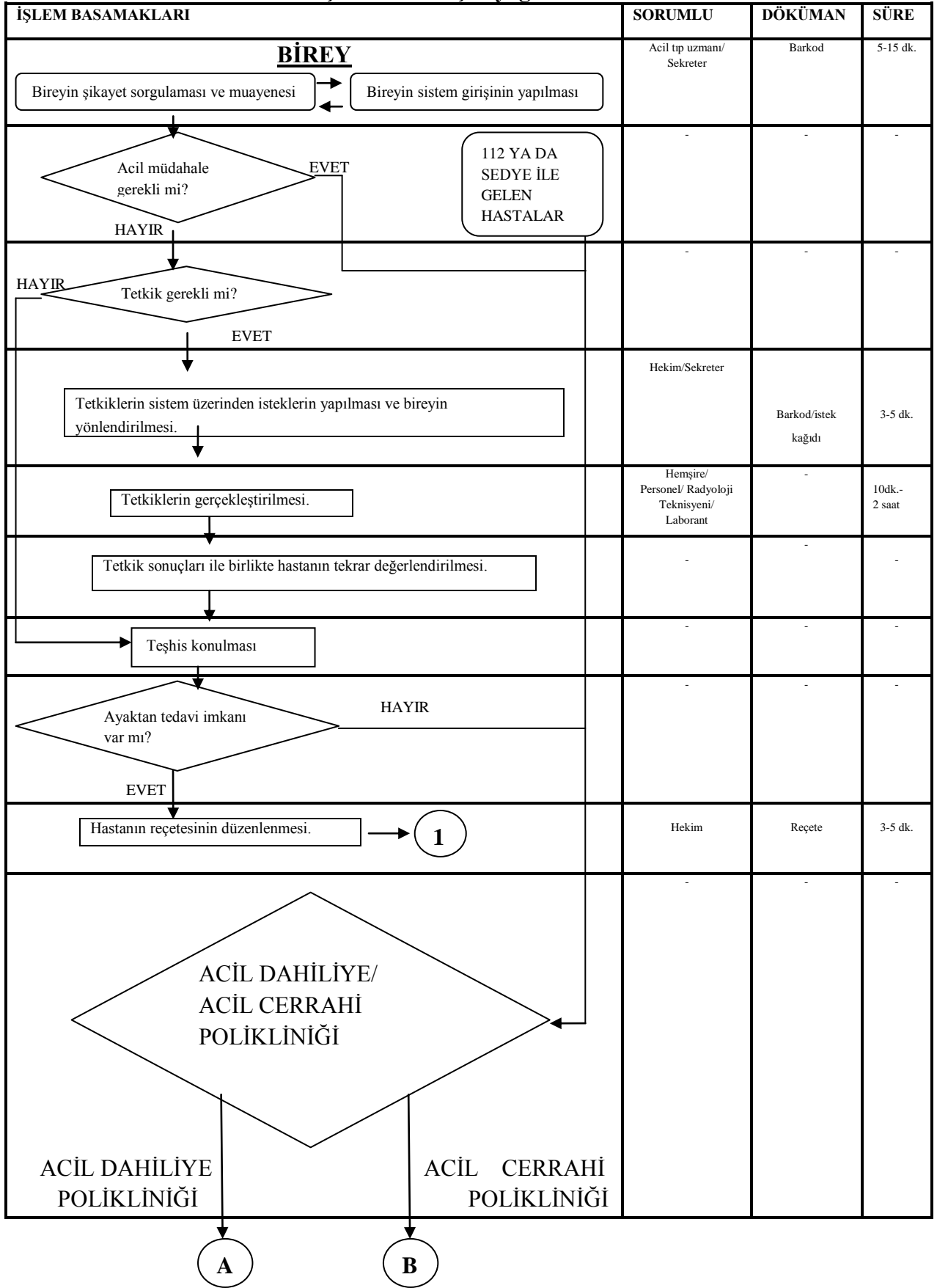
## 5.4. Bulgular

Şekil 5.1. Akış Diyagramı

İŞLEM BASAMAKLARI	SORUMLU	DOKÜMAN	SÜRE
<b>BİREY</b> Bireye kayıt-kabul tarafından sistem girişinin yapıp yönlendirilmesi.	Kayıt-kabul birimi	Muayene/yatış barkodu	3-30 dk.
POLİKLİNİK/KLİNİK? POLİKLİNİK			
Birey bilgilerinin kaydedilmesi, şikayet sorgulaması ve muayenesi.	Hekim	-	10-30 dk.
Tetkik gerekli mi?			
Tetkiklerin sistem üzerinden isteklerin yapılması ve bireyin yönlendirilmesi.	Hekim/ Sekreter	Barkod/İstek kağıdı	3-5 dk.
Tetkiklerin gerçekleştirilmesi.	Hemşire/ Personel Radyoloji Teknisyeni/ Laborant	-	30dk.- 2 saat
Tetkik sonuçları ile birlikte hastanın tekrar değerlendirilmesi.			
İleri tetkik gerekli mi?			
İleri tetkiklerin sistem üzerinden isteklerin yapılması ve bireyin yönlendirilmesi.	Hekim/ Sekreter	Barkod/İstek kağıdı	3-5 dk.
Tetkiklerin gerçekleştirilmesi.	Hemşire/ Personel Radyoloji Teknisyeni/ Laborant	Barkod/İstek kağıdı	0-7 gün
Tetkik sonuçları ile birlikte hastanın tekrar değerlendirilmesi.			
Teşhis konulması			
Ayaktan tedavi imkanı var mı?			
Hastanın reçetesinin düzenlenmesi.	Hekim	Reçete	3-5 dk.
Yatarak tedavi imkanı var mı?			
Sevk işlemlerinin yapıp hastanın yönlendirilmesi.	Hekim/ Sekreter	Sevk kağıdı	3-10 dk.

İŞLEM BASAMAKLARI	SORUMLU	DÖKÜMAN	SÜRE
<b>A</b> → Aynı gün yatış yapılması ya da yatış için randevu alınması	Hekim/hemşire/ sekreter	Yatış tabelası/ Randevu kartı	30dk.- 10 ay
<b>1</b> → Yatış dosyası ve oda hazırlanması	Hekim/hemşire/ sekreter	Hasta dosyası	30dk.- 2 saat
Tedavi türü? cerrahi/medikal			
CERRAHİ			
MEDİKAL			
Preop, gerekli tetkiklerin yapılması	Hemşire/Personel Radyoloji Teknisyeni/ Laborant	Barkod/İstek kağıdı	30 dk.- 1 gün
Tetkik sonuçları ile birlikte hastanın cerrahlar tarafından değerlendirilmesi			
Cerrahi tedavi uygun mu?			
EYEV			
HAYIR			
Tetkik sonuçları ile birlikte hastanın anestezi tarafından değerlendirilmesi			
Sonuç uygun mu?	Hekim/Hemşire/ Personel/ Radyoloji Teknisyeni/ Laborant	Barkod/İstek kağıdı/ konsültasyon kağıdı	30dk.- 1 gün
EYEV			
HAYIR			
Gerekli tetkik / konsültasyonların yapılması			
Ameliyatın gerçekleştirilmesi	Hekim/Anestezist/ Hemşire/ Personel		15 dk- !
Servis/Yoğunbakım ?			
SERVİS			
YOĞUNBAKIM			
Hastanın bakım ve medikal tedavilerinin yapılması	Hekim/Hemşire/ Personel	Ordür kağıdı	1 gün-!
Hastanın yoğunbakım koşullarında bakım ve tedavilerinin yapılması			
Hastanın genel durumunda bozulma var mı?			
EYEV			
HAYIR			
Yoğunbakım ihtiyacı ortadan kalktı mı ?			
EYEV			
HAYIR			
Tedavi tamamlandı mı ?	Hekim/Hemşire/ Personel	Transfer kağıdı	5-10 dk.
EYEV			
HAYIR			
Hastanın servise transfer edilmesi			
<b>2</b> → Taburcu edilmesi → Gerekli ise reçete düzenlenmesi	Hekim/hemşire	Epikriz/reçete	30dk.- 2 saat
Gerekli ise kontrolle ilgili hasta/ yakınlarının bilgilendirilmesi	Hekim/hemşire		5 dk.- 2 saat
Sistem kaydının kapatılması	Kayıt-kabul birimi	Çıkış barkodu	5-10 dk.

Şekil 5.2. Akış Diyagramı 2



İŞLEM BASAMAKLARI	SORUMLU	DÖKÜMAN	SÜRE
<p>(A) → Hastanın bilgilerinin kaydedilmesi, şikayet sorgulaması ve muayenesi.</p>	Acil tıp uzmanı hekim/ sekreter	-	5-10 dk.
<p>Acil müdahale gerekli mi?</p> <p>EVET → Müdahalenin yapılması → Hastanın gözlem altında kalması gerekli mi?</p> <p>HAYIR → Tetkik gerekli mi?</p> <p>HAYIR → (1) → Taburcu edilmesi</p>	Hekim/Hemşire/ Personel	-	10 dk./ 2 saat
<p>Tetkik gerekli mi?</p> <p>EVET → Gerekli birimden konsültasyon istenmesi</p> <p>HAYIR → (2) → Sistem kaydının kapatılması</p>	Hekim	Konsültasyon istek kağıdı	3-5 dk.
<p>Tetkiklerin sistem üzerinden isteklerin yapılması ve tetkiklerin gerçekleştirilmesinin sağlanması.</p> <p>(C) → Konsültasyon gerekli mi?</p> <p>EVET → Gerekli ise reçete düzenlenmesi</p>	Hekim/Hemşire/ Personel/ Radyoloji Teknisyeni/ Laborant	Barkod/İstek kağıdı	15 dk./ 2 saat
<p>Tetkik sonuçları ile birlikte hastanın tekrar değerlendirilmesi</p> <p>Konsültasyon gerekli mi?</p> <p>EVET → Gerekli ise reçete düzenlenmesi</p> <p>HAYIR → (1) → Taburcu edilmesi</p>	-	-	-
<p>İleri tetkik gerekli mi?</p> <p>EVET → İleri tetkik isteklerinin yapılması ve tetkiklerin gerçekleştirilmesinin sağlanması.</p> <p>HAYIR → (1) → Taburcu edilmesi</p>	-	-	-
<p>İleri tetkik isteklerinin yapılması ve tetkiklerin gerçekleştirilmesinin sağlanması.</p> <p>Gerekli ise reçete düzenlenmesi</p>	Hekim/Hemşire/ Personel/ Radyoloji Teknisyeni/ Laborant	Barkod/İstek kağıdı	30 dk./ 2 saat
<p>Tetkik sonuçları ile birlikte hastanın tekrar değerlendirilmesi</p> <p>Gerekli ise reçete düzenlenmesi</p>	Hekim	Reçete	3-5 dk.
<p>Tetkik sonuçları ile birlikte hastanın tekrar değerlendirilmesi</p> <p>Teşhis konulması</p> <p>Gerekli ise kontrolle ilgili hasta/ yakınlarının bilgilendirilmesi</p>	Hekim	-	5-10 dk.
<p>Ayaktan tedavi imkanı var mı?</p> <p>EVET → Gerekli ise kontrolle ilgili hasta/ yakınlarının bilgilendirilmesi</p> <p>HAYIR → (2) → Sistem kaydının kapatılması</p>	-	-	-
<p>(2) → Sistem kaydının kapatılması</p>	Hekim	-	3-5 dk.

İŞLEM BASAMAKLARI	SORUMLU	DÖKÜMAN	SÜRE
<p>(C) → Konsültan hekim tarafından, şikayet sorgulaması ve muayenesi.</p>	Dahili birim hekimi	-	5-10 dk.
<p>Acil müdahale</p> <p>EVET → Müdahalenin yapılması</p> <p>HAYIR</p>	Hekim/Hemşire/Personel	-	10 dk./2 saat
<p>Tetkik gerekli mi?</p> <p>EVET</p> <p>HAYIR</p>	-	-	-
<p>Tetkiklerin sistem üzerinden isteklerin yapılması ve tetkiklerin gerçekleştirilmesinin sağlanması.</p>	Hekim/Hemşire/Personel/Radyoloji Teknisyeni/Laborant	Barkod/İstek kağıdı	15 dk./2 saat
<p>Tetkik sonuçları ile birlikte hastanın tekrar değerlendirilmesi</p>	Hekim/Sekreter	Sevk kağıdı	3-10 dk.
<p>Yatarak tedavi imkanı var mı?</p> <p>EVET</p> <p>HAYIR → (D)</p>	-	-	-
<p>İleri tetkik gerekli mi?</p> <p>EVET</p> <p>HAYIR</p>	-	-	-
<p>İleri tetkik isteklerinin yapılması ve tetkiklerin gerçekleştirilmesinin sağlanması.</p>	Hekim/Hemşire/Personel/Radyoloji Teknisyeni/Laborant	Barkod/İstek kağıdı	30dk./2 saat
<p>Tetkik sonuçları ile birlikte hastanın tekrar değerlendirilmesi</p>	-	-	-
<p>Teşhis konulması</p>	-	-	-
<p>Ayaktan tedavi imkanı var mı?</p> <p>EVET</p> <p>HAYIR</p>	-	-	-

1

İŞLEM BASAMAKLARI	SORUMLU	DÖKÜMAN	SÜRE
<p>(D) → MÜŞAHADE/ YOGUNBAKIM</p> <p>MÜŞAHADE ↓ YOGUNBAKIM ↓</p>	-	-	-
<p>Hastanın bakım ve medikal tedavilerinin yapılması</p> <p>Hastanın yoğunbakım koşullarında bakım ve tedavilerinin yapılması</p>	Hekim/Hemşire/ Personel	Ordür kağıdı	1 gün-!
<p>Tedavi tamamlandı mı ?</p> <p>Yoğunbakım ihtiyacı ortadan kalktı mı ?</p> <p>HAYIR HAYIR</p> <p>EVET EVET</p>	-	-	-
<p>(1)</p> <p>Hastanın serviste takip ve tedavilerinin devam etmesi</p>	Hekim/Hemşire/ Personel	Ordür kağıdı	1 gün-!

İŞLEM BASAMAKLARI	SORUMLU	DÖKÜMAN	SÜRE
<p><b>B</b> → Hastanın bilgilerinin kaydedilmesi, şikayet sorgulaması ve muayenesi.</p>	Acil tıp uzmanı hekim/ sekreter	-	5-10 dk.
<p>Acil müdahale</p> <p>HAYIR → Tetkik gerekli mi?</p> <p>EVET → Müdahalenin yapılması → Hastanın gözlem altında kalması gerekli mi?</p>	Hekim/Hemşire/ Personel	-	10 dk./ 2 saat
<p>HAYIR → Tetkik gerekli mi?</p> <p>EVET → Gerekli birimden konsültasyon istenmesi</p>	Hekim	Konsültasyon istek kağıdı	3-5 dk.
<p>Tetkiklerin sistem üzerinden isteklerin yapılması ve tetkiklerin gerçekleştirilmesinin sağlanması.</p> <p><b>C</b></p>	Hekim/Hemşire/ Personel/ Radyoloji Teknisyeni/ Laborant	Barkod/İstek kağıdı	15dk./ 2 saat
<p>Tetkik sonuçları ile birlikte hastanın tekrar değerlendirilmesi</p> <p>Konsültasyon gerekli mi?</p> <p>HAYIR → Taburcu edilmesi</p> <p>EVET → Konsültasyon gerekli mi?</p>	-	-	-
<p>HAYIR → İleri tetkik gerekli mi?</p> <p>EVET → İleri tetkik isteklerinin yapılması ve tetkiklerin gerçekleştirilmesinin sağlanması.</p>	-	-	-
<p>İleri tetkik isteklerinin yapılması ve tetkiklerin gerçekleştirilmesinin sağlanması.</p> <p>Gerekli ise reçete düzenlenmesi</p>	Hekim/Hemşire/ Personel/ Radyoloji Teknisyeni/ Laborant	Barkod/İstek kağıdı	30 dk./ 2 saat
<p>Tetkik sonuçları ile birlikte hastanın tekrar değerlendirilmesi</p> <p>Gerekli ise reçete düzenlenmesi</p>	Hekim	Reçete	3-5 dk.
<p>Teşhis konulması</p> <p>Gerekli ise kontrolle ilgili hasta/ yakınlarının bilgilendirilmesi</p>	Hekim	-	5-10 dk.
<p>Ayaktan tedavi imkanı var mı?</p> <p>HAYIR → Sistem kaydının kapatılması</p> <p>EVET → Sistem kaydının kapatılması</p>	-	-	-
<p><b>2</b></p> <p>Sistem kaydının kapatılması</p>	Hekim	Çıkış barkodu	3-5 dk.



İŞLEM BASAMAKLARI	SORUMLU	DÖKÜMAN	SÜRE
<p>(C) → Konsültan hekim tarafından, şikayet sorgulaması ve muayenesi.</p>	Cerrahi birim hekimi	-	5-10 dk.
<p>Acil müdahale gerekli mi?</p> <p>EVET → Müdahalenin yapılması</p> <p>HAYIR →</p>	Hekim/Hemşire/Personel	-	10 dk./2 saat
<p>Acil operasyon gerekli mi?</p> <p>EVET → (E)</p> <p>HAYIR →</p>	-	-	-
<p>Tetkik gerekli mi?</p> <p>HAYIR →</p> <p>EVET →</p>	-	-	-
<p>Tetkiklerin sistem üzerinden isteklerin yapılması ve tetkiklerin gerçekleştirilmesinin sağlanması.</p>	Hekim/Hemşire/Personel/ Radyoloji Teknisyeni/ Laborant	Barkod/İstek kağıdı	15 dk./2 saat
<p>Tetkik sonuçları ile birlikte hastanın tekrar değerlendirilmesi</p>	Hekim/ Sekreter	Sevk kağıdı	3-10 dk.
<p>Yataarak tedavi imkanı var mı?</p> <p>HAYIR →</p> <p>EVET → (F)</p>	-	-	-
<p>İleri tetkik gerekli mi?</p> <p>HAYIR →</p> <p>EVET →</p>	-	-	-
<p>İleri tetkik isteklerinin yapılması ve tetkiklerin gerçekleştirilmesinin sağlanması.</p>	Hekim/Hemşire/Personel/ Radyoloji Teknisyeni/ Laborant	Barkod/İstek kağıdı	30dk./2 saat
<p>Tetkik sonuçları ile birlikte hastanın tekrar değerlendirilmesi</p>	-	-	-
<p>Teşhis konulması</p>	-	-	-
<p>Ayaktan tedavi imkanı var mı?</p> <p>EVET →</p> <p>HAYIR →</p>	-	-	-

1

İŞLEM BASAMAKLARI	SORUMLU	DÖKÜMAN	SÜRE
<p>(F) → MEDİKAL/ CERRAHİ TEDAVİ?</p> <p>MEDİKAL</p> <p>CERRAHİ</p>			
<p>(E) → Hastanın cerrahi ekip ve anestezi işbirliğiyle operasyona alınması</p>	Hekim/Anestezist/ Hemşire/ Personel	-	5 dk.-!
<p>Operasyonun gerçekleştirilmesi</p>	Hekim/Anestezist/ Hemşire/ Personel	-	15 dk.-!
<p>MÜŞAHADE/ YOĞUNBAKIM?</p> <p>MÜŞAHADE</p> <p>YOĞUNBAKIM</p>			
<p>Hastanın bakım ve medikal tedavilerinin yapılması</p> <p>Hastanın yoğunbakım koşullarında bakım ve tedavilerinin yapılması</p>	Hekim/Hemşire/ Personel	Ordür kağıdı	1 gün-!
<p>Tedavi tamamlandı mı ?</p> <p>Yoğunbakım ihtiyacı ortadan kalktı mı ?</p> <p>EVET</p> <p>HAYIR</p> <p>HAYIR</p> <p>EVET</p>			
<p>(1)</p> <p>Hastanın serviste takip ve tedavilerinin devam etmesi</p>	Hekim/Hemşire/ Personel	Ordür kağıdı	1 gün-!

Şekil 5.1'deki akış diyagram'ında süreç, bireyin randevu tarihinde branşına uygun polikliniğin ilgili sekreterine başvurup kaydını yaptırması ile başlamaktadır. Hangi branş ve hangi doktora muayene olacağı bireyin kendi tercihidir. Birey Sağlık Bakanlığı'nın kurduğu ve yürüttüğü merkezi randevu sisteminden aldığı gün ve randevu saatinde hastane otomasyon sistemine kaydını yaptırıp muayene barkodunu almakla sorumludur. Aksi takdirde randevusu iptal olmakta ve muayene için tekrar randevu almak zorundadır. Daha önce muayene olmuş ve yatış kararı verilmiş hastalar da aynı şekilde ilgili klinik için ilgili tıbbi sekreterden sistem kaydını yaptırıp yatış barkodunu alır ve ilgili kliniğe yönlendirilir. Poliklinik muayenesinde bireyin hekim tarafından şikayet sorgulaması, muayenesi yapılır ve otomasyon sisteminde kayıtlı sayfasına bilgileri kaydedilir. Muayene sonucunda tetkik gerekli değilse süreç teşhis konulması ile devam eder. Tetkik gerekli ise hekim, bireyin otomasyon kaydı üzerinden istediği tetkiklerin girişini yapar ve bireyi yönlendirir. Tetkikler uygun birimler (laboratuvar, röntgen vs.) tarafından yapılır ve sonuçlar hastaya verilir. Sonuç verme süresi tetkik çeşidine göre değişmektedir. Tetkik sonuçlarını alan birey tekrar hekimine başvurur. Hekim tetkik sonuçları ile hastayı tekrar değerlendirir, farklı ya da ileri tetkik gerekli olup olmadığına karar verir. Gerekli değil ise süreç teşhis konulması ile devam eder. Eğer yeni ya da ileri tetkik gerekli ise hekim yine sistem üzerinden isteklerinin girişini yapar ve bireyi yönlendirir. Sonuçlar ile birlikte hastayı tekrar değerlendirerek teşhis koyar. Teşhis konulan hastanın tedavi şekline karar verilir. Hastanın ayaktan tedavi imkanı var ise reçetesi düzenlenir, kontrol gerekli ise hasta bu konuda bilgilendirilir ve sistem kaydı kapatılır. Ayaktan tedavi imkanı olmayan hasta yatarak tedavi için değerlendirilir. Söz konusu kurumda yatarak tedavi imkanı yok ise sevk işlemleri yapılır, hasta uygun merkezlere yönlendirilir ve sistem kaydı kapatılır. Eğer kurumda yatarak tedavi imkanı var ise, (branşa ve hastanın durumuna göre değişiklik göstermek ile birlikte aynı gün ila 10 ay arasında değişen sürelerde) hastanın uygun klinikte yatış dosyasının ve odasının hazırlanması ile süreç devam eder. Yatış yapılan hastanın hekimlerce tedavi türü belirlenir. Medikal tedavi planlanan hastaların yattığı klinikte hemşire ve hizmetli personeller yardımı ile tedavi ve takipleri yapılır. Yine hasta ve tanısına göre değişiklik gösteren zaman diliminde hekimler tarafından periyodik olarak yapılan kontrollerle tedavinin tamamlanıp tamamlanmadığına karar verilir. Eğer tedavi tamamlanmış ise hastanın taburcu edilmesi sağlanır, gerekli ise reçetesi düzenlenir ve kontrolün gerekli olup olmadığı konusunda hasta/yakınları

bilgilendirilerek sistem kaydı kapatılır. Tedavisi tamamlanmayan hasta için tedavi türü tekrar gözden geçirilip hekimlerce karar verildikten sonra süreç uygun basamaktan devam eder. Eğer hastaya ilk anda ya da medikal tedavi sonrası cerrahi tedavi uygun görülmüş ise operasyon için gerekli tetkiklerin yapılması sağlanır. Bu tetkik sonuçları cerrahlar tarafından kontrol edilerek hastanın operasyon için uygun olup olmadığına karar verilir. Operasyon uygun değil ise medikal tedavi ile süreç devam eder. Cerrahi tedavisi uygun bulunan hastanın anestezi doktorları tarafından değerlendirilmesi sağlanır. Anestezi doktoru hastayı ve tetkik sonuçlarını değerlendirdiğinde anestezi açısından uygun bulmaz ise gerekli tetkik ve konsültasyonların yapılmasını ister ve bunların sonucu ile tekrar değerlendirme yapar. Anestezi açısından uygun görülen hastanın ameliyatı cerrah, anestezi, hemşire ve personelden oluşan ameliyat ekibi tarafından gerçekleştirilir. Ameliyat sonrası hastanın servise ya da yoğun bakıma alınması cerrah ve anestezinin ortak kararı ile sağlanır. Yoğun bakıma alınan hastanın bakım, takip ve tedavileri yoğun bakım koşullarında hemşire ve personel yardımıyla yapılır. Hasta ve operasyona göre değişiklik gösteren süre sonunda hastanın yoğun bakım ihtiyacının ortadan kalkıp kalkmadığına anestezi doktoru karar verir. Eğer ihtiyaç ortadan kalkmadı ise hastanın aynı şekilde takip, tedavi ve bakımlarına devam edilir. Düzenli periyotlar ile hasta bu açıdan değerlendirilir. Değerlendirmeler sonucunda hastanın yoğun bakım ihtiyacının ortadan kalktığına karar verilir ise servise transferi sağlanır. Hastanın serviste cerrah gözetiminde takip, tedavi ve bakımları yapılır. Hastanın genel durumu belirli periyotlar ile değerlendirilir. Genel durumunda bozulma olan hastalar için yoğun bakım ihtiyacı tekrar doğabilir. Böyle bir durumda yine anestezi ve cerrah işbirliğiyle hasta yoğun bakıma transfer edilebilir. Serviste tedavi gören hastanın tedavisinin tamamlanıp tamamlanmadığı cerrahlar tarafından değerlendirildiğinde tedavi tamamlanmamış ise tedavi türü tekrar gözden geçirilir ve uygun tedavi türünden süreç devam eder. Tedavisinin tamamlandığına karar verilen hastanın taburcu edilmesi, gerekli ise reçetesinin düzenlenmesi ve kontrol gerek görülüp görülmediği konusunda bilgilendirilme yapılarak sistem kaydı kapatılır. Kontrole gelen hasta yeni randevu almaksızın kliniklerin kendilerinin belirlediği kontrol gün ve saatine uygun, ilgili poliklinik sekreterinden kontrol girişi yaptırarak muayene olabilir.

Şekil 5.2'deki "akış diyagramı"nda süreç bireyin doğrudan triyaj bölümüne başvurusu ile ya da danışma bölümüne başvurusu, buradaki sekreter tarafından sistem girişinin yapılması, muayene barkodunun çıkarılması ve triyajda bulunan Acil Tıp Uzmanına yönlendirilmesi ile başlıyor. Bireyin şikayet sorgulaması ve muayenesini yapan hekim, hasta için acil müdahalenin gerekli olduğuna karar verir ise hastayı branşına uygun olarak Acil Dahiliye ya da Acil Cerrahi Polikliniğine yönlendirir. Eğer hastanın acil müdahaleye ihtiyacı yoksa triyaj tarafında tetkikin gerekli olup olmadığına bakılır. Tetkik gerekli değil ise süreç teşhis konulması ile devam eder. Tetkikin gerekli olduğu durumlarda hekim tetkik isteklerinin sistem girişini yapar ya da bu işlem için danışmadaki sekreteri görevlendirebilir ve görevli personellerin (hizmetli personel, hemşire, röntgen teknisyeni vb.) tetkikleri gerçekleştirmelerini sağlar. Tetkik sonuçları ile birlikte hastayı tekrar değerlendiren hekim, teşhis koyar. Teşhise göre öncelikle hastanın ayaktan tedavi imkanı olup olmadığına karar verilir. Ayaktan tedavi imkanı olan ve branş hekimi tarafından görülmesine gerek olmayan hastalara triyaj reçete düzenleyip eve gönderebilir. Hastanın kontrole gelmesi gerekli ise tekrar triyaja ya da branş polikliniğine kontrol için yönlendirmesini yapar ve sistem kaydını kapatır. Ayaktan tedavi imkanı olmayan ya da branş doktorunun görmesi gerektiğini düşündüğü hastalar için triyaj hastayı branşına uygun olan acil polikliniğine yönlendirir. Ayrıca kuruma 112 ya da sedyeye ile gelen hastalar triyaja hiç girmeden doğrudan branşına uygun olarak Acil Dahiliye/Acil Cerrahi Polikliniğine başvururlar.

Acil Dahiliye Polikliniğine başvuran hasta burada ilk olarak Acil Tıp Uzmanı karşılar. Hastanın şikayet sorgulaması ve muayenesini yapan hekim hastayı önce acil müdahale gerekliliği açısından değerlendirir. Acil müdahale gerekli değilse tetkik gerekliliği sorgulanır. Tetkikte gerekli değilse süreç teşhis konulması ile devam eder. Gerekli ise tetkik istekleri birim sekreteri tarafından yapılır. Hekim tarafından da tetkiklerin gerçekleştirilmesi için hemşire, personel ve ilgili tetkik çalışanı koordinasyonu sağlanır ve tetkikler gerçekleştirilir. Sonuçları ile birlikte hekim hastayı tekrar değerlendirir. Hekim tetkiklerin yeterliliğine karar verip ileri tetkik istemez ise süreç yine teşhis konulması ile devam eder. Eğer ileri tetkik gerekliyse bunun için istek yapılarak, gerçekleştirilmesi sağlanır. Tüm tetkik sonuçları ile birlikte hasta tekrar değerlendirilir ve teşhis konulur. Acil Tıp Uzmanı öncelikle hastanın ayaktan tedavi imkanı olup olmadığını değerlendirir. Ayaktan tedavi imkanı

olan ve branş doktorunun görmesine gerek olmayan hastanın reçetesini düzenleyip, kontrol gerekli ise hastanın bilgilendirilmesi yapılarak, sistem kaydı kapatılır. Acil müdahalenin gerekli olduğu durumlarda müdahale ilk olarak Acil Tıp Uzmanı tarafından yapılır. Hastanın müdahale sonrası gözlem altında kalmasının gerekli olup olmadığına karar verilir. Gözlem altında kalması ve branş hekimi tarafından görülmesine gerek olmayan hasta taburcu edilir. Gerekli ise reçetesi düzenlenir ve kontrol ile ilgili bilgilendirilerek sistem kaydı kapatılır. Gözlem altında kalması gereken hasta için ise gerekli birimden konsültasyon istenir. Konsültasyon istenirken ilgili form doldurulur ve sistem girişi yapılır. Konsültan hekimin yatış kararı verdiği hasta bu aşamadan sonra ilgili birimin hastası olur. Branş hekimi tarafından hastanın şikayet sorgulaması ve muayenesi yapılır. İlk değerlendirilen acil müdahale gerekip gerekmediğidir. Gereklik durumunda hastanın hemen müdahalesi yapılır ve sonra tetkik gerekliliği sorgulanır. Müdahale gerekli olmayan hasta da tetkik gerekliliği açısından değerlendirilir. Tetkik gerekli değil ise süreç teşhis konulması ile devam eder. Gerekli ise tetkik istekleri yapılarak tetkiklerin gerçekleştirilmesi sağlanır. Sonuçları ile birlikte hekim hastayı tekrar değerlendirir. Tetkikler yeterli ise süreç yine teşhis konulması ile devam eder. Eğer ileri tetkik gerekli ise yeni istekler yapılır ve gerçekleştirilmesi sağlanır. Tüm tetkik sonuçları ile hasta tekrar değerlendirilir ve teşhis konulur. Teşhise göre hastanın ayaktan tedavi imkanı olup olmadığı değerlendirilir. Ayaktan tedavi imkanı var ise taburcu edilir, reçetesi düzenlenir ve kontrole gelip gelmeyeceği konusunda hasta bilgilendirilerek sistem kaydı kapatılır. Eğer hastanın yatarak tedavi edilmesi gerekiyorsa ancak kurumda teşhisine yönelik tedavi yapılamıyorsa (hekim, tıbbi ekipman vs. eksikliği), hastanın sevk işlemleri yapılarak uygun kuruma yönlendirilmesi yapılır. Yatarak tedavi olacak hastalar için öncelikle hangi bölümde yatacağına karar verilir. Müşahadeye yatırılan hastanın takip ve tedavileri burada yapılır. Belirli periyotlarla tedavinin tamamlanıp tamamlanmadığına karar verilir. Tedavisi tamamlanmayan hastanın müşahade ya da tercihen ilgili birimin servisinde tedavisine devam edilir. Tedavisinin tamamlanıp tamamlanmadığı hekimlerce düzenli olarak sorgulanır. Yatarak tedavi olacak hasta için yoğun bakım tercih edilmiş ise hastanın tedavi ve bakımları yoğun bakımda koşullarında yapılır. Yoğun bakım ihtiyacı ortadan kalktığında, müşahade/servise transferi sağlanarak tedavi ve takiplerine burada devam edilir. Yine hekimlerin kararı ile tedavisi tamamlanan hasta taburcu edilir. Gerekli ise reçetesi düzenlenerek kontrol ile ilgili bilgi verilir ve sistem kaydı kapatılır.

Acil Cerrahi Polikliniğine başvuran hastalarda ilk olarak Acil Tıp Uzmanı tarafından karşılanır. Hasta şikayet sorgulaması ve muayenesi yapıldıktan sonra hekim tarafından hasta önce acil müdahale gerekliliği açısından değerlendirilir. Acil müdahale gerekli değilse tetkik gerekliliği sorgulanır. Tetkikte gerekli değilse süreç teşhis konulması ile devam eder. Gerekli ise tetkik istekleri yapılır ve tetkiklerin gerçekleştirilmesi sağlanır. Sonuçları ile birlikte hekim hastayı tekrar değerlendirir. Hekim tetkiklerin yeterliliğine karar verip ileri tetkik istemez ise süreç yine teşhis konulması ile devam eder. Eğer ileri tetkik gerekliyse bunun için istek yapılarak, gerçekleştirilmesi sağlanır. Tüm tetkik sonuçları ile birlikte hasta tekrar değerlendirilir ve teşhis konulur. Acil Tıp Uzmanı öncelikle hastanın ayaktan tedavi imkanı olup olmadığını değerlendirir. Ayaktan tedavi olabilecek ve branş doktorunun görmesine gerek olmayan hastanın reçetesini düzenleyip, kontrol gerekli ise hastanın bilgilendirilmesi yapılarak, sistem kaydı kapatılır. Acil müdahalenin gerekli olduğu durumlarda müdahale ilk olarak Acil Tıp Uzmanı tarafından yapılır. Hastanın müdahale sonrası gözlem altında kalmasının gerekli olup olmadığına karar verilir. Gözlem altında kalması ve branş hekimi tarafından görülmesine gerek olmayan hasta taburcu edilir. Gerekli ise reçetesi düzenlenir, kontrol ile ilgili bilgilendirilerek sistem kaydı kapatılır. Gözlem altında kalması gereken hasta için ise gerekli birimden konsültasyon istenir. Konsültan hekimin yatış kararı verdiği hasta bu aşamadan sonra ilgili cerrahi birimin hastası olur. Cerrah tarafında hastanın şikayet sorgulaması ve muayenesi yapılır. İlk değerlendirilen acil müdahale gerekip gerekmediğidir. Gerekli ise hemen hastanın müdahalesi yapılır, tetkik gerekliliği sonra değerlendirilir. Hastanın durumuna göre acil operasyona alınması da gerekebilir. Acil operasyona kararı alınmayan hasta için cerrah tetkik gerekliliğini değerlendirir. Tetkike gerek yok ise süreç teşhis konulması ile devam eder. Eğer tetkik gerekli ise doktor ya da ilgili birim sekreteri tarafından istek girişleri yapılır ve tetkiklerin gerçekleştirilmesi sağlanır. Sonuçlar ile değerlendirilen hasta için ileri tetkik isteği yapılabilir. Tüm tetkik sonuçları ile birlikte doktor hastayı tekrar değerlendirir ve teşhis konulur. İleri tetkik isteği yapılmadan da teşhis konulabilir. Teşhis sonrası hasta öncelikle ayaktan tedavi olup olamayacağı açısından değerlendirilir. Ayaktan tedavi edilmesine karar verilen hastanın reçetesi düzenlenir, kontrol ile ilgili bilgilendirilir ve sistem kaydı kapatılarak eve gönderilebilir. Yatarak tedavi olması gereken hastanın, kurumda tedavisi mümkün değilse sevk işlemleri yapılarak uygun kuruma transferi sağlanır. Kuruma yatışına karar verilen hastanın

tedavi türü belirlenir. Medikal tedavi uygulanacak hasta uygun birime alınarak, takip ve tedavilerinin yapılması sağlanır. Cerrahi tedavi uygulanacak hastada cerrah ve anestezi işbirliğiyle operasyona alınır. Operasyon gerçekleştirildikten sonra hastanın müşahadede mi yoksa yoğun bakımda mı kalacağını, yine cerrahi ve anestezinin ortak kararı belirler. Yoğun bakıma alınan hastaların yoğun bakım koşullarında takip ve tedavileri yapılır. Düzenli periyotlarla değerlendirilen hastanın yoğun bakım ihtiyacı ortadan kalktığında ilgili cerrahi birime transferi sağlanır. Operasyon sonrası müşahadeye alınan hastanın da burada uygun tedavi ve takipleri yapılır. Tedavi gören tüm hastalar, düzenli yapılan hekim kontrollerinde tedavilerinin tamamlanıp tamamlanmadığı açısından değerlendirilir. Bu değerlendirmeler sonucunda hasta ya ilgili birimde tedavi görmeye devam eder ya da taburcu edilir. Taburcu olmasına karar verilen hastanın evde de ilaç kullanmasına gerek var ise reçetesi düzenlenir. Taburculuk sonrası kontrolü gerekli olan hastalarda bu konuda bilgilendirilerek, sistem kayıtları kapatılır.

**Tablo 5.2. 2011 Yılı Memnuniyet Anket Raporu**

ANKET	FORMÜL		PUAN
<b>Ayaktan Hasta Memnuniyet Anket Katsayısı</b>	$(\text{Anket Toplam Puan/Kişi Sayısı}) \times 100/36$	$= (10129/306) \times 100/36$	93
<b>Yatan Hasta Memnuniyet Katsayısı</b>	$(\text{Anket Toplam Puan/Kişi Sayısı}) \times 100/48$	$= (6988/152) \times 100/48$	97
<b>Acil Hasta Memnuniyet Katsayısı</b>	$(\text{Anket Toplam Puan/Kişi Sayısı}) \times 100/30$	$= (4224/150) \times 100/30$	94
<b>Çalışan Memnuniyet Katsayısı</b>	$(\text{Anket Toplam Puan/Kişi Sayısı}) \times 100/36$	$= (14396/629) \times 100/36$	64
<b>2011 2. Dönem Genel Hasta Memnuniyet Katsayısı</b>	$(\text{Ayaktan Hasta Memnuniyet Anket Katsayısı} \times 0,4) +$ $(\text{Yatan Hasta Memnuniyet Katsayısı} \times 0,4) +$ $(\text{Acil Hasta Memnuniyet Katsayısı} \times 0,2) +$	$(93 \times 0,4) +$ $(97 \times 0,4) +$ $(94 \times 0,2)$	94,8

Kurumun kalite ve performans birimi Bakanlığın belirlemiş olduğu standartlar doğrultusunda düzenli periyotlarla anket çalışmalarını sürdürmektedir. "Hastane Hizmet Kalite Standartları" kapsamında 2011 yılı 2. Dönemden itibaren anketlerde kullanılan ölçek ve puanlama sistemi değişmiştir. İlk altı aylık dönemin sonuçları ile birlikte kullanılarak çıkarılan yıllık hasta ve çalışan memnuniyet sonuçları yanıtıcı olacağından çalışmamızda yeni ölçek ve puanlama ile yapılan anket raporu kullanılmıştır.



Her ay 50 kişi ve toplamda 306 ayaktan hastaya yapılan anket sonucunda memnuniyet düzeyi 100 üzerinden 93; her ay 25 kişi ve toplamda 152 yatan hastaya yapılan anket sonucunda 97; her ay 25 kişi ve toplamda 150 kişiye yapılan acil hasta anket sonuçlarından da 94 puan alınmıştır. Genel hasta memnuniyet sonucu 95'dir. alışan memnuniyeti değerlendirilirken de toplamda 629 personele anket yapılmış ve sonuç 64 olarak bulunmuştur.

## SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışmada, hizmet üretiminin nasıl gerçekleştirildiği süreç yapıları ile birlikte açıklanması amacıyla bir kamu hastanesindeki sağlık hizmeti üretimi ve süreci model olarak alınmıştır. Hizmet üretim sürecinde belirlenen aksaklıklar ortaya konulmuş ve süreç iyileştirilmesi konusunda neler yapılabileceği belirtilmiştir. Bu amaç doğrultusunda bireyin kuruma başvurusu ile başlayıp, aldığı tüm hizmetleri kapsayan ve kurumdan ayrılışına kadar geçen süreç uygulama kısmında detaylı bir şekilde ele alınmıştır.

Ayrıca kurumda yapılan ayaktan hasta, yatan hasta, acil servise başvuran hasta ve çalışan memnuniyet anket sonuçları da göz önüne alınarak çalışma desteklenmiştir. Tezin teorik kısmında da bahsedildiği üzere hizmet kalitesi yalnızca hizmet alan kişiler tarafından ifade edildiğinde gerçeklik kazanır ve yine hizmet verenin performansına da bağlıdır. Bu konuda, model alınan kurumunda hasta ve çalışan memnuniyetine önem vererek her ay yaptığı anketlerle memnuniyet düzeyini ölçtüğü ve çalışmalarına yol gösterici olması açısından anket raporlarına büyük önem verdiği söylenebilir.

Şekil 5.1’de bahsedilen poliklinik sürecinin bireyin kayıt kabul tarafından sistem girişlerinin yapılması ile başladığı görülmektedir. Kayıt işlemlerindeki sorunlar bekleme süresinin uzun olması şeklinde karşımıza çıkmıştır. Her ne kadar kurum tarafından iyileştirme noktasında çalışmalar yapılsa da hasta memnuniyet anketlerinde istenen seviyeye ulaşılamadığı görülmektedir. Bekleme süresinin kısaltılmasıyla ilgili olarak hastane otomasyon sisteminde yaşanan aksaklıklar önemli ölçüde rol oynamaktadır. Bu nedenle öncelikli olarak kurumun otomasyon sisteminde iyileştirme yapması gerekliliği ortaya çıkmıştır. Ayrıca kayıt kabul biriminde çalışan sayısının artırılması da bekleme süresinin kısalmasında etkili olacaktır.

Kurumun yıl içinde poliklinik başvuru sayısı yaklaşık 1.439.600 ve günlük muayene sayısı 5500-6000 arasındadır. Yine kurum envanterinde poliklinik hizmetinin ortalama tamamlanma süresi 1 saat olarak verilmiştir. Poliklinik hizmet sürecinde hizmetin tamamlanma süresinin uzamasına yol açan en önemli kısım tetkik

basamakları olduğu göze çarpmaktadır. Tetkik ve ileri tetkik istenen hastanın bu basamakları tamamlaması 30 dakika ile 7 gün arasında değişmektedir. Öyle ki bazı durumlarda 7 günde yapılan ileri tetkik sonuç raporunu almak için hasta 3 gün daha beklemek durumunda kalabilmektedir. Bu da ilgili laboratuvar ve görüntüleme merkezindeki uzman hekim yetersizliğini göstermektedir. Ayrıca hastalar tetkik sonuçlarını ilgili birim (laboratuvar, görüntüleme merkezi vb.) sekreterinden alıp hekimine göstermek durumundadır. Kurum otomasyon sisteminde sadece kan tahlilleri kayıtlıdır. Bunun dışında patoloji, röntgen, BT, MR sonuçları gibi tetkikler sistemde kayıtlı hasta sayfasında görülememektedir. Bu durum zaman ve maliyet (kağıt vb.) kayıplarına yol açmaktadır. Tetkik sonuçlarının sistem üzerinden görülebilmesi aynı zamanda arşivleme kalitesinin de yükselmesini beraberinde getirecektir. Bu doğrultuda kurum otomasyon sisteminin revize edilmesi gerekliliği ortaya çıkmaktadır.

Tezin teorik kısmında da bahsedildiği üzere üretim yönetimi amaçları arasında yer alan, tüketici taleplerinin fiyat ve zaman yönünden en uygun biçimde karşılanması konusu ile çelişen diğer bir sorunda tetkiklerin istek aşamasında gerçekleşmektedir. Kan tetkikleri dışında (bazı kan tetkiklerinde de istenebilmektedir) hemen hemen tüm tetkikler için sistem girişlerinin yanı sıra istek kağıdı kullanılmaktadır. Bu da zaman ve maliyet kaybının yanı sıra işgücü kaybını da beraberinde getirmektedir. Yönetim tarafından sevk işlemleri dışında tüm kağıt işlerinin kaldırılması ve otomasyon sistemi girişleri ile hastaların ilgili birimlere yönlendirilmesi uygun olacaktır.

Kurum 536 yatak kapasitesi ile yılda ortalama 35000 yatan hastaya hizmet vermektedir. Kapasitenin talebi tam olarak karşılayamamasından dolayı hastanın durumuna/aciliyetine göre yatışlar her zaman aynı gün yapılamamakta ve klinikler tarafından yatış randevusu verilmektedir. Bu süre klinikler arası ve hastanın tanısına göre farklılık göstermekle birlikte 0 gün ile 10 ay arasında değişmektedir. Hastaların hastanede kalış sürelerinin kısaltılması ve yatış endikasyonlarının iyi belirlenmesi ile bu uzayan randevu sürelerinin kısılacağı öngörülmektedir. Kurum kalite birimi tarafından yatan hastalara uygulanan memnuniyet anket raporlarından; özellikle doktor ve hemşirelerin davranışlarının kibar ve saygılı olduğu, doktorların hastalara yeterli bilgi verdiği ve zaman ayırdığı, hemşirelerinde yapacakları işlemlerle ilgili

bilgi verdiği sonuçları çıkmıştır. Bu da kurum çalışanlarının kaliteli hizmet verdiği sonucunu doğurur.

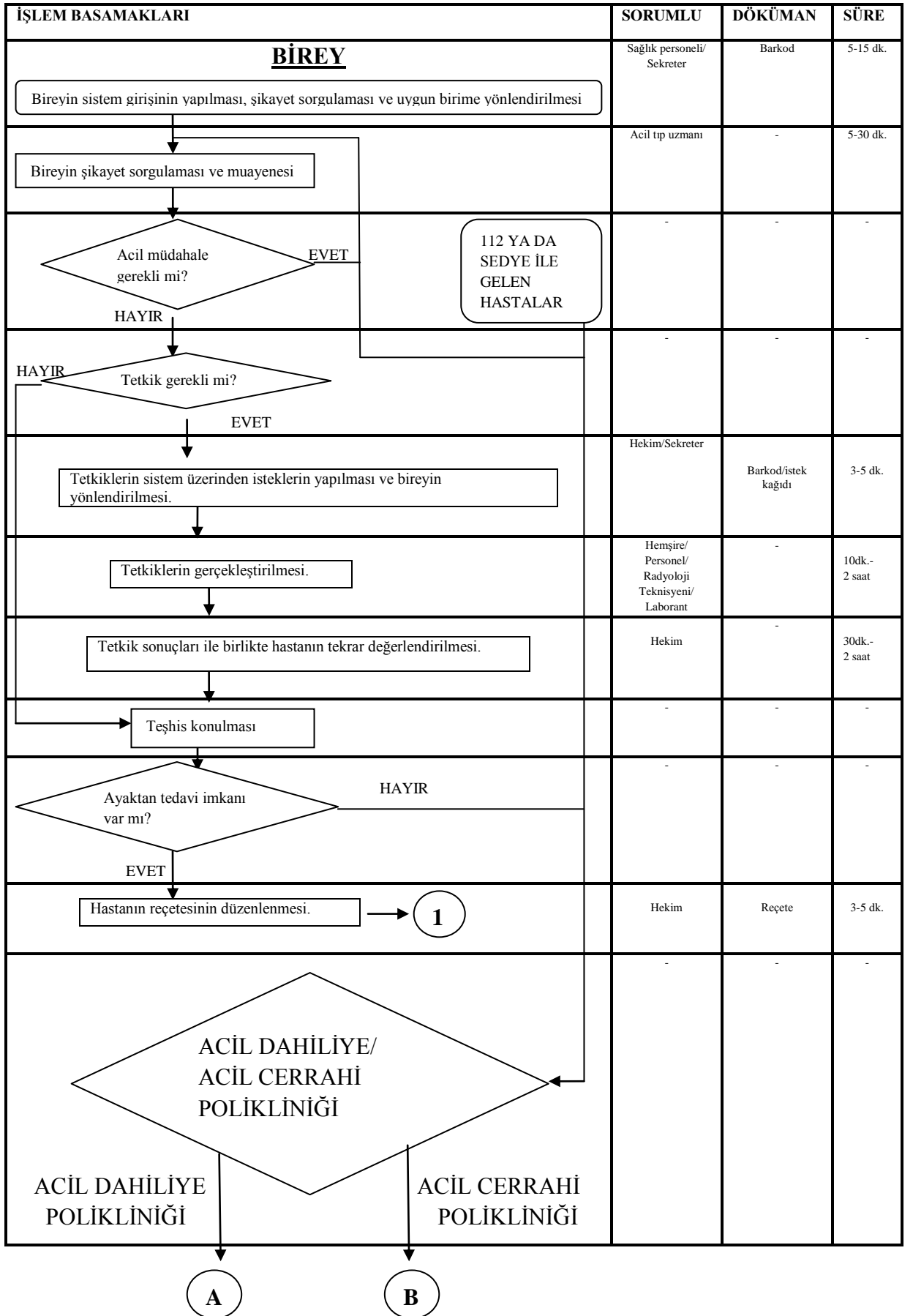
Kurumda görülen genel hasta memnuniyetinin yüksek olmasına karşılık çalışan memnuniyet düzeyinin oldukça düşük olduğu göze çarpmaktadır. Tablo 5.2 de gösterildiği gibi genel hasta memnuniyet düzeyi 95 iken, çalışan memnuniyet düzeyi 64 olarak çıkmıştır. Kurum çalışanlarının en az %50 sine (791 kişi) uygulanan bu anketler sonucunda en düşük oran “yönetim tarafından çalışanları ödüllendirme (teşekkür yazıları, ek ödeme, ilave puan vb.) mekanizmalarının işletilmesi” nde görülmüştür. Hizmet üretim kalitesi kavramları arasında bulunan ve yine süreç yaklaşım modellerinde de etkin rol oynayan çalışan motivasyonu, iş tatmini ve bunlara bağlı olarak performans sonuçları da kurumun tüm hizmet üretim sürecini etkilemektedir. Bu bilgiler doğrultusunda kurum yönetiminin öncelikle ödüllendirme mekanizmalarını devreye sokup, daha etkili kullanması ve çalışanın memnuniyet ve motivasyonunu arttırması gerekmektedir.

Şekil 5.2’de oluşturulan genel acil servis iş akış diyagramında süreç bireyin triyaj bölümüne başvurusu ile ya da danışma bölümüne başvurusu, buradaki sekreter tarafından sistem girişinin yapılıp, muayene barkodunun çıkarılması ve triyajda bulunan Acil Tıp Uzmanına yönlendirilmesi ile başlıyor. Genel acil serviste uygulanan triyaj uygulamasının acil tıp uzmanı sayısının yetersizliğinden dolayı sadece gündüz mesaisiyle (08-17) sınırlı kalması hizmet sürecinde görülen en önemli sorunlardan biridir. Yönetimin yeterli acil tıp uzmanını kadrosuna dahil etme çalışmaları kamu kurumu olması sebebiyle oldukça yavaş ilerlemektedir. Yönetim Sağlık Bakanlığı’nın da desteğiyle 24 saat triyaj uygulamasına geçilmesi için gerekli çalışmalarını sürdürmektedir.

Acil serviste süreç bireyin doğrudan triyaja başvurusu ile başlamış ise Acil Tıp Uzmanı hastanın ilk değerlendirmesini yapmakta ancak bu birimde sekreter bulunmadığı için hastanın otomasyon sistem kaydı danışma birimindeki sekretere yönlendirilerek yaptırılmaktadır. Bu da süreçte aksamalara yol açabilmektedir. Yine sürecin başlangıç kısmında hasta ambulans ya da sedye ile gelmiş ise triyaja hiç girmeden ilgili bölümün acil polikliniğindeki Acil Tıp Uzmanı tarafından değerlendirilmeye alınmaktadır. Acil polikliniklerin kendi bünyesinde bulunan

sekreterler acil hasta için çok önemli olan zamanın etkin ve doğru kullanılmasında ciddi rol oynamaktadır. Buna rağmen acil serviste uygulanan hasta memnuniyet anketlerinde “çok beklemeden muayene oldum” ifadesinden alınan cevap sonuçlarının düşük olduğu göze çarpmaktadır. Kurumda 24 saatlik triyaj uygulamasına geçilmesi ile bu oranın yukarı çekileceği öngörülmektedir. Triage uygulamasının hizmet üretimine kattığı yararların en önemlisi ilk muayene/acil cerrahi/acil dahiliye polikliniklerindeki gereksiz kalabalığın önlenmesi ile gerçekten acil müdahaleye ihtiyacı olan hastaların daha kısa sürede hizmet almasını sağlamasıdır. Kurumunda bu durumun bilincinde olduğu ve uygulamada yaşanan eksikliklerin üzerinde ivedilikle durduğu görülmüştür. Acil servisteki hizmet üretim süreci ve hizmet üreticilerine ait “akış diyagramı” şekil 5.2’de verilmişti. Mevcut iş akış diyagramından ve memnuniyet anket sonuçlarından yola çıkarak, sürecin daha verimli ve hızlı işleyebilmesi için çözüm önerileri geliştirilmiştir. Bu öneriler doğrultusunda, yeniden yapılandırılarak hazırlanan akış diyagramı Şekil 5.3’de gösterilmektedir.

Şekil 5.3. Akış Diyagramı 3



Şekil 5.2 deki akış diyagramında ilk göze çarpan, sürecin başlangıç basamağındaki karmaşadır. Bu karışıklık acil hasta memnuniyet anket sonuçlarına da yansımıştır. Yeni düzenlenen akış diyagramında (Şekil 5.3) bireyin başvuru ve ilk değerlendirilme noktası oluşturulmuş ve burada triyaj eğitimi almış bir sağlık personeli görevlendirilmiştir. Tezin teorik kısmında da bahsedildiği gibi, acil servise başvuran tüm hastaların triyaj işlemleri en kısa sürede tamamlanmalı ve bunu takiben tıbbi durumları dikkate alınarak tanı ve tedavi işlemleri için sıraya konulmalı ve triyaj koduna uygun olan alan veya birimlere alınmalıdırlar. Şekil 5.3’ de sürecin en başına eklenen basamak ile sistemde var olan işleyişin daha verimli ve amaca yönelik sonuç vermesi için sürecin akışında değişiklik oluşturulmuştur. Bu tam anlamıyla triyaj hizmeti verilmesi içinde gereklidir. Böylelikle acil muayene, tıbbi müdahale ve tedavi gerektiren kritik hastalar ile durumu acil ve kritik olmayan ya da ayaktan tedavi olabilecek hastalar baştan ayrılarak verilen hizmetin hızı, kalitesi ve etkinliği arttırılmış olacaktır. Ayrıca yine bu bölümde görevlendirilecek sekreterde acil hasta için çok önemli olan zamanın doğru kullanılmasında ciddi rol oynayacaktır. Tüm bu öneriler doğrultusunda yeni sürecin uygulanması sonucunda, daha öncede bahsedilen acil hasta memnuniyet düzeylerinde artış olacağı öngörülmektedir.

Yine anket sonuçları ile alınan geribildirimlerde temizliğin yetersiz olduğu görülmüştür. Bu verilere dayanarak temizlik personellerinin organize olarak çalıştırılması ve eğitimlerinin aksatılmadan devam ettirilmesi gerekliliği ortaya çıkmaktadır. Kurum genelinde birimler arasında farklılık göstermekle birlikte çalışan hizmetli personel sayısının yetersiz olmasından dolayı, hasta bakıcı ve temizlik elemanı olarak ayrılabilmesi ve mevcut personelin ihtiyaç olan görevi üstlendiği görülmektedir. Bu durumdan kaynaklanan sorunların çözümü noktasında hizmetli personelin hasta bakıcı ve temizlik personeli olarak ayrı ayrı görevlendirilmesi ve görev tanımlarının bu doğrultuda oluşturulması gerekmektedir. Hizmetli personel eğitimlerinin de bölüm ve branşına uygun olarak düzenlenmesi doğru olacaktır. Tezin teorik kısmında da bahsedildiği gibi, özellikli birimlerde çalışacak personel hizmetin hedefleri, çalışma standartları, görev, yetki ve sorumlulukları konusunda hizmet öncesi resmi bir eğitim programına alınmalı, hizmet sırasında sürekli izlenmeli ve sonuçlar periyodik olarak değerlendirilmelidir. Ayrıca Genel Acil Serviste uygulanan hasta karşılama personellerinin yanı sıra kurum genelinde taşıyıcı personel sisteminin

geliştirilmesi hizmet kalitesi ve sürekliliği açısından uygun olacaktır. Mevcut sistemde hastanın klinik dışına (görüntüleme merkezi, konsültasyon vb.)götürülmesi gerektiğinde, klinikte görevli personelin bulunduğu yerden ayrılması orada süregelen görevinin kesintiye uğraması ve aksaması neticesini doğurmaktadır. Söz konusu taşıyıcı personel hizmetlerinin geliştirilmesi ile klinikteki hizmetin sürekliliği sağlanmış olacak ve yine hastanın da işlemler sırasında sürekli yanında bulunabilecek personel ile güvenliği arttırılmış olacaktır.

Tezin teorik içeriğinde ayrıntılı olarak ele alınan süreç yönetimi kapsamında, model olarak belirlenen kamu hastanesinde süreçlerin bugün nasıl çalıştığını anlamak ve iyileştirmeler için yol gösterici olmak amacıyla, kurumun iki önemli biriminin süreci değerlendirilmiş, çalışan ve hastaların belirlenen ihtiyaçları doğrultusunda iyileştirme önerilerinde bulunulmuştur. Önerilerin uygulamaya geçirilmesi ve etkinliğinin değerlendirilmesi sonraki çalışmalar için yol gösterici niteliği taşımaktadır.

Yaşam süresinin uzaması, yoğun rekabet ortamı, gelişen ve değişen teknolojiler, kamu hastanelerinden beklentileri arttırmış ve farklılaştırmıştır. Bu doğrultuda kamu hastanelerinin de faaliyetlerinin daha esnek, hızlı ve etkin hale gelmesi gerekmektedir. Aynı zamanda kaliteli hizmet kapsamında farklılaşan beklentilere cevap verebilmeli, çalışan ve müşteri memnuniyetini göz önünde bulundurmalıdır. Tüm bu bilgiler ışığında kamu hastaneleri; yeniliklere uyum sağlamak ve toplumsal beklentilere cevap verebilmek için sağlık hizmetlerinde de üretim ve süreç yönetimini uygulamaya geçirmek durumundadır.



## KAYNAKÇA

- Aban, S. (1996). *Hastanelerde Acil Durumlarla Baş Etmede Hemşirenin Sorumlulukları*. Hemşirelik Hizmetleri Yönetimi El Kitabı. İstanbul: Vehbi Koç Vakfı Yayınları.
- Acar, N. (1995). *Üretim Planlaması Yöntem ve Uygulamaları*. Ankara: MPM Yayınları.
- Ak, B. (1990). *Hastane Yöneticiliği*. Ankara: Özkan Matbaacılık
- Akalın, E. (2004). Hasta Güvenliği Kültürü: Nasıl Geliştirebiliriz?, *ANKEM Dergisi*, (18), 12-13.
- Akalın, G. (1981). *Kamu Ekonomisi*. Ankara.
- Akar, Ç. ve Özalp, H. (2002). *Sağlık Hizmetlerinde Yönetim*. Ankara.
- Akdoğan, A. (2002). *Kamu Maliyesi*. Ankara.
- Akdur, R. (2000). Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Avrupa Topluluğu Ülkeleri ile Kıyaslanması, Ankara: Ankara Üniversitesi Basımevi.
- Akdur, R. (2003). *Sağlık Sektörü Temel Kavramlar, Türkiye ve Avrupa Birliğinde Durum ve Türkiye’nin Birliğe Uyumu*. Ankara: Ankara Üniversitesi Basımevi.
- Akgeyik, T., (1998). *Stratejik Üretim Yönetimi*. İstanbul: Sistem Yayıncılık.
- Akıncı, Z. (2002). Turizm Sektöründe İşgören İş Tatminini Etkileyen Faktörler: Beş Yıldızlı Konaklama İşletmelerinde Bir Uygulama, *Akdeniz Üniversitesi I.I.B.F. Dergisi*, (4).

- Aksaraylı, M. ve Devebakan, N. (2003). Sağlık İşletmelerinde Algılanan Hizmet Kalitesinin Ölçümünde Servqual Skorlarının Kullanımı Ve Özel Altınordu Hastanesi Uygulaması, *Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 5(1), 38-49.
- Aksu, A. M. (2008). Süreç Yönetiminin İş Odaklı Sistemlerden Gelişme Odaklı Sistemlere Geçişteki Yeri, 12.06.2012, <http://baybul.com/.../249713-odakli-sistemden-gelisme-odakli-sisteme.html>.
- Aktan, C. C. (1999). Yeni Yönetim Tekniklerinin Kamu Yönetiminde Uygulanması, *Türk İdare Dergisi*, (425), 1.
- Altı Sigma Danışmanlık. (2003). *6 Sigma Mükemmellik Modeli (Nedir?)*. Ankara: O.D.T.Ü. Kampüsü Teknokent İkizler Binası.
- Arıcı, K. (1999). *İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği*. (Akt. Z. Sabuncuoğlu), (2000). *İnsan Kaynakları Yönetimi*. Bursa: Ezgi Kitabevi Yayınları.
- Arlı, M. ve Ersoy A. (2000). *Ailede Ekonomik Faaliyetler*. Ankara: Irmak Yayıncılık.
- Aslan, D., Boztaş, G., Kılıç, E., Öztürk, İ., Erkan, K., Günbey, L., Balcı, M. ve Akın, L. (2004). Bir Spor Merkezine Kayıtlı Olan Kadınların Sağlık-Hastalık Kavramları İle İlgili Görüşleri Ve Sağlık Arama Davranışlarını Etkileyen Faktörler, *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 13(2), 30-38,
- Aslan, Ö. ve Ünal, Ç. (2005). Cerrahi Yoğun Bakım Ünitesinde Parenteral İlaç Uygulama Hataları, *Gülhane Tıp Dergisi*, (47), 175-178.
- Aslan, Ş. ve Sezgin, M. (2008). Selçuk Burak Haşiloğlu Özel Sağlık Kuruluşlarında Müşteri Memnuniyeti Ve Memnuniyeti Oluşturan Unsurların Araştırılması, *Muğla Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, (20).
- Ateş, M. (2011). *Sağlık İşletmeciliği*. İstanbul: Beta Basım Yayın.

- Ay, F. A. ve Karakaya, A. (2007). Çalışanların Motivasyonunu Etkileyen Faktörler: Sağlık Çalışanlarına Yönelik Bir Araştırma, *C.Ü. Sosyal Bilimler Dergisi*, 31.
- Aydın, B. (2007). Hasta Güvenliği Bülteni, *Hasta Güvenliği Derneği Yayını*, (1)
- Aytaç, T. (2000). Hizmet İçi Eğitim Kavramı ve Uygulamada Karşılaşılan Sorunlar, *Milli Eğitim Dergisi*, (147).
- Bayram, D. (2003). *Süreç Yönetimi ve Jantaş A.Ş.'de Uygulaması*. Bitirme Projesi, E.Ü.Müh.Fak.End.Müh.Bölümü.
- Bezirci, G. (1991). Hizmet İşletmelerinde Süreç iyileştirme Ve Bir Uygulama. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İ. T. Ü. Fen Bilimleri Enstitüsü
- Bilgetekin, B. (1991). *Sağlık Sisteminde Eczacının Rolü*. Ankara: T.E.B. Ankara Eczacı Odası Bülteni.
- Bingöl, D. (2003). *İnsan Kaynakları Yönetimi*. 5.Basım. İstanbul:Beta Yayıncılık.
- Bircan, H. ve Baycan, S. (2004). Sağlık Sektöründe Verimlilik ve Kalite Sistemi: Cumhuriyet Üniversitesi Hastanesi Örneği, *C.Ü. Sosyal Bilimler Dergisi*, 28.
- Bozkurt, R. (2003). *Süreç İyileştirme*. 3. Baskı. Ankara: MPM Yayınları No: 661.
- Bulutoğlu, K. (2003). *Kamu Ekonomisine Giriş*. İstanbul: Yapı kredi Yayınları.
- Can, H. (1992). *Organizasyon ve Yönetim*. 2.Baskı. Ankara: Adım Yayıncılık.
- Cesur, N. (2004). İşletmelerde Yeni İlke: Yalın Üretim, *Verimlilik Dergisi*, (28).
- Ceylan, F. (2010). *Tıbbi Sekreterlik Semineri*. Bursa: Uludağ Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Müdürlüğü.

- Çalışkan, F. (2001). *Üretim Planlaması*. Kayseri: Erciyes Üniversitesi İ.İ.B F.Yayımları.
- Çetin, O. ve Altuğ, N. (2005). *Çevik Üretim*. V. Ulusal Üretim Araştırmaları Sempozyumu, İstanbul Ticaret Üniversitesi, 25-27 Kasım 2005, s.301-306.
- Çetin, C., Akın, B. ve Erol, V. (2001). *Toplam Kalite Yönetimi ve Kalite Güvence Sistemi*. 2. Baskı. İstanbul: Beta Yayıncılık.
- D.Z.K.K. (2005). *Deniz Kuvvetleri Komutanlığı Süreç Yönetimi Kılavuzu (DKKL 380-2)*, Ankara.
- Demiral, Y. (2006). Sağlık Çalışanlarında İş Gerilimi, İş Doyumu ve Mesleksel Riskler, *TTB Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi*.
- Demircioğlu, M. ve Centel, T. (1999). *İş Hukuku*. 7.Baskı. İstanbul: Beta Yayınları.
- Diken, A. (1998). *Sanayi ve Hizmet İşletmelerinde Toplam Kalite Yönetimi*. Konya: Konya Ticaret Odası Yönetici Eğitim Merkezi: 8.
- Dinçer, Ö. ve Yahya, K. (2009). *İşletme Yönetimine Giriş*. 7 Baskı. İstanbul: Alfa Yayınları.
- Doğan, Ö. İ., Topoyan, M. ve Tütüncü, Ö. (2004). *Süreçlerle Yönetim ve Bir Hizmet İşletmesi Uygulaması*. Selçuk Üniversitesi IV. Ulusal Üretim Araştırmaları Sempozyumu Bildiriler, Konya.
- Doğan, Ş. (1995). *Bilinçsizlik ve Diğer Nedenlerle Yatağa Bağımlı Hastalarda Hemşirelik Girişimlerinin İncelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi, G.A.T.A.
- Doktor Nedir?, 16.06.2012, <http://doktor.nedir.com/>.
- Doktor Nedir?, 16.06.2012, [http://www.doktorumonline.net/mid/Articles/id/280/Doktor\\_nedir\\_doktor\\_nedemektir.htm](http://www.doktorumonline.net/mid/Articles/id/280/Doktor_nedir_doktor_nedemektir.htm).

- Dursun, Y. ve Çerçi, M. (2004). Algılanan Sağlık Hizmeti Kalitesi, Algılanan Değer, Hasta Tatmini ve Davranışsal Niyet İlişkileri Üzerine Bir Araştırma, *Erciyes Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*.
- Dünder, S., Özutku, H. ve Taşpınar, F. (2007). İçsel Ve Dışsal Motivasyon Araçlarının İşgörenlerin Motivasyonu Üzerindeki Etkisi: Ampirik Bir İnceleme, *Gazi Üniversitesi Ticaret Ve Turizm Eğitim Fakültesi Dergisi*, (2), 105-119.
- Ecer, F. Demir, Y. ve Uslu, S. (2002). Sağlık Sektöründe Toplam Kalite Yönetimi Uygulanabilirliği Üzerine Bir Araştırma, *Standard Dergisi*, (490), 66.
- Egermayer, F. (1988). Pareto Analysis in Incoming Inspection At Verdor, *Quality, European Organization for Quality Control*, June.
- Erigüç, G. ve Yıldırım, Y. (2001). Değer Algı Uyumsuzluğu Modeline Göre Hastane Yöneticilerinin İş Doyumu ve Görevden Ayrılma İle İlgili Düşünceleri, *Amme İdaresi Dergisi*, 34(4), 183-204.
- Erkmen, T. (1973). *Sağlık Hizmetlerinde Verimlilik Kavramı Üzerine Deneme*. Ankara: DPT Yayınları.
- Erkut, H. (1997). *Yönetim Bilimlerine Giriş Ders Notları*.
- Erkut, H. (1998). *Süreçlerle Yönetim*. Anadolu Yıldızı Eğitim Merkezi Yayın, No:2.
- Eyüboğlu, F. Süreçlerin Belirlenmesi ve Tanımlanması, 15.06.2012, <http://www.filizeyuboglu.com/yazi4.html>.
- Fidanboy, C. Ö. ISO 9000:2000 ve Proses Performans Ölçümleri, 15.06.2012, [www.danismend.com/konular/kaliteyon/kltproses-performans-olcumleri.htm](http://www.danismend.com/konular/kaliteyon/kltproses-performans-olcumleri.htm).

Gaziantep Üniversitesi. (2012). Kalite Araçları. 18.06.2012. [http://www1.gantep.edu.tr/~dalgic/TKY/TKY14.htm#\\_KONTROL\\_%C3%87%C4%B0ZELGES%C4%B0](http://www1.gantep.edu.tr/~dalgic/TKY/TKY14.htm#_KONTROL_%C3%87%C4%B0ZELGES%C4%B0) (28.06.2012).

Gökşen, Y. (2008). *İş Süreçlerinin Etkinliğinde ve İnsan Gücü Planlamasında Bilişim Sistemlerinin Rolü*. İzmir: Atın Nokta Yayınları.

Gözübüyük, A. Ş. (2001). *Türkiye'nin Yönetim Yapısı*. 7. Baskı. Ankara: Turhan Kitabevi.

Gürdal, K. (2007). *Maliyet Yönetiminde Güncel Yaklaşımlar*. Ankara: Siyasal Kitabevi.

Gürsoy, H. ve Büyükbaş, N. (2002). *Eğitimde Toplam Kalite Yönetimi*. Ankara: ABC Matbaacılık.

Hacıhasanoğlu, I. (1990). *Genel Hastanelerde Bir kapasite Belirleme Yöntemi*. İstanbul: İstanbul Teknik Üniversitesi Mimarlık Fakültesi Baskı Atölyesi

Halis, M. (2000). *Paradigmadan Uygulamaya Toplam Kalite Yönetimi ve ISO-9000 Kalite Güvence Sistemleri ve ISO-9002 Kalite Belgesi Çalışmalar*, İstanbul.

Hayran, O. (1997). *Sağlık Hizmetleri*. (Ed. O. Hayran ve H. Sur), *Hastane Yöneticiliği*, İstanbul.

Ishikawa, K. (1982). *Guide Quality Control*. 2. Edt. Asian Productivity Organization.

Karabeyoğlu, Y. (2007). *Toplam Kalite Yönetimi*", *Hastane Süreçleri*, Editör: İ. Teoman Benli, *Bir Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi İçin Toplam Kalite ve Süreç Modelleri Projesi*. Ankara: Rekmay Yayıncılık.

Karahan, K. (2000). *Hizmet Pazarlaması*. İstanbul: Beta Yayınları.

- Karalar, R. (1998). *İşletme, Temel Bilgiler, İşlevler*. Düzeltilmiş 7. Baskı. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayınları.
- Kavuncubaşı, Ş. (2000). *Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi*. Ankara: Siyasal Kitapevi.
- Kesgin, C. ve Toğuzoğlu, A. (2006). Sağlıkın Tanımı Başa Çıkma, *Journal of Istanbul Kültür University*, 3, 47-49.
- Klinik Nedir?, 16.06.2012, <http://www.hastane.com.tr/klinik-Nedir.html>.
- Koçel, T. (2003). *İşletme Yöneticiliği*. 9.Baskı. İstanbul: Beta Yayınları.
- Kotler, P. (2001). *Kotler ve Pazarlama*. İstanbul: Sistem Yayıncılık.
- Köksal, G. (2001). *Problem Çözme Yöntemleri*. Ortadoğu Teknik Üniversitesi Eğitimde Toplam Kalite Yönetimi Semineri. Yalova. Haziran.
- Kurtulmuş, S. (1996). *Sağlık Ekonomisi*. İstanbul.
- Kurtulmuş, S. (1998). *Sağlık Ekonomisi ve Hastane Yönetimi*. İstanbul: Değişim Dinamikleri Yayınları.
- Kürkçü, H. (2005), Süreç ve Sistem Yaklaşımına İnsan Kaynakları Yönetim Penceresinden Bir Bakış, *Mess Yayınları*, (39), 123.
- Lovelock, C. (1992). *Managing Services, Marketing, Operations and Human Resources*. New Jersey: Prentice Hall.
- Marmot, M. and Wilkinson, R. (1999). *Social Determinants of Health*. Oxford: Oxford University.

- Mortan, K. (1980). *Sağlık Ekonomisi Metodolojisi: Etkinlik Finansman ve Türkiye Örneğinde Uygulamalı Bir Çalışma*. Yayınlanmamış Doktora Tezi, İ.Ü Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Mucuk, İ. (2000). *Modern İşletmecilik*. İstanbul: Türkmen Kitabevi.
- Mucuk, İ. (2004). *Pazarlama İlkeleri*. İstanbul: Türkmen Kitabevi.
- Mucuk, İ. (2008). *Modern İşletmecilik*. Türkmen Kitabevi, 16. Basım. İstanbul: Türkmen Kitabevi.
- Okur, A. R. (1992). *Sağlık Hakkı ve Sağlık Sigortaları*. İstanbul.
- Okur, A.Ş. (1997). *Yalın Üretim-2000’li Yıllara Doğru Türkiye Sanayii İçin Yapılanma Modeli, Söz Yayın*.
- Öcel, N. (1998). *Hasta Odalarında Enerji Tasarrufu Öngörülerek Aydınlatma Sisteminin Belirlenme*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İ.T. Ü. Fen Bilimleri Enstitüsü.
- Öçer, A. (2001). *Müşteri Memnuniyeti, Pazarlama Dünyası, (2)*.
- Örs, H. (2007). *Hizmet Pazarlama Etkinliği ve Kalite*. Ankara: Gazi Kitabevi.
- Özdemir Tavlan, Ş. (2001). *Sağlık Sektöründe Kalite ve Toplam Kalite Yönetimi*. Basılmamış Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Özgener, Ş. ve Küçük, F. (2008). *Hastanelerde Modern Yönetim Felsefesinin Verimliliğe Etkisi: Gevher Nesibe Hastanesinde Bir Uygulama*, 17.06.2012, [www.sosyalbil.selcuk.edu.tr/.../ÖZGENER,%20ŞEVKİ%20VD..pdf](http://www.sosyalbil.selcuk.edu.tr/.../ÖZGENER,%20ŞEVKİ%20VD..pdf).



- Özkan, Ö. (2005). *Hastanede Çalışan Hemşirelerin İş ve Çalışma Ortamı Tehlike Ve Riskleri İle Risk Algılarının Saptanması*. Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Özkan-Belet, N. H. (1997). *Teknolojik Yeterlilik (Yetkinlik) ve Üretim Sistemlerindeki Değişimin Yeni Boyutu*, 3. Verimlilik Kongresi, MPM 599, Ankara.
- Özkan, M. (2012). Süreç Yönetimine Giriş, 17.06.2012, <http://www.danismend.com/kategori/altkategori/surec-yonetimine-giris/>.
- Özsarı, H. (1994). *Sağlık Hizmetlerinde Kalite Güvencesi ve Maliyet Etkililik, Sağlık Hizmetlerinde Değişen Anlayış ve Politikalar Sempozyumu, Sağlık Sektöründe Toplam Kalite Yönetiminin Yeri*, (Edt: M. Çoruh), Ankara: Haberal Eğitim Vakfı.
- Öztek, Z. ve Saat, Z. (1987). *Sağlık Hizmetlerinde Denetim*. Ankara: Sağlık Bakanlığı Sağlık Eğitim Genel Müdürlüğü Yayını.
- Öztürk, A. (2003). *Hizmet Pazarlaması*. 7. Basım. Eskişehir: Ekin Basım Yayın Dağıtım.
- Öztürk, A. (2007). *Hizmet Pazarlaması*, Bursa: Ekin Yayınevi.
- Öztürk, A. ve Özdemir, F. (2003). İşletmelerde Personel Güçlendirmeye Dayalı İş Doyumunun Arttırılması, *Atatürk Üniversitesi, İ.İ.B.Dergisi*, 17, 1-2.
- Pehlivan, A. İ. (2002). *Yöneltil Mesleki ve Örgütsel Etik*. 3.Baskı. Ankara: Pegem A Yayınları.
- Radyoloji Sorumlusu Görevleri, 16.06.2012, <http://www.gemlikdh.gov.tr/user/files/file/G%C3%B6rev%20Tan%C4%B1mlar%C4%B1/GT%2068%20Radyoloji%20Sorumlu%20Teknisyeni%20%20G%C3%B6rev%20Tan%C4%B1m%C4%B1.pdf>.

Resmi Gazete. 05-05-2005 tarihli ve 25806 sayılı Madde 8, Madde 16.

<http://www.saglik.gov.tr/TR/dosya/1-52621/h/acilteblig.htm>

Resmi Gazete. 11.02.2000 tarih ve 24046 sayılı Resmi Gazete’de yayınlanan Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği.

Resmi Gazete. Sayı:10705 Yayın Tarihi: 12.01.1961.

Resmi Gazete. (2009). 16 Ekim 2009 tarihli ve 27378 sayılı Tebliğ.

Saltık, A. (1995). Sağlık Ekonomisinde Yeni Kavramlar, *Toplum ve Hekim*, Temmuz-Ağustos, 10(8).

Seçim, H. (1991). *Hastane Yönetim ve Organizasyonu*. İstanbul: İşletme Fakültesi Yayını.

Sevim, Ş., Akdemir, A. ve Vatansever, K. (2008). Lojistik Faaliyetlerinde Dış Kaynak Kullanan İşletmelerin Aldıkları Hizmetlerin Kalitesinin Değerlendirilmesine Yönelik Bir İnceleme, *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, XIII.

Seyran, D. (2004). *Hizmet Kalitesi Modeller ve Hizmet Kalitesine Yeni Bir Bakış Açısı*. İstanbul: Kalder Yayınları.

Soyak, M. (2005). Hizmet Sektöründe Kalite Ölçülebilir Mi?, *Sykonsept*, (5), 4.

Sur, H. ve Söylemez, D. (2002). *SSK Göztepe Eğitim Hastanesi’nde Çalışan Personelin İş Doyumunun Değerlendirilmesi*, 5. Ulusal Sağlık Kuruluşları ve Hastane Yönetimi Sempozyumu, Eskişehir.

Şenatalar, B. (2003). Sağlık Ekonomisine Genel Bir Bakış, *C. Ü. Tıp Fakültesi Dergisi*, 25 (4).

Şener, O. (1996). *Kamu Ekonomisi*. İstanbul: Beta Yayınları.

Şeşen, B. ve Yeltekin, A. (2007). Kurumsal Kaynak Planlaması İle Üretim Sistemi Arasındaki Bilgi Alış Verişi. 17.06.2012, [http://www.estenerji.com/flash/197\\_Bildiri.pdf](http://www.estenerji.com/flash/197_Bildiri.pdf).

Şimşek, M.S. (1999). *Yönetim ve Organizasyon*. 5.Baskı. Ankara: Nobel Yayın Dağıtım.

Tak, B. Hastanelerde Hasta Güvenliğini Tehdit Eden Olayların Raporlanması: Türkiye, Azerbaycan, Bosna, Arnavutluk, Lübnan Ve Suriye'yi Kapsayan Karşılaştırmalı Bir Araştırma, Uludağ Üniversitesi, 17.06.2012, [www.performans.saglik.gov.tr/content/files/duyurular.../069.pdf](http://www.performans.saglik.gov.tr/content/files/duyurular.../069.pdf).

Taymaz, H. (1997). *Hizmetiçi Eğitim*. Ankara: TAKAV Matbaası.

Tekeli, H. (2001). *Turizm Pazarlaması ve Planlaması*. Ankara: Detay Yayıncılık.

Tekin, F. (1987). Türkiye'de Sağlık Hizmetleri ve Finansmanı, *Eskişehir Anadolu Üniversitesi İ.İ.B.F. Dergisi*, 5(1).

TMMOB Makine Mühendisleri Odası. (2003). Haberler, 2.İş Sağlığı Ve Güvenliği Kongresi Sonuç Bildirgesi, *Mühendis ve Makine Dergisi*, (520).

Tokat, M. (1998). *Türkiye Sağlık Harcamaları ve Finansmanı*. Ankara: Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü.

Tokol, T. (1998). *Pazarlama Yönetimi*. 8. Baskı. Bursa: Vipaş Yayınları,

Tortop, N. (1971). *Personel Yönetimi*. Ankara.

Tunçer, M. ve Ergunda İ. (2005). Müşteri Odaklılık. 18.06.2012, [http://www.danismend.com/konular/pazarlamayon/paz\\_musteri\\_odaklilik.htm](http://www.danismend.com/konular/pazarlamayon/paz_musteri_odaklilik.htm).

Tutum, C. (1976). *Personel Yönetimi*. Ankara:TODAİE.

Tür, G. ve Durmuşoğlu, H. (1994). *Veri Toplam ve Analiz Etme*, Sağlık Hizmetlerinde Değişen Anlayış ve Politikalar Sempozyumu, Sağlık Sektöründe Toplam Kalite Yönetiminin Yeri, Ed. M. Çoruh, Ankara: Haberal Eğitim Vakfı.

Türk Tabipleri Birliği, 16.06.2012, <http://www.ttb.org.tr>.

Türk, Z. (2009). Denetim Firmalarının Sunduğu Hizmet Kalitesi, Müşteri Tatmini ve Sadakati: Servperf Ölçeği, *Ç.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, XVIII, 400–401.

Tütüncü, Ö. ve Küçükusta D. (2006). Toplam Kalite Yönetimi Kapsamında Hasta Güvenliği ve Akreditasyon: Tıbbi Laboratuvarlar Değerlendirmesi, *DEU Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 8(4).

Tüzüner, V. L. ve Özasan, B. Ö. (2011). Hastanelerde İş Sağlığı Ve Güvenliği Uygulamalarının Değerlendirilmesine Yönelik Bir Araştırma, *İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi Dergisi* 40(2), 138-154.

Üreten, S. (2002). *Üretim İşlemler Yönetimi*. İzmir: Dokuz Eylül Yayınları.

Velioğlu, P. (1982). *Hemşirelikte Yönetim*. Ankara: Metaksan Matbaacılık.

Velioğlu, P. (1983). *Hemşirelikte Bilimselleşmeye Doğru*. İstanbul: Bozok Matbaası.

Vural, G. (1999). Hemşirelikte Önderlik Davranışı ve İş Doyumu, *Modern Hastane Yönetimi*, 3(3), 14-18.

WHO. (2001). The Role of the Occupational Health Nurse in Workplace Health Management. (Eds. S. Whitaker ve B. Boguslaw), 18.06.2012, [www.who.int/entity/occupational\\_health/regions/en/](http://www.who.int/entity/occupational_health/regions/en/).

Yamak, O. (1998). *Kalite Odaklı Yönetim*. İstanbul: Panel Matbaacılık.

Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği, 13.1.1983 tarihli resmi gazete

Yeğinboy, E. Y. (1993). *Ulusal Düzeyde Sağlık İşletmelerinin Değerlendirilmesi*. Sağlık Hizmetleri ve İşletmeleri Serisi 1. İzmir: Doğruluk Matbaacılık San. Ve Tic. Ltd. Şti.

Yeşildal, N. (2005). Sağlık Hizmetlerinde İş Kazaları ve Şiddetin Değerlendirilmesi, *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 4 (5), 280.

Yılmaz, M. (2001). Sağlık Bakım Kalitesinin Bir Ölçütü: Hasta Memnuniyeti, *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 5(2), 65.

Yılmazer, A. ve Sarıaltın, H. (2011). Kobi'lerde Süreç Yönetimi Uygulamalarının İncelenmesi: Sakarya İli I.Organize Sanayi Bölgesi Örneği, *Uludağ Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, XXX(2), 155-186.

Yozgat, İ. (1984). *Osman İşletme Yönetimi*. 6. Baskı. İstanbul.

Yükselen, C. (2007). *Pazarlama*. Ankara: Detay Yayıncılık.

## EKLER

### EK 1: Acil Servis Hasta Memnuniyet Anket Formu

	<b>ACİL SERVİS HASTA MEMNUNİYET ANKETİ</b> Tarih:...../...../..... Anket No:	
---	--	---

**Kaliteli hizmet sunmayı hedefleyen hastanemizin bundan sonraki çalışmalarında yol gösterici olması açısından aşağıda yer alan soruların sizler tarafından yanıtlanması büyük önem taşımaktadır. Bu konuda göstermiş olduğunuz ilgi ve yardımlarınızdan dolayı şimdiden teşekkür eder, geçmiş olsun dileklerimizi iletiriz.**

**Başhekim**

	<b>Lütfen aşağıdaki ifadelere ilişkin görüşünüzü en iyi yansıtan cevabı daire içerisine alarak işaretleyiniz. Örnek: (1)</b>	<b>EVET</b>	<b>BİRAZ</b>	<b>HAYIR</b>
<b>1</b>	Acil serviste çok beklemeden muayene oldum.	(3)	(2)	(1)
<b>2</b>	Kayıt/kabul sırası beklediğim yer rahattı.	(3)	(2)	(1)
<b>3</b>	Tüm personel bana karşı kibar ve saygılıydı.	(3)	(2)	(1)
<b>4</b>	Tüm personel kişisel mahremiyetime (muayene edilirken varsa kapının kapanması, aradaki perde ya da paravanın çekilmesi gibi) özen gösterdi.	(3)	(2)	(1)
<b>5</b>	Beni muayene eden doktor, hastalığının nedeni konusunda bana bilgi verdi.	(3)	(2)	(1)
<b>6</b>	Bu acil servisi başkalarına tavsiye ederim.	(3)	(2)	(1)
<b>7</b>	Acil serviste hizmet aldığım süre boyunca çalışanlar beni iyi yönlendirdi.	(3)	(2)	(1)
<b>8</b>	Acil servis temizdi.	(3)	(2)	(1)
<b>9</b>	Tekrar acile gelmem gerekirse yine bu acil servisi tercih ederim.	(3)	(2)	(1)
<b>10</b>	Acil serviste verilen hizmet genel olarak iyiydi.	(3)	(2)	(1)
<b>11</b>	Hastanemize ilk başvurunuz mu?	( ) Evet	( ) Hayır	
<b>12</b>	Cinsiyetiniz?	( ) Kadın	( ) Erkek	
<b>13</b>	Doğum yılınız?			
<b>14</b>	Medeni Durumunuz	( ) Evli	( ) Bekar	
<b>15</b>	Öğrenim Durumunuz	( ) Okuryazar değil	( ) Okuryazar	( ) İlkokul / Ortaokul ve dengi okul
		( ) Üniversite ve Üstü		
<b>16</b>	Sosyal güvenceniz?	( ) SGK çalışan emekli	( ) SGK emekli	( ) Özel sağlık sigortası
		( ) Yeşil kart	( ) Sosyal güvencesi yok	( ) Diğer.....
<b>17</b>	Mesleğiniz			
<b>18</b>	<b>Varsa görüş, önerileriniz.</b>			

## EK 2: Ayaktan Hasta Memnuniyet Anket Formu

	<b>AYAKTAN HASTA MEMNUNİYET ANKETİ</b> ...../...../.....	<b>Anket No:</b>	
---	---	------------------	---

Kaliteli hizmet sunmayı hedefleyen hastanemizin bundan sonraki çalışmalarında yol gösterici olması açısından aşağıda yer alan soruların sizler tarafından yanıtlanması büyük önem taşımaktadır. Bu konuda göstermiş olduğunuz ilgi ve yardımlarınızdan dolayı şimdiden teşekkür eder, geçmiş olsun dilekelerimizi iletiriz.

**Başhekim**

	Lütfen aşağıdaki ifadelerle ilgili görüşlerinizi daire içerisine alarak işaretleyiniz. Örnek: (1)	EVET	BİRAZ	HAYIR
1	Hasta kayıt işlemleri için çok beklemedim.	(3)	(2)	(1)
2	Muayene olacağım doktoru kendim seçtim.	(3)	(2)	(1)
3	Kayıt/kabul sırası beklediğim yer rahattı.	(3)	(2)	(1)
4	Beni muayene eden doktor hastalığım konusunda bana bilgi verdi ve zaman ayırdı.	(3)	(2)	(1)
5	Beni muayene eden doktor kibar ve saygılıydı.	(3)	(2)	(1)
6	Diğer personel bana karşı kibar ve saygılıydı.	(3)	(2)	(1)
7	Tüm personel kişisel mahremiyetime (muayene edilirken varsa kapının kapanması, aradaki perde ya da paravanın çekilmesi gibi) özen gösterdi.	(3)	(2)	(1)
8	Bana yapılan tahlil/tetkikler için çok beklemedim.	(3)	(2)	(1)
9	Bu hastaneyi başkalarına öneririm.	(3)	(2)	(1)
10	Bir daha hastaneye gelmem gerekse bu hastaneyi tercih ederim.	(3)	(2)	(1)
11	Poliklinikler (muayene olduğunuz oda, bekleme alanları, tuvaletler) genel olarak temizdi.	(3)	(2)	(1)
12	Hastanede verilen hizmet genel olarak iyiydi.	(3)	(2)	(1)
13	Hastanemize ilk başvurunuz mu?	( ) Evet ( ) Hayır	17	Öğrenim Durumunuz ( ) Okuryazar değil ( ) Okuryazar ( ) İlkokul / Ortaokul ( ) Lise ve dengi okul ( ) Üniversite ve Üstü
14	Cinsiyetiniz?	( ) Kadın ( ) Erkek	18	Sosyal güvenceniz? ( ) SGK çalışan ( ) SGK emekli ( ) Yeşil kart ( ) Özel sağlık sigortası ( ) Sosyal güvencesi yok ( ) Diğer.....
15	Doğum yılınız?		19	Mesleğiniz
16	Medeni Durumunuz	( ) Evli ( ) Bekar		
20	<b>Varsa görüş, önerileriniz.</b>			

### EK 3: Yatan Hasta Memnuniyet Anket Formu

	<b>YATAN HASTA MEMNUNİYET ANKETİ</b>	
	Tarih:...../...../..... No:	Anket



**Kaliteli hizmet sunmayı hedefleyen hastanemizin bundan sonraki çalışmalarında yol gösterici olması açısından aşağıda yer alan soruların sizler tarafından yanıtlanması büyük önem taşımaktadır. Bu konuda göstermiş olduğunuz ilgi ve yardımlarınızdan dolayı şimdiden teşekkür eder, geçmiş olsun dilekelerimizi iletiriz.**

**Başhekim**

	Lütfen aşağıdaki ifadelerle ilgili görüşlerinizi daire içerisine olarak işaretleyiniz. Örnek: (1)	EVET	BİRAZ	HAYIR
1	Yattığım oda temizdi.	(3)	(2)	(1)
2	Oda sıcaklığı uygundu.	(3)	(2)	(1)
3	Yattığım oda ve çevresi gürültülü değildi.	(3)	(2)	(1)
4	Odadaki eşyalar çalışır durumdaydı (televizyon, hemşire çağı zili, lamba, yatak vb.).	(3)	(2)	(1)
5	Yemekler geldiğinde sıcaktı.	(3)	(2)	(1)
6	Yemekler lezzetliydi.	(3)	(2)	(1)
7	Doktorlar hastalığım konusunda bana bilgi verdi ve zaman ayırdı.	(3)	(2)	(1)
8	Doktorlar bana karşı kibar ve saygılıydı.	(3)	(2)	(1)
9	Hemşireler bana karşı kibar ve saygılıydı.	(3)	(2)	(1)
10	Hemşireler yapacakları işlemler (ateş-tansiyon ölçme, kan alma, ilaç verme vb.) hakkında bilgi verdiler.	(3)	(2)	(1)
11	Tüm personel kişisel mahremiyetime (muayene edilirken kapının kapanması, aradaki perde ya da paravanın çekilmesi gibi) özen gösterdi.	(3)	(2)	(1)
12	Temizlik personeli bana karşı kibar ve saygılıydı.	(3)	(2)	(1)
13	Bu hastane güvenlidir.	(3)	(2)	(1)
14	Bu hastaneyi başkalarına tavsiye ederim.	(3)	(2)	(1)
15	Hastane genel olarak temizdi.	(3)	(2)	(1)
16	Hastanede verilen hizmet genel olarak iyiydi.	(3)	(2)	(1)
17	Hastanemize ilk başvurunuz mu?	( ) Evet	( ) Hayır	
18	Cinsiyetiniz?	( ) Kadın	( ) Erkek	
19	Doğum yılınız?			
20	Medeni Durumunuz	( ) Evli	( ) Bekar	
21	Öğrenim Durumunuz	( ) Okuryazar değil Okuryazar ( ) İlkokul / Ortaokul ve dengi okul ( ) Üniversite ve Üstü	( )	( ) Lise
22	Sosyal güvenceniz?	( ) SGK çalışan emekli ( ) Yeşil kart sağlık sigortası ( ) Sosyal güvencesi yok Diğer.....	( )	( ) SGK Özel
23	Mesleğiniz			
24	<b>Varsa görüş, önerileriniz.</b>			



## EK 4: Çalışan Memnuniyeti Anket Formu

	<b>ÇALIŞAN MEMNUNİYETİ ANKETİ</b> Tarih...../...../..... Anket No:	
---	--	---

**Kaliteli hizmet sunmayı hedefleyen kurumumuzun bundan sonraki çalışmalarında yol gösterici olması açısından aşağıda yer alan soruların sizler tarafından yanıtlanması büyük önem taşımaktadır. Bu konuda göstermiş olduğunuz ilgi ve yardımlarınızdan dolayı şimdiden teşekkür ederiz.**

**Başhekim**

	Lütfen aşağıdaki ifadelere ilişkin görüşünüzü en iyi yansıtan cevabı daire içerisine alarak işaretleyiniz. Örnek: (1)	EVET	BİRAZ/BAZEN	HAYIR
1	Aldığım eğitime uygun bir bölümde çalışıyorum.	(3)	(2)	(1)
2	Çalışma ortamım ve çalışma koşullarım ile ilgili yapılacak düzenlemelerde görüşüme başvurulur.	(3)	(2)	(1)
3	Çalışma mekânım rahat çalışabileceğim biçimde düzenlenmiştir.	(3)	(2)	(1)
4	Çalıştığım bölümde kendimi güvende hissediyorum.	(3)	(2)	(1)
5	Çalıştığım bölümde çalışan güvenliğine ilişkin koruyucu tedbirler alınmaktadır.	(3)	(2)	(1)
6	Yönetim tarafından çalışanları ödüllendirme (teşekkür yazıları, ek ödeme ilave puanı, vb.) mekanizmaları işletilmektedir.	(3)	(2)	(1)
7	Yönetim, hasta ve çalışan güvenliği konusunda düzeltici ve önleyici faaliyetler yapmaktadır.	(3)	(2)	(1)
8	Yönetim, hasta ve çalışan güvenliği konusundaki aksaklıklar için ilgili personel ile birlikte çözümler üretmekte ve gerekli önlemleri almaktadır.	(3)	(2)	(1)
9	Yöneticilere sorunlarımı iletme imkânı bulurum.	(3)	(2)	(1)
10	Yönetim "Hizmet Kalite Standartları (HKS)" konusunda tüm çalışanları bilgilendirir.	(3)	(2)	(1)
11	Çalıştığım bölümün işleyişi konusunda önerilerim dikkate alınır.	(3)	(2)	(1)
12	Çalıştığım kurumdan ayrılmayı hiç düşünmem.	(3)	(2)	(1)

Lütfen sizin için uygun olan kutucuğu işaretleyiniz (x).	Evet	Hayır
13 Son 6 ay içinde fiziksel bir saldırıya uğramadım.		
14 Son 6 ay içinde bir hizmet içi eğitime katıldım.		
15 Çalıştığım bölüm ile ilgili olmak üzere, son 6 ay içinde hasta ve çalışan güvenliği (hasta kayıt ve kimlik bilgilerinin kayıt altında olması, hastaya doğru tedavi uygulanması, enfeksiyonları önleme, mahremiyet, vb.) konularında eğitim aldım.		
16 Hasta ve çalışan güvenliğini ihlal eden durumların raporlanması hakkında eğitim aldım.		

**Lütfen sizin için uygun olan kutucuğu işaretleyiniz (x)**

17	Cinsiyetiniz	( ) Kadın	( ) Erkek
18	Medeni Durumunuz	( ) Evli	( ) Bekâr
19	Mesleğiniz		
20	Bu kurumdaki toplam çalışma süreniz	( ) 0 - 1 yıl ( ) 1 - 5 yıl ( ) 5 - 10 yıl	( ) 10 - 20 yıl ( ) 20 yıl ve üzeri
21	Varsa görüş, önerileriniz.		

## ÖZGEÇMİŞ

1 Ocak 1983 tarihi, Balıkesir İli Bandırma İlçesi doğumluyum. İlk, Orta ve Liseyi yine aynı ilçede tamamladıktan sonra, Adnan Menderes Üniversitesi, Aydın Sağlık Yüksekokulu , Hemşirelik Bölümüne kaydoldum. Bu bölümden 2004 yılında mezun olduktan sonra Ege Üniversitesi Hastanesinde çalıştım.2006 yılında da İstanbul Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesinde çalışmaya başladım. Halen bu kurumda sorumlu hemşire olarak görev yapmaktayım. 2008 yılında da, Beykent Üniversitesi, Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi Bilim Dalında yüksek lisans eğitimine başladım.

Evli ve bir çocuk annesiyim.

**Aday:** NURDAN TÜRKMENDAĞ