

Hastane İşletmeciliği



Ümit şAHİN

**Bu e-kitap www.kaliteofisi.com ve www.odevsitesi.com adreslerinden ücretsiz olarak indirilebilir.

Ümit Şahin

SUNUŞ

Ülkelerin gelişmişlik göstergelerinden biri de verilen sağlık hizmetlerinin düzeyidir. Sağlık hizmetlerinin etkin bir şekilde verilmesi, sağlıklı nesillere ulaşmanın belki de tek yoludur. Sağlık hizmetlerinin verildiği yerlerden biri olan hastanelerin bu hizmetleri verebilmesi ise, hastanelerin etkin bir şekilde yönetilmesini gerektirir.

Ülkemizde hastanelerin büyük bir çoğunluğu kamuya aittir. Ancak, verilen sağlık hizmetlerinin kalitesinin ve etkinliğinin artırılması gerekmektedir. 2000' li yılların sonlarına doğru dünyada her konuda değişimler yaşanmıştır ve hastaneleri etkileyen değişimlerden en önemlisi ise "kalite" konusundaki gelişmeler olmuştur. Kendilerini yarınlara taşımak isteyen hastaneler bir yandan müşteri gereksinimleri tam olarak karşılayabilmek için gelişen teknolojiyi izlemek, diğer yandan da kaliteye bakış açılarını ve yaklaşımlarını değiştirmek zorundadır. Giderek sonsuza dek artacak olan rekabet şartları karşısında başarılı olmanın temel koşulu kuruluşlarda ISO 9000 Kalite Güvence Sistemini kurmaktır.

Kurulacak Kalite Güvence Sistemi, müşteriye sağlayacağı yararların yanında hastanelerin maliyetlerini azaltacak, verimliliği ve kalite düzeyini iyileştirecek ve rekabet gücünü de arttıracaktır.

Bu kitapta, ISO 9000 standartlar serisi tanıtılarak kalite güvencesi açıklanmış ve bir hastanede kalite güvence sistemi kurma süreci tartışılmıştır. Ayrıca, kitap hastane için gerekli olan asgari prosedür ve talimatların yer aldığı örnek bir uygulama özelliği taşımaktadır.

Kalite Güvence Sistemi kurmayı amaçlayan hastane yöneticileri bu kitapta yer alan bilgilerden önemli ölçüde yararlanarak ve gerekli gördükleri aşamalarda dış danışman firmaların desteğini alarak sistem kurma çalışmalarını yürütebilirler.

Bu kitabın hastane yöneticileri ve konu ile ilgilenen herkese yararlı olmasını diliyorum.

Yrd. Doç. Dr. Nurullah UÇKUN

Editör

ÖNSÖZ

Ülkemizde hastane işletmeciliği sektöründe gerek meslek örgütlerince gerekse de akademik düzeyde bilgi birikimi oluşturmaya yönelik çalışmalar 90' lı yıllarda Başkent Üniversitesi tarafından düzenlenen sağlık hizmetlerinde kalite sempozyumları ile yüksek bir ivme kazanmıştır. Ülkemiz sağlık hizmetleri geneli ve hastane işletmeciliği özelinde kalite odaklı yaşanan tartışmaların sonuçta odaklanacağı yada odaklanması gereken soru "en kaliteli sağlık hizmetinin üretimini sağlayan hastane organizasyon ve yönetim modeli ne olmalıdır?" sorusu olacaktır. Özellikle 1997 yılında bir özel hastane ile başlayan ISO 9001 KGS belgesi almaya yönelik çalışmalar şu an belge alan ve alma noktasına gelen kamu hastanelerinin katılımı ile kalite serüvenimiz ilginç bir mecraya doğru kaymaktadır. Yatak kapasitesi olarak hastane işletmeciliği sektörümüzün % 94' üne sahip kamu hastanelerimizden bu belgeyi alan hastanelerde ISO 9001 KGS ne getirdi sorusu şu an gerekli veri ve sonuçlar bulunmadığından dolayı yanıtlanmayı beklemektedir. Ancak, burada özellikle vurgulanması gereken nokta, ISO 9001 (veya benzeri kalite sistemlerinin) esas amacının şirketlerin kalitesini geliştirecek bir "araç" olduğu kesinlikle bir "amaç" olmadığıdır. Silva Mendes' in kelimeleriyle: Salt belge edinmek için ISO 9000' i uygulamak "*negatif bürokrasi*" yaratır. Kalite stratejisi sonucu gerçekleştirilen uygulama da bürokrasi yaratır, ancak bu *pozitif bürokrasidir*.

Ülkemiz hastane işletmeciliği sektöründe ISO 9000 KGS' nin tartışılması sonraki somut getirileri bir yana son analizde ülkemiz sağlık hizmetleri sektörünün kalibrasyon kavramı ile tanışmasına neden olmuştur. Tek başına kalibrasyon kavramı ile ISO 9000 KGS ülkemiz hastane işletmeciliği sektörü için önemli bir katkı sağlamıştır.

Bu kitabın hazırlanmasının temel amacı ülkemiz hastane işletmeciliği sektöründe kalite odaklı olarak oluşturulmaya çalışılan bilgi birikimine katkı

Ümit Şahin

sunmaktır. Bu amaçla kitabımızda ülkemizde bu alanda yayınlanmış tüm kitap, dergi ve sempozyumlara sunulmuş bildiriler incelenerek kitap içeriği ile ilgili olan düşüncelerin tümünden yararlanılmaya çalışılmıştır.

Kalite kavramı ile en önemli tanışıklığımlı sağlayan değerli hocam Sayın Prof. Dr. Sinan ÖZALP ve Prof. Dr. Hikmet SEÇİM' e lisans ve yüksek lisans eğitimimde katkıları dolayısıyla Sayın Doç. Dr. Münevver MENDERES' e; her türlü bilgi birikimini paylaşma imkanını esirgemeyen Sayın Prof. Dr. Zübeyir KILIÇ, Doç. Dr. İlhami ÜNLÜOĞLU ve Dr. Yaşar ODACIOĞLU' na, editörüm Yrd. Doç. Dr. Nurullah UÇKUN' a ve kitabın elinize ulaşmasında en önemli katkılardan birini sağlayan Selda BEKEM' e teşekkür etmeyi bir borç bilirim.

Uzm. Ümit ŞAHİN

1999- Eskişehir

usahin1965@hotmail.com 05337340307-0222 2192880-

I. BÖLÜM :

HASTANE İŞLETMECİLİĞİNDE TEMEL KAVRAMLAR

Hastanelerin Tanımı

Günümüzde toplumlara çeşitli sağlık hizmetleri sunan hastaneler, sağlık sistemimizin en önemli kuruluşlarıdır. Tıp biliminde ve teknolojisindeki gelişmelere paralel olarak hastaneler hızla değişmiş, önemleri gittikçe artmış ve devletlerin sağlık harcamalarının önemli bir bölümünü tüketen sosyo-ekonomik kurumlar haline de gelmişlerdir. Aşağıda, ortaya konuş tarihlerine göre hastanelere yönelik çeşitli tanımlar sunulmuştur.

BROWN (1961), hastanelerin, "Tedavi hizmetlerini gerçekleştirdikleri için tıbbi bir kuruluş, yönetimlerinde ekonomi kurallarının geçerli olması nedeniyle ekonomik bir işletme, doktorların ve sağlık personelinin eğitimindeki rolleri nedeniyle bir araştırma kurumu ve mesleki bir organizasyon, sosyal faydası dolayısı ile de sosyal bir kurum" niteliği taşıdıklarını savunmaktadır.

Dünya Sağlık Örgütü (1965) hastaneleri "Müşahede, teşhis, tedavi ve rehabilitasyon olmak üzere gruplandırabilecek sağlık hizmetlerini veren, hastaların uzun veya kısa süreli tedavi gördükleri yataklı kuruluşlar" olarak tanımlamaktadır.

MALCOLM (1969), hastaneler, "Hasta ve yaralıları metodlu bir biçimde tedavi eden, normal veya en iyi hale getiren, bunu başarmak için de çeşitli işletme ve iş idaresi tekniklerini kullanan en karmaşık modern birer örgüttür."

RAKICH (1972) "Günümüzün çağdaş hastaneleri, günün 24 saati etkin olmak zorunda bulunan, içinde çeşitli öğrenim, eğitim, uzmanlık, deneyim ve dünya görüşüne sahip pek çok elemanın çalıştığı, büyük ve karmaşık kuruluşlardır."

ÖZKUL (1994), "Sağlık sistemi içerisinde hastaneler, hastalıkların teşhis ve tedavisine yönelik çok çeşitli faaliyetlerin yürütüldüğü, çok sayıda,

Ümit Şahin

birbiriyle yakın ilişkide bulunan birimlerden oluşan karmaşık sosyo-ekonomik sistemlerdir.”

MENDERES (1994), hastaneler, “İnsanların en önemli ihtiyaçlarından olan sağlık hizmetlerinin karşılanması amacıyla kurulmuş sağlık hizmeti üreten işletmelerdir.”

Yukarıda sunulan tanımlardan bir çıkarsama olarak hastaneler, “Sağlık tanımı içinde yer alan hizmetleri günün 24 saati üreten karmaşık birer sosyo-ekonomik işletme” şeklinde de tanımlanabilir.

HASTANELERİN ÖRGÜTSEL AÇIDAN ÖZELLİKLERİ

Hastaneler Birer Hizmet Örgütüdür.

Örgütler farklı ölçütlere göre sınıflandırılabilirler. Blau ve Scott, biçimsel örgütleri sınıflandırırken, örgütlerden “kimlerin yararlandığını” temel ölçüt olarak almışlardır. Bu sınıflandırmada hastaneler, öncelikle müşterilerine yada ilgili halk kesimine yarar sağlayan hizmet örgütleri arasında sayılmıştır. Toplumun sağlık seviyesinin yükseltilmesine katkıda bulunma fonksiyonu düşünüldüğünde hastanelerin kamu yararına faaliyet gösteren kuruluşlar arasında yer aldığı ileri sürülebilir. Fakat hastanelerin esas kuruluş nedeni hastalara tedavi hizmeti vermek olduğu için hizmet organizasyonları arasında sayılmışlardır.

Hizmet kuruluşlarının, dolayısıyla hastanelerin en önemli özelliği hastalara verilen tedavi hizmetinin türünü, niceliğini ve kalitesini belirleme ve değerlendirme durumunda olamamalarıdır. Bu husus, hastaneleri diğer pek çok organizasyondan ayıran önemli bir özelliktir. Tüketicinin , ürünler ve hizmetler hakkında geniş ve yeterli bilgiye sahip olması pazarın etkin biçimde çalışabilmesi için gereklidir. Sağlık hizmetlerinde, tüketicilerin talep edecekleri hizmet ve ürünler konusunda bilgisiz olmaları önemli bir özelliktir. Sağlık konusu ancak uzun bir eğitim dönemi sonunda uzmanlık kazanmış

kişilerin bilebileceği karmaşıklıktadır. Asıl sorun, ürün ve hizmetin özelliklerini bilmek değil, hizmetin getirebileceği faydanın bilinmemesidir. Böylece, satın almanın getireceği riskin büyük olması sağlık hizmetleri kullanımında uzman bilgisinden yararlanmayı gerektirmektedir. Tüketici açısından sağlık hizmetlerinde yapılabilecek seçim hatası istenmeyen kötü sonuçları beraberinde getirecektir. Bu bağlamda, hastanın kendisine uygulanan tedaviyi kontrol etme olanağı olmadığından, tedavi hizmetlerinin gözetimi ve denetimi, tıbbi hizmetlerin organizasyonunda önem kazanan hususlar olmaktadır. Özellikle hasta üzerinde yapılan klinik araştırmalar, hasta açısından risk unsuru taşıdığından, bu gözetim ve denetim konusu daha da önemli hale gelmektedir. Gelişmiş ülkelerde bir hastanenin güvenilir olması, bakım hizmetlerinde kalite sağlamak ve değerlemek için oluşturduğu komitelerle ve bu komitelerin başarılı çalışmasıyla ölçülmektedir. Cerrahi vakaları inceleme, enfeksiyon kontrol, doku, ilaç kullanımını değerlendirme ve kan kullanımını değerlendirme komiteleri yukarıda bahsetmiş olduğumuz gözetim ve denetim işlevini kısmi veya bütün olarak yerine getirmektedirler.

Hizmet işletmelerinin çoğu emek yoğun işletmeler olduğu halde, hastaneler sermaye yoğun işletmelerdir. Tıp bilimindeki ve teknolojisindeki gelişmeler, belli düzeyde sağlık talebini karşılayabilmek için sunulan kapasite, büyük yatırımlar gerektirmektedir.

Hastanelerin tüm hizmet sektörü içinde de özel bir yeri vardır. Bir ülkede hastaneler, ekonomik faaliyetlere katılsın veya katılmasın, toplumun tümüne hizmet sunarlar.

Dolayısıyla tarım sektörü, imalat sektörü ve hizmet sektörlerinde çalışan işgücü hastalandığında veya herhangi bir kazaya uğradığında bu sistemden yararlanırlar.

Ümit Şahin

Hastaneler Karmaşık Yapıda Örgütlerdir.

Her toplumda rastlanan en karmaşık organizasyonlardan birisi de hastanelerdir. Hastanelerin karmaşıklığının nedenlerinden biri, hastane dışında hastaneyi etkileyen etmenlerin yani hastane çevresinin çok karmaşık oluşudur. Tüm gelişmiş modern ulusların anayasalarında yaşam ve sağlık kavramları doğuştan kazanılmış bir hak olarak yer almakta, buna paralel olarak devlet tüm yapılanması ile sağlık hizmetlerinin sunum ve denetim sürecinde yerini almaktadır.

Hastaneye gelen her hasta farklı tanı ve tedavi özellikleri gösterir. Tedavi hizmeti üreten hastaneler bu hizmetin tümünü nitelik ve nicelik açısından önceden belirleme ve değerlendirme durumunda değildirler. Bu yüzden herhangi bir an için hastaneye olan talep doğru olarak tahmin edilememektedir. Yine bu paralelde, hastaneye gelen hastanın tedavi talebinin acillik özelliği göstermesi ve reddedilemez nitelikte oluşu, gerek donanım gerekse personel açısından hastanenin her zaman kullanıma hazır tutulmasını gerektirmektedir. Bunun bir sonucu olarak, hastanede tam kapasite çalışmayan ve zarar eden servisler veya birimler kapatılmamaktadır. Bu ise hastanede fazla sayıda personel istihdamına yol açtığı gibi hastanelerin sabit maliyetlerini de yükseltmektedir.

Hastanedeki aşırı işbölümü ve uzmanlaşma, yapısal karmaşıklığa yol açan nedenlerden bir başkasıdır. Hastaneler benzer büyüklükteki örgütlerle karşılaştırıldığında, hastanelerdeki işbölümü ve uzmanlaşmanın düzeyi çok yüksektir. Bundan yaklaşık 220 yıl önce "Ulusların Refahı" adlı eserinde iş bölümünün birim maliyet üzerindeki olumlu etkilerini toplu iğne örneğiyle anlatan Adam Smith bugün yaşasaydı işbölümünün yararlarını sıralarken "hastaneler hariç" notunu düşmek zorunda kalabilirdi. Çünkü, Adam Smith' in savunduklarının aksine zorunlu olarak işbölümü arttıkça maliyetleri yükselen tek örgüt hastanelerdir. Bu olguya bir de teknolojinin hızlı değişimi

eklenince, hastane maliyetlerini etkileyen diğer tüm faktörler sabit kalsa bile yine de maliyetlerin artmasına neden olmaktadır.

Hastane görevleri; birbirinden çok farklı öğrenim, eğitim, yetenek, geçmiş yaşantılar, değerler, ihtiyaç ve fonksiyonlara sahip çok sayıda meslek elemanını bünyesinde barındıran grup tarafından yerine getirilir. Hastanede görev yapan ana gruplar yöneticiler, doktorlar, hemşireler ile genel ve özel hizmet bölümlerinde çalışan personelden oluşur. ABD' de 1970 yılında 225 farklı meslek grubunun sağlık sektöründe çalıştığı tespit edilmiştir. Yine ABD'de Department Of Labor tarafından yapılan araştırmada 800 değişik iş ünvanı saptanmıştır. Hizmet-içi eğitimle eğitilen yardımcı personelden oldukça yüksek düzeyde eğitilmiş beyin cerrahına kadar değişen personel, karmaşık ve çok pahalı teçhizat; yapılan faaliyetlerin yaşam ve ölümle ilgili olması ve ortaya çıkan stres, hastanelerin kendine özgü özelliklerini ve yaratıcı çözümler gerektiren özel sorunlarını artırır.

Hastanelerdeki işbölümü ve uzmanlaşma düzeyinin çok yüksek olması nedeniyle herhangi bir bölüm ya da grubun fonksiyonunu yerine getirebilmesi, diğer bölüm ya da gruplara bağımlıdır. Hiçbir bölüm fonksiyonunu diğerlerinden bağımsız olarak yerine getiremez. Aksine, sadece karşılıklı bağımlı olarak çalışabilirler, çünkü girdileri ve çıktıları yüksek düzeyde ilişkilidir. Böyle yüksek düzeydeki fonksiyonel bağımlılık, hastanenin amaçlarına ulaşması için bölümler ve grupların uzmanlaşmış çeşitli fonksiyon ve faaliyetlerin uygun olarak koordine edilmesini gerektirir. Hastanelerde işlev gören işgören grupları genel olarak tıp, yardımcı tıp ve yönetim işgörenleri olarak üç ana grupta toplanmaktadır. Bu bağlamda sözcelimi hastanesinin etkinlik ve verimliliğini artırmak isteyen bir hastane yöneticisi diğer iki işgören grubu ile işbirliği yapmak durumundadır. Ancak bir hekim açısından kalitenin anlamı, bir hastaya doğru ve tam olarak tanı konulması ve mümkün olduğu kadar kısa sürede fiziksel ve tıbbi açıdan

Ümit Şahin

fonksiyonlarının optimal bir düzeye getirilmesidir. Yönetim hastaların ihtiyacı olan bakımı sağlarken bunu mümkün olduğu kadar az kaynak harcayarak yapmak ister. Özetle, endüstriyel örgütlerden farklı olarak, hastanede koordinasyonun sağlanması ve sürdürülmesi programlı koordinasyondan çok, gönüllü ve kendiliğinden düzenlemelere bağlıdır.

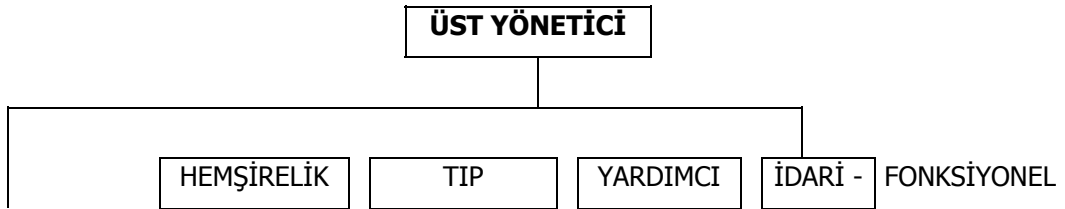
Hastanedeki karmaşıklığın diğer bir nedeni de, kullanılan teknolojinin karmaşık oluşudur. 1969 yılına kadar hastanelerde kullanılmak üzere 100.000 değişik cihaz üretilmiştir. İlk ultrasonografi imal edilen firma adedi 3 iken bugün 68 olmuştur. Amerika'da imal edilen tıbbi cihazın 1990 yılındaki tutarı 32.1 milyar dolardır. Her yıl ortalama 100 kadar yeni tıbbi cihaz piyasada yer almakta, doktorların bu devamlı gelişen cihaz teknolojisinde ve uygulamasında güncel olabilmeleri için yeni ilave cihaz alma, alınanların kullanımını öğrenmeleri, koruyucu bakım ve bakım giderlerini karşılamaları için hastaneler yıllık gider bütçelerine ayrıca % 30 kadar para ayırmaları gerekmektedir. Teknolojinin hızla ilerlemesi hastanelerde uzmanlaşmanın artmasına ve yeni uzmanlıkların doğmasına neden olmaktadır.

Hastaneleri karmaşık kılan bir başka neden de; hastanelerin işlevleri arasında yer verdiğimiz eğitim işlevidir. ABD'de 1970 yılında 225 farklı meslek grubunun sağlık sektöründe çalıştığı tespit edilmiştir. Özellikle, tıp fakültesi ve hemşirelik okulu öğrencilerine uygulamaya dayalı eğitim verebilmek amacıyla, bu okullar ya bir hastaneye bağlı olarak ya da bir hastane ile birlikte kurulmaktadır. Hastanelerde çalışan diğer meslek gruplarını yetiştiren eğitim kurumlarının da uygulama amaçlı olarak yoğun olarak hastaneleri kullanımı; bu eğitim hizmetlerinin örgütlenmesinde, öğrencilerin hastaneye geliş ve ayrılışların takibi, bu öğrencilere verilecek eğitim hizmetlerinin programlanması, öğrenciler ile hastane personeli arasındaki iletişim sorunlarının çözümü gibi ek sorunları da beraberinde getirmektedir.

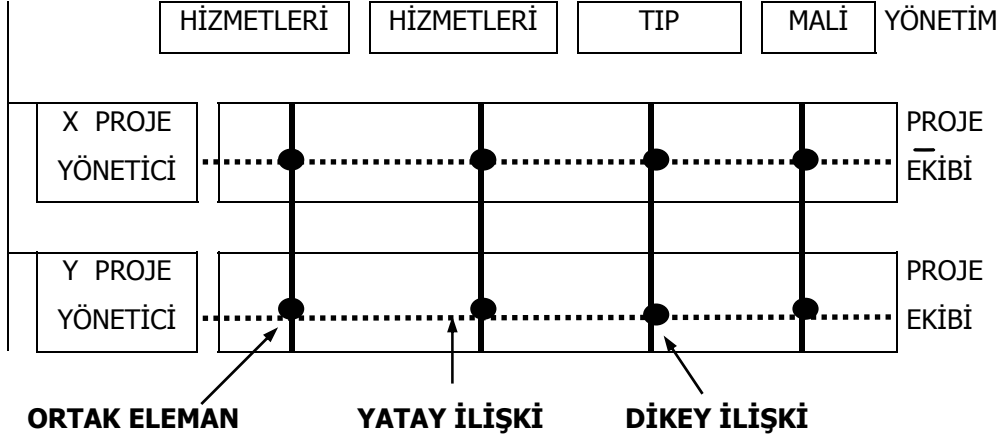
Hastaneler Matriks Yapıda Örgütlerdir

Hastaneler matriks yapıda örgütlerdir. Matriks organizasyon, faaliyetlerinin fonksiyon esasına göre gruplandırıldığı bir organizasyon üzerine proje organizasyonunun monte edilmesiyle ortaya çıkan bir yapıdır. Matriks organizasyon yapısı, tarifi icabı, iki ayrı ilişki üzerine kurulmuş bulunmaktadır. Dikey ve yatay ilişkiler. Diğer organizasyon yapılarında dikey ilişkiler (Emir- komuta ilişkileri) esastır, yatay ilişkiler istisnadır ve uygulaması özel şekilde tarif edilmiştir. Örneğin bir fonksiyonel yetki uygulaması gibi. Buna karşılık, matriks bir yapıda, hem dikey hem yatay ilişkiler aynı derecede öneme sahiptir ve biri diğerine üstün değildir.

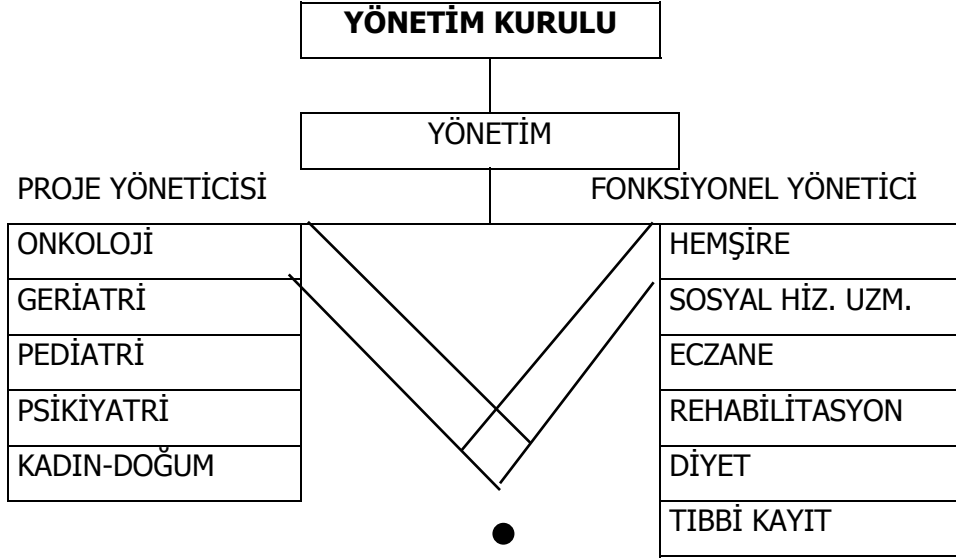
Matriks organizasyonda iki tür yönetici bulunmaktadır. Fonksiyonel yönetici ile proje yönetici. Fonksiyonel yönetici, işin kimler tarafından, nerede (hangi projede) ve mesleki açıdan nasıl yapılacağı konularıyla ilgilenmektedir. Proje yöneticisi ise, neyin ne zaman ve neden yapılacağını belirlemektedir. Dolayısıyla uzmanlık bölümleri içinde çalışan personel bir yandan uzmanlıkları nedeniyle ilgili bölümün yöneticisine (Dikey İlişki); bir yandan da bu uzmanlıklarını belirli bir projede uyguladıkları için bu projenin yöneticisine (Yatay İlişki) karşı sorumlu olacaktırlar. İşte matriks yapıyı diğerlerinden ayıran özellik budur. Bu yapıda, proje yöneticisi daha önceki yapılarda gördüğümüz emir - komuta yetkisine değil, fakat matriks yapının bir özelliği olan "Proje Yetkisi" ne (Project Authority) sahiptir. Ayrıca, proje yöneticisi ile uzmanlık bölümleri arasında astlık - üstlük ilişkisi yoktur. Ancak bu yöneticiler de, projenin gerçekleşmesi için birlikte çalışmak zorundadır. Bütün bu özellikler, aynı zamanda, matriks yapının çalışmasındaki güçlükleri de ifade etmektedir.



Ümit Şahin



Şekil 1: Matris Örgüt Yapısı (Kaynak: KOÇEL, S.231'den uyarlanmıştır.)



Şekil 2: Matris Model (Kaynak: DARR ve RAKİCH, S.107)

Yukarıda genel olarak açıklamaya çalıştığımız matris yapının başlıca özellikleri şöyle sıralanabilir: Projeyi oluşturan işlerin gerçekleştirilmesi sorumluluğunu fonksiyonel yöneticiler ve proje yöneticisi müştereken taşımaktadır. Proje yöneticisi ile fonksiyonel yönetici arasında hiyerarşik bağ yoktur. Dolayısıyla, birisi diğerine emir veremez. Proje ekibi içinde yer alan elemanlar, iki ayrı amire bağlıdır. Dolayısıyla bu elemanlar her iki amiri de tatmin etmek zorundadır. Matris organizasyonda yetkinin kaynağı mevki

veya pozisyon değil, fakat bilgi ve yetenektir. Örgüt içi iletişim çok yönlüdür. Projenin gerçekleşmesi için planlama ve koordinasyon son derece önemli hale gelmiştir. Projenin gerçekleşmesinden sonra, proje ekibi içinde yer alan işgörenler eğer devreye giren başka bir proje ekibine tayin edilmemişlerse kendi bölümlerine dönerler. Matriks organizasyonun yapısı itibariyle bünyesinde pek çok sorun taşımaktadır. Klasik hiyerarşik bir organizasyon içinde sorun olmayan pek çok olay, Matriks bir yapı içinde bazen krize dönüşebilmektedir. Bu bağlamda matriks yapıda karşılaşılabilecek ana sorunlar: Kişilerin performans değerlendirme sorunu, beşeri ilişkilerde yumuşaklı, tam bir haberleşme zorunluluğu, karışıklık ve düzensizliğe açık oluşu iş ilişkilerinde açıklık ve sorun çözme yaklaşımını gerektirmesi, çatışmalara açık oluşu, önderlik gerekliliğidir.

Hastaneler Günün 24 Saati Hizmet Sunan İşletmelerdir.

Hastaneye gelen hastanın tedavisi acillik ve reddedilemezlik özelliği gösterdiği ve hastanedeki bir kısım hastanın sürekli bakım altında tutulması gerektiği için hastanelerde tüm gün boyunca hizmet verilebilmektedir.

Bu bağlamda özellikle ameliyathane, yoğun bakım, acil servis ve klinik hizmetlerin hastanelerin kaliteye yönelik olarak sıfır hata amaçlarını gerçekleştirebilmeleri için günün her saatinde aynı kalitede hizmet sunumunu gerekli kılmaktadır. Bu amaca yönelik olarak bu hizmet birimlerinde çalışacak personelin vardiya ve nöbet çizelgelerinin tanzimi bir yandan sorunlar ortaya çıkarırken, özellikle gece vardiyalarında çalışan personelin performanslarının denetimi de sorunlar doğurmaktadır. Özellikle gece çalışan personelin kişilerarası ilişkilerinde ve göreve bağlılıklarında zayıflık görüldüğünden, hastanelerin gece ve akşam vardiyalarındaki yönetimi, gerek hastane giderlerinin kontrolü, gerekse hastanın sağlığı açısından önem taşımaktadır.

Ümit Şahin

Hastaneler İşgörenlerinin Önemli Bir Kısmı Bayanlardan Oluşan İşletmelerdir.

Hastanedeki işgücünün önemli bölümünü, yaklaşık üçte birini bayanlar oluşturmaktadır. Bayan personelin bir özellik olarak ele alınmasının nedeni, bayan personel arasında devir hızının yüksek olmasıdır. KAYA ve AKGÜN tarafından H.Ü. Uygulama hastanesinde bu konu ile ilgili olarak yapılan bir araştırmada bayanlardan oluşan meslek grubu hemşirelerde % 8.9, diyetisyenlerde 17.6 personel devir oranı bulunmuştur. Hastanelerde hasta bakım kalitesini, fiziksel aletlerle ve ekipmanla birlikte hastanenin her düzeyindeki personel belirlemektedir. Hastaneler için bu kadar önemli olan personelin örgütte tutulması, çalışmalarının sağlanması, yönetimin başta gelen görevlerinden biridir. Dolayısıyla nitelikli dinamik işgörenleri işletmeye çekmek ve etkin işgören politikaları uygulayarak bu işgörenleri işletmede tutmak önemli bir sorun haline gelmektedir.

HASTANE İŞLETMECİLİĞİNDE VERİMLİLİK VE VERİMLİLİK İLE İLGİLİ KAVRAMLAR

Verimlilik

Verimlilik, çıktı (üretim) ile çıktının üretiminde kullanılan girdiler arasında ilişki kuran bir kavramdır. Temelde bir oranlama işlemini ifade eden verimlilik kavramının bir çok yaygın kullanımı bulunmaktadır. Ancak verimliliğe ilişkin tanımların çoğu birbirinin aynısıdır. Bu açıdan iki temel tanımla yetinilecektir.

LAWLAR' a göre verimlilik, "çıktının girdiye oranı olup, kaynakların ne ölçüde etken ve etkili kullanıldığına ilişkin bir ölçümdür."

SADLER' e göre verimlilik, "bir üretim sürecinde her ikisi de fiziksel büyüklükler ile ölçülen kullanılan kaynaklar başına mal ve hizmet çıktılarıdır."

Gerek LAWLAR, gerekse SADLER' in verimlilik kavramını tanımlamada kullandıkları iki temel kavramdan girdi; mal veya hizmetin üretim sürecinde kullanılan üretim araçlarını, çıktı; ise üretim süreci sonunda oluşan mal veya hizmettir. Ancak, geleneksel Pazar kavramına göre, herhangi bir ürünün (çıktının) değeri, tüketicilerin onun için ödemeyi arzu ettikleri fiyat ile belirlenir. Böylece doğru çıktı, eşdeğer maliyetlerle üretilmiş mal veya hizmetler arasından tüketicilerin satın almayı tercih ettikleri üründür.

Hastanelerde verimlilik analizlerinde karşılaşılan en önemli sorunun girdi ve çıktı kavramlarının tanımlanmasında yaşandığı söylenebilir. Çünkü, hastanelerin müşterisi konumundaki hastalar, farklı hizmet taleplerine, bireysel olarak farklı biyolojik, sosyal ve psikolojik özelliklere sahiptirler. Oysa diğer üretim sistemlerinde sadece bir veya birkaç materyal değişim sürecinde çıktıya dönüşürken; hasta bakım alt sisteminde her biri diğerinden farklı hasta (esas materyal) çıktıya dönüştürülmeye çalışılmaktadır. Hastanelerin çok ürün (multi - product) üretiminde bulunan işletmelere örnek olabilecek kadar çeşitli hizmeti (çıktıyı) ortaya koymaları, onlar arasında kesin bir ayrıma gidilmesini hemen hemen olanaksız kıldığı gibi, verimliliğin ölçülmesi amacıyla çıktıların ve girdilerin tanımlarının yapılmasında da önemli güçlükler neden olduğu açıktır. Ancak hizmetlerin planlanmasında ve kontrol edilmesinde, çeşitli ölçütlerin çıktıyı tanımlamak amacıyla kullanıldıkları görülür. Günümüzün, "hasta günü" ve "hasta sayısı" verileri bu amaçla yaygın olarak kullanılan ölçütler niteliindedirler. Çıktının hasta sayısı ya da hasta günü şeklinde tanımlanması, hastaların tümüne eşdeğer girdiler ile hizmet sunulduğu anlamına da gelebilmektedir. Oysa daha önce denildiği gibi aynı tanı ile tedavi hizmeti sunulan hastalarda bile biyolojik, sosyal ve psikolojik özelliklerine bağlı olarak çok farklı girdiler kullanılmaktadır. Ancak, yatağa dayalı ölçütlerin hastanelerin analizlerinde genel kabul gören ve çok sık kullanılan göstergeler oldukları söylenebilir.

Ümit Şahin

Sağlığın anayasal bir hak olması; bu sektördeki çeşitli değişimlerin ekonominin diğer sektörlerine hemen yansması ve sektörün büyük sermaye yatırımları gerektirmesi devletin bu sektörle yakından ilgilenmesine neden olmaktadır. Ülkemizdeki hastanelerin sayısı olarak % 84, yatak kapasitesi olarak ise % 94 'ü kamu (kâr amacı gütmeyen) hastanelerden oluşmakta ve bu hastanelerin önemli bir bölümünün verimlilik ilkeleri doğrultusunda hizmet üretmedikleri çeşitli platformlarda dile getirilmektedir. Sözgelimi, Sağlık Bakanlığınca düzenlenen, I. Ulusal Sağlık Finansman çalışma grubu raporunda, kaynak kullanım verimsizliğine ve Sağlık Bakanlığının Ulusal Sağlık Politikası adlı yayınında da, hastanelerin en önemli sorunlarından biri olarak verimlilik ilkelerinin uygulanmamasına dikkat çekilmektedir.

Ülkemizde, bu sektörde akademisyenlerce yapılan verimlilik ölçümleri de Sağlık Bakanlığının çeşitli vesilelerle dile getirdiği verimsizlik sorununu doğrulayıcı sonuçları içermektedir. Sözgelimi, KAVUNCUBAŞI ve ERSOY tarafından, Türkiye' de genel hastanelerin teknik verimliliklerinin ölçümü ve bunun sonucunda verimsiz kullanılan ve yetersiz üretilen çıktıların belirlenmesi amacıyla yapılan araştırma sonucu; ülkemiz genel hastanelerinin % 82.3 teknik açıdan verimsiz olduğu yönündedir.

Bu sonuca dayalı; Türkiye'nin bir çok hastanesinde girdilerin verimsiz kullanıldığı veya üretilmesi mümkün iken üretilmemiş bir çok hizmetin topluma sunulmadığı söylenebilir.

Bir başka çalışmada BARUTÇUGİL' in toplam verimliliği, işgücü, sermaye, teknoloji ve malzeme verimliliklerinin bileşkeni olarak tanımladığı yaklaşımından yola çıkan SEÇİM' in Eskişehir Devlet Hastanesinde yaptığı; işgücü ve malzeme verimlilik ölçümleridir. SEÇİM 'in araştırma sonuçları; bu hastanenin, % 50 işgücü tasarrufuyla aynı miktarda hemşirelik hizmetinin

üretilebileceği, eşdeğer ilaç uygulaması yoluyla da 42.462.508. TL' lık (1991) tasarruf sağlayabileceği yönündedir.

Kalite

Kalite uzmanı J.M. JURAN' ca kısaca "kullanıma uygunluk" biçiminde tanımlanan kalite kavramı, üretilen mal veya hizmetlerin tüketicilerin beklentilerine uygunluğu veya karşılama derecesi olarak da tanımlanmaktadır. ISO tarafından belirlenen tanıma göre ise kalite, bir ürün veya hizmetin belirlenen veya olabilecek ihtiyaçları karşılama yeteneğine dayanan özellik ve karakteristiklerinin toplamıdır.

Klasik performans anlayışında "bir sistemde yaratılan çıktılarla, bunları yaratmak için kullanılan girdiler arasındaki oran" olarak tanımlanan verimlilik kavramında kalite sözcüğünün yeri yoktur. Oysa bugün çıktı kalitesini sağlamadan ulaşılabilecek verimlilik hiçbir anlam taşımamaktadır. Diğer bir deyişle "kalitesiz bir üretim, pazarsız bir ürün demektir" ve "kalitesiz üretim" mevcut kaynaklarla daha çok üretmek yerine, ek kaynak tüketimine neden olarak verimliliği düşürmektedir. Hastaneler, ürün kalitesine yönelik olarak sıfır hata ile ürün ortaya koymak zorunda olan işletmelerdir. Çünkü hizmet kalitesinde oluşabilecek bir birimlik düşüş bile kimi zaman müşteri bakımından onarılamaz, telafi edilemez sonuçlar doğurabilmektedir. Bu nedenle kalite, sağlık bakımında tanımlanması zor bir kavram olarak nitelendirilmekte ve değişik yazarlarca farklı şekillerde tanımlanmaktadır.

Klasik görüş kaliteyi, sağlık hizmetleri sisteminin çeşitli öğelerinin, standartlara uygunluk ya da mükemmellik derecesi olarak tanımlamaktadır.

SONAZZURA' ya göre kalite ise, "hastanın mümkün olabilecek en iyi fonksiyonel ve psikososyal iyileşmesini sağlayan teknik veya ilmi olanaklarla, iyi insan ilişkilerinin biraraya konmasıdır.

Ümit Şahin

Amerika Sağlık Örgütleri Akreditasyon Komitesinin tanımına göre "Günün bilgileri ışığında verilen bakımın, hastalardan istenen sonuçların alınmasını artırma ve muhtemel istenmeyen sonuçları azaltma derecesidir.

DONABEDIAN' a göre ise, sağlık konusunda kalite, tamamen açıklanması güç belki de imkânsız olan bir kavramdır. Ancak, DONABEDIAN, sağlık hizmetlerinin yedi özelliğinin kaliteyi belirlediğini ileri sürmektedir. Bu özellikler:

a-Etkenlik; sağlık durumunu yükseltebilecek en iyi bakımı sağlayabilme becerisi,

b-Etklilik; sağlık durumunda sağlanabilir iyileştirmeyi gerçekleştirebilme derecesi,

c-Verimlilik;sağlıkta ulaşılabilir ilerlemeleri azaltmaksızın bakımın maliyetini düşürme yeteneği,

d-Optimallik; maliyet ve yararlar arasında en iyi dengenin sağlanması,

e-Kabul Edilebilirlik; hasta - hekim ilişkileri, kolay hizmet kullanabilme, bakım maliyeti vb. açılardan hastanın tercihlerine ve isteklerine uygunluk,

f-Meşruluk; toplumsal tercihlerine uygunluk,

g-Eşitlik; hizmet sunumunda ve kullanımında adaletin sağlanması, şeklinde özetlenebilir.

Sağlık sektöründe kaliteli bir hizmetin nasıl olması gerektiğine ilişkin göz önüne alınması gereken önemli bir noktayı belirtmek gerekir. Bu sektörde kalite farklı gruplarca farklı anlamlar taşımaktadır. Bu gruplar genel olarak hasta, tıp profesyonelleri ve yönetici gruplarından oluşmaktadır.

DONABEDIAN, hastanelerde sunulan bakım hizmetlerinin teknik ve kişisel bakım olmak üzere iki grupta toplanabileceği görüşünü öne sürmekte ve hastaların (müşterilerin) teknik bakım kalitesini değerlendirmek için epeyce az temele sahip olduklarını ve bu nedenle de hastaların teknik bakım

hakkındaki yargılarının daha ziyade bakım alırken karşılaştıkları muameleye paralel olduğu görüşünü savunmaktadır.

Bir hekim açısından kalitenin anlamı bir hastaya doğru ve tam olarak tanı konulması ve mümkün olduğu kadar kısa sürede fiziksel ve tıbbi açıdan fonksiyonlarının optimal düzeye getirilmesidir.

Bunun anlamı kalitenin tanımlanmasında hekimin ilgi alanının teknik bakım boyutu olduğudur. Kısaca mevcut kaynaklar arasından etkin olanının seçimi ya da kaynakların etkili ve verimli kullanımı hekim için genellikle öncelik taşımaz.

Hizmet kalitesini farklı bir bakış açısı ile ele alan bir diğer grup hizmet sunumunda karar alma konumundaki yönetimin kaliteye bakışıdır. Yönetim, hizmet üretimini hasta gereksinimini karşılayabilecek en az girdi kullanımı yoluyla gerçekleştirmek ister. Ancak daha önce değinildiği gibi hekimler açısından maliyet kavramı yönetim kadar önemli değildir. DONABEDİAN hekimlerin maliyet faktörüne karşı ilgisizliği şu şekilde ifade etmektedir: "Şimdiye değin, savurgan ve müsrif bir tedavi biçimini geliştirdik, öğrettik, uyguladık. Ancak son derece tutumlu, hatta cimrice bir sağlık bakımı bilimini keşfetmenin ve öğretmenin zamanı gelmiştir."

Tıp profesyonelleri ile yönetimin kaliteye bakışındaki farklılıkların mümkün olan en kaliteli hizmeti mümkün olan en düşük maliyetle sağlamak amacıyla hemfikir olmaları yoluyla giderilebileceği söylenebilir.

Etkililik (Etkinlik)

Genel anlamda, bir örgütün amaçlarına ulaşma derecesi olarak tanımlanan etkililik (etkinlik) kavramı; örgütün çıktıları ile ilgili kavramdır.

DONABEDİAN' a göre etkililik (etkinlik); Sağlık bakımının sahip olduğu imkanlarla elde edebileceği en fazla gelişmeyi sağlamasıdır. Etkililiğin ölçümünde, şimdi biz ne biliyoruz ve ne başarılabilir saptamasıyla

Ümit Şahin

bir standart koyulur. Burada hedef, kullanılan kaynakların tam kapasitede kullanılmasıdır. Başka bir deyişle, kaynak maliyetindeki yetersizlik, istem düzeyindeki düşüklük gibi kısıtlamalar altında bile gerçekten çalışarak daha iyi olabilir miyiz? sorusuna olumlu bir yanıt verme çabasıdır.

Türkiye’de hastane yönetimi ile ilgili olarak karşılaşılan sorunların temelinde örgütsel hedef (goals) ve amaçların (objectives) açık biçimde tanımlanmasının yattığı söylenilebilir. Örgütsel misyon, örgütün ne için var olduğunu ortaya koyar; örgüt felsefesini tanımlar. Örgütsel hedefler ise misyonun gerçekleşmesi için gerekli spesifik faaliyetler ve konularla ilgilidir. Örgütsel hedefler, misyon cümleleri olarak da görülebilirler. Örgütsel amaçlar, örgütsel hedeflere dayalı olarak geliştirilirler ve belirli bir zaman kesiti (genellikle bir yıl) içinde örgütsel faaliyetlerin yönelimini belirlemektedirler.

Ölçülebilir, objektif amaçlar yönetsel uygulamaların temelini oluşturur ve örgütsel enerjinin doğru yönde kanalize edilmesini sağlar. Bu bağlamda, örgütsel amaçlar; mümkün olduğu ölçüde ölçülebilir sonuçlarla ifade edilmeli, sonuçların nasıl ifade edileceği ve sonucu ölçmeye yarayacak metod amacın bir parçası olarak belirlenmeli, sonuçların ne kadarlık bir zaman süresi içinde gerçekleşmesinin beklendiği belirlenmeli ve amaçlar belirli zaman aralıkları ile gözden geçirilmelidir. Bu açıklama paralelinde bu özellikleri taşımayan bir amacın bir performans göstergesi olarak etkililik ölçümünde sübjektiflik doğuracağı söylenebilir. Sözelimi yatak işgal oranını en yüksek seviyeye çıkarmak. Bir hastane için etkinlik yönünden ölçülebilir amaç değildir. Çünkü ölçülebilir amaç kavramı, nitelikle değil sayı ile ifade edilebilen gelişmeyi ifade eder. Sözelimi bir yıl içinde yatak işgal oranını % 80’e çıkarmak, anesteziye ölüm oranını % 1’in altında düşürmek gibi amaçlar ölçülebilir amaçlardır.

Özetle bir performans ölçüm boyutu olarak etkinlik kavramının formülasyonu;

Etkililik (etkinlik) = Gerçekleşen Çıktı / Planlanan Çıktı
şeklinde formülü edilmektedir.

Kârlılık

Kâr, satışlarla maliyetler arasındaki olumlu fark olarak tanımlanabilir. Ancak, kârı tanımlamak oldukça güçtür. Ekonomistler ve muhasebeciler terimi değişik anlamlarda kullanırlar. İşletmecilik açısından kâr, bir işletmenin belirli süredeki gelirinin aynı süredeki toplam giderinden fazla olan kısmıdır, biçiminde tanımlanabilir.

Kuşkusuz kâr etmek, her işletmenin en önemli fonksiyonudur. Kâr, işletmelerin faaliyetlerini ölçme, denetim, personeli daha verimli çalışmalarını için isteklendirme ve işletmenin yaşamını sürdürmesi ve gelişimi için bir araçtır.

Sağlığın anayasal bir hak olması, sağlık hizmetlerinin bir kamu hizmeti olması, bu sektördeki çeşitli değişimlerin ekonominin diğer sektörlerine hemen yansması ve sektörün büyük sermaye yatırımları gerektirmesi devletlerin bu sektörle yakından ilgilenmesini gerektirmektedir. Özel sağlık hizmet işletmelerinin kâr amaçlı olmaları nedeniyle, kârlarını en büyükleme amacıyla olmalarına karşılık, kâr amaçsız kamu sağlık işletmelerinde ise kâr amacının yerini en düşük maliyetle sağlık hizmeti sunma amacı olmalıdır. Ancak burada dikkat çekilmesi gereken bir konu, kamu hastanelerin ulusal sektörler içinde oldukça ağırlıklı olarak yer almaları (sözelimi ülkemizde hastanelerin % 94, ABD' de ise % 73'ü kâr amaçsız hastanelerdir), bu sektörde tam rekabet koşullarının oluşmasını engelleyebilmektedir. Ancak, her hastane ekonomik durumunu güvence altına alarak yaşamak ve geliştirmek ister. Bunun içinde, bilimsel ve teknik yönden ilerlemek, en iyi elemanlara sahip olmak, sağladığı sağlık

Ümit Şahin

hizmetlerinin niteliğini sürekli olarak yükseltmek ve içinde bulunduğu toplumun en ileri bir sağlık kuruluşu durumuna gelmek durumundadır. Hastanelerin bu amaçlarına ulaşabilmelerinin yolu hizmet fiyatlarının maliyete dayalı olarak değerlendirilmesi yoluyla oluşacak direkt kâr birikimi ile ya da toplumsal hizmet bağlamında toplumsal yardımlarla sağlanabilir. Burada dikkat çekmesi gereken kâr eğer bir işletmenin belirli bir süredeki gelirinin aynı süredeki toplam giderin fazla olan kısmı olarak tanımlandığı kabul edilirse toplumsal hizmet üretimi nedeniyle sağlanan üretim dışı gelirler (devlet destekleri, hayırsever bağışlar) de bu amacı gerçekleştirmeye yönelik gelirler kapsamında görülebilir.

II. BÖLÜM:

ISO 9001 KALİTE GÜVENCE SİSTEMİNİN ÖZELLİKLERİ

ISO 8402 Kalite Sözlüğünde Kalite Güvencesi "ürün ya da hizmetin kalite için belirlenmiş istekleri karşılamak maksadıyla, yeterli güveni sağlama için gereken planlı ve sistematik faaliyetler bütünüdür." şeklinde tanımlanmaktadır.

TS-EN-ISO 9000 serisi standartlar her çeşit işletme koşullarına uygun bir Kalite Güvence Sistemi (KGS) kurulmasında ve / veya bir başka işletmenin KGS' nin değerlendirilmesinde esas olarak kullanılabilir KGS kurulması için asgari şartları belirleyen bir modeldir. Bu seriye dahil 9001, 9002 veya 9003 modellerine uygunluk belgesi, bir işletme için birçok sanayileşmiş ülkede kabul edilmiş olan uluslararası standarta uygun bir kalite güvence sistemine sahip olmak anlamına gelmektedir. Önerilen tüm diğer yaklaşımlar gibi ISO 9000 KGS serisinde kuvvetli ve zayıf yönleri, işletmeye sağlayacağı avantajlar ve yaratabileceği olumsuzluklar bulunmaktadır. Bu noktaların dikkatlice değerlendirilmesi, standartları uygulayan ve uygulayacak işletmeler açısından oldukça önemlidir.

ISO 9001, 9002 ya da 9003 belgesi alabilmek için, bir kuruluşun bir dizi operasyonda, bir standartta ya da bazı standartlara uygunluğu sağlaması ve koruması gerekir. Standartların kapsadığı operasyonlar, müdürlerin sorumluluklarından, satınalma prosedürlerine, teçhizatın kontrolünden eğitime kadar uzanan yirmi kadar alana yayılır. Özetle ISO 9001 KGS 'i bir işletmenin aşağıda yer verilen 20 ana başlık altındaki Standartlar bütünüyle standartize edilmesidir.

- 1.Yönetimin Sorumluluğu**
- 2.Kalite Sistemi**
- 3-Sözleşmenin Gözden Geçirilmesi**
- 4-Tasarım Kontrol**
- 5. Doküman ve Veri Kontrol**
- 6. Satınalma**
- 7-Müşterinin Temin ettiği Ürün**
- 8-Ürün tanı ve İzlenebilirliği**
- 9-Proses Kontrol**
- 10-Muayene ve Deney**
- 11-Muayene Ölçme ve Deney Teçhizatının Kontrolü**

Ümit Şahin

12-Muayene ve Deneş Durumu

13-Uşgun Olmayan Ürünün Kontrolü

14-Düzeltici ve Önleyici Faaliyetler

15-Taşıma, Depolama, Ambalajlama, Koruma ve Sevkiyat

16-Kalite Kayıtları

17-Kuruluş İçi Kalite Tetkikleri

18-Eğitim

19-Servis

20-İstatiksel Teknikler

ISO 9000 KGS STANDARTLARININ İNCELENMESİ

4.1. Yönetimin Sorumluluğu

4.1.1. Kalite Politikası

Tedarikçi firmanın yürütme sorumluluğuna sahip yönetimi; kalite politikasını, kalite için hedeflerini ve kalite taahhütlerini belirlemeli ve bunları dökümanle etmelidir. Kalite politikası, tedarikçinin kuruluşu ile ilgili hedefleri ve müşterilerinin beklenti ve ihtiyaçlarına uygun olmalıdır. Tedarikçi, bu politikanın kuruluşun her kademesinde anlaşıldığından, uygulandığından ve devam ettirildiğinden emin olmalıdır.

4.1.2. Organizasyon

4.1.2.1.Sorumluluk ve Yetki

Kaliteyi etkileyen işleri yöneten, uygulayan ve doğrulayan bütün personelin sorumluluk, yetki ve karşılıklı ilişkileri, özellikle;

- a) ürün, proses ve kalite sistemi ile ilgili herhangi bir uygunsuzluğun oluşmasını önlemek için faaliyetleri başlatma;**

- b)** ürün, proses ve kalite sistemi ile ilgili problemleri tanımlama ve kaydetme;
- c)** belirlenmiş yollar ile çözümler bulma, yeni teklifler getirme veya gereken faaliyetleri başlatma;
- d)** çözümlerin uygulandığının doğrulanması;
- e)** kusurun veya tatmin edici olmayan durumun düzeltilmesine kadar uygun olmayan ürünün işlenmesi, dağıtımı veya tesisini kontrol altında bulundurma;

konularında bağımsız olarak çalışması ve yetkili olması gereken personel için tanımlanmalı ve dökümanite edilmelidir. Hükümlerinin yerine getirilmesini istemektedir.

Hastanelerin üretmiş oldukları hizmetlerin tüketicisi konumundaki müşterileri, yararlandıkları hizmetlerin teknik yönünü değerlendirme konusunda oldukça az bilgiye sahiptirler. Hastane hizmetleri tıp profesyoneli olan hekimler tarafından tasarlanmakta ve diğer hastane işgörenlerinin de katılımı ile üretilmektedir. Sağlık konusunun ancak uzun bir eğitim dönemi sonunda uzmanlık kazanmış kişilerin uygulayabileceği ve değerlendirebileceği karmaşıklıkta oluşu, satın almanın getireceği riskin büyük olmasına neden olmakta bu da hizmetin kullanımında uzman bilgisinden yararlanmayı zorunlu kılmaktadır.

Ülkemiz hastane işletmeciliği sektörü tablo 1' de görüldüğü gibi kâr amacı gütmeyen kamu hastanelerinden oluşmaktadır.

KURULUŞ	HASTANE SAYISI	%	YATAK KAPASİTESİ	%
S.B.	677	64	76.991	51
S.S.K.	115	11	25.397	17
M.S.B.	42	4	15.900	10

Ümit Şahin

KİT	11	1	2.099	1
ÜNİVERSİTELER	-	-	20.811	14
DİĞER KAMU	7	1	1.840	1
ÖZEL	166	16	8.934	6

Tablo 1: Ülkemiz Hastane İşletmeciliği Sektörünün Hastane Sayısı ve Yatak Kapasitelerinin Mülkiyet Yönünden Sınıflandırılması.

Kaynak : (Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yıllığı - 1995)

Gerek kamu gerekse kâr amaçlı özel hastanelerimizde sunulan hizmetlerin kalitesinin denetimine yönelik herhangi bir standart olmaması yanında hiçbir kamu ve / veya mesleki kurumca denetim işlevi de yerine getirilmemektedir. Dolayısıyla bir hasta hastaneye adımını attığı andan itibaren, hastane işgörenlerinin vicdan ve mesleki etikleri doğrultusunda üretmiş oldukları hizmetleri tüketme dayatması ile karşı karşıya kalmaktadırlar. Daha açık bir söylemle; müşterilerce talep edilen ve hastanelerce oluşturulan hizmet bütünü çoğu zaman kullanıcının yaşam kalitesini direkt etkileyebilen ve zaman zaman telafisi olası olmayan sonuçlar doğurmaktadır. Ülkemizde son bir yıllık yazılı ve görsel basın organları tarandığında bile bu sonucu destekleyici oldukça fazla örnek ile karşılaşılabilir. Ancak bu tespit en net olarak hastanelerin hizmet üretim sürecinde kullandıkları en önemli girdi konumundaki ilaç kullanımı ile ilgili yapılmış iki araştırma ile desteklenebilir. Türkiye İlaç İşverenleri'nin yapmış olduğu araştırmaya göre antibiyotiklerin % 50 oranında yanlış kullanıldığı, Hacettepe Üniversitesi'nde de yine antibiyotiklerin % 48'inin uygun olmayan şekilde kullanıldığı sonuçları ortaya çıkmıştır. Oysa ilaçlar, hastanın kendi tercihi ile seçemediği, hakkında en az bilgi sahibi olduğu; koruyucu ve tedavi edici etkilerinin yanısıra oluşturduğu yan etkiler dolayısıyla da ileride önemli risk potansiyelinin olduğu bir üründür. Dolayısıyla hastane müşterilerinin edilgenliklerinin ortadan yok edilmesi ve

müşteri adına sunulan hizmet bütününe kalitesinin hizmeti üreten işletme güvence altına alınmasını gerekli kılmaktadır.

Özetle Standartın **4.1. (Yönetim Sorumluluğu)** maddesi müşteri beklenti ve gereksinimleri doğrultusunda bir kalite politikasının belirlenmesi ve müşteri şikayetlerinin "Yönetimin Kalite Sistemini Gözden Geçirme" toplantılarında değerlendirilmesini istemektedir. Dolayısıyla edilgen bir müşteri grubu olan hastane müşterilerinin beklenti ve gereksinimlerinin araştırılmasını ve şikayetlerinin ise incelenerek düzeltici – önleyici faaliyetler kapsamında çözümlenmesini gerekli kılmaktadır.

Ayrıca, standart müşteri odaklı olarak üst yönetimce belirlenen "kalite politikasının kuruluşun her kademesinde anlaşıldığından, uygulandığından ve devam ettirildiğinden emin olunmalıdır" hükmünde yerine getirilmesini istemektedir. Bu hüküm standartın aslında en can alıcı noktasını vurgulamaktadır, denilebilir. Çünkü günümüzde temel yönetim anlayışı bir işletmenin en önemli boyutunun işgören boyutu olduğu ve tüm örgütsel başarımların personel ile birlikte başarılacağı yaklaşımıdır. Dolayısıyla standartın diğer 19 maddesine yönelik olarak oluşturulacak prosedür ve talimatlar personel katılımı olsun yada olmasın bir şekilde uygulanacaktır. Ancak gerek belgelendirme tetkiki gerekse de kuruluş içi kalite tetkiklerinde işgörenlerin kalite politikası yada sloganlarını ne ölçüde ezberledikleri değil, bu politikayı ne ölçüde kabullendikleri ve en önemlisi ülkemiz kamu hastanelerinin diğer bölümlerde sunulacak işgören sorunlarına ne ölçüde yanıt verdiğinin bir göstergesi olarak dikkatlice ele alınmalıdır.

Standart 4.1.2.1. Sorumluluk ve Yetki, alt başlığında organizasyonda yer alan tüm işgörenlerin görev, yetki ve sorumluluklarını tanımlayan iş tanımlarının yapılmasını istemektedir. Ancak, SEÇİM tarafından yapılan bir çalışmada gerek Sağlık Bakanlığı gerekse de kamuya ait hastanelerde

Ümit Şahin

karşılaşılan iç organizasyon sorunlarından birisi olarak **“görev tanımlarının ve ilişkilerinin net olmaması, hatta bazı görev tanımlarının ise birbiriyle çatışır olmasıdır. Bununla ilgili bir diğer husus, idari pozisyonların görev tanımlarının aynı ayrıntıda düzenlenmiş olmasıdır.”** Ayrıca S.B. Hastanelerinde iş tanım ve gerekleri, Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği esas alınarak tüm hastaneler için tek tip hazırlanmıştır. Bu ve benzeri yönetmelikler, bilimsel hastane yönetimi işlevlerini gerçekleştirmeye yardımcı olacak içerikten yoksundur ve her hastanenin diğer hastanelerden ayırt edici özellikleri olduğunu göz ardı etmektedir. Dolayısıyla bu çalışmayı yürüten kamu hastanelerinin gereksinim ve işleyiş süreçlerini gözönüne alarak tüm işgören gruplarının iş tanımlarını dokümanete etmeleri gerekmektedir. Ancak burada altı çizilecek nokta: **ISO 9001 ve KGS’ nin 20 standartının dökümanete edilmesi sonucunda tüm işgörenlerin yeni görev, yetki ve sorumluluklarının oluşacağı gerçeğidir. Bu nedenle standartın bu hükmü standartın 20 maddesinin dökümanete edilmesi sürecinin sonucuna göre yerine getirilmelidir.**

Bu nedenle her hastanenin mevcut iş yapısına göre yapılan işleri ayrıntılı ve açık tanım ve gereklerini hazırlaması yararlı olabilir. Ayrıca iş tanım ve iş gerekleri personel seçme, işe yerleştirme, yükseltme, disiplin vb. gerçekleştirilebilmesi için de ön koşul olduğu unutulmamalıdır.

- *Öğrenim seviyesi*
- *Eğitim*
- *Deneyim ve Süresi*
- *Yabancı Dil Bilgisi*
- *Pozisyonun gerektirdiği yetki ve sorumluluklar.*

Standartın 4.1. Yönetim Sorumluluğu maddesi gereği ISO 9000’ in ilgili standartını karşılayan kalite sisteminin kurulması, yürütülmesi ve sürekliliğinin sağlanması ve üst yönetime KGS performansı ile ilgili olarak

geri bildirim sunulması işlevini yerine getirecek bir yönetim temsilcisi atanmalıdır. Ülkemiz kamu hastanelerinde ISO 9000 KGS çalışmalarını yürütecek yönetim temsilcisinin belirlenmesi sistemin etkin kurulabilmesi açısından oldukça önem taşımaktadır. Hastanenin en üst yönetim kademesini temsilen çalışmaları yürütecek olan yönetim temsilcisinin belirlenmesi özellikle ülkemiz kamu üniversite hastanelerinde daha çok zorlaşmaktadır. Ancak ISO 9000 KGS yönetim temsilcisinin seçiminde aşağıdaki alternatifler önerilebilir.

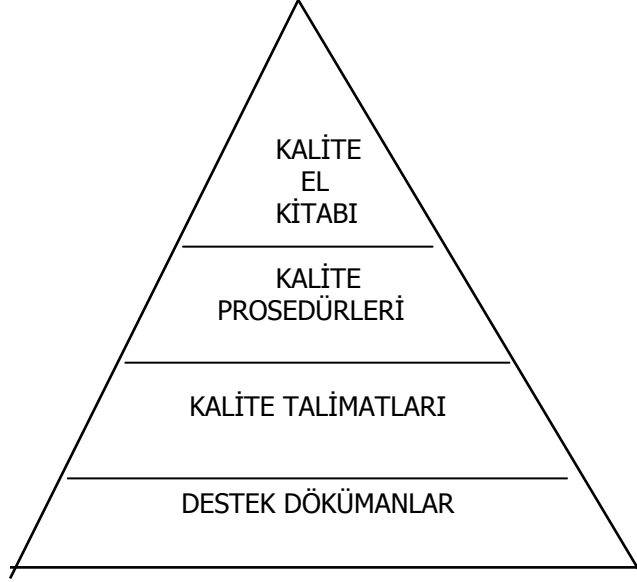
ISO 9000 KGS kuruluşunda karşılaşılabilecek en önemli sorun hastanelerin temel işlevi olan hastaların tedavisine yönelik hizmetlerin üretiminin temel yönlendiricisi konumundaki hekim grubunun katılımının sağlanmasıdır. Daha önce yer verildiği üzere hekimlerin kaliteye bakışı ile yöneticilerin kaliteye bakışı arasındaki farklılıklar bir yana bu meslek grubunun kendi statülerini hastanede en üst statü olarak algılamalarıdır. Geleneksel yapıları gereği doktorlar, otonom olarak çalışmaya alışmış ve hastalarından kendilerini direkt sorumlu hisseden bir meslek grubudurlar. Bu bağlamda ISO 9000 KGS çalışmalarında karşılaşılabilecek en önemli sorunlardan biri doktor grubunun katılımının sağlanmasında yaşanacaktır. Çünkü, üretilen hasta bakım hizmetlerinin tüm üretim süreçlerinde proje yöneticileri olan hekimlerin katılımının sağlanması ISO 9000 KGS' nin başarısı için anahtar faktör olacaktır. Bu nedenle yönetim temsilciliğine sistemin gerekliliği konusunda ikna olmuş ve liderlik vasfına sahip bir tıp profesyonelinin atanması, sistemin etkinliği yönünden oldukça yararlı bir yaklaşım olacaktır. Ancak atanacak yönetim temsilcisinin KGS' nin tüm süreçlerinde işlevleri olacağından büyük yatak kapasiteli hastanelerde yönetim temsilcisi ile koordineli olarak çalışacak bir kalite güvence sorumlusunun atanması daha ekonomik ve etkin bir yaklaşım olacaktır. Ayrıca, ülkemiz kamu üniversite hastanelerinde ise labirente benzeyen örgüt yapıları gereği olarak atanacak yönetim temsilcisinin anabilim dallarından

Ümit Şahin

daha üst statüde bir kişinin atanması sistemin daha kısa sürede ve daha etkin olarak kurulabilmesi için gereklidir, denilebilir.

4.2.Kalite Sistemi

ISO 9001 KGS 'nin temel özelliği " yaptığını ve / veya yapabileceğini yaz / yazdığını yap." şeklinde özetlenebilir. Bu bağlamda, Standartın 19 maddesi sonucunda dökümanite edilmiş (Prosedürler, talimatlar, kalite planları ve destek dokümanlarından oluşan) yazılı bir kalite sistemi oluşacak ve bu kalite sisteminin özeti ise örgütün kalite el kitabında yer alacaktır. Kalite sistemi aşağıdaki şekilde açıklanabilir.



Kalite El Kitabı: Kuruluşun kalite politikasını, hedeflerini, organizasyonunu, yetki ve sorumlulukları tanımlayan, referans olarak seçilen standartdaki tüm kalite elemanlarının gerekliliklerini karşılayacak şekilde kalite sistemini ve faaliyetlerini tarif eden dokümandır. Kalite sistem dokümantasyonunun en üstünde yer alan kalite el kitabı tüm diğer dokümanlar tamamlandıktan sonra hazırlanmalıdır.

Prosedürler: Prosedürler, bir işletmede kaliteye etkisi olan tüm işleri kapsar, kalite sisteminde tüm proses akışını tanımlayarak işletmede yapılan tüm işlerin aşamalarını özetlerler. Faaliyetlerin nasıl gerçekleştirileceği, kontrol ve kayıt edileceğini tanımlar. Prosedürler, personel tarafından onaylanmalı ve bunları uygulayacak personel tarafından anlaşılmalı olmalıdır

Talimatlar: Hizmet ve / veya ürün prosesinin detay adımlarını belirler. Bu nedenle, talimatla, bir işletme ünitesinde yapılan işlerin adım adım nasıl gerçekleştiğini gösterirler.

Standartın 20 maddesini karşılayacak prosedürleri destekleyici özelliğe sahip talimatlar KGS dokümantasyonunda çok dikkatli kullanılmalıdır. Ters durum KGS' nin bir doküman yığını (talimatlar enkazı) haline dönmesine neden olabilir. Bu amaçla talimat yazımında,

- Talimatların hazırlanmasında temel kriter; işin yapılış aşamaları ya da yöntemleri talimatla yazılı hale getirilmediğinde bu işin kalitesinin düşeceği endişesine sahip olunması ya da daha özet bir deyimle bu işle ilgili bir talimat olmadığında kalite olumsuz yönde etkilenebilir mi? sorusuna verilen evet yanıtı olmalıdır.
- Talimatlar mutlaka işle ilgili bölüm tarafından hazırlanmalıdır. Aksi takdirde yanlış bilgiler taşıyabileceği gibi, ilgili bölüm personeline benimsenmesi ve etkin uygulanması sorun doğurabilecektir.
- Eğitimli ve işin uzmanlarınca yapılan işlemler için talimat yazılmamalıdır. Sözelimi, bir hekime hastasını nasıl muayene edeceği, bir hemşireye nasıl enjeksiyon yapacağı gibi talimatlar yazılmamalıdır.
- Talimatların yazımında emir kipi kullanılmamalı, geniş zamanda ikincil tekil şahıs kullanılmalıdır. Yani ".....kontrol et" yerine ".....kontrol ediniz."

Ümit Şahin

ISO 9001 KGS' i kurmayı amaçlayan bir işletme bu sistemin 20 maddesinin tüm hükümlerini karşılayacak bir dokümantasyon sistemi kurmalıdır. Bu amaçla işletme mevcut durumunu göz önüne alarak her bir madde için ayrı olmak üzere (Kalite Sistemi 4.2. maddesi hariç) bir prosedür yazabileceği gibi işletmenin prosesinin özelliklerine bağlı olarak standartın bir maddesi için birden fazla prosedür yazabilir.

Bir kalite sistemi kurmayı amaçlayan kuruluşlar, başlangıç evresinde konu ile ilgili olarak mevcut durumlarına bakıldığında dokümantasyon açısından genelde iki gruba ayrılabilirler.

1- Uygun dokümantasyonu hiç olmayanlar veya az olanlar

2- Dokümantasyonlarının uygun ve eksiksiz olduğuna inananlar

Dokümantasyonun hiç olmadığı veya az olduğu durumlarda tüm eksiklikler saptanarak tamamlanmalıdır. Bu durumda hareketin odak noktası ne kadar çok doküman yazılması gerektiği değil kuruluşun kalite performansının yükseltilmesi, kaliteyi etkileyen faktörlerin kontrol altına alınabilmesi için nelerin yazılması gerektiğidir.

Kalite sistemi kuruluş çalışmaları başladığında, kuruluşun durumu ne olursa olsun, bir merkezde mevcut tüm dokümantasyonun durum analizi yapılmasıdır. Bu analiz sırasında, referans olarak seçilen KGS modeli standartı analizi yapanlar tarafından bir başvuru kaynağı olarak kullanılmalıdır. Durum analizi için izlenebilecek aşamalar aşağıda verilmiştir.

- Kaliteyi etkileyen tüm faaliyetler tek tek yazılarak bir liste oluşturulmalı ve bu listede yer alan faaliyetlere ilişkin mevcut dokümantasyon toplanmalı.
- Toplanan dokümanlar tanımlanıp, listelenerek, gruplanmalı.
- Gruplanan dokümanlar referans alınan KGS modeli standartına göre yeniden sınıflandırılmalıdır.

Yukarıda yer verilen tesbitin yapılabilmesi için günümüzün en karmaşık örgütleri konumundaki hastanelerde (kırtasiyeciliğin kamu işletmelerimizde genel bir örgütsel özellik olduğu da unutulmamalıdır) çeşitli meslek profesyonellerinden oluşan bir ekibin kurulması sistemin etkin kurulup, işletilebilmesi açısından oldukça önemlidir. Çünkü ISO 9001 KGS sonucunda oldukça kapsamlı bir dokümantasyon sistemi oluşacaktır. Dolayısıyla bu süreç öncesi tüm kamu işletmelerimizin sorunu olan kırtasiyeciliğin sistemden ayıklanması gerekmektedir. Bu ayıklama işlemi için her bir hizmet süreci için o süreçte işlev gören işgören grubunun katkısının alınması gereklidir. Bu amaçla, başlangıçta hastanenin yatak kapasitesi ve hizmet karmasına bağlı olarak bir KGS ekibi kurulmalıdır. Yönetim temsilcisine (üniversite hastanelerinde KGS sorumlusuna) bağlı olarak işlev görecek bu ekipte en azından aşağıdaki işgören gruplarına yer verilmelidir.

- Cerrahi ve Dahili Klinik Hemşiresi
- Ameliyathane Hemşiresi
- Lâboratuvar Sağlık Teknisyenleri (Özellikle biyokimya, kan merkezi, radyoloji, mikrobiyoloji ve patoloji)
- Hekim (Tıp Fakültelerinde ise ayrıca asistan hekimler)
- Diyetisyen ve / veya Mutfak Personeli
- Hastabakıcı
- Hasta Kabul Personeli
- Döner Sermaye Personeli
- Satınalma Personeli
- Eczacı
- Sekreter ve / veya Bilgisayar Operatörü
- Arşiv Personeli

Bu işgören gruplarından oluşan KGS ekibi, sürecin başlangıcı kurulması ve işletilmesi süreçlerinde yer alacaklarından seçimlerin aşağıdaki kriterler gözönüne alınmalıdır.

Ümit Şahin

- Eğitim seviyeleri,
- Mesleki bilgi ve becerileri,
- Hastane ve görev yaptıkları ünitelerdeki saygınlıkları,
- Gönüllü katkıya hazır olmaları,
- İletişim yetenekleri.

KGS ekibinin seçimine paralel olarak bu ekip kapsamlı bir ISO 9001 KGS eğitimine tabi tutulmalıdır. Bu eğitimi takiben yukarıda yer verilen açıklamalar paralelinde hastanenin mevcut dokümantasyon sistemi incelenerek gereksiz ve / veya sistemin verimli çalışmasını engelleyen dokümanlar ayıklanmalıdır. Bu ayıklama sürecini takiben ISO 9001 KGS 20 maddesi ile ilgili dokümantasyon sisteminin oluşturulması aşamasına geçilmeli ve bu süreçte de KGS ekibinden yararlanılmalıdır.

4.3. Sözleşmenin Gözden Geçirilmesi

Standartın bu maddesi, **“Tedarikçinin, sözleşmenin gözden geçirilmesi ve bu faaliyetlerin koordinasyonu için dökümante edilmiş prosedürleri oluşturmalı ve sürekliliğini sağlamalıdır.”** genel hükmünü içermektedir.

Hastanelerin sunmuş oldukları hizmetlerin gerek çok pahalı gerekse de bireylerin yaşam hakkı ile ilgili hizmetler oluşu hastane müşterilerini tüm ülkelerde örgütlü müşteri konumuna getirmektedir ki bu özellik hastaneleri diğer tüm işletmelerden ayıran bir özelliktir.

Daha önceki bölümlerde de açıklandığı gibi ülkemiz hastane işletmeciliği sektörü kamusal ağırlıklı hastanelerden oluşan bir sektördür. Bu işletmelerin müşterilerinin finansmanı ve hizmetten yararlanma koşulları büyük yoğunlukla (%90' lar oranında) kamu kurumlarınca belirlenmektedir. Bu kamu kurumlarından en önemlileri ise S.S.K., Emekli Sandığı ve Bağ-Kur' dur. Bu kurumlarca ücreti karşılanacak hastaların hastaneye kabul kriterleri

ve kontrolüne yönelik bir prosedür gerekecektir. Bu prosedür içeriği acil durumlarda dahil olmak üzere, hastaların kontrollü olarak hastaneye kabul kriterlerini, bu kriterlerin kontrolünün nasıl yapılacağı, hastanenin kabul kriterlerinden geçen hastaların gereksinim duyabileceği hizmetleri üretme yeterliliğinde olup olmadığının tespiti konularını kapsamalıdır.

4.4.Tasarım Kontrolü

ISO 9001 KGS' nin bu standartı ISO 9002 KGS' inden ayırım noktasını oluşturmaktadır. Standartın bu maddesinin hastane işletmeciliği yönünden önemi hastanelerin hizmet işletmeleri olmaları nedeniyle tasarım yapmadıkları ve / veya yapamayacakları önyargısıdır. Bu önyargı ya da yanlış anlama nedeniyle ISO 9000 serisinden belgelendirme sürecini aşmış hastanelerimizden birisi bu nedenle tasarım kontrolü içermeyen ISO 9002 belgesini almıştır.

ISO 9000 KGS' ne yönelik bilgi birikimi oluşturmayı amaçlayan yayınlanmış kaynaklar ISO 9001' i 9002' den ayıran bu maddenin ayırım noktalarına yeterince yer vermemektedir. Ancak "Eğer hizmeti gerçekleştirmek için bu konuda yasal mevzuat varsa bu alanlarda faaliyet gösteren kuruluşlar bu mevzuat hükümlerine uymak zorundadırlar. Başka bir deyişle mevzuat maddelerini değiştirecek bir tasarım faaliyetinde bulunamazlar. Bunun sonucu hizmet sektörü daha çok 9002 KGS modelini seçmek zorundadırlar. " yaklaşımını ortaya koymaktadırlar.

Ancak ISO 9001 KGS bu maddesinde, işletmenin "her bir tasarım ve geliştirme faaliyeti için planlar hazırlamalıdır. Planlar ilgili faaliyetleri tanımlamalı veya atıfta bulunmalı ve bu faaliyetlerin yerine getirilmesi için sorumlulukları belirlenmelidir. Planlar tasarım geliştikçe güncellenmelidir. Tasarım girdi ve çıktıları geçerli ve doğrulanabilir olacak şekilde açıklanarak, dokümanite edilmeli ve tasarım faaliyeti önceden planlanan süreçlerde gözden geçirilmeli, doğrulanmalı ve tasarımın tanımlanan kullanıcı ihtiyaçları

Ümit Şahin

ve / veya şartlarına uygunluğunu sağlamak gayesiyle geçerli kılınmalıdır.” hükümlerinin yerine getirilmesini istemektedir. Özetle ISO 9001 KGS hastanenin yeni bir hizmeti başlangıcından müşteri sunum aşamasına kadar her aşamada kontrol edilerek yönetimin planlama işlevine uygun olarak yerine getirilmesini istemektedir. Sözelimi MR cihazı olarak bu hizmeti müşterilerine sunmayı amaçlayan hastane bu hizmeti başlangıçtan müşteri sunumu sürecine kadar standartın hükümleri doğrultusunda yerine getirmelidir.

Ancak, burada dikkat çekilmesi gereken nokta TS-EN-ISO 9001 KGS’ ni hedefleyen bir hastane belgelendirme kontrolünde standarta uygun bir tasarım örneğini sunmak zorunluluğudur. Diğer 19 maddede meydana gelecek majör ve minör uygunsuzluklar tolere edilebildiği halde bu maddeye yönelik majör bir uygunsuzluk yeni bir tasarımı gerektireceğinden işletme oldukça uzun bir zaman kaybedecek, en önemlisi ise örgütte ciddi bir moral deformasyonu yaşanabilecektir.

Standartın bu maddesinin kamu hastanelerimiz açısından en önemli getirisinin yeni hizmet sunum projelerinin önceden hazırlanan planlar doğrultusunda standartın hükümleri doğrultusunda yerine getirilmesini zorunlu kılmasıdır. Hizmetin proje aşamasında tüm girdi ve çıktıların önceden belirlenmesi, temininin planlanarak süreç içinde gözden geçirilmesi, öncelikle hizmetin ön araştırmasının gerçekçi veriler ile yapılmasını, gerekli kaynakların özellik ve parasal tahmini değerlerinin ortaya konulmasını ve tasarım planında tüm süreçlerin ilgili ünite amirlerine görev olarak yazılı hale getirilmesini gerektirmektedir. Bu durum, kamu işletmelerimizdeki yaygın insiyatif kullanma ve keyfiyetçiliği önleyebilecek bir yaklaşım olacaktır.

4.5.Doküman ve Veri Kontrolü

ISO 9001 KGS bu maddesinde; Hastanenin, "doküman ve veriler yayınlanmadan önce yeterlilik açısından yetkili personel tarafından gözden geçirilmeli ve onaylanmalıdır. Geçersiz ve / veya yürürlükten kalkan dokümanların kullanılmasını önlemek için dokümanların yürürlükteki revizyonlarını gösteren ana liste veya eşdeğer doküman kontrol prosedürü oluşturmalı ve kullanıma hazır bulundurulmalıdır. Dokümanlardaki ve verilerdeki değişiklikler, başka bir görevlendirme olmadıkça orijinal metni inceleyen ve kabul eden, aynı fonksiyonlar / organizasyonlar tarafından incelenerek onaylanmalıdır. Görevlendirilen fonksiyonlar / organizasyonlar ilgili inceleme ve onay işlemleri için eski bilgilere ulaşabilmelidirler" hükümlerinin yerine getirilmesini istemektedir. Bu amaçla, hastanenin öncelikle büyüklüğüne bağlı olarak en az iki personelden oluşan bir KGS bölümü kurması sistemin etkin işleyişi yönünden önemli bir öneri olarak dikkate alınmalıdır.

Doküman ve Veri Onayı:

ISO 9001 Kalite Güvence Sistemi maddesinde açıklandığı gibi sistem Kalite el kitabı, prosedürler, talimatlar, kalite planları ve destek dokümanlardan oluşmaktadır. Dolayısıyla sistemin etkinliği açısından dokümanların hazırlanması ve onaylanması için aşağıda açıklamalar yer alacaktır.

Prosedürler:

- Prosedürlerin hazırlanması için çok çeşitli format oluşturulabilir. Ancak formatı ne olursa olsun prosedürlerde yer verilen ana başlıklar ya da standart bilgiler, ekonomik olmalı, gereksiz ya da çok fazla katkısı olmayan bilgilere yer verilmemelidir. Bu amaçla aşağıda etkin bir prosedür formatında bulunması gereken bilgiler tanımlanmıştır.
 - Logo ya da Hastane Adı
 - Prosedürün İsmi
 - Prosedür No (PR yada P-01 gibi)

Ümit Şahin

- Sayfa No (1/3)
 - Revizyon No
 - Hazırlayan
 - Onaylayan
 - Amaç
 - Sorumluluklar
 - Tanımlar
 - Prosedür Detayı
 - Kayıtlar
 - İlgili Dokümanlar
- İlgili dokümanlar bölümünde özellikle formlara yer verilmelidir. Bunun temel nedeni, hastanelerde ücretlendirmeye yönelik olarak binlerce form kullanılmakta her yıl hatta her ay, bir yandan bu formlardan bir kısmı iptal olurken diğer yandan da sisteme yeni formlar dahil olmaktadır.
 - Hastanenin büyüklüğü ve hizmet karmaşasına göre başlangıçta hazırlanacak prosedürler listelenerek; bu prosedürler için gerekli görevlendirmeler yapılmalıdır.
 - Prosedürlerden mümkün olduğunca ayrıntıya girilmemeli ve ayrıntılar hazırlanacak talimatlara atıf yoluyla açıklanmalıdır.

Talimatlar:

- Talimatlar için prosedürlerde kullanılan format aynı şekilde kullanılabilir. Ancak, talimatlarda tanımlar ve kayıtlar bölümüne gerek olmadığı söylenebilir.
- Talimatlar bizzat uygulayıcılar tarafından hazırlanmalı ve mümkün olduğunca bu da bulunsun yaklaşımı ile talimat yazılmamalıdır. Ayrıca, talimatların **"işgörenleri zincire vurmak için kullanılacak dokümanlar olmadığı asla akıldan çıkarılmamalıdır."**
- Talimatların uygulanma denetimi uygulayıcı işgörenin bağlı olduğu bir üst kademe yöneticisine bırakılmalı, orta kademe yöneticiler sistem dışına itilmemelidirler. Üniversite hastanelerimizde bu yaklaşıma özellikle dikkat edilmelidir. Sözgelimi, Proses Kontrol maddesine yönelik olarak

Radyoloji Lâboratuvarı Prosedüründe hazırlayan bölümü A.B.D. Başkanı tarafından imzalanmalı, prosedürde atıfta bulunulan talimatların hazırlayan bölümü ise ilgili ünite sorumlu teknisyeni tarafından, onaylayan bölümü ise A.B.D. Başkanı tarafından imzalanmalıdır.

- Hastanelerde hazırlanacak talimat türleri ise,
 - İş Tanımları
 - Hizmet Talimatları
 - Cihaz Kullanma ve Bakım Talimatları
 - İdari ve Teknik Şartnameler (satınalma maddesinde ayrıca açıklanmıştır.)

4.6. Satınalma

Hastane işletmeciliğinde özellikle ülkemiz kamu hastanelerinin örgütsel performans göstergelerini etkileyebilecek en önemli süreçlerden birisi hastanelerin ürettiği oldukları hasta tedavi süreçlerinin her aşamasında kullandıkları tıbbi teknolojik cihazlar ile ilaç ve tıbbi malzemelerin satınalma etkinliğidir.

Hastanelerde hizmet üretiminin can damarlarını oluşturan malzemelerin, özellikle hayat kurtarma ve sağlık hizmetleri verme amacı ile çalışan hastaneler açısından önemi büyüktür. Malzeme yetersizliğinin veya yokluğunun maliyeti maddi olduğu kadar hastalık, acı ve ölüm gibi parasal olarak ölçülemeyen manevi kayıpları da kapsamaktadır. Ayrıca malzeme ve tıbbi teçhizat eksikliği hekimler ile yöneticiler arasında çatışmalara neden olmakta ve bu çatışmalardan da hastane yönetimleri sorumlu tutulmaktadır. Olayın hasta ve / veya yakınları yönünden boyutu ise ilaç ve tıbbi malzemelerin hastane dışından temini hastaları bir yandan ciddi maddi problemler ile karşı karşıya bırakabilmesi ve bu nedenle tedavi süreci kesintiye uğrayan hastanın psikolojik olarak etkilenecek tedavi planına uyumunun azalması şeklinde olabilmektedir. Olaya hastane açısından bakıldığında personel işgücü verimsizliği oluşmakta ve bu süreçte, ilgili

Ümit Şahin

(klinikler, eczane, satınalma) üniteler arasında ise çatışma doğmaktadır. Hekim ve hemşireler en basit durumlarda bile reçete yazma, hasta yakınına ulaşma, ilaç ve malzemeyi bir an önce hastanın tedavi sürecine dahil etme paniğini yaşamakta, bu süreçte oluşan stres ise kaçınılmaz olarak hastanın tedavi kalitesine olumsuz bir şekilde yansımaktadır.

Olaya ülkemiz kamu hastaneleri açısından bakıldığında; bilimsel bir malzeme yönetim sistemleri olmadığı gibi, sipariş, satınalma, stok kontrol, stok değerlendirme, depolama ve üretime sevk konularında alışlagelmiş bilimsel olmayan yöntemler kullanılmaktadır. Bu nedenle malzeme kayıpları çok olmakta, zaman zaman malzeme bulunmaması nedeniyle de hizmet aksamaktadır.

	1994	1995	1996
S.S.K.	% 74	% 77.7	% 75.1
S.B.	% 60.8	% 60.5	% 62

Tablo : S.S.K. ve S.B. Hastanelerinin Toplam Harcamaları İçinde İlaç ve Malzeme Giderlerinin Yeri (Milyon Dolar olarak)

Yukarıdaki tabloda ülkemiz hastane işletmeciliği sektörünün % 84 yatak kapasitesine sahip S.B. ve S.S.K.' nun toplam giderleri arasında ilaç ve malzeme giderlerinin % olarak oranı sunulmuştur.

Ülkemiz kamu hastaneleri bir diğer önemli satınalma girdisi de tıbbi cihazlardır. Hastaneler açısından satınalınan her tıbbi cihaz bu cihazın satınalma sürecinin verimliliğine bağlı olarak tekrar satınalmalara (personel eğitimi, kalibrasyon, yıllık ve periyodik bakımlar, onarım vb.) neden olmaktadır. Bu bağlamda tıbbi cihazların hastane işletmeciliğinde sunulan hizmetin maliyetini artırıcı özellikleri aşağıda sunulmuştur.

- 1- Ülkelerde hayat standardı yükseldiği ve iletişim imkanları çoğaldığı için, insanlar sağlık kuruluşlarından daha kaliteli hizmet talep etmektedirler.
- 2- Doktorlar da, teşhis ve tedavilerinde, daha etkin olabilmek ve diğer ülkelerdeki meslektaşları ile en azından aynı teknik seviyede olabilmek için yüksek teknolojinin getirdiği pahalı ve kullanımı özel eğitimi gerektiren ileri teknoloji cihazlarını kullanmak istemektedir.
- 3- Harp endüstrisinden sonra en yüksek kazanç getiren tıbbi cihaz endüstrisi, endüstri ülkelerinde artmış ve özel satış ve finansman teknikleriyle (vadeli, kredili satış veya kiralama) mamullerini hastanelere kolayca satabilmektedirler.
- 4- Piyasada tıbbi cihaz ve gerekli malzeme çeşitleri 15 yıl evveline kadar 100 civarında iken bugün bu miktar 7.000 kadardır. İlk ultrasonografi imal eden firma adedi 3 iken bugün 68 olmuştur. Amerika' da imal edilen tıbbi cihazın 1990 yılındaki tutarı 32.1 milyar dolardır. Bunun 1995 yılında 43.9 milyar olacağı tahmin edilmektedir.
- 5- Her yıl ortalama 100 kadar yeni tıbbi cihaz piyasada yer almakta, bazı cihazların ilk üç yıl içinde ikinci, üçüncü hatta dördüncü jenerasyonu satışa arz edilmektedir.
- 6- Doktorların bu devamlı gelişen cihaz teknolojisinde ve uygulamada güncel olabilmeleri için yeni ilave cihaz alma, alınanların kullanımını öğrenmeleri, koruyucu bakım ve bakım giderlerinin karşılamaları için hastanelerin yıllık gider bütçelerine ayrıca % 30 kadar para ayırmaları gerekmektedir.
- 7- Yüksek teknoloji cihazlarını kullanacak doktor ve yardımcılarının eğitimindeki yetersizlik nedeni ile bu cihazların ortalama % 30 kadar çalışmamakta veya beklenen kalitede hizmet vermemektedir.

Bu bağlamda, sağlık sistemlerinde maliyet artışları ise aşağıdaki önlemlerle azaltılabilir.

Ümit Şahin

- 1- Aynı hizmeti görebilecek olan çeşitli marka ve tipteki cihazlar arasından en uygununu seçmek ve ömür boyu maliyet hesabı ile en uygun fiyatla alabilmek.
- 2- Doğru kabul muayenesini yapmak, cihaz teslim alırken, şartnamede tesbit edilen teknik özelliklere uygunluğunu, cihazın imalatçı ülkede satılanın kalitesinde olup olmadığını, kullanıldıktan sonra yenilendirilmiş olup olmadığını doğru olarak tesbit etmek.
- 3- Kullanıcıların tam olarak yetiştirilmesini sağlamak.
- 4- Cihazın hasta başına maliyetini azaltmak için tam kapasitede çalışmasını sağlayacak, koruyucu periyodik bakım, ayar ve tamirlerini yaptırarak cihazların boş durma zamanını en aza indirecek tedbirleri alacak sistemi kurmak.
- 5- Hastaların hastanede yatma süresini asgariye indirecek metotları uygulamak.
- 6- Riski en az olan finansman kaynaklarını kullanmak.

Ancak yukarıda yer verilen açıklamalar bağlamında ülkemiz kamu hastanelerinde bu girdilerin satınalma süreçlerinde ciddi kaynak verimsizliği ile karşı karşıya kalınmaktadır. O.D.T.Ü. tarafından ülkemizde bir hastanede yapılan tesbitler aşağıda sunulmuştur.

- Alım usüllerinin çokluğu kargaşaya yol açmaktadır. Alım isteğinde bulunanlar siparişlerini izleyebilme olanağından yoksundurlar.
- Satınalma işlemleri iyi koordine edilememektedir. Bu eksiklik özellikle döner sermaye ve genel bütçe alımlarının koordinasyonunda ortaya çıkmaktadır.
- Satınalma işlemlerini yürüten personelin yetki ve sorumluluklarının belirsiz olması, sorumluluğu taşıyan yöneticilerin kontrol olanaklarının kısıtlı olması, işi yürüten kişilerin ise gerekli yetkilerle donatılmaması ve

kağıt üzerinde hiçbir sorumluluklarının olmayışı yüzünden işlemler gereksiz yere uzamaktadır.

- Satınalma için taleplerin bazen ilgili depo yada eczanenin haberi olmadan işleme konması yüzünden, fazladan alım durumu ortaya çıkmaktadır.
- Depolarda bulunmayan yada tükenen malzeme ve ilaç için sık sık acil alım yoluna gidilmektedir.
- Servisler istedikleri zaman bulamama korkusu ve ihtiyaç bildirimlerinde gösterdikleri miktarların nasıl olsa indirilebileceği varsayımı ile genellikle ihtiyaktan fazla talepte bulunmaktadırlar.
- Ayrıca; Boğaziçi Üniversite, Biomedical Enstitüsü' nün İstanbul' daki en büyük 5 S.B. Hastanesinde yaptığı çalışma sonucuna göre "cihazlara yapılacak yatırım maliyetinin uygun satınalma yöntemleri ile en az yaklaşık % 20 azalacağı" rapor edilmiştir.

Bu tesbitlere ek olarak;

- Özellikle teknik ve idari şartnamelerin karşılaşılabilecek çeşitli durumları tolere edebilecek esnekliği taşımamaları ve yıllar yılı revizyondan geçirilmeden her ihale de kullanılmaları,
- İhale komisyonlarının satınalma da tek kriter olarak en ucuz teklifi seçmeleri, dolayısıyla satınalınan malzeme veya cihazın kullanılmayarak stokta beklemesi, özetle tipik "kalitesizliğin maliyetlerine" katlanması,
- **Devlet İhale Kanunu ile Döner Sermayeli Kuruluşlar İhale Yönetmeliği hükümlerinin genel amaç ve kamu yararı felsefesi paralelinde değil de yasadaki binlerce madde arasından sadece bir maddeye uygunsuzluk aranması.** Bu yaklaşım sonucu örneğin aynı marka ilaç ve / veya malzemenin daha ucuza alınması yasal olmayan durum, pahalıya alınması ise yasal durum olarak nitelendirilebilmektedir. Bu tespit aşağıda somutlanmıştır.

Ümit Şahin

“Tek kişi veya firma elinde bulunur taşınır mal, hak ve hizmetlerin alımı veya kiralanması: Yalnız bir firma tarafından üretilen mallar veya yabancı firmanın Türkiye’deki yetkili tek satıcısı elindeki mallar ile, telif ve patent hakkı gibi hakların ve sadece tek kişi veya firma tarafından karşılanabilen hizmetlerin alımı ve kiralanmasında, pazarlık usulünün uygulanması mümkündür. Ancak bu mal, hak veya hizmetin tek kişi veya firma elinde olduğunun belgelenmesi gerekir. Bu belge, mallar için “tek satıcılık” veya eski deyimle “yed’i vahit” belgesi olup, Ticaret ve Sanayi Odaları tarafından verilmektedir. Patent hakları için Sanayi ve Ticaret Bakanlığı veya kaydın bulunduğu bakanlıktan, hizmetler için de hizmetin alanına girdiği kanunla kurulmuş meslek kuruluşlarından belge alınabilir.” hükmü yer almaktadır. Ancak ilacın teknik bir konu olması nedeniyle Ticaret ve Sanayi Odaları tarafından eşdeğeri yoktur yazısı Sağlık Bakanlığına nakledilmekte S.B. ise bu belgeyi vermemekte, hastane eczacılarının imzalı belgesinin yeterli olduğunu ileri sürmekte saymanlıklar ise bu belgeyi kabul etmemektedir. Dolayısıyla direkt ithalatçı firmadan daha fazla indirim oranı ile satınalma yapmak yerine ihale yapılarak, aracı depoya kâr payı verilmek zorunda kalınmaktadır.

ISO 9001 KGS 4.6. Satınalma maddesinde **“Hastanenin, satın alınan ürünün belirlenen şartlara uymasını sağlamak için dokümente edilmiş prosedürleri oluşturma ve sürekliliğini sağlamaya yönelik olarak”;**

- Taşeronların hastanenin gereksinimlerini karşılama yeterliliklerini değerlendirmek için bir sistem oluşturmalı,
- Satınalma dokümanları, sipariş edilen ürünü açık olarak tarif eden verileri ve uygun olduğu takdirde:

1-Tip, sınıf, derece veya diğer kesin tanımlarını

2-Ürün, prosedürler, proses teçhizatı ve personel kabul

veya nitelendirme şartları ile ilgili diğer teknik verilerin, şartnamelerin, çizimlerin, proses şartlarının, muayene talimatlarının başlıkları veya herhangi bir tanıtıcı bilgiyi ve uygulamadaki baskılarını;

- Uygulanacak kalite sistemi standartının adı, numarası ve yayın tarihini kapsamalıdır.

“Tedarikçi, dağıtımından önce satınalma dokümanlarını, belirlenen şartlarına uygunluğu açısından gözden geçirmeli ve onaylamalıdır.” hükümlerini yerine getirmesini istemektedir.

ISO 9001 KGS’ nin 4.6. Satınalma maddesinin hükümlerinin ülkemiz kamu hastanelerinin örgütsel performans göstergelerini artırıcı bir yaklaşım olarak yerine getirilebilmesi için şu ana değin aktarılan olumsuz tabloya olumlu göstergelere çevirebilecek öngörülerimiz aşağıda sunulmuştur.

- İlk yapılması gereken tüm hizmet ünitelerinde stok kontrolüne yönelik olarak bir sistem oluşturulmalıdır. Bu üniteler arasında en önemlisi ise yukarıdaki açıklamalar bağlamında eczane ile tıbbi malzemelerin dağıtımını yapan ünite olacaktır.*

Bu ünitelerin depoları standardın 4.15. Taşıma, Depolama, Ambalajlama, Muhafaza ve Sevkiyat hükümlerine göre yeniden organize edileceğinden buralarda stok kontrolü çok basit yöntemlerle oldukça verimli bir şekilde sağlanabilecektir. Bu süreç paralelinde geçmişe dönük veriler incelenerek her bir girdi için minimum stok seviyesi belirlenmelidir. Bu stok seviyesi hastanenin teklif usulü ve ihale yolu alımları için gerekli sürede (talebin tarihinden itibaren satın alınarak isteği yapan üniteye ulaşmaya kadar geçen toplam süre) ihtiyacı karşılayabilecek miktar olacaktır. Eğer hastanenin bu ünitelerinde süreç bilgisayar odaklı olarak işletiliyorsa minimum stok seviyesinin belirlenmesi ve takibi çok az emek gerektiren bir süreç olacaktır. Özellikle ilaç ve türevlerinin ihale yoluyla

Ümit Şahin

satınalmalarında eşdeğer ilaçlar arasından ihale süresince yalnızca bir ticari ismin satın alınması stok kontrolünü kolaylaştıracağı gibi aynı zamanda miad kontrolünü de kolaylaştıracaktır. Bu yöntemin ayrıca sağlayabileceği kârlılık satınalma aşamasında daha detaylı olarak ele alınacaktır.

- Mevcut satınalma talep formları yeniden dizayn edilerek gereksiz stoklamayı önlemeye yönelik olarak aşağıdaki bilgileri içerecek şekilde yeniden dizayn edilmelidir.
 - Eczane Bölümü (Eşdeğeri veya Kendisi Yoktur.) Kaşe ve İmza
 - Ayniyat Ünitesi (Eşdeğeri veya Kendisi Yoktur.) Kaşe ve İmza
 - Tıbbi Malzeme Takip ünitesi (Eşdeğeri veya Kendisi Yoktur.) Kaşe ve İmza
 - Biomedial Ünitesi (Tamiri Ünitimizde Yapılamamaktadır) Kaşe ve İmza
 - İstek Tarihi:
 - Satınalma Onay Tarihi :
 - İsteğin Red Gerekçesi :

* Ülkemiz kamu hastanelerin büyük çoğunluğunda ilaç ve türevlerinin takibi ile birlikte tıbbi malzemelerin dağıtımı da hastane eczanesince yapılmaktadır.

Yukarıda yer verilecek bilgileri içerecek şekilde dizayn edilecek satınalma talep formlarının izleyeceği prosedür tanımlanarak yazılı hale getirilmelidir.

Şartnamelerin Hazırlanması:

İhale yolu ile girdi alımlarında ihale öncesinde idari ve teknik şartnameler mutlak suretle gözden geçirilmelidir.

Teknik Şartnameler:

Teknik şartnamelerde, ürün ve / veya hizmet tip, sınıf, derece veya kesin biçimde tanımlanmalıdır. Teknik şartnamelerde mutlak suretle ürün ve / veya hizmetin gereksinimi karşılayacak olmazsa olmaz koşullarına yer verilmeli, gereksinimi direkt etkilemeyen ayrıntılı hükümlere yer

verilmemelidir. Ticari isimler tescilli markalar ve diğer özel isimler, bir firmanın kendisine mahsus marka, kod, tip, numara ve adları teknik şartnamelerde kullanılmamalıdır. Ayrıca ISO 9001 KGS' nin etkinliği bağlamında teknik şartnamelerde aşağıdaki hükümlere yer verilmesi hastanenin kaynaklarının verimli kullanımı için önerilebilir.

- Muayene ve Deney maddesi gereği olarak: Muayene ve deney için numune miktarı, red ve kabul kriterleri. Sözelimi 10.000 Enjektör için 100 Numune, kabul kriteri 2/100 gibi
- ISO 9001 KGS Muayene ve Deney Teçhizatının Kontrolü maddesi gereğince satın alınması yapılacak tüm ölçüm cihazlarının teslim anında kalibrasyon belgesinin (uluslararası geçerliliği olan kuruluşlarca verilmiş) teslimi ile ilgili madde. Aynı paralelde malzemeleri alındığı sürece kullanılan mülkiyeti firmalara ait cihazların bakım-onarımın ve kalibrasyonları ile ilgili hükümler.
- Proses aşamasında herhangi bir uygunsuzluk oluştuğunda (Uygun Olmayan Ürünün Kontrolü maddesi bağlamında) firmanın sorumluluğu
- Tıbbi cihazlar ile set karşılığı alınan cihazlarda işgören eğitimi ile ilgili firma sorumluluğu.
- Taşıma, depolama, ambalajlama, muhafaza ve sevkiyat ile ilgili hükümlerde firma sorumluluğu.

İdari Şartnameler:

İdari Şartnameler satın alınacak girdi ve / veya hizmetler için teklif verecek taşeronların tekliflerinin kabulü ile taşeron ile akit bitimine kadar idari-hukuki ve mali konuların kurallarının tanımlandığı dokümanlardır. İdari şartnamelerde, ISO 9001 KGS uygulamalarının etkinliği bağlamında, taşeron değerlendirmeye yönelik olarak muayene ve deneyin nasıl yapılacağı, muayene ve deney için gerekli teçhizat ve numunenin hangi tarafça karşılanacağı, muayene ve deneyin uzman bir işletmeye yaptırılması durumunda finansman kim tarafından karşılanacağı taşeron firmanın hangi

Ümit Şahin

durumlarda girdi ve / veya hizmeti karşılayamaması durumunda yapılacak işlem gibi hükümler mutlak suretle yer almalıdır.

Tekliflerin Değerlendirilmesi:

İhale komisyonu tüm teklifleri idari ve teknik şartname hükümlerine uygunluğu açısından değerlendirerek şartname koşullarını taşımayan teklifleri belirlemelidir. Teknik ve İdari şartnamelere uygun olan teklifler kullanıcı bölümlerden seçilmiş işgörenlerden oluşan bir komisyonun ön değerlendirmesine sunularak alınması günümüz kalite yaklaşımının "ilk seferinde doğru yap" yaklaşımını sağlayabilecektir.

4.7. Müşterinin Temin Ettiği Ürün

ISO 9001 KGS' nin bu maddesinde, hastanenin, **"diğer girdilerle birleştirmek veya ilgili faaliyetleri için müşterinin temin ettiği ürünün doğrulanması, depolanması ve bakımının kontrolü amacıyla dokümanite edilmiş prosedürleri oluşturmalı ve sürekliliğini sağlamalıdır. Böyle bir ürünün kaybolması, hasar görmesi veya kullanıma uygun olmaması durumunda kayıt tutmalı ve müşteriye rapor etmelidir"** hükümlerinin yerine getirilmesini istemektedir.

Bir hizmet işletmesi olarak hastanelerin tıbbi hizmet üretim süreçlerinin her aşamasında en yoğun olarak kullandıkları girdiler ilaç ve türevleri ile tıbbi sarf malzemelerdir. Bu hizmetler ise hastanelerimizde hastane eczanesi kanalıyla örgütlenmektedir. 4.9. Proses maddesinde eczacılık hizmetleri prosesi ayrı olarak detaylı bir biçimde incelenecektir. Ancak, Standartın 4.7. maddesi kapsamında hastane müşterilerinin temin ettiği yada edebileceği ürünler aşağıda özetlenmiştir.

- Hastane eczanesinde bulunmaması durumunda dışardan hastalara reçete yoluyla aldırılan ilaç ve türevleri ile tıbbi sarf malzemeler.

- Kan merkezinde bulunmaması sonucu dışarıdan temin ettirilen kan ve kan ürünleri
- Ülkemiz hastane işletmeciliği sektörünün yatak kapasitesi olarak % 17' sine sahip S.S.K.' lı hastalara yönelik olarak S.S.K. Genel Müdürlüğünün uygulaması sonucu olarak; S.S.K.' lı tüm hastaların tedavileri devam etmekte olduğu hastanede mevcut olsa dahi, il içindeki S.S.K. Hastanesinden temin etme zorunluluğudur.

S.S.K.' nun maliyet azaltmaya yönelik bu yaklaşımı verimliliklerini arttırdıkları savıyla desteklenebilecek bir yaklaşım olarak görülebilir. Ancak bu yaklaşımın savunabilir herhangi bir dayanağı bulunmadığı aşağıdaki örnekler desteklenmektedir.

S.S.K. dışında herhangi bir hastanede yatan bir hastaya tedavi sürecinin gereği olarak kullanabilecek herhangi bir malzeme (sözelimi, anestezi yoğun bakım ünitesinde yatan bir hasta için gerekli CVP katateri) klinik hekimce reçete edilecek, hasta yakını bulunacak ve reçete ilgili S.S.K. Hastanesine götürülüp bürokratik işlemleri yapılarak S.S.K. Hastanesinin eczanesinde mevcut ise oradan eğer değil ise yine bürokratik işlemler izlenerek S.S.K. ile protokolü olan firma hasta yakınına aranıp bulunacak eğer firmanın stoğunda varsa hasta yakınına verecek, eğer yoksa sipariş verecek, hasta ise tüm bu süreçte tüm ulusal anayasalarca güvence altına alınmış olan yaşam hakkı ile ilgili sağlık hizmetinin devamlılığı için **"rabbine dua"** edecektir. Dolayısıyla ISO 9001 KGS 4.1. Yönetim Sorumluluğu maddesi gereğince kalite politikasını müşteri odaklı olarak belirleme zorunluluğu taşıyan herhangi bir kamu hastanesinin S.S.K. Genel Müdürlüğünün bu yaklaşımı paralelinde bir sistem oluşturması ve bu sistemi ilgili S.S.K. Hastanesine kabul ettirmesi gerekecektir. Bu kabul için öngörümüz aşağıda sunulmuştur.

Ümit Şahin

- ISO 9001 KGS kuracak hastane S.S.K.' lı hastaları için kullanabileceği bu tip tıbbi malzemeler için aylık kontrol stoğu oluşturmalı ve bu kontrol stoğunu ilgili S.S.K. Hastanesinden talep ederek, bu stoktan kullandığı hastalara ait tüm dokümanları hazırlayarak haftalık olarak ilgili S.S.K. hastanesine iletmelidir.

Standartın bu maddesinin etkin uygulanması, hastanenin Satınalma, Muayene ve Deney ve Proses Kontrol maddelerinin (Hastaneler açısından bu madde ile ilgili eczacılık) etkin işleyişine yönelik bir sistem oluşturmasını da kolaylaştıracaktır. Tersisi durum ise, ISO 9001 olsada olmasada örgütsel performans göstergelerini olumsuz etkileyebilecek bir süreç haline gelebilecektir.

4.8.Ürün (Hizmet) Tanımı ve İzlenebilirliği

Standartın bu maddesi "Tedarikçi alımdan başlayarak üretim, dağıtım ve tesisin tüm aşamalarında uygun yollarla ürünü (hizmeti) tanımlamak için dökümante edilmiş prosedürleri oluşturmalı ve sürekliliğini sağlamalıdır" hükmünü içermektedir.

Hastaneler sağlık tanımı kapsamındaki hizmetleri üreten işletmelerdir. Hastanelerde sunulan hizmetleri talep eden müşterileri genel olarak hasta olarak tanımlanmaktadır. Daha önceki bölümlerde de irdelendiği üzere hastanelerin müşterilerine sunmuş oldukları hizmet genel olarak "bireyselleştirilmiş hizmet" olarak tanımlanmaktadır. Dolayısıyla standartın istediği hizmetin tanımı ve izlenebilirliği hizmet süreci boyunca hizmet alımında bulunan müşterinin (hastanın) hizmet sürecinin her aşamasında (girdi → süreç → çıktı) ayırt ediciliğinin sağlanmasını istemektedir. Bu bağlamda, hastanelerde standartın tanımladığı ürün yada hizmet alan temel girdi müşteriler olacaktır. Hastane müşterileri olan hastalar ise "hasta dosyaları" yoluyla izlenmektedir. Dolayısıyla standartın bu maddesi doğru algılandığında zaten hastanelerde müşteri izleniminde

kullanılan hasta dosyalarının temel özelliği olan dosya no' ları ile bu izlenebilirlik sağlanabilir. Ancak bu izlenebilirliğin sorun yaratabileceği en önemli nokta teşhis ve tedavide kullanılan tıbbi cihazların bireyselleştirilmiş hasta hizmeti bazında tanımlanması ve izlenebilirliklerinin sağlanmasında olacaktır. Bu izlenebilirlik özellikle "uygun olmayan ürünün kontrolü" maddesi yönünden önemlidir. Sözelimi bir hastaya X lâboratuvarında yapılan tetkikler hastanın dosya no' su kaydedilen tetkik kağıtları ve / veya bilgisayar kayıtları yoluyla sağlanabilir. Ancak kalibrasyon dönemi gelen ve kalibre edilen X lâboratuvarındaki bir ölçüm cihazının kalibrasyon değerlerinin kabul kriterleri dışında çıkması durumunda bu cihazla yapılan ölçüm hizmeti sunulan hastaların bilinmesi gerekecektir. Bu nedenle bu tip tüm cihazların bir şekilde hasta dosya no' ları ile tutulan kayıtlara işlenilerek izlenebilirlik sağlanmalıdır. Bu amaçla, tıbbi cihazlarla yapılan tüm ölçümler her hasta için sonuçların yer aldığı form yada bilgisayar kayıtlarına ayırt edici olarak kaydedilmelidir.

4.9. Proses Kontrol

Hastaneler günümüzün en karmaşık örgütleri olmaları nedeniyle oldukça karmaşık bir hizmet prosesine sahip işletmelerdir. Her bir müşteri için hizmet karmasının ayrı ayrı tasarlanma zorunluluğu hastanelerde karmaşaya neden olmaktadır. Ancak standartın bu maddesi hükümlerinin etkin olarak uygulanabilirliği müşterilere sunulan hizmet kalitesini direkt etkileyen hizmet türevlerinin belirlenerek kontrol noktalarının dokümante edilmesi ve sürekli izlenmesidir. Aşağıda hastanelerde sunulan ana hizmet grup ve alt grupları tanımlanmıştır. Ancak bundan önce proses kontrolde altının çizilmesi gereken nokta; birincil ve ikincil süreçlerin çok iyi ayrılabilmesidir. Birincil süreçler, sunulan hizmetin kalitesini direkt etkileyen,

Ümit Şahin

İkincil süreçler ise birincil süreçlerin etkin olarak sürdürülmesini destekleyen süreçlerdir.

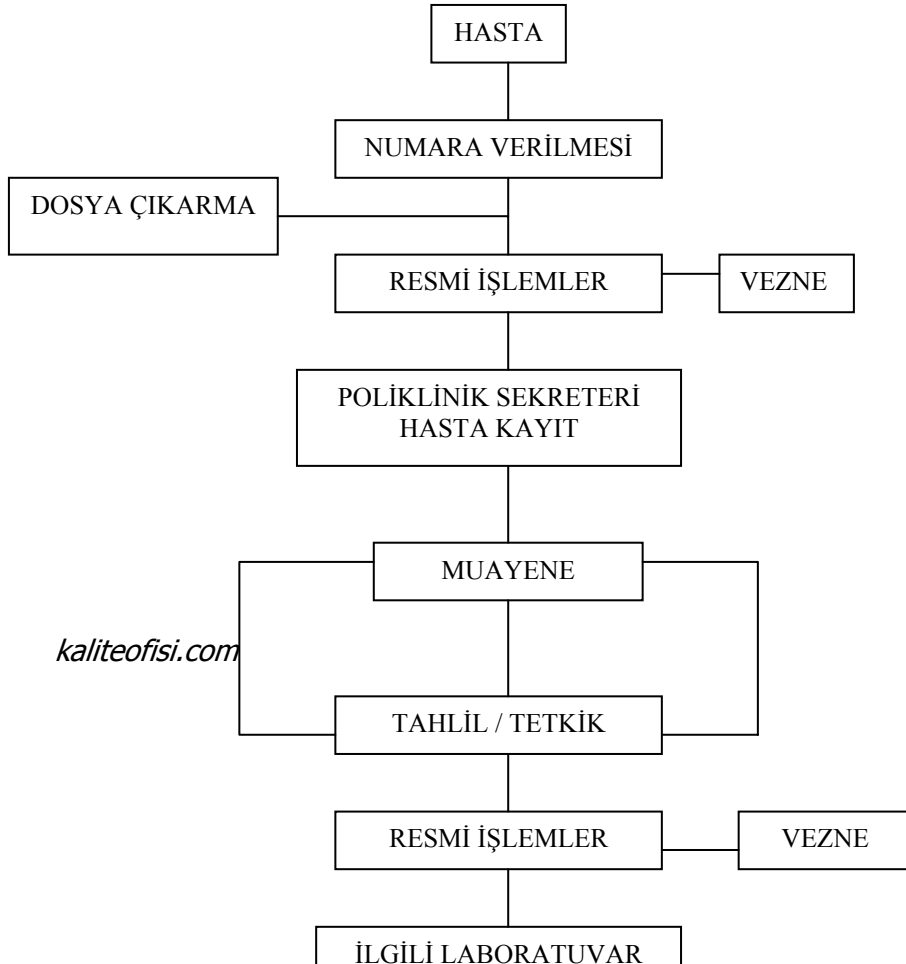
Hastanelerin temel işlevi hasta ve yaralıların tedavisidir. Hastaneler bu işlevi poliklinik (ayaktan) ve klinik (yatarak) tedavi hizmetlerinin sunumu yoluyla yerine getirirler. Hastanelerde sunulan hizmetlerin aciliyet ve reddedilemezlik özelliği hastaneler de sunulan bir diğer hizmet grubu olan acil servis hizmetlerini de klinik ve poliklinik hizmetlerine üçüncü bir boyut olarak eklenmesine neden olmaktadır. Özetle, hastanelerde hizmet üretimi üç ana hizmet grubu altında tanımlanmaktadır. Bu nedenle hastanelerin ana hizmet prosesleri üç ana başlık altında incelenebilir. Ancak, Acil ve Klinik hizmetlerin üretim sürecinde yoğun olarak yer kaplayan ameliyathane ve yoğun bakım hizmetleri ile yine tüm hizmet türlerinde oluşturulacak hizmet karmasının karar sürecinde teşhise yönelik hizmetler üreten lâboratuvarlar da kapsamı nedeni ile ayrı bir proses olarak ele alınabilir. Ayrıca günümüzdeki hastanelerde sunulan hasta bakım hizmetlerinin, teşhis, tedavi ve rehabilitasyon aşamalarının tümünde kullanılan temel girdiler konumunda ki ilaç ve türevleri ile ilgili eczacılık hizmetleri ile hasta tatmininde oldukça önemli bir ağırlığı olan diyet ve yemek hizmetleri de aynı paralelde ayrı bir süreç olarak ele alınmalıdır.

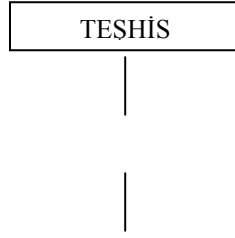
Yukarıdaki açıklamalar paralelinde ISO 9001 KGS kurma çalışmaları yürüten bir hastanenin standartın Proses Kontrol maddesinde atıfta bulunulan hükümlerini yerine getirebilmesi için aşağıdaki süreçlere yönelik olarak ayrı birer prosedür yazmaları önerilebilir. Bu süreçler;

- *Acil Hizmetleri*
- *Klinik Hizmetleri*
- *Poliklinik Hizmetleri*
- *Ameliyathane Hizmetleri*
- *Yoğun Bakım Hizmetleri*
- *İnfeksiyon Kontrol Hizmetleri*
- *Eczacılık Hizmetleri*

- *Diyet Hizmetleri*
- *Hemşirelik Hizmetleri*
- *Lâboratuvar Hizmetleri (Her bir lâboratuvar için ayrı ayrı prosedür)*

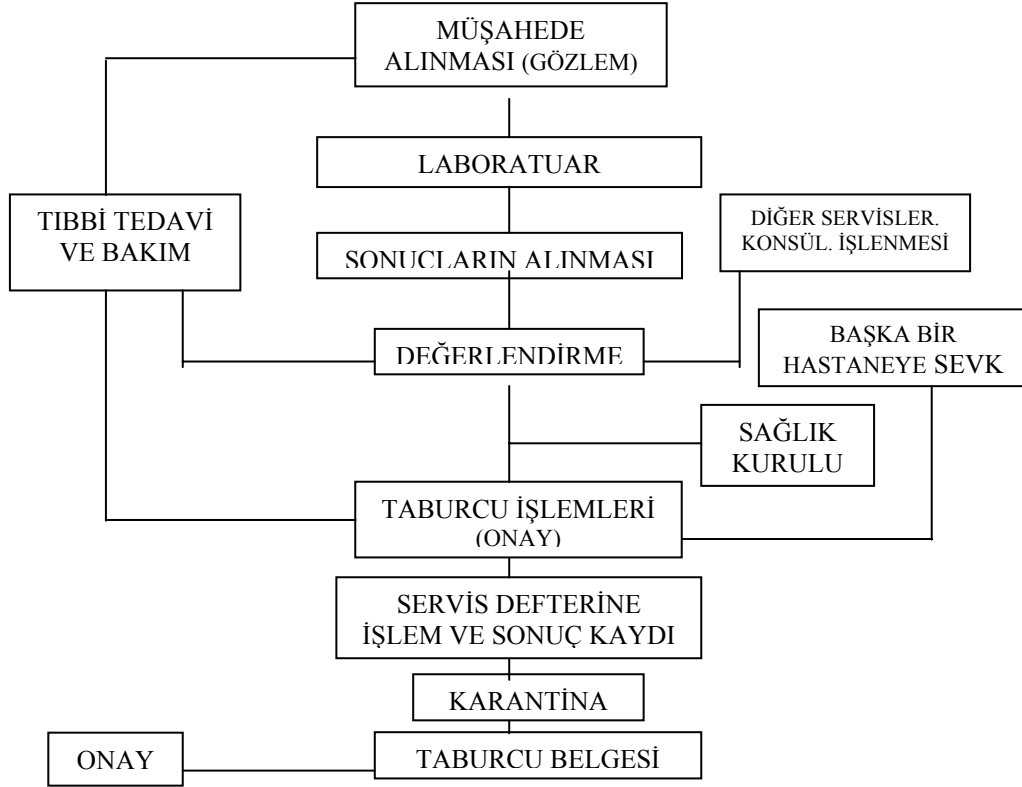
Yukarıda yer verilen süreçlerin dokümantasyonuna yönelik olarak 4.5. Dokümantasyon ve Veri Kontrolü maddesinde önerdiğimiz çeşitli meslek gruplarına mensup işgörenlerden oluşan ekipten etkin olarak yararlanılması bu süreçlerin dokümantasyon ve uygulama etkinliği açısından da önerilebilir. Aynı zamanda bu ekibin oluşum aşamasında bu süreçlerde işlev gören en az bir işgörenin ekibe katılımının sağlanması işleri daha da kolaylaştırıcı bir yaklaşım olacaktır. Ayrıca bu süreçlerin dokümente edilmesinde, iş akış şemalarından yararlanılması oldukça kolaylık sağlayabilecektir. Bu amaçla Şekil 1’ de Hacettepe Üniversitesi Yetişkinler Hastanesi hasta akış şeması, Şekil 2 ve 3’ te de herhangi bir hastanede klinik ve poliklinik hizmetlerine yönelik olarak öngörü şeklinde örnek iki iş akış şeması sunulmuştur. Yukarıda yer verdiğimiz hastane proseslerinin özellikle ve ISO 9001 KGS hükümleri paralelinde nelerin güvence altına alınması gerektiği soruları her bir proses için ayrı ayrı açıklamaya çalışılacaktır.





Şekil 2. Poliklinik Hizmetleri İş Akım Şeması





Şekil 3: Klinik Hizmetler İş Akım Şeması

Acil biriminin içeriği, bağlı bulunduğu hastanenin içeriği ile bir paralellik gösterir. Hastanenin kamu veya özel, genel hizmet veya özel dal hastanesi olması acilin yapılmasında rol oynar. Hastanenin sunduğu medikal ve otelcilik hizmetinin kalitesi ve türü direkt olarak acil birimine yansımaktadır.

Acil birimlerini A,B,C, olarak sıralayacak ve en gelişmiş acil birim modeline "A" diyecek olursak; B modelinin teknoloji, personel ve fiziki yapı açısından orta sayılabilecek bir düzeyde olması gerekmektedir. C grubu aciller ise temel standartizasyona sahip acil modeline karşılık gelecektir.

Ülkemizde acil birimlerin sınıflanması hastanenin büyüklüğü, etki alanı ve karşı karşıya kaldığı vaka sayısı ile orantılı olarak kendiliğinden

Ümit Şahin

oluşmakta ve sınıflandırmanın tanımlanması "Cerrahi Acil", "Çocuk Acil" vb. adlarla yapılmaktadır. Çoğunlukla belirgin bir standartizasyonun dışında ve taşıma, ergonomi, yerleşim planı, insangücü planı vb. konular gözetilmeden oluşturulan aciller, kendilerinden beklenen performansı verememekte ve bir gece polikliniğine dönüşüp zamanla asıl amaçlarının gerektirdiği yapılanmayı kaybetmektedirler. Hastanelerde sunulan hizmetler bütününden biri olan acil hizmetlerin hastaneler açısından kalite bağlamında önemi kısaca şu başlıklar altında özetlenebilir.

- Acil hizmetler; bir hastanede sunulan hizmetler bütününe yaşam riski en kritik hastalara hastanenin belli bir bölgesinde sunulması amacıyla kurulmuş bir prototiptir. Dolayısıyla hastanelerde örgütlenmesi ve etkin yönetimi en zor ve karmaşık prosestir.
- Acil hizmetler bölümü hastanelerin vitrinidir. Acil servisler bilindiği üzere yaralanma, cinayet, trafik kazası gibi olağandışı vak'alara ilk müdahalelerin yapıldığı ve renkli basının özellikle ilgi gösterdiği hastane servisleridir.
- Acil servisler (özellikle 3.basamak sağlık hizmetleri üreten üniversite hastaneleri yönünden) ülkemiz sağlık sevk zincirinin etkin işlememesi nedeniyle özellikle mesai saatleri dışında her hastanın müşterisi konumunda olduğu trafiği oldukça yoğun hizmet üniteleridir. Hastanelerde sunulan klinik hizmetler bütününe küçük bir karması olmaları gereğince bu ünitelerin işgören, tıbbi ekipman vb. olanakları kısıtlıdır. Ancak, her müşterinin kendi durumunu acil olarak tanımlamaları bu üniteleri stresin en yoğun olduğu üniteler haline getirmektedir.
- Aynı zamanda bu ünitelerin müşterileri hastanelerin en zor tatmin edilebilen müşteri gruplarıdır.

ISO 9001 standardı 20 maddesi açısından acil hizmetler prosesi irdelendiğinde.

ISO 9001 KGS 20 maddesinin hükümlerinin yerine getirilmesine yönelik olarak kontrol altına alınması gereken hizmet süreçleri aşağıda ana hatları ile açıklanmıştır.

- Acil servise kabul edilen hastaların ücretlendirme işlemlerine yönelik sürecin tanımlanması.
- Acil servislerin temel sorunu olan (özellikle de kamu üniversite hastanelerinin) konsültan hekim çağrılarına yönelik bir sistem oluşturulmalıdır. Bu sistemin etkin işletilmesine yönelik olarak geri bildirim sağlayıcı bir kalite planının yapılması önerilebilir.
- Acil servislerin bir başka sorunu ise acilden istenen tetkik ve tahlil isteklerinin sonuçlandırma süresinin uzunluğudur. Bu bağlamda, acil serviste ön tanı ve tanı için mutlak gerekli tetkikler belirlenerek bu tetkiklerin en kısa sürede sonuçlandırılması için sistemin işleyişinin gözden geçirilerek oluşan süreler paralelinde sistemin denetimi için bir kalite planının hazırlanması önerilebilir.
- Acil servislerin başvuran hastalarına anında müdahale edebilmeleri için her an bulundurmaları gereken en temel girdiler ilaç ve tıbbi malzemelerdir. Bu amaçla, 4.6. Satınalma maddesinde ortaya koyduğumuz gerçeklik paralelinde bu ünite bu girdilerin minimum stok seviyelerinin hastanenin satınalma süreci paralelinde belirlenmesi ve bu seviyenin sürekliliğinin sağlanmasına yönelik olarak bir sistem oluşturulması gerekmektedir.

Yukarıdaki açıklamalar bağlamında C tipi bir acil serviste bulunması gereken malzeme ve ekipman, tıbbi malzeme, sarf malzeme ve eczane girdilerinin listeleri sunulmuştur.

Malzeme ve Ekipman

Ümit Şahin

- 24 saat çalışan, - en az- elektrolitler, tam kan tahlili, tam idrar tahlili, kan grubu, kan şekeri, üre, kreatinin, SGOT – SGPT – CPK – CPK/MB – LDH, kanama ve pıhtılaşma zamanı bakabilen bir laboratuvar.
- 24 saat çalışan, tüm çekimleri yapabilecek bir sabit röntgen cihazı
- Dolaplar (kilitli camlı - camsız)
- Hasta muayene masaları (basamaklı, tek kullanımlık veya plastik örtülü)
- Müdahale arabaları (tromel yeri ve ilaçların muhafaza edildiği bölümü bulunan, tekerlekli, paslanmaz çelik veya sert plastikten mamul)
- Güçlü seyyar ışık kaynakları

Tıbbi Malzeme

- 10 litrelik oksijen tankı
- Rometreli oksijen monometresi
- Oksijen nemlendirme şişesi
- Oksijen tedavisi için nazal kateterler
- 2-6 litrelik oksijen şişesi, (rometreli ve monometreli)
- Yetişkinler için "AMBU" suni solunum cihazı
- Bebekler için "AMBU" suni solunum cihazı
- Muhtelif boy maskeler, (00-0-1-2-3-4)
- Ambu boester şişesi
- Muhtelif boy aspirasyon kateterleri
- Entübasyon seti
- Laringoskop (3 boy yedek pil ve ampul)
- Muhtelif boy entübasyon tüpleri (12-16-20-24-30-34-38)
- Muhtelif boy mandrenler
- Muhtelif boy nazogastrik tüpler (0-1-2-3-4-5)
- Magili forsepsi
- Tansiyon aleti
- Steteskop
- Oftalmoskop, otoskop
- Şişirme plastik ateller
- Vena seksiyon veya pansuman seti (1 mayo makası, 1 pean pensi, 1 bistüri sapı ve uc, 1 orta boy portegü, 1 dişli penset, 2 farabett ekartör, 00 atravmatik ipek)

Sarf Malzeme

- Intravenöz kanüller (branül, intracat, abbocar)
- Muhtelif vena-cava kateterleri

- Muhtelif boy iğneli disposable enjektörler
- Serum setleri
- Cut-down kateterleri
- Dil basacağı
- Flaster
- Turnike
- Elastik bandaj
- Steril tampon ve sargılar
- Steril eldivenler

Eczane Girdileri

Serumlar

- % 0.9 NaCl 500 cc
- Ringer laktat 500 cc
- % 5 Dextroz 500 cc
- % 30 Dextroz 500 cc
- % 5 Dextroz izotonikte 500 cc (-65 Dextroz % 2 NaCl → 1/5)
- % 5 Dextroz suda 500 cc
- % 5 Mannitol 500 cc

İlaçlar

- Atropin sülfat 0.5 mg/ml
- Adrenalin 1 mg/ml
- Sodyum bikarbonat
- Kalsiyum glukonat % 10
- Vazopresörler
- Dopamin
- Orsiprenalin
- Efedrin
- Antiaritmikler
- Lidokain % 10
- Lidokain % 2
- Prokainamid
- Betabloker
- Asebutolol
- Difenilhidantion
- Deksamethazon 4 mg/ml
- Simetidin 300 gr

Ümit Şahin

- Aminofilin Amp.
- Luminal 200 mg Amp.
- Diazepam Amp.
- Dipiron morfin HCL mg veya dolantin 10 mg
- Vazodilatörler
- Ergo alkaloidleri
- Klorpromazin
- Sodyum nitroprussid
- Reserpin
- Digoksin
- Furosemid
- Oksitosin
- Nalorfin
- Naloksan
- Bal, Edta
- Potasum permanganat % 1,0 (Alkol intoksikasyonunda mide yıkamak için)

Klinik Hizmetleri Prosesi:

Hastaneler sağlık* tanımı kapsamındaki hizmetleri sunan işletmelerdir. Ancak her ne kadar hastaneler günümüzde hastalık tanımı dışında tanımlanabilecek, (genel kontrol, diyet, zayıflama programları gibi) hizmetleri de sunmalarına rağmen genel olarak büyük ölçüde hastalıklarına yatarak tedavi hizmetlerini sunmaktadırlar.

Hastalıklar insan vücudunda çok farklı nedenlere bağlı olarak oluşmakta hatta aynı organ grubunda aynı nedenlere bağlı hastalıkların tedavi süreci bile hastanın yaş, cinsiyet, biyolojik durumu, epidemiyolojisi gibi daha da çoğaltılabilecek özellikleri paralelinde çok farklı girdiler kullanılarak oluşturulmaktadır.

20. yüzyılda tıpta ve teknolojiye görülen büyük ilerlemeler yeni mesleklerin ortaya çıkmasına ve tıpta ihtisaslaşmaya yol açmıştır. Bu gelişmelerin hastaneye yansması ise hastanede hem personel, hem de hizmet birimlerinin sayısının hızla artması şeklinde olmuştur. Hekimlik hizmetlerindeki bu uzmanlaşma, günümüzde hemşirelik hizmetlerinde de aynı paralelde uzmanlaşmayı, eczacılık hizmetlerinde ise klinik eczacılık kavramının ortaya çıkmasına neden olmuştur.

Hastanelerin hizmet süreçlerinin en önemli işgören grubu konumundaki hekimlik grubunda görülen aşırı işbölümü, yalnızca uzmanlık alanına giren hastalıkların tedavisi sonucunu doğurmaktadır. Bu uzmanlık alanlarının sayısı hastanenin büyüklüğü, amacı ve / veya amaçlarına göre değişim göstermekte ve klinik çeşitliliği en yoğun olarak 3. basamak sağlık hizmeti üreten eğitim amaçlı üniversite hastanelerinde görülmektedir.

* Dünya Sağlık Örgütü (WHO), Sağlığı " Sadece hastalık ve sakatlığın olmaması hali değil, zihinsel ve sosyal bakımdan tam iyilik hali" olarak tanımlanmaktadır.

Özetle hastanelerde görülen aşırı işbölümü ve uzmanlaşma hastaneleri aşırı işlevsel bağımlı olarak örgütlenmiş çok sayıda hizmet ünitesinden oluşan örgütler biçimine dönüştürmüştür. Bu bağlamda, hizmet içi eğitimle eğitilen yardımcı personelden oldukça yüksek düzeyde eğitilmiş beyin cerrahına kadar değişen personel; karmaşık ve çok pahalı teçhizat, yapılan faaliyetlerin yaşam ve ölümle ilgili olması ve ortaya çıkan stres hastanelerin kendine özgü özelliklerini ve yaratıcı çözümler gerektiren özel sorunlarını artırır. Bu sorunların en önemlisi aşırı işbölümü sonucu oluşmuş hastane bölümlerinin karşılaştıkları sorunlarda kendi amaçlarını göz önünde tutup diğer bölümlerin amaçlarını göz önüne almamaları tehlikesidir. Bölüm personeli, bölümlerin amacını elde etmeye güdülendiklerinden uyarımları da buna uygun olarak seçer ve yorumlarlar. Daha çok kendi görüş açılarına uygun nesnelere sorunları gören personelin dikkatlerini belirli noktalara

Ümit Şahin

toplamları sonunda görüş açıları gitgide darlaşır, bunun sonucunda da personel ancak belirli uyarımları seçer, onları da belirli biçimlerde yorumlarlar. Ancak amacı ve faaliyet konusu ne olursa olsun tüm işletmelerde ürün ve / veya hizmet bir bütündür. Dolayısıyla hastanelerde üretim sürecine katılan tüm bölümlerin kendi yapıları da dikkate alınarak aynı düzeyde standartlara kavuşturulması gerekmektedir.

Hastanenin büyüklüğüne ve hizmet karmaşasının özelliklerine göre değişiklik göstermekle birlikte ISO 9001 KGS kuruluşunda klinik hizmetlere yönelik olarak aşağıdaki süreçler dokümante edilmelidir.

- Hastaların kliniklere kabulünün (Acil servis, poliklinik ve yoğun bakımlardan) ne şekilde olacağına yönelik sistemin dokümantasyonu.
- Kliniklerde eczane girdilerinin kullanım sürecinin tanımlanması. (Sistem bir talimatla dokümante edilebilir.)
- Kliniklerde hastabakıcılık hizmetleri
- Kliniklerden ameliyathaneye, yoğun bakımlara ve laboratuvarlara hastaların nasıl nakledileceği
- Ameliyata hasta hazırlama süreci
- Kemoterapi uygulama süreci
- Kliniklerde hemşirelik hizmetleri
- Yoğun bakım hizmetleri
- İnfeksiyon kontrol hizmetleri

Poliklinik Hizmetleri Prosesi:

Hastaneler teşhis ve tedavi işlevini, ayaktan (poliklinik-out patient) ve klinik (yatarak-inpatient) tedavi hizmetleri şeklinde yerine getiren hizmet işletmeleridir. Poliklinik ile klinik hizmetler arasındaki ilişkinin önemi, poliklinik hizmetler sunum performansının klinik hizmetlerinin performansına olumlu yada olumsuz yansiyabilme sonucudur, denilebilir. Bunun nedeni ise, yatan hastaların klinik hizmet sürecine poliklinik sürecinden geçtikten sonra

ulaşabilmeleridir. Dolayısıyla, poliklinikten yanlış tanı ile yatırılan ya da yatarak tedavi görmesi gerekirken ayakta tedavi edilmeye çalışılan bir hastanın hem yaşam kalitesi hem de ekonomik değer olarak bir maliyeti söz konusu olabilmektedir. Sözelimi, ABD' de sağlık hizmetleri giderlerinin % 80'i hastaneye gereksiz yatırmalardan, gereksiz laboratuvar testlerinden ve gereksiz ameliyatlardan kaynaklanmaktadır. Ayrıca poliklinik hizmet sunumu, hastanelerin gelirleri açısından da önemlidir. Sözelimi 1995 yılında ülkemizde 75.870.768 hasta ayakta muayene edilmiş ancak bunların 3.876.520' si yatırılarak tedavi edilmiştir.

Hastanenin poliklinik hizmetlerini ISO 9001 KGS sistemine entegre etmeye yönelik olarak aşağıdaki süreçleri dokümanle etmesi önerilebilir.

- Hasta kabul işlemleri
- Hasta danışma hizmetleri
- Hasta muayene süreci (Hastanın polikliniğine başvurusu, muayene odasına alınışı, tahlil / tetkik istekleri ve sonuçlarının değerlendirilmesi, poliklinik ortamında yapılan tıbbi girişimler, kontrol muayeneleri vb.)
- Polikliniklerde hemşirelik hizmetleri
- Polikliniklerde hastabakıcılık hizmetleri
- Polikliniklerde sekreterlik hizmetleri
- Konsültasyon hizmetleri

Ameliyathane Hizmetleri Prosesi:

Ameliyathaneler, cerrahi girişimlerin yapıldığı hizmet üniteleridir. Bu ünitelerde verilen hizmetler ISO 9001 KGS ile entegrasyonu için aşağıdaki süreçler dokümanle edilmelidir.

- Ameliyata hasta hazırlama süreci
- Klinik → Ameliyathane → Yoğun bakım ünitesine hastaların nakil süreci
- Anestezi hizmetleri
- Hemşirelik hizmetleri
- Hastabakıcılık hizmetleri

Ümit Şahin

- Cerrahi aletlerin sterilizasyonu
- Ameliyathane girdilerinin (ilaç, tıbbi malzeme vb.) temini, takibi, ücretlendirmeye yönelik kayıt işlemleri
- Ameliyathaneye giriş – çıkışta uygulanacak sistem
- İnfeksiyon kontrol
- Ameliyat başlangıç- bitiş süreci

Hemşirelik Hizmetleri Prosesi:

Hastanelerde üretilen tedavi hizmet sürecinin en önemli işgörenleri hekim ve hemşirelerdir. Hemşireler,

- Hastanelerin, tedavi, hizmet içi eğitim, araştırma – geliştirme ve toplum sağlık seviyesini yükseltme işlevlerinin tüm süreçlerinde yer almaktadırlar.
- Hastanenin 24 saatlik kesintisiz üretim sürecinde kesintisiz olarak yer alan tek meslek grubu üyeleridir.
- Hastane personelinin önemli bir kısmını, yaklaşık üçte birini oluşturan en kalabalık işgören gruplarıdır.
- Hemşireler tedavi sürecinde müşterilerle en uzun süreli birlikteliği ve iletişimi olan işgören grubudurlar.

Yukarıda yer verilen dört özellik hastanelerin ISO 9001 KGS kurma ve uygulama sürecinde hemşireleri kilit işgören konumuna getirmektedir.

Standartın bu maddesi "Kaliteyi etkileyen işleri yöneten, uygulayan ve doğrulayan bütün personelin sorumluluk yetki ve karşılıklı ilişkilerinin belirlenmesini " hükmetmektedir.

Hastaneler matriks yapıda örgütlerdir. Matriks örgüt yapısının temel özelliği, yapısında iki tip yönetici bulundurmasıdır. Bu yöneticiler fonksiyonel yönetici ve proje yöneticileridir. Fonksiyonel yönetici işin kimler tarafından, nerede (hangi projede) ve mesleki açıdan nasıl yapılacağı konularıyla ilgilenmektedir. Proje Yöneticisi ise, neyin, ne zaman ve neden

yapılacağını belirlemektedir. Proje yöneticisi ile fonksiyonel yönetici, işgörenleri aynı olan yöneticilerdir. Bu nedenle, bu yapıda hastanelerde tedavi hizmet sürecinin etkin işleyebilmesi gerek proje yöneticisi konumundaki hekimlerin gerekse de fonksiyonel yönetici konumundaki (Servis Sorumlu Hemşireleri) ve projenin uygulayıcısı konumundaki servis hemşirelerinin yetki ve sorumluluklarının çok net olarak tanımlanmasını gerektirmektedir.

Bu durum; bir yandan hastanelerin en büyük sayısal çoğunluğa sahip işgörenleri konumundaki hemşirelerin iş tanımlarının akademik öngörüler doğrultusunda içeriklendirilmesini gerektirmekte, diğer yandan de hastaneleri karmaşık kılan özelliklerden biri olan işbölümü ve uzmanlaşma sonucunda her hemşirenin aynı görevli standart biçimde yapmaması bu meslek gruplarında farklı iş tanımlarını zorunlu kılmaktadır.

Hemşirelik hizmetlerinin sisteme entegrasyonu için aşağıdaki süreçler dokümente edilmelidir.

- Acil Servis hemşirelik hizmetleri
- Poliklinik hemşirelik hizmetleri
- Klinik hemşirelik hizmetleri
- Ameliyathane hemşirelik hizmetleri
- Laboratuvarlarda hemşirelik hizmetleri
- Eczane girdilerinin kullanımı
- Kemoterapi uygulamaları

Eczacılık Hizmetleri Prosesi:

Hastanelerin temel işlevi, müşterilerinin hizmet talep nedenleri olan hastalıkların tedavisidir. Hastaneler bu işlevi ayaktan ve yatarak tedavi hizmetleri şeklinde sunmakta ve her iki hizmet sürecinde de en temel girdileri olan eczacılık hizmetleri kapsamındaki ilaç ve tıbbi malzemeleri kullanmaktadırlar. Özellikle günümüzde teşhis ve tedavi de girişimsel olmayan yöntemlerin geliştirilmesi, gerek hizmet üretim sürecinin planlanma

Ümit Şahin

aşaması olan teşhis sürecinde, gerekse de tedavi sürecinde ilaç kullanımını büyük boyutlara ulaştırmıştır. Sözelimi ilaç tüketimi kamu sağlık harcamalarımızda % 40'lık pay almaktadır.

Sağlık konusunun ancak uzun bir eğitim dönemi sonunda uzmanlık kazanmış kişilerin bilebileceği karmaşıklıkta oluşu hastane müşterilerinin edilgen müşteri olarak tanımlanmasına neden olmaktadır. Ancak ilaç, hastanın kendi tercihi ile seçemediği (tüketicinin talep esnekliğinin bulunmadığı), tüketicisinin hakkında en az bilgi sahibi olduğu ve koruyucu ve tedavi edici etkilerinin yanısıra, oluşturduğu yan etkiler dolayısıyla ileride önemli bir risk potansiyelinin (yaşam kalitesini düşürücü etki) olduğu bir üründür. Bu bağlamda; hastane işletmeciliğinde hizmet sürecinin en önemli girdisini oluşturan ilaçların kullanımı sunulan hizmetin kalitesini direkt etkileyen bir faktördür. Aynı zamanda uygun olmayan ilaç kullanımı bir yandan müşterinin yaşam kalitesinin düşmesine, işgücü kayıplarına ve hastanelerin maliyetlerinin artmasına da neden olmaktadır. ABD' de hekimler tarafından bir yılda 6 milyar doz antibiyotik reçetesi yazılmış ve bunun % 22'sinin gereksiz olduğu ortaya çıkmıştır. Bu gereksiz antibiyotik kullanımı nedeniyle 10.000 vakada çok ağır ve bazen de öldürücü yan etkiler ortaya çıkmıştır. Yine ilaçların yan etkileriyle önemli oranda morbiditeye yol açtıkları bilinen bir gerçektir. ABD' de her yıl, hastaneye yatan hastaların % 30' unda ilaç reaksiyonu oluşmaktadır. Hastanede yatan hastaların % 1.3' ünün ölüm nedeni ilaç reaksiyonlarıdır. Yine ABD' de ilaç reaksiyonları yılda 3 milyar dolara mal olmaktadır.

Hastanelerin temel girdisi konumundaki ilaç sektörü, sağlık sistemleri içinde en önemli alt sağlık sistemi konumundadır. Bu sektördeki rekabet özellikle hastanelerde eşdeğer ilaç kullanımı konusunda yaygın tartışmalara neden olmaktadır.

Aynı veya karşılaştırılabilir standartlara uygun, aynı etken maddeyi veya maddeleri aynı miktarlarda içeren, aynı yolla uygulanan, aynı

farmasötik dozaj şeklindeki ilaçlar farmasötik eşdeğer olarak tanımlanmaktadır. Ancak sektördeki yaygın tartışma; eşdeğer ilaçların sunulan tedavi hizmetinin kalitesine yansıma etkisinde çıkmaktadır. Her biri aynı etken maddeyi taşıyan iki preparat kimyasal yönden eşdeğer miktarda etken madde içerebilir, ancak önemli sorun acaba bu iki ürünün klinik etkinlikleri eşdeğer midir? sorusunun yanıtlanmasıdır. Bu noktada tedavi sürecinde hangi ilaç türlerinin, hangi hastaya, hangi koşullarda kullanılabileceğinin araştırma ve bilgi aktarımı süreci hastanelerde sunulan ekip hizmetinin orta ayağını oluşturan eczacılık hizmetlerini gerekli kılmaktadır.

Gerek sektördeki binlerce farklı türevdeki ilaçların, gerekse de eşdeğer ilaçların müşterilerin hizmet sürecinde kullanımının güvence altına alınması gelişmiş sağlık sistemlerinde bir yandan etkin örgütlenip yönetilen eczacılık departmanların kurulmasına neden olurken bir yandan da hastanelerde eczacılık profesyonellerini tedavi ekibi ve kalite sağlama komitelerinin en önemli üyeleri haline getirmektedir.

Hastanelerin hizmet sunum kalitesini birebir etkileyen bir diğer önemli işlev hastanelerin eğitim işlevidir. Günümüzde tıp bilim ve teknolojisinin vardığı gelişme noktası insanların ortalama yaşam süresini artırmakta ve bu paralelde tüm sağlık sistemlerinin en büyük talep kaynağını kronik hastalar oluşturmaktadır. Kronik hastalarda sağlık durumunda iyileşme olası değildir. Bu nedenle, bu hastalarda, işlevleri sağlama, hastalığın ilerleyişini yavaşlatma, ağrı ve diğer rahatsızlıkları azaltma temel amaçtır. Özetle kronik hastalar yaşam süresi boyunca bu fizyolojik rahatsızlıkla birlikte yaşayacak ve bu süreçte sürekli ve yoğun ilaç tedavisi göreceklidir. Bu bağlamda bu müşteri grubuna hangi ilaçları, nasıl, hangi durumlarda kullanmaları gerektiği ve hangi tür yan etkiler oluşabileceği gibi konularda tedavi sürecinde eğitim verilmesi gerekmektedir. Bu eğitimin örgütlenmesi ve istenilen kalite de sunumu ise, konunun hastanedeki profesyoneli olan eczacının sorumluluğundadır.

Ümit Şahin

Hastanelerin eğitim işlemlerinden biri de hastane işgörenlerinin hizmet içi eğitimleridir. Özellikle hastanelerde ilaç ile hastayı buluşturan meslek grubu olan hemşire grubuna ilaçların kullanımı konusunda verilecek eğitimin kalitesi sunulan hizmetin kalitesi ile direkt ilgilidir. Sözgelimi, Albani Tıp Merkezindeki eczacılar, eğitim ve uygulama programları sayesinde pek çok reçete hatasını önlemeyi başarmaktadırlar. Bu programlarda eczacılar, doktorlar, hemşireler ve hastalarla yakın ilişkiye girmektedirler.

Özellikle sağlık personelinin sık sık basında da yer almalarına yol açan, telafisi olmayan ilaç kullanımları ülkemiz kamu hastanelerinde eczacılık eğitim programlarını sağlık sistemimizin kalitesi yönünden çok önemli hale getirmektedir ki; bu tespit paralelinde de hastane işletmeciliğinde eczacılık hizmetlerinin örgütlenişi ve yönetimi önem kazanmaktadır.

Hastaneler açısından eczacılık hizmetlerinin bir başka önemi, hastanelerin en önemli gider ve gelir kaynağı olan ilaç ve tıbbi malzemeleri kapsamı içine almasıdır. Sözgelimi ülkemizde 1996' da ilaç satışları % 16 artışla 2 Milyar Dolar olarak gerçekleştirmiştir. Bu pay içinde kullanımında yoğun tartışma olan sistemik antibiyotiklerin payı 27.8 olarak gerçekleşmiştir. Yine SB Hastanelerinde 1996 yılında ilaç giderleri 328.700.000 TL ile toplam gider içinde 4.5 pay almıştır.

Yukarıdaki açıklamalar bağlamında, ABD ve bazı ülkelerde kısmi uygulama alanı bulan ve yaygınlaşma olasılığı fazla olan belli sayıdaki bir sigortalı grubun tüm sağlık gereksinimlerinin karşılanması yaklaşımı ve ülkemizde giderek yaygınlaşan ve şimdilik kardiyovasküler dalında uygulama alanı olan paket programlar, uzun vadede belli kalite düzeyinin korunarak daha az girdi maliyeti oluşturmayı önemli kılmaktadır. Bu noktadan hareketle eşdeğer ilaç uygulamalarının farmaekonomi ve klinik eczacılık

bağlamlarında bilimsel olarak örgütlenip yönetilen bir eczacılık hizmetleri modelini gerekli kıldığı söylenebilir.

Yukarıda yer verilen özellikleri paralelinde eczacılık hizmetleri ile ISO 9001 KGS entegrasyonu için aşağıdaki süreçler dokümente edilmelidir.

- Eczane girdilerinin temin süreci (hangi ilaç, serum ve tıbbi malzemeler temin edilecek, takibinden kim sorumlu olacak vb.) Bu süreçte tüm gelişmiş sağlık sistemlerinde yer alan ilaç komitesinin kurularak sisteme entegre edilmesi önerilebilir.
- Eczane girdilerinin hizmet ünitelerine sunum sürecinin tanımlanması
- Acil durumlarda (anında kullanılacak ve reçete edildiğinde kısa sürede temininde sorun olan) girdilerin stokta sürekli bulundurulmasına yönelik işlemler.
- Majistral ilaçların hazırlanma ve dağıtım süreci
- Hizmet ünitelerinde çeşitli nedenlerle kullanılmayan yada kullanılmayan eczane girdilerinin iade süreci.

Laboratuvar Hizmetleri Prosesi:

Tıpta kalitesizliğin bedeli çok ağırdır. Bu yüzden belirli kalite standartlarının kurulması, yararlı ve kaliteli bir hizmet için sistematize bir yapılanmanın sağlanması ve oluşturulan kalite sistem standartlarının iyi uygulanarak sürekliliğinin sağlanması zorunludur. Bu bağlamda, klinik laboratuvarlar yoğun hasta yükü altında en doğru ve hızlı şekilde çalışmak zorundadır.

Her yönüyle iyi bir laboratuvar çalışması, verilen hizmetin uluslararası kabul edilebilir performansta olması ve her laboratuvarın bu standartlara uygun kalite sistemini kurması ile mümkündür. Kurulan kalite sistemi, o laboratuvarda yapılan tüm analitik ölçümleri kapsamalı, ayrıca ölçümler üzerine etkisi olan tüm preanalitik ve postanalitik etkenleri de kontrol etmelidir.

Ümit Şahin

Analitik ölçümlerin günlük ve sürekli kontrolü için internal kalite kontrolü yapmak amacıyla eksternal kalite kontrol programlarına dahil olunması gereklidir. Tüm kayıtların düzgün tutulması ve korunması, izlenebilirliğin sağlanması ve sonunda çıkan tetkik sonuçlarının yerine zamanında ve eksiksiz ulaştırılması sağlanmalıdır. Bu paralelde, ISO 9001 KGS sistemi için her bir laboratuvara ayrı bir prosedür yazılarak sistem dokümanite edilmelidir. Bu dokümantasyon sürecinde aşağıdaki süreçler kontrol altına alınmalıdır.

- Tetkik numunelerinin (Kan, idrar, biopsi vb.) kim tarafından alınacağı ve hangi tetkik için ne kadar numune alınacağı, numunenin hangi tüpe alınacağı, en geç ne kadar süre de ilgili laboratuvara ulaştırılacağı, ne kadar sürede tetkikin çıkacağı süreçlerinin dokümanite edilmesi. Bu amaçla aşağıdaki bilgileri kapsayacak bir formun tasarlanması ve sürecin bir kalite planı ile izlenmesi, önerilebilir.
- Tetkik materyalinin laboratuvara ulaşma süreci.
- Tetkik materyalinin analiz öncesi değerlendirme süreci.
- Her laboratuvarın kendine özgü analiz öncesi hazırlığı için, materyalin analize hazırlığı, korunma özelliklerinin tanımlanması.
- Analiz sonuçlarının istemi yapan üniteye ulaştırma süreci.
- Hizmet girdilerinin (kit ve testler, laboratuvar malzemeleri, vb.) temini, depolanması, hizmete sunumu ve sürekliliklerinin sağlanma süreçlerinin tanımlanması.
- Laboratuvarda yapılan analizlerin güvenliğine yönelik iç ve dış kalite kontrol sürecinin tanımlanması.

İnfeksiyon Kontrol Süreci:

Hastanelerde sunulan hizmetlerin kalite ve maliyetini etkileyen önemli faktörlerden birisi de hastane infeksiyonlarıdır. Hastane infeksiyonları bir yandan önemli bir mortalite faktörü olmaları yanında, hizmet sürecinin (yani ortalama yatış süresinin) uzamasına da etkisi olan en

önemli faktördürler. Sözelimi bir yandan hastane tüketicilerinin haklarının en gelişmiş olduğu diğer yandan da hastanelerde sunulan hizmetlerin tüm süreçlerinde kalitenin periyodik ve sistematik olarak denetime tabi tutulduğu A.B.D.' nda yapılan araştırmalar, hastane infeksiyonlarının yıllık maliyetlerinin yaklaşık 5 milyar dolar olduğu ve yine yılda 15 bin hastanın hastane infeksiyonları nedeniyle yaşamlarını yitirdiklerini göstermektedir.

Yukarıda özetlenen nedenlerle hastane infeksiyonlarının önlenmesi, izlenmesi için planlı ve sürekli çabaların örgütlenip sürekliliklerinin sağlanması gerekmektedir.

Bu amaçla aşağıdaki ünitelerde infeksiyon kontrol hizmetleri dokümante edilmelidir.

- Ameliyathane Hizmetleri (Ameliyathaneye giriş-çıkış önlemleri, cerrahi aletlerin sterilizasyonu, tıbbi cihazların sterilizasyonu, ameliyathane ve odalarının temizlik hizmetleri, ameliyathane personelinin sağlık verilerinin izlenmesi, tıbbi atıkların kontrol süreci vb.)
- Klinik Hizmetler (Alet ve cihazların sterilizasyonu, genel temizlik, personelin sağlık verilerinin izlenmesi)
- Poliklinikler (Alet ve cihazların sterilizasyonu, genel temizlik, personelin sağlık verilerinin izlenmesi)
- Laboratuvarlar
- Morg
- Mutfak
- Steril Depo
- Acil Servis
- Yoğun Bakımlar (Alet ve cihazların sterilizasyonu, yoğun bakımlara giriş-çıkış önlemleri, genel temizlik, personelin sağlık verilerinin izlenmesi)

4.10. Muayene ve Deney:

4.10.1 Genel

Tedarikçi, ürün için belirtilmiş şartların yerine getirildiğini doğrulamak amacıyla, muayene ve deney faaliyetleri için dokümante edilmiş prosedürleri

Ümit Şahin

oluşturmalı ve sürekliliğini sağlamalıdır. Gerekli muayene ve deneyler, tutulacak kayıtlar, kalite planında veya dökümante edilmiş prosedürlerde detaylandırılmalıdır.

4.10.2.Girdi Muayene ve Deneyleri

4.10.2.1. Tedarikçi, girdi ürünün, muayene edilinceye veya belirtilen şartları taşıdığı doğrulanıncaya kadar kullanılmamasını veya işlem görmemesini (Madde 4.10.2.3.' te belirtilen durumlar hariç) sağlamalıdır. Belirtilen şartlar için doğrulama işlemi, kalite planı ve / veya dökümante edilmiş prosedürler ile uyum içinde olmalıdır.

4.10.2.2. Girdi muayenesinin miktar ve yapısını tespit ederken, taşeronun mahallinde yapılan kontrollerin miktarı ve sağlanan uygunluğa dair kayıtlı kanıtlar göz önüne alınmalıdır.

4.10.2.3. Acil üretim amacıyla doğrulamadan önce kullanılmasına izin verilen girdi ürünler, belirtilen şartlara uymama durumunda, derhal geri çekilebilmesi ve değiştirilebilmesi amacıyla, tam olarak tanımlanmalı ve kayıt edilmelidir.

4.10.3.Proses Sırasında Muayene ve Deneyler

Tedarikçi;

- a) ürünü, kalite planı ve / veya dökümante edilmiş prosedürlerde istenilen şekilde muayene ve deneylere tabi tutmalıdır.
- b) acil üretim prosedürlerine göre izin verilen ürün hariç, ürün için istenilen muayene ve deneyler tamamlanıncaya veya gerekli raporlar alınıp doğrulanıncaya kadar, ürünü elinde tutmalıdır.

4.10.4. Son Muayene ve Deneyler

Tedarikçi,

Kalite planı ve / veya dökümante edilmiş prosedürler çerçevesinde, bitmiş ürünün belirlenen şartlara uyduğunu kanıtlamak için son muayene ve deneyleri yapmalıdır.

Son muayene ve deneyler için gerekli olan kalite planı ve / veya dökümante edilmiş prosedürler, ürün girdileri ile ilgili proses sürecini kapsayan bütün muayene ve deneylerin yapılması ve sonuçların belirtilen şartlara uyması gerektiğini belirtmelidir.

Hiç bir ürün, kalite planı ve/ veya dökümante edilmiş prosedürlerde yer alan faaliyetler tam olarak bitirilmeden, veriler ve dokümanlar hazır olup gerekli izin verilmeden, sevk edilmemelidir.

4.10.5.Muayene ve Deney Kayıtları

Tedarikçi,

Ürünün belirlenen kabul kriterlerine göre, muayene ve / veya deneylerden geçirildiğini gösteren kayıtları tutmalı ve muhafaza etmelidir. Bu kayıtlar, tanımlanmış kabul kriterlerine göre, ürünün muayene ve / veya deneylerden geçip geçemediğini açıkça göstermelidir. Ürünün muayene ve / veya deneyden başarıyla geçememesi durumunda, uygun olmayan ürün kontrollü prosedürleri uygulanmalıdır. Kayıtlar, ürünün gönderilmesine izin veren sorumlu muayene yetkilisini tanımlamalıdır.

Standartın bu maddesinin "temel amacı" kalite şartlarına uymayan girdi malzeme ve parçalarının üretim sürecine katılımının engellenmesidir.

Yukarıda yer verilen standartın hükümleri hastaneler açısından irdelendiğinde; hastanelerin hizmet süreci klasik anlamda,

SÜREÇ
GİRDİ —————> ÇIKTI şeklinde şematize edilebilir.

Ancak, "Hastaneler tarafından ortaya konulan çıktı (hizmet), fiziksel boyutları içermediği gibi, belirli standartlar ile ölçülmesi de oldukça güç olan bir üründür." Ortaya konulan çıktının ölçülmesindeki güçlük, hastanelerde verimliliğin ölçülmesini de oldukça güçleştirir. Öncelikle, hastanelerin ortaya

Ümit Şahin

koydukları asıl çıktının ne olduğu konusunda araştırmacılar ve bilim adamları arasında görüş birliği bulunmamaktadır. Kimi araştırmacılar, hastaneler tarafından ortaya konulan asıl ürünü "sağlık" veya "tıbbi bakım" olarak kabul ederlerken; kimileri de onların ortaya koydukları hizmetleri, asıl çıktı olan sağlığın üretilmesinde kullanılan "ara mallar" biçiminde tanımlarlar. Hastanelerde asıl çıktının "sağlık" olarak kabul edilmesi, konuya objektif bir yaklaşımı daha da güçleştirmektedir. Çünkü, bireylerin içinde buldukları fizyo-psikolojik durumu tanımlamak amacıyla kullanılan "sağlık" kavramı, somut ölçüler ve belirli standartlar ile ölçülemeyeceği gibi, fiziksel açılardan kurtarılmış veya ruhsal sıkıntılardan arındırılmış bir bedenin parasal değerinin ne olduğunu da kimse söyleyemez.

Hastaneler tarafından ortaya konulan çıktının tanımı, amaçlara bağlı olarak da farklılıklar göstermektedir. Hastane yönetimi açısından asıl amaç, olası görülen en yüksek nitelikteki hizmeti, en düşük giderle ve maksimum nicelikte topluma sunmak olduğundan ortaya konulan çıktının da, genellikle "hasta günü" biçiminde tanımlandığı görülür. Doktorlar, hizmetlerin koordinatörü olarak kabul edildiklerinde, tıbbi açıdan ortaya konulan çıktı, doktorların bilimsel yargılarına bağlı olarak, çıktı ile ilişkisi olduğunu kabul ettikleri girdiler biçiminde tanımlanır. (örneğin; hemşire hizmetlerinin niceliği, laboratuvar testlerinin veya röntgen filmlerinin niceliği gibi). Şayet, toplumun sağlık hizmetlerine ayırımını yaptığı kaynakların verimliliği söz konusu ise, bu durumda, toplumun genel sağlık düzeyi (çocuk ölüm oranı, ortalama yaşam süresi vb. gibi) ve hastalıkların tedavi sonuçları ürün olarak değerlendirilebilir. Ortaya konulan çıktının tanımı giderleri saptamak veya geliri belirlemek amacıyla kullanıldığında, çıktı, doktorlar için verilen en kısa zaman dilimi içerisinde muayene edilen hasta sayısı; hastaneler için de laboratuvar testlerinin türlerinin miktarı, gerçekleştirilen ameliyatların türleri ve sayısı, acil servis vaka sayısı ve benzeri biçimlerde değerlendirilebilir.

Tanımindaki güçlüklerin yanı sıra hastanelerin çok ürün (multi-product) üretiminde bulunan işletmelere örnek olabilecek kadar çeşitli hizmeti (çıktıyı) ortaya koymaları, onlar arasında kesin bir ayırımı gidilmesini hemen hemen olanaksız kıldığı gibi, verimliliğin ölçülmesi amacıyla çıktıların ve girdilerin tanımlarının yapılmasında da önemli güçlükler neden olduğu açıktır.

Hastaneler müşterilerin gereksinim duydukları bireyselleştirilmiş sağlık bakım hizmetleri üreten işletmelerdir. Dolayısıyla hastanelerin temel girdileri sağlık bakım hizmetine (ayaktan ve yatarak) gereksinimi olan müşterileridir. Hastaneler müşterisinin gereksinimi paralelinde gerekli sağlık işgörenlerinin çabalarını (hemşire, hastabakıcı, fizyoterapist, eczacı vb.) birleştirerek tıbbi bilim ve teknolojisi ile tıbbi girdileri (ilaç, tıbbi malzeme vb.) kullanarak hizmet üretirler. Dolayısıyla standartın istediği ürün / hizmet için belirtilmiş (Hastaneye adını atan her müşterinin biyolojik, sosyal ve psikolojik özellikleri paralelinde) şartları yerine getirdiğini doğrulamak durumundadır. Dolayısıyla ISO 9001 KGS Muayene ve Deney maddesinde sözü edilen ürün veya hizmet; müşteri (hasta) ile müşterinin gereksinim duyduğu tüm ürünlerdir. Bu nedenle müşterinin ilk talep anından taburcu aşamasına kadar gereksinimi olan hizmetlerin önceden belirlenen şartlara uygunluğunu (bu süreçte kullanılan tüm girdilerde aynı kapsamdadır.) doğrulamalıdır.

Bu durumda hastaların hizmet sürecinde kullanılan tüm girdilerin girdi, proses ve son muayene ve deneylerinin yapılması gerektiği gibi aynı zamanda hastanelerin temel girdileri olan hastaların adına üretilen hizmet sürecinde muayene ve deneye tabi tutulmasını gerekecektir. Bu yaklaşım gereği olarak hastanın teşhisi, tedavisi ve bakımı ile ilgili detaylı politika ve prosedürlerin oluşturulması gereklidir. Bu amaçla,

Ümit Şahin

- Teşhis ile yapılan tetkikler arasındaki tutarlılık, tedavi planı, ilaç kullanımı, beslenme durumu, ameliyat endikasyon ve sonuçları, invaziv müdahaleler, hastanın sağlık sorununa etkili şekilde davranışta bulunabilmesi için hastanın ve / veya ailesinin eğitim, hastanın yatış, taburcu olma, ücret ödeme, hastane kuralları, tedavi ve tetkikleri ile ilgili bilgilendirme, psikososyal ve spiritüel değerlerine saygılı davranmak gibi hasta hakları, hastanın kendi tedavisi ile ilgili kararlara katılımı, notları ve gözlemleri değerlendirilmeli ve puanlanmalı,
- Değerlendirme çalışmalarında, teşhis, tedavi ortamlarındaki güvenlik ve güvenilirlik önlem ve uygulamalarına büyük önem verilmeli,
- İnsan kaynaklarının iş tanımları, seçimi, eğitimi ve geliştirilmesi, performanslarının değerlendirilmesi konularında akreditasyon başvurusunda bulunan organizasyonun gösterdiği çaba ve sonuçları, çalışma ortamında yer alan malzemenin yeterliliği, kullanılma durum ve becerileri değerlendirmeler de yer almalıdır.

Ancak böylesi bir yaklaşımın uygulanma şansı ülkemiz de TKY' nin uygulanabilirliği ile ilgili görüşlerimizin yer alacağı bölümde açıklanacaktır. Dolayısıyla aşağıda ülkemiz kamu hastanelerinde standartın bu maddesinin uygulanmasında (hizmet sürecinde kullanılan ve Satınalma prosedürü ile bağlantılı girdiler bağlamında) yerine getirilmesi gerekli koşullar açıklanacaktır.

Standart bu hizmet sürecinde kullanılan ve kaliteyi direkt etkileyen tüm girdilerin muayene ve deneye tabi tutulmasını hükmetmektedir. Burada temel sorun özellikle son tıbbi teknolojiyi kullanan üniversite hastanelerinde hizmet üretim sürecinde binlerce değişik girdi malzemenin kullanılmasıdır.

Bu amaçla hastane,

Girdi Esnasında

- 1- Hastaneye hizmet sürecinde girdi olarak kullanılmak üzere tüm ürünlerin (satılma maddesi ile de ilgili olarak) muayene ve deneye tabi tutulabilmeleri için tam bir tanımlamanın yapılması gerekmektedir. Bu nedenle, satılma maddesinde alınacak tüm girdilerin tam bir tanımlaması teknik şartnamelerle yapılmalıdır.
- 2- Her bir girdi için uygunluk şartları yani red ve kabul kriterleri belirlenmelidir.
- 3- Gelen her bir ürünün muayene edilene kadar hizmet üretim sürecine girişi engellenmelidir. Bu amaçla
 - Muayene ve deneyden geçmiş ürünler işaretlenerek,
 - Girdi ürünlerin muayene edilene kadar bekletileceği alan tanımlanmalıdır.
- 4- Müşterice temin edilen ürünün girdi muayene ve deneyinin kim tarafından nasıl yapılacağı belirlenmelidir. Bu madde için M.T.E. ürün maddesine atıf yeterli olacaktır.
- 5- Standartın 4.10.2.3. maddesi hükmü gereği acil üretim gereği kullanımına izin verilebilecek girdiler ve bu girdilerin hangi acil durumlarda, kimin yetkisi ile kullanılacağı ve bu girdinin daha sonra nasıl muayeneye tabi tutulacakları belirlenmelidir.
- 6- Muayene sonucu kabul kriterlerine uymayan tüm girdilere ne gibi işlem yapılacağı belirlenmelidir.
- 7- Tüm bunlar dökümanite edilmeli, izlenmeli ve gerekli düzeltici ve önleyici faaliyetlerden kimlerin sorumlu olacakları belirlenmelidir.

Proses Esnasında

- 1- Standartın hükümleri girdi esnasında muayene ve deneye tabii tutulan girdilerin hizmet sürecinde de muayene ve deneyden geçirilmesini istemektedir. Bu hüküm bir "proses esnasında girdi muayene ve deney talimatı" hazırlanarak aşılabilir. Ancak binlerce kalem girdinin teke tek

Ümit Şahin

muayene ve deneylerinin kimler tarafından yapılacağıın tanımlanması binlerce sayfalık dokümantasyonu gerektirecektir. Bu sorun her bir bölüm için ayrı bir muayene ve deney talimatı yazılarak aşılabılır. Bu bölümler;

- Klinikler
- Poliklinikler
- Laboratuvarlar(her bir laboratuvar için ayrı ayrı yazılacak)
- Eczane
- Yemekhane
- Ameliyathane
- Satınalma Deposu
- Steril Depo
- Acil Servis

2- Kusurlu yada uygun olamayan girdilerin işaretlenme yöntemleri geliştirilmelidir.

3- İki maddede özetlenen tespitler dökümanente edilmeli, izlenmeli ve düzeltici ve önleyici faaliyetlerin yetkileri tanımlanmalıdır.

“Hastanelerde; girdi ve proses esnasında Muayene ve deney kapsamının hizmet sürecinde kullanılan elle tutulur ve ölçülebilir girdileri içermesi nedeniyle “Girdi ve Proses esnasında Muayene ve Deney Prosedürü ” ile son Muayene ve Deney Prosedürlerinin ayrı ayrı yazılması tavsiye edilebilir. Çünkü son muayene ve deney hasta taburcu edilmeden önce sunulan hizmetlerin, muayene ve deneye tabi tutulmalarını yeterlilik yönünden gerekli kılmaktadır.”

Son Muayene ve Deneyler

Hastanelerin günümüzün en karmaşık prosesine sahip örgütler oluşu TS-EN-ISO 9001 uygulamalarında da standartın 20 maddesinin uygulanmasında tereddütlere neden olmaktadır. Standartın bu maddesinin “ girdi ve proses esnasında muayene ve deney hükümleri hizmet üretim

sürecinde kullanılan girdileri içerirken "son muayene ve deney" hükümleri müşteriye sunulan hizmetlerin sunum sonuçlarını içermektedir.

Bu amaçla hastane;

- 1- Hizmet türleri arasında geçişlerde (sözelimi ameliyat olmuş hastanın ilgili yoğun bakıma gönderilme öncesi, yoğun bakım hizmeti sunulmuş hastanın ilgili servise gönderilme öncesi son muayene ve deneyi gibi)
- 2- Hastaneden çeşitli hizmetleri almış müşterinin taburcu edilme öncesinde;

Verilen hizmetin, kalite kabul kriterlerine uygun olup olmadığı, taahhüt edilen hizmetin verilir verilmediğini, uygunsuzluklar varsa, bunların müşterinin taburcusundan önce giderilmesi sağlanmalıdır.

Bu işlem en basit anlamıyla, Müşteri taburcu çek listeleri ile yapılabilir. Bu çek listeleri her klinik için hekim ve hemşire işgörenleri tarafından ortak hazırlanmalıdır.

4.11. Muayene Ölçme ve Deney Teçhizatının Kontrolü

Hastanelerde hizmet üretim sürecinin her aşamasında kullanılan tıbbi teknolojik cihazlar günümüzde ulaştıkları nicel ve nitel özellikleri nedeniyle sunulan hizmetin kalitesini direkt etkileyebilecek en önemli belirleyici konumundadırlar. James D. THOMPSON' un sınıflamasına göre ise yüksek tıbbi teknoloji yoğun teknolojidir. Bunun anlamı çok yönlü karşılıklı bağımlılık ilişkisi içinde üretimin yapılabilmesi yada hizmetin yürütülebilmesidir. Bu bağımlılık hem hizmetin yürütülüş şeklini, hem de hizmetin kalitesini belirleyici özellik taşır. Sözelimi bir hekimin bir çok teşhisi koyabilmesi bir yandan bu cihazların kullanımını zorunlu kılarken diğer yandan da bu cihazların verdiği sonuçların doğruluk düzeyini oldukça önemli hale getirmektedir.

Ümit Şahin

KGS' nin 4.11.maddesi olan Muayene, Ölçme ve Deney Teçhizatının Kontrolü **“Tedarikçi, ürünün belirlenen şartlara uygunluğunu göstermek amacıyla kullandığı ölçme muayene ve deney teçhizatının (deney yazılımları da dahil) kontrolü, kalibrasyonu ve bakımı için dokümente edilmiş prosedürleri oluşturmalı ve sürekliliğini sağlamalıdır. Muayene ölçme ve deney teçhizatı, ölçüm belirsizliğinin bilindiğinden* ve bu belirsizliğin istenilen ölçüm yeteneği ile tutarlılığından emin olunacak şekilde kullanılmalıdır.”** hükmünü içermektedir.

Bu paralelde hastanelerde teşhis ve tedavi süreçlerinde kullanılan tüm ölçüm cihazları uluslararası izlenebilirliği olan bir kalibrasyon merkezine kalibre ettirmek zorundadır. ISO 9000 KGS' nin tüm diğer getirileri bir yana ülkemiz hastane işletmeciliği sektörüne, en somut olarak “Kalibrasyon Kavramını” getirmiştir, denilebilir. 4.6. Satınalma maddesinde yer verdiğimiz gibi hastaneler günümüzde yüzlerce özellik ve markada tıbbi cihazı hizmet üretim sürecinde kullanmakta ve elde edilen ölçüm sonuçlarına göre hizmet üretim sürecinin diğer aşamalarını tasarlamaktadır.

Dolayısıyla hizmetin her aşamasında kullanılan ölçüm cihazlarının doğrulukları (yada sapma oranları) bir sonraki hizmet sürecinin, zaman zamanda tüm hizmet sürecinin kalitesini olumsuz olarak etkileyebilen en önemli belirleyici durumuna gelmektedirler.

Dolayısıyla müşterinin hizmet üretim sürecinde kullanılan ölçüm cihazlarının uluslararası izlenebilirliği olan bir cihaz ile karşılaştırılarak ölçüm doğrulukları güvence altına alınmalıdır. Bu bağlamda, ISO 9001 KGS kurma çalışmalarını sürdüren hastanenin en önemli kaynak kullanımı gerektiren kalibrasyon için aşağıda öneriler göz önüne alınmalıdır, denilebilir.

- Öncelikle hastanede mevcut tüm cihazların bir listesi hazırlanarak aşağıdaki kriterler paralelinde ayrıma tabi tutulmalıdır.
- Arızalı / kullanılmayan cihazlar, belirlenerek ilgili hizmet ünitesinden kullanılmamasına yönelik olarak tanımlanmış bir depoya alınmalıdır.
- Hastanenin mülkiyetinde olmayan ancak bu cihazda kullanılan tıbbi malzemelerin kullanımı süresince hastanenin ilgili ünitelerinde kullanılan kit ve set karşılığı cihazlar, (lâboratuvarlarda kit ve set karşılığı kullanılan cihazlar, kliniklerde infzyon pompa setleri vb.) belirlenmeli ve ilk ihalede teknik şartnamelere cihazın kalibrasyonunun firmaca yaptırılacağı vb. hükümler konulmalıdır.
- Geri kalan cihazlar arasında ölçüm cihazları belirlenerek kalibrasyona tabi cihazlar listesi oluşturulmalıdır. Oluşturulan bu listede yer alan cihazlar ilgili kalibrasyon merkezlerine (Sözelimi ısı ile ilgili cihazlar T.S.E. İstanbul ve diğer cihazlar ise T.S.E. Ankara kalibrasyon merkezine) gönderilerek ücretlendirilmesi sağlanmalı ve oluşan maliyet hastanede bir kalibrasyon merkezi kurma durumunda oluşacak kısa ve uzun vadeli maliyetler ile karşılaştırılmalıdır.

* Ölçüm belirsizliği; Ölçülenin gerçek değerini ihtiva eden değerler aralığını karakterize eden bir tahmindir.

- Hastanenin gerek kalibrasyon faaliyetlerini gerekse de cihaz satınalmalarına yönelik faaliyetlerini yürütecek bir ünite oluşturulması gerekecektir. Bu üniteye görevlendirilecek personelin ülkemizde yeni bir sağlık profesyonelliği olan biomedical mezunu olması sistemin etkinliği açısından önemli katkılar sağlayabilecek bir yaklaşımdır. Hastanenin bu amaçla bu üniteye görevli personeli T.S.E.' nin genel kalibrasyon ve cihaz başı kalibrasyon eğitimlerine göndermesi oldukça doğru bir yaklaşım olacaktır.

4.12. Muayene ve Deney Durumu

Ümit Şahin

ISO 9001 KGS bu maddesinde, "Ürünün muayene ve deney durumu, yapılan muayene ve deneylere göre ürünün uygunluğunu veya uygunsuzluğunu gösterecek şekilde uygun araçlarla tanımlanmalı ve idame ettirilmelidir. Bütün üretim, tesis ve servis aşamalarında yalnızca muayene ve deneylerden geçen ürünün [veya belirli bir yetki ile sevkine izin verilen (madde 4.13.2.)] sevk edildiğinden, kullanıldığından veya tesis edildiğinden emin olmak amacıyla muayenenin tanımı ve deney statüsü, kalite planında ve / veya dokümante edilmiş prosedürlerde idame ettirilmelidir." hükümlerine işlerlik kazandırılmasını istemektedir. Dolayısıyla 4.10. Muayene ve deney maddesinde yer verilen açıklamalar paralelinde hasta bakım hizmetlerinin üretim süreçlerinde kullanılan girdilerin muayene ve deney durumlarının güvence altına alınması gerekmektedir. Bu güvence, girdilerin süreç içindeki muayene ve deney durumlarının işaretleme veya alan tanımı yapılarak sağlanabilir. Hastanenin özellikleri paralelinde tek bir yöntem olarak işaretleme ya da alan tanımı yöntemi yada her iki yöntem kullanılabilir.

4.13. Uygun Olmayan Ürünün Kontrolü

4.13.1. Genel

Tedarikçi, belirlenen şartlara uymayan ürünün yanlışlıkla kullanımının ve tesisinin önlenmesini sağlayacak olan dokümante edilmiş prosedürleri oluşturmalı ve sürekliliğini sağlamalıdır. Bu kontrol, uygun olmayan ürünün tanımlanması, dokümante edilmesi, değerlendirilmesi, ayrılması (yapılabildiği taktirde), elden çıkarılması ve ilgili bölümlere duyurulması için yapılmalıdır.

4.13.2. Uygun Olmayan Ürünün İncelenmesi ve Elden Çıkarılması

Uygun olmayan ürünün incelenmesi için sorumluluk ve elden çıkarılması için yetki tanımlanmalıdır.

Uygun olmayan ürün, dokümente edilmiş prosedürlere göre incelenmelidir. Bunlara göre uygun olmayan ürün;

- a) belirlenen şartları karşılamak için tekrar işleme tabi tutulabilir,
- b) tamir edilerek veya edilmeden yetkili bir makam tarafından kabul edilebilir,
- c) alternatif uygulamalar için tekrar derecelendirilebilir,
- d) iskarta veya hurdaya ayrılabilir.

Sözleşmede isteniyorsa belirlenen şartlara uymayan ürünün (madde 4.13.2.b.) önerilen kullanımı veya tamirata hakkında gerekli izin için müşteriye veya müşterinin temsilcisine rapor edilmelidir. Kabul edilen uygunsuzluğun ve tamiratın tanımı, gerçek durumu göstermek amacıyla kayıt edilmelidir. (madde 4.16.)

Tamir edilmiş ve / veya tekrar işlem görmüş ürün, kalite planı ve / veya dokümente edilmiş prosedürlere göre yeniden muayene edilmelidir.

Yukarıda yer verildiği gibi ISO 9001 KGS' i bu maddesinde uygun olmayan ürünün sözcülemi buzdolabı üreten bir işletmenin önceden belirlenen standartlara uymayan bir buzdolabı ürettiğinde ne yapmalıdır sorusunun (müşteri odaklı olarak) yanıtlayabilecek öngörülerini içeren bir sistemi tanımlamasını gerekli kılmaktadır. Olaya hastaneler açısından baktığımızda, bir yandan hizmet üretim sürecinde kullanılan ve / veya kullanılacak girdi uygunsuzlukları diğer yandan ise uygun olmayan herhangi bir hizmetin (örneğin, yanlış teşhis, yanlış tetkik, gereksiz ameliyat vb.) tanımlanması, dokümente edilmesini, değerlendirilmesi, süreçlerinin tanımlanmasını istemektedir. Bu bağlamda ülkemiz kamu hastanelerinde 4.10. Muayene ve deney maddesinde yer verdiğimiz ürün / hizmet

Ümit Şahin

tanımlanması paralelinde uygun olmayan ürün hükümleri ancak hizmet üretim sürecinde kullanılan girdiler bağlamında ele alınabilecektir. Bu yaklaşım gereği olarak da bu maddenin uygulanması diğer sektörlerden farklılık göstermeyecektir.

4.14. Düzeltici ve Önleyici Faaliyetler

ISO 9001 Kalite Güvence Sistemi Düzeltici ve Önleyici Faaliyetler maddesinde, "Tedarikçinin, düzeltici ve önleyici faaliyetleri yürütmek için dokümante edilmiş prosedürleri oluşturmalı ve sürekliliğini sağlamalıdır." hükmünün yerine getirilmesini istemektedir.

Mevcut veya olabilecek uygunsuzlukların sebeplerini ortadan kaldırmak için alınan herhangi bir düzeltici veya önleyici tedbir, problemin büyüklüğüne ve karşılaşılan riske uygun düzeyde olmalıdır.

Tedarikçi, düzeltici ve önleyici faaliyetlerden kaynaklanan dokümante edilmiş prosedürlerdeki değişiklikleri uygulamalı ve kaydetmelidir.

Günümüz işletmecilik yaklaşımı, bir işletmede en önemli boyutun işgören boyutu olduğu ve yine her türlü başarı ölçüsünün temelinde işgörenlerin çabalarına dayandığı, şeklindedir. Bu paralelde çalışanlar pasif katılımcılar değil aktif sorun çözücüler ve uygulayıcılardır. Çalışanların bir misyonu olduğu ve her birimin yaptığı işin önemli olduğu fikri ve inancı yerleşmelidir.

ISO 9001 Kalite Güvence Sistemi Düzeltici ve Önleyici Faaliyetler maddesi bu anlamda ülkemiz kamu hastaneleri için ciddi bir değişimin başlangıcı denilebilir. Bu tespitin temel nedeni hastanelerimizde herhangi bir hizmet uygunsuzluğu olduğunda temel yaklaşım bu uygunsuzluk ile ilgili olarak bir işgörenin bulunarak cezalandırılması ya da uygunsuzluğun gözardı edilmesi veya alt kademedeki gelen uygunsuzluk bildirimleri ve düzeltici önerilerin yazışma trafiği içinde sümen altlarında, dosyalarda kalmasına neden olmaktadır.

ISO 9001 KGS ise hizmet süreçleri ve kalite sistemi ile ilgili olan uygunsuzlukların nedenlerinin araştırılması ve bu araştırma sonuçlarının ise 4.16 Kalite Kayıtları maddesi hükümleri gereğince izlenebilirliklerini sağlayacak şekilde kayıt altına alınmasını istemektedir. Bu nedenle müşteri şikayetleri, işgören başvuruları ve Kuruluş İçi Kalite Tetkikleri maddesi gereğince ortaya çıkacak uygunsuzlukların nedenleri ve çözümünü ilk kademe yöneticisinden, en üst kademe yöneticilerine kadar bir sorumluluk haline getirmektedir.

Dolayısıyla ISO 9001 KGS uygulamaları ülkemiz kamu hastanelerinin örgüt kültürlerini işgören boyutunun katılımına olanak tanıyacak şekilde değiştirme zorunluluğu ile karşı karşıya getirecektir, denilebilir.

Ancak, ülkemiz tüm kamu işletmelerinde olduğu gibi kamu hastanelerimizde de aşağıdaki genel yönetim anlayışı ve örgütsel yapıdan kaynaklanan sorunlar ISO 9001 KGS' nin en dinamik maddesi olan bu maddenin uygulanmasında ve dolayısıyla da kurulacak ISO 9001 KGS' nin etkinliğinde oldukça önemli bir engel olarak algılanmalıdır.

- Kamu işletmelerimizin, örgüt yapıları ihtiyaçlara ve standartların gerektirdiği esneklik ve nitelikte olmayıp; aşırı merkeziyetçi ve hiyerarşik bir yapıya sahiptirler.

Ümit Şahin

- Üretime hiçbir katkısı olmayan sonradan denetim, işin kurallara ve yetkiye uygun olarak yapılıp yapılamadığını iş yapıldıktan sonra inceler. Aslolan, hizmetin veya malın üretimi safhasında ve önceden önlemeye yönelik olarak yapılan denetimdir. Diğer yönden de kamu yönetiminde denetim faaliyetini icra eden örgütlerin çok fazla büyüdüğü görülmektedir.
- Kamu yönetiminin en önemli sorunlarından birisi de yönetimin yapının yenilenmesi konusunda insiyatif kullanamaması ve karar vermesi gerekenlerin karar verememesidir. Çünkü yöneticiler verdikleri kararlar sonucu dengeler değişebileceğinden işini ve mevkiini kaybetme riski ile karşı karşıya kalabileceklerdir.

Yukarıda üç ana başlık altında özetlenen kamu işletmelerimizin temel yönetim anlayışlarındaki sorunlarına daha bir çok sorun eklenebilir. Ancak, burada vurgulamamız gereken bir başka tesbit ise tüm kamu işletmelerimizde olduğu gibi hastanelerimizde "**denetim**" odaklı yönetim yaklaşımına sahip olmalarıdır. Ayrıca, Yönetim literatüründe 1970' li yıllara özgü bu yaklaşım ülkemiz kamu hastanelerinde temel yönetim anlayışına dönüşmüştür.

1970' li yıllara kadar yönetim işi, denetim yönelimli bir çerçevede niteleniyordu. Yöneticiler, kendi çalışmalarının başlıca odak noktasını (planlama, organize etme ve koordinasyon sağlama aşamalarının tamamlanmasından sonra) çalışma sürecini denetlemek olarak saptayan bir anlayışa göre yetişmişlerdir. Dolayısıyla başvurdukları yöntemler de çalışanların faaliyetlerine denetlemeyi öngörüyordu. Bu yönetim tarzında, başarı, belirlenmiş olan bir kişinin denetim (feedback) süreçlerini geliştirmesi şeklinde somutlaşıyor ve sonuçlara korkudan dolayı ulaşıyordu. Bu yönetim tarzı doğası gereği talimatçıydı.

YÖNETİM MODELLERİ

1970'ler <i>Denetim</i>	1980' ler <i>Liderlik</i>	1990' lar <i>Mentörlük</i>
"Senin çalışmalarını denetlemeliyim"	"Sana nasıl yapılacağını göstereyim"	"Senin ilerlemene nasıl yardımcı olabilirim"

Şekil 1: Yönetim Modelleri

1980' li yıllarda denetim yönelimli yönetim düşüncesinin yerine liderlik modeli almıştı: 1980' li yıllarda çıkan yöneticilere, etkin yönetimin teknik becerilerinin, yönetim becerilerinin ve liderlik becerilerinin bir bileşimden meydana geldiği öğretilmektedir. Bize de etkin yöneticilerin, çalışanların daha yüksek başarı ve performans düzeylerine çıkarabilecekleri öğretilmişti. Daha etkin hale gelmek isteyen bilinçli yöneticiler, kişiler arası becerileri geliştirme, iletişim becerileri ve müzakere yürütme yeteneği üzerinde duruyorlardı. Liderlik modelindeki başarılı yöneticiler, başkalarını ikna ederek, güven ve kararlılık aşılıyor ve bir problem çözücü işlevi görerek sonuçlara ulaşabilen yöneticilerdi. Mentörlük modeli ise pek çok kişi tarafından, özellikle de Senge tarafından destekleyici yönetim modeli şeklinde nitelenmektedir.

ISO 9001 KGS' nin gerek standartın bu maddesinin gerekse de sistemin bütününe hastanelerimizde uygulanabilmesi için "denetim" odaklı bu yönetim yaklaşımının değiştirilmesini gereklidir, denilebilir.

4.15. Taşıma, Depolama, Ambalajlama, Muhafaza ve Sevkiyat

ISO 9001 KGS' nin bu maddesinde, hastanenin, "hizmet üretim sürecinde kullanılan tüm girdilerin, taşınma, depolama, ambalajlama, muhafaza ve sevkiyatı ile ilgili dokümanite edilmiş prosedürleri oluşturmalı ve sürekliliğini sağlamalıdır." hükümlerinin yerine getirilmesini istemektedir. Daha önceki maddelerde açıkladığımız gibi günümüzün en karmaşık örgütleri konumundaki hastaneler hizmet üretim süreçlerinde tür ve genel

Ümit Şahin

özellikleri farklı binlerce girdiği kullanılmaktadır. Tüm bu girdiler farklı özelliklere sahip olmaları nedeniyle farklı taşıma, depolama ve muhafaza koşullarına sahip girdilerdir. Bu girdiler genel olarak;

- İlaç ve Türevleri
- Tıbbi sarf malzemeler
- Temizlik ve enfeksiyon kontrol malzemeleri
- Yiyecek malzemeleri
- Tıbbi cihaz ve ekipmanlar
- Kırtasiye malzemeleri
- Atölye malzemeleri olarak genellenebilir.

Hastane bu madde gereği olarak, hasar ve bozulmayı önleyecek ve stok kontrolünü sağlayacak bir depolama ve muhafaza sistemi oluşturulmalıdır. Bu amaçla hastane genelinde tüm depoları (yukarıda sözü edilen genelleme bazında ve bu genellemenin çeşit olarak birarada bulundurduğu hizmet ünite depoları) gözden geçirerek yeniden dizayn etmeli ve tüm bu depolar için özel ve genel depo talimatları hazırlamalı ve her depoda ulaşılabilirliği sağlamaya yönelik olarak bir depo planı asılı olmalıdır.

4.16. Kalite Kayıtlarının Kontrolü

ISO 9000 KGS serilerinin temel özelliği yazdığını yap / yaptığını yaz ve uygulamayı dokümantasyon sisteminden yararlanarak iç kalite tetkiki ile denetleyerek uygunsuzlukları gidererek sistemi geliştir şeklinde özetlenebilecek bir KGS yaklaşımıdır. Bu özelliği nedeniyle, sistemin 20 maddesinin dokümente edilmesine paralel olarak yüzlerce, binlerce kalite kaydı oluşacak ve bu kayıtların ise izlenebilirlik ve güvenilirliğini sağlayacak bir sistem gerekecektir. Bu amaçla standartın maddesinde aşağıdaki hükümlerin yerine getirilmesini istemektedir.

Tedarikçi, kalite kayıtlarının tanımlanması, toplanması, tasnifi, ulaşılması, dosyalanması, muhafazası, bakımı ve elden çıkarılması için dokümente edilmiş prosedürleri oluşturmalı ve sürekliliğini sağlamalıdır.

Kalite kayıtları, kalite sisteminin tanımlanan şartlara uygunluğunu ve etkin olarak işleyişini göstermek amacıyla tutulmalıdır. Taşeronlarla ilgili kalite kayıtları bu verilerin bir parçası olmalıdır.

Bütün kalite kayıtları okunaklı olmalı ve hasar veya bozulmayı ve kaybolmayı önleyecek uygun çevre şartlarını sağlayan ortamlarda tekrar kolaylıkla kullanılabilir şekilde depolanmalı ve muhafaza edilmelidir. Kalite kayıtlarının saklama süreleri belirlenmeli ve kaydedilmelidir. Sözleşmede anlaşmaya varıldığı takdirde, kalite kayıtları belirlenen bir süre için müşteri veya müşteri temsilcisi tarafından değerlendirilmesi amacıyla erişilebilir şekilde korunmalıdır.

A.B.D.' de her sağlık kuruluşu tıbbi kayıt departmanına ve arşive önem vermekte ve titizlikle kayıt tutulmaktadır. Durum böyle olunca bu bölümde çalışanların aldığı eğitim de önem kazanmaktadır. Tıbbi kayıt ve arşiv bölümünde çalışacak personelin en az üniversite düzeyinde istatistikle ilgili eğitim almış olması ve elinde istenen yorumları yapabilmesi için her türlü istatistik programlarla donatılmış bilgisayarın bulunması ve bilgisayarının istediği her veriye kolayca ulaşılacağı şekilde kurulması gerekmektedir. Bu bölümün çalışmaları ile ilgili denetimi de hastane içinde kurulacak olan tıbbi kayıtları inceleme komitesi yerine getirmelidir.

Aynı bağlamda, Florence NIGHTINGALE' ye göre: "Tüm içtenliğimle belirtmeliyim ki, tek tip bir sisteme oturtularak hastanelerin istatistiksel kayıtları bastırılmalı ve bu sistem vakit kaybetmeden benimsenmelidir. En iyi donanımlı hastanelerde bile, büyük oranlarda ve gereksiz bir hasta ölümü bulunduğuna ilişkin inanç giderek artmaktadır. Gerçeğe ulaşmak için bilgi almak amacı ile her yere başvurduğum ancak karşılaştırma yapma amacına

Ümit Şahin

uygun bir hastane kaydı elde edemedim. Eğer bu kayıtlar bulunabilirse, bunlar açıklık kazanmamış pek çok konuda bizlere ışık tutabilirler. Bu kayıtlar para ile ne kadar iyi iş yapıldığını veya paranın bir iyilikten çok, kötülük mü yaptığını gösterecektir.”

ISO 9001 KGS’ nin bu maddesi Nightingale’ nin 1863 yılında ortaya koyduğu bu tesbite ne denli yüksek oranda yanıt verebilecek bir sistemin oluşmasını sağlayabilmelidir, denilebilir.

4.17. Kuruluş İçi Kalite Tetkiki

Standartın Kuruluş İçi Kalite maddesinde her hizmet ünitesinin yılda bir kez denetlenmesini, (kalite sistemi dokümanları esas referans alınarak) sonuçların kayıt edilmesini ve karşılaşılan uygunsuzluk ve eksikliklerin ise hizmet ünitesince düzeltici önleyici faaliyetler ile giderilmesini ve giderilip giderilmediğini ise kontrol tetkikleri ile izlenmesini gerekli kılmaktadır. Bu bağlamda, standartın bu maddesi ülkemiz kamu hastanelerinin yönetimin temel işlevi olan "**denetim**" işlevi ile ilk kez ciddi anlamda karşı karşıya kalmasına neden olacak ve hizmet üniteleri ile bu ünitelerde görev yapan personel ve en önemlisi ünite yöneticilerinin performans düzeyleri değerlendirilecektir.

Yönetimin temel işlevlerinden biri olan denetim işlevi işletmenin diğer yönetim işlevlerini nasıl ve ne ölçüde başarabildiği sorusuna yanıt arayışıdır. Ancak, kamu işletmelerimizde denetim, genel olarak tüm işgörenlerin kusurlarını aramaya yönelik bir süreç olarak algılanmaktadır. Bu tespitin en önemli nedeni ise denetim işlevinin istenilen performansta yerine getirilebilmesi için işletmenin amaçlarının (bütünsel ve ünite bazında) ve bu amaçlara ulaşmaya yönelik süreçlerin standartlarının belirlenmemiş olması gösterilebilir. Kamu işletmelerimizin ölçülebilir amaçları olmaması bir yana üretim (mal ve/veya hizmet) süreçlerinin denetimi içinde objektif

standartları da bulunmamaktadır. Olaya konumuz hastane işletmeciliği yönünden baktığımızda, ülkemiz kamu hastane işletmeciliğinde başarı ölçütü yalnızca verilen tıbbi hizmetin nisbi kalitesi (bu terim SEÇİM tarafından, ülkemizde sağlık hizmetlerinin kalite standartları belirlenmemiş olduğundan kullanılan tıbbi hizmetlerin kalitesinin tanımlanma biçimidir.) olmakta, hizmetin verimli olup olmadığı, verimliliği artırma olanaklarının bulunup bulunmadığına ve hastanenin bir bütün olarak amaçlarına ne ölçüde ulaşabildiği konuları değerlendirilmemektedir. İşletme içi denetim yetkisi verilen hastane başhekimleri ise bir yandan belli bir tıp dalında uzmanlaşmış olmaları nedeniyle diğer uzmanlık alanlarına yönelik tıp hizmetlerini denetleme işlevini yerine getiremedikleri gibi yine kendi uzmanlık alanlarının dışındaki hizmetlerinde (yardımcı tıp ve idari ve mali hizmet süreçleri) denetimi işlevini yapamamaktadırlar. Bu açıklamalar paralelinde ISO 9001 KGS 4.1. Yönetim Sorumluluğu maddesi gereğince hastanenin temel yönlendiricisi olacak Kalite Politikası ve bu politikaya yönelik ölçülebilir hedefler oluşacak, yine tüm işgörenlerin bu madde gereği iş tanımları ile standartın 20 maddesine yönelik olarak bir dokümantasyon sistemi oluşacaktır. Dolayısıyla ISO 9001 KGS ülkemiz kamu hastanelerinin, hastanenin süreçlerini bilen, iç kalite tetkiki eğitimi almış işgörenler tarafından denetim gerçeği ile karşı karşıya kalması anlamına gelecektir. Bu gerçek ise en başında ilk kuruluş içi kalite tetkik sonuçları hastane üst yönetiminde kaçınılmaz olarak terli soğuk duş etkisi yaratacaktır. Bu durumda ya üst yönetim hastane gerçeklerini kabul ederek uygunsuzlukları düzeltici / önleyici faaliyetler kapsamında ele alacak ya da boşluğu belgeyi verecek yada veren T.S.E.' nün soru işareti olarak yanıtlanmayı bekleyecektir.

Yukarıda yer verilen açıklamalar paralelinde ISO 9001 KGS standartının bu maddesinin uygulanması sonucu oluşacak katkılar aşağıdaki şekilde özetlenebilir.

Ümit Şahin

- İç kalite tetkikleriyle her hizmet ünitesi ve bu ünitelerde çalışan tüm işgörenlerin performansları görülebilecektir.
- Çok açık bir uygunsuzluk ortaya çıktığında tespit edilebilen sorunlar bu tetkikler sayesinde kronikleşmeden tespit edilerek düzeltici / önleyici faaliyetler maddesi gereğince çözüme kavuşturulabilecektir.

Ancak burada özellikle vurgulanması gereken konu; esas hedefi belge edilmek olan bir kuruluş "başkalarına" göstereceği bir kanıt için "dışarıdan denetimi" öngörmektedir. Oysa, esas hedefi kendini geliştirmek olan bir kuruluş bunu başkalarının denetimine gerek duymadan yapabilir ve kanıtlamak ihtiyacı da duymaz. Dolayısıyla bu yaklaşımla ISO 9001 KGS' ni hedefleyen bir hastanenin bu hedefe ulaşma araçlarından biriside Kuruluş İçi Kalite Tetkikleri ve bu tetkik sonuçları ile ilgili olarak gündeme gelecek Düzeltici / Önleyici Faaliyetlerdir.

4.18. Eğitim

ISO 9001 KGS bu standartında " Tedarikçi, eğitim ihtiyaçlarının belirlenmesi için dokümanite edilmiş prosedürleri oluşturmalı, sürekliliğini ve kaliteyi etkileyen faaliyetleri uygulayan tüm personelin eğitimini sağlamalıdır. Verilen belirli işleri yapan personel gerektiğinde öğrenim, eğitim ve / veya tecrübeleri esas alınmak suretiyle değerlendirilmelidir. Eğitimle ilgili uygun kayıtlar tutulmalıdır." hükümlerinin yerine getirilmesini istemektedir.

Japon kalite öncüleri, kalitenin eğitimle başlayıp eğitimle sona erdiğini söylemektedir. Kalite yönetiminin uygulanması, bir yönetim sisteminden oldukça farklı başka bir yönetim sistemine planlı bir geçişi içerir. Bu, yönetim prosesini iyileştirmedir. Bu iyileştirmenin kapsamı, yönü, amaçları ve yöntemleri yukarıdan aşağıya kadar organizasyondaki herkes tarafından anlaşılmalıdır. Kalite yönetimi, yaygın bir eğitimi gerektirir. Eğitim planlanmalı, eğitimin insanlara kazandırması istenen tüm özellikler

tanımlanmalı ve zamanlandırılmalıdır. Bu planlama aynı zamanda gerekli eğitim kaynaklarının tanımlanmasını da kapsamalıdır.

Juran, Deming ve Crosby, kalite iyileştirmede eğitimin önemini vurgulamakta ve hem yöneticilerin hem de çalışanların eğitilmesinin gereği üzerinde durmaktadırlar. Çalışanların eğitimi için hazırlanan programlar; fonksiyonel cehaleti yok etmek, temel bilgileri kazanma ve firmaya katkılarını anlama konusunda çalışanlara yardımcı olmak, iletişimi iyileştirmek, teknik canlılığı desteklemek ve çalışanların hatasız bir performans göstermelerini sağlamak amacıyla tasarlanmalıdır.

Kalite yönetimi, organizasyondaki herkesin eğitilmesiyle gerçekleştirilebilir. Eğitim, üst düzey yöneticilerin kalite yönetimi ve prensipleri ve kalite iyileştirme ihtiyacı konusunda eğitilmeleriyle başlar. Pekçok firmada, anahtar yönetim seviyesi orta kademe yönetimdir. Üst düzey yöneticiler orta kademe yöneticilere liderlik etmeli ve mümkünse onları eğitmelidir. Böylelikle eğitim, bütün organizasyona yayılacaktır. Bütün çalışanlar, kaliteye yüksek bir katılım sağlayabilmeleri için, kalite teknikleri konusunda eğitilmelidirler. Ayrıca yönetim, bütün organizasyonu müşterek hedefe doğru yönlendirmelidir.

Crosby, kalite eğitimini üç bölüme ayırmaktadır.

- 1- **Üst Yönetim Eğitimi:** Üst yönetimin kalite prosesini iyileştirmedeki rolünü öğrenmesidir. Üst yöneticilerin, diğer çalışanlara nelerin öğretilmesi, uygun olmayan durumlara karşı nasıl tepki göstereceklerini ve iyileştirme prosesini desteklemek için ne yapacaklarını anlamaları gerekir.
- 2- **Diğer Yöneticilerin Eğitimi:** Bu, uygulayan kişilerin prosesini nasıl idare edeceklerini öğrenmesidir. Bu eğitim, yukarıda belirtilen konulara ilave olarak birkaç farklı konuya kapsamaktadır. Kalite iyileştirme

Ümit Şahin

vakalarını sürekli olarak tanıtmak zorunda olacaklarından, tanıtım yapabilme yeteneği bu yöneticiler için bir zorunluluktur.

3- **Çalışanların Eğitimi:** Bu bölüm, çalışanların rollerini kavradıkları bölümdür. Okuma materyalleri, video kayıtları, tartışmalar, iş ortamları ve iş atamaları gibi farklı yollarla çalışanların eğitim alması sağlanır.

Crosby, eğitim prosesi için gerekli olan altı koşul sıralamıştır: anlayış, bağlılık, yetenek, haberleşme, düzeltme ve devamlılık, Eğitim prosesi, kalite ve eğitim bilincinin yayılmasıyla ve herkesin buna bağlanmasıyla başlayacak, yeteneklerin gelişmesine, daha iyi iletişim kurabilen insanlardan oluşmuş bir yapı oluşturmaya ve düzeltici faaliyetlerin gerçekleşmesine katkıda bulunacak, hiç bitmeyen bir proses olarak devam edecektir.

Tüm Kalite Yönetimi yaklaşımlarında olduğu gibi ISO 9001 KGS' i yaklaşımında (Standartının 4.18 maddesinde olduğu gibi) eğitim odaklı bir yaklaşımdır. Bu bağlamda, sistemin 20 maddesinin bütüncül olarak yerine getirilebilmesi hastanenin tüm işgörenlerinin ISO 9000 KGS' i eğitim sürecinden geçirilmesinden gerektirmektedir. Bu süreçte bir eğitim yaklaşımı olan çağlayan yöntemi kullanılabilir.

Bu yöntem etkin örgütlenip yönetilebildiğinde hem maliyet ve kalite hem de etkinlik yönünden önemli katkılar sağlayabilir. Ancak bu yöntemin etkinliği hastanenin işgören gruplarını temsilen seçilen işgörenlerin doğru seçimini gerekli kılmaktadır. Bu seçimde temel kriter standartın Proses Kontrol maddesi yönünden öncelikli grupların seçimidir. Bu amaçla özellikle hizmet sürecinin kalitesini etkileyen meslek gruplarını etkin olarak temsil edebilecek anahtar işgörenlerin seçimi önem kazanmaktadır. Bu seçimde işgörenin, meslek grubunda kabul edilebilirliği, iletişim yeteneği ve gönüllülüğü temel kriter olmalıdır.

4.19. Servis

ISO 9001 KGS standartının bu maddesinde, "Servis belirtilmiş bir şart olduğunda tedarikçi servisin belirtilen şartları karşılayacak şekilde yerine getirilmesi, doğrulanması ve rapor edilmesi için dokümanite edilmiş prosedürleri oluşturmalı ve sürekliliğini sağlamalıdır." hükümlerinin yerine getirilmesini istemektedir.

Üretim yada satış sonrası hizmetlerin dokümantasyonunu isteyen standartın bu maddesinin bir hizmet işletmesi olan hastanelerde uygulanmadığı görüşü savunulabilir. Ancak hastaneler hastanın taburculuğunu izleyen süreçte de servis maddesi kapsamında tanımlanabilecek klinik veya poliklinik hizmet sonrası muayeneleri, S.S.K. ve Emekli Sandığı hastaları paket sözleşme gereği ameliyat sonrası ilk poliklinik kontrollerinin Hasta Kabul Prosedürü dışında (yani direkt ilgili polikliniğe başvurarak ücretsiz hizmetten) yararlanmaları örnek olarak verilebilir. Ayrıca günümüz gelişmiş sağlık sistemlerinde giderek yaygınlaşan entegre sağlık hizmetleri kavramının bir parçası olan evde bakım hizmetleri de standartın servis maddesi paralelinde düşünülmesi gereken bir yaklaşım olacaktır. Bu amaçla, evde bakım hizmetleriyle ISO 9001 KGS arasındaki bağlantı noktaları aşağıda tanımlanmıştır.

Gerek hastane hizmetlerinin kalitesinin yükseltilmesi gerekse de hastane maliyetlerinin düşünülmesine yönelik bir yaklaşım olarak hastanelerdeki tedavi hizmetlerinin en üst düzeyde gelişmiş olduğu bilinen ülkelerde en az otuz yıldır evde bakımın gerekliliğini işaret eden çalışmalar başlamış olup; bu çalışmalar günümüzde bu hizmetin savunucusu olmaktan öte, evde bakımın en etkili, en kaliteli ve en ucuz nasıl sağlanabileceği arayışına dönüşmüştür. Bu paralelde bir sağlık hizmeti sunum yaklaşımı olarak evde bakım hizmetleri; kronik hastalıkların izlem ve tedavisi, terminal dönem sorunları, fizik tedavi, konuşma tedavileri, solunum tedavileri, bazı ilaç ve uygulamaları, total parenterol beslenme ve daha bir çok gerçek yada

Ümit Şahin

potansiyel sağlık sorunlarına yönelik hizmet gereksinimlerinin karşılanmasını amaçlayan bir yaklaşımdır.

ISO 9001 KGS 4.1. Yönetim Sorumluluğu maddesi müşteri odaklı bir kalite politikasının belirlenmesi ve bu politikanın ise kurulacak KGS' nin temel felsefesini oluşturmasını istemektedir.

Bu kalite politikası ve hedefleri ile evde bakım hizmetlerinin kesiştiği noktalar aşağıda sunulmuştur.

Evde bakımın gerçekleştirilmesi için bakım olanaklarının hastanenin gereksinimlerine uygun olması ve hasta ile ailesinin bu konudaki istekliliği önemlidir. Kronik hastalıklı bireylerin evde bakım gereksinimleri, olanakları ve tercihlerini belirlemek amacı ile bir araştırma gerçekleştirilmiştir. Hastaların kronik böbrek yetmezliği, kalp hastalığı, hipertansiyon ve diyabet tanılarının olduğu % 62.9' unun evde bakımı tercih ettikleri, evde bakım tercih nedeni olarak % 86.5' inin aile üyelerinin yanında bulunmayı gösterdiği, tanılara göre evde bakım tercihlerinin farklılık yaratmadığı belirlenmiştir.

Kanserli hastaların evde bakımda karşılaştıkları sorunları inceleyen bir araştırmaya göre ise (araştırma 55 kanserli hasta üzerinde yapılmıştır) 63.88' inin eşleri tarafından evde bakım verildiği, % 86.11' inin evde bakıma yönelik profesyonel kişilerden eğitim almadıkları, % 88.88' inin evde bakımda profesyonel kişilere ihtiyaç duydukları halde en fazla oranla % 33.33' ünün hastalığa yönelik, % 27.77' sininde acil durumlara yönelik problemlerinin olduğu belirlenmiştir.

Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesinde diyabet tanısı ile yatan 43 hasta üzerinde bir araştırma gerçekleştirilmiştir. Araştırmada eğitim öncesi ve sonrasında hastalara hastalıkları hakkındaki bilgi tutum ve davranışlarını ölçen sorular yöneltilmiştir. Uygulanan ön değerlendirme sonucu hastaların sadece % 62' sinin diyabetin ne demek olduğunu tam olarak bildiği

saptanırken, % 70' inin kan şekeri izlemine ve kan şekeri düzeyini etkileyen faktörler konusunda yeterli bilgiye sahip oldukları ve % 23' ünün evdeki bakımlarını nasıl yapmaları gerektiğini bildikleri saptanmıştır. Hastalar taburcu olurken özellikle eksikliklerini saptanan konularda eğitim uygulanmış ve verilen bu eğitimler, oluşturulan broşürler ve eğitim materyalleriyle desteklenmiştir. Eğitim sonunda hastaların sorulara verdikleri cevaplar daha kapsamlı olmuş, hastaların % 98' inin diabet tanımını doğru bildiği, tedavi izlenimlerini, diyetlerini doğru uyguladıkları ve evdeki bakımı % 66' sının doğru uyguladığı saptanmıştır. Eğitim sonrası bilgi ve uygulama düzeyinin, eğitim öncesine göre anlamlı bir şekilde yükselmesi verilen eğitimin önemini göstermiştir.

Taburculuğunun planlanması genellikle hasta bireyin hastaneden ayrılırken ele aldığımız, çok az bir zaman ayırdığımız yada gözardı edilen bir konudur. Oysa taburculuğunun planlanması bireyin kliniğe kabulü ile başlayıp eve gittikten sonra da devam etmesi gereken ve ev ile hastane arasındaki devamlılığın sağlanması, tedavi kesintisinin en aza indirilmesi gereken çok önemli bir konudur. Hastayı taburcu etme kararı tıbbi koşullar dışında pek çok faktöre de bağlı olarak verilir. Bireysel olarak bakımı planlamak gereklidir. Tüm sağlık ekip üyelerinin işbirliği bakımın devamını sağlayacaktır. 1967' de Noble ve 1968' de Hockey' in taburculuk üzerine yapmış olduğu araştırmalarda, bu alanda yer alan toplum sağlığı hemşireleri ile hastane arasında çok az iletişim olduğunu belirlemişlerdir. Yine 1971' de Skeate hastalar hastaneden ayrıldıktan ve evlerine döndükten sonra bakım gereksinimlerinin en az yarısının planlanmamış ya da umulmayan gereksinimler olduğunu belirlemişlerdir.

Baş ve boyun tümörlü hastaların ameliyat sonrasında, evdeki yaşamlarını değerlendirmeye ilişkin bir incelemede, hastaların ameliyat ile birlikte gelişen fiziksel ve duygusal sorunlarının çözümlenmesi, ameliyat sonrası yeni yaşama geçişi kolaylaştıracaktır. Bu sorunların

Ümit Şahin

çözümlemesinde hasta ve ailesine ameliyat öncesi sonrası yeterli bilginin verilmesi, ameliyat sonrasında ise taburcu olurken verilecek evde bakım eğitimi etkili olacaktır. Özellikle hastaların evde eksikliğini hissettiği konularda bilgi alabileceği, uzman kişilerin de katıldığı grup eğitim toplantılarının yapılması öneriler arasındadır.

Başkent Üniversitesi Hastanesinde kronik böbrek hastalarına uygulanan taburculuk eğitiminin etkinliği konulu araştırmada ise; % 54' ünün kronik böbrek yetmezliği belirtilerini tam olarak bildiği saptanırken, % 74' ünün yeterli bilgiye sahip oldukları ve % 86' sının ise tam olarak olmasa da ilaçların kullanımını bildiği saptanmıştır. Taburcu olurken hastalara özellikle eksiklik saptanan konularda eğitim uygulanmış ve hasta taburcu olduktan bir hafta sonra hastaların hastalıklarının önemi ve hastalık belirtileri ile ilgili düzeyinin yükseldiği ve hastalarının % 98' inin bu bölüm ile ilgili sorulara doğru cevap verdiği, tüm hastaların diyetleri konusunda bilgi sahibi olduğu ve uyguladığı saptanmıştır. Eğitim sonrası bilgi puanının eğitim öncesine göre anlamlı bir artış gösterdiği ve bu ilişkinin istatistiksel açıdan anlamlı olduğu saptanmıştır.

Yukarıda yer verilen araştırma sonuçlarına tüm hastanelerin ISO 9001 KGS kalite politika ve hedeflerine ulaşabilmesi için evde bakım hizmetlerini hasta tatmini yönüyle bir gereksinim olarak ciddi olarak araştırması gereklidir, denilebilir.

4.20. İstatistik Teknikler

ISO 9001 KGS standartı bu maddesinde,

4.20.1. İhtiyaçların Belirlenmesi : Tedarikçi, proses yeterliliğini ve ürün karakteristiklerini tesbit etmek, kontrol etmek ve doğrulamak için ihtiyaç duyulan istatistik tekniklerini belirlemelidir.

4.20.2. Prosedürler: "Tedarikçi, madde 4.20.1.' de sözü edilen istatistik teknikleri uygulamak ve kontrol etmek için dokümante edilmiş prosedürleri oluşturmalı ve sürekliliğini sağlamalıdır." hükümlerinin yerine getirilmesini istemektedir.

Sağlık işletmeleri de diğer işletmeler gibi planlama, örgütleme, emir – komuta, koordinasyon ve kontrol fonksiyonlarını yerine getirmelidir. Bu fonksiyonları yerine getirirken de geçmiş verilerden yararlanacak, gelecekle ilgili bir takım varsayımlar yapacak, bunun için de çeşitli alternatifleri gözönüne almak zorunda kalacaktır.

Ancak ülkemiz hastanelerinde istatistik kullanımına ilişkin olarak yapılan bir araştırma sonuçları çarpıcı tesbitleri içermesi nedeniyle aşağıda sunulmuştur.

- Gerek özel, gerek kamu hastanelerinde kalite bilincinin yeterli düzeyde ve kaliteyi izlemek için gerekli çalışmaların arzu edilir yoğunlukta olmadığı söylenebilir.
- Buna bağlı olarak, verdikleri hizmetlerin kalitesini sürekli izleyen hastane sayısının fazla olmadığı görülmektedir.
- Hastanelerin genel olarak, bir "işletme" biçiminde görülmediği açıktır. Dolayısıyla, özellikle kontrol teknikleri yeterince bilinmemekte ve bunlardan yararlanma oranı da düşük kalmaktadır.
- Kontrol tekniklerinin kullanılabilmesi için verilerin yeterli ve güvenilir olması, kayıtların doğru tutulması ve ölçülecek ve izlenecek faaliyetlerle ilgili olmaları gerekirken, tutulan kayıtların daha çok standart istatistiklerin oluşturulmasına yaradıkları görülmektedir. Bu açılardan özel ve kamu hastaneleri arasında fark bulunmadığı da söylenebilir. Esasında bu husus, araştırmada varılan en çarpıcı ve ağırlıklı sonuçtur.
- Öte yandan, hastanelerin "bilimsel" dolayısıyla, "işletmecilik ilkelerine" göre yönetilmedikleri de dikkati çekmektedir. Nitekim, birbiriyle bağlantılı sorulara verilen cevaplar arasındaki tutarsızlıklar da

Ümit Şahin

cevaplayıcıların işletmecilik formasyonuna yeterince sahip olmadıklarının ve buna bağlı olarak işletme ile ilgili konulara vakıf bulunmadıklarının bir göstergesidir.

- Kuşkusuz hastanelerimizi yöneten kişilerin değişik dallarda öğrenim görmüş olsalar bile, işletmecilik nosyonuna sahip ve bu konuda eğitilmiş olmaları büyük önem taşımaktadır. Aksi halde, hastanelerin verimli çalışmaları ve rekabetle başetmeleri mümkün olmayacaktır. Talebin yoğun olduğu durumlarda hastane her halde varlığını sürdürebilecek, fakat rekabetin artmasıyla birlikte eğer işletmecilik kurallarına uygun yönetilmezse varlığı tehlikeye girebilecektir.
- Kanımızca, bu sonuçlar, gelişmiş ülkelerde yıllardan beri var olan "hastane yöneticiliğinde profesyonelleşme" yi ülkemizde de uygulama zamanının geldiğini göstermektedir."

ISO 9001 KGS İÇİN ÖNERİLER

Dünyadaki gelişim sürecine paralel olarak 1990' lı yıllarla birlikte ülkemizde sağlık işletmeciliği genelinde ve hastane işletmeciliği özelinde kalite kavramının tartışılması, sonuçta verimliliği çeşitli mesleki ve akademik düzeyde tartışma konusu olan hastane işletmeciliğindeki tartışmalara daha

etkin bir platform sağlamıştır ve daha sonraki getirileri bir yana, bu gelişim süreci, sektörde bu tarz tartışmaların önündeki en önemli bir tanımlama ve algılama sorunu olan sağlık tüketicilerinin hasta tanımlaması kavramının aşılması ve müşteri olarak tanımlanmaya başlanan hastaların beklenti ve gereksinimlerinin ön plana çıkışına neden olmuştur, denilebilir. Bu açılım aynı zamanda ülkemiz Hastane işletmeciliğinde de kalite odaklı verimli bir örgütlenme ve yönetim modeli nasıl olmalıdır? sorusunun yanıtlanmasını gerekli kılacak bir sürecin başlangıcı olabilecektir.

Ancak, bu paralelde yanıtlanması gereken en önemli soru; verimlilikleri tartışılan örgüt ve yönetim yapılarına sahip kamu hastanelerimizde ISO 9000 Kalite Güvence Sisteminin (KGS) amaçladıklarına ne ölçüde ulaşabileceğidir. Bu soru başka bir şekilde ISO 9000 KGS' i hastanelerimiz için her koşulda sihirli bir değnek mi? şeklinde de sorulabilir. Bu sorunun yanıtı ise bu sistemi kurmayı hedefleyen tüm kamu hastanelerinin üst yönetim organlarının ciddi olarak araştırmaları ve bu paralelde oluşacak veri tabanına göre yanıtlamaları, kurmayı hedefledikleri sistemin hastanelerine getirebileceği katkı yanında ne ölçüde terleyecekleri yada soğuk duş alma durumu ile karşılaşabileceklerini görebilecekleri bir yaklaşım olacaktır.

1.Aşama : Mevcut Yapının Analizi

Bu aşamada örgütün mevcut yapısının incelenerek, değişim neden gereklidir? Sorusu yanıtlanmalıdır. Bu amaçla, hastane üst yönetimi hastanenin yönetimce üstün ve zayıf noktalarını net olarak ortaya koymalıdır. Bu süreç yönetimin işletme bütünü, ikna etmede kullanılabilir verileri içermesi bakımından önemlidir.

Bu süreçte;

- Yatağa dayalı istatistiki veriler
- Finansal analiz sonuçları
- İç ve dış müşteri tatmin araştırma sonuçları

Ümit Şahin

- > İşgören verileri (Ödüllendirme sistemleri)
- > Diğer işletmelerle kıyaslamalar
- > Tıbbi cihaz durumu

yoğun olarak kullanılabilir.

Bu süreçte oluşacak veriler işletmenin değişim zorunluluğunun her kademedeki iknasında kullanılacağından, bu süreçte değişimi gerekli kılan tüm veriler en ince ayrıntısına kadar toplanmalıdır.

2. Aşama : Kaynak Gereksinimlerinin ve Karşılıklarının Belirlenmesi

Birinci aşamada mevcut durumunun tam bir analizini yapan hastane yönetimi bu analiz sonuçlarına göre KGS' nin gereksinim duyabileceği mali kaynak gereksinimlerini belirleyerek gerekli finansal kaynakların karşılığını nereden karşılayabileceğini de analiz etmelidir. Bu kaynak gereksinimini

- 1- ISO 9001 KGS' i sonuçta mevcut hastane sistemini reorganize eden bir süreçler bütünü olacaktır. Dolayısıyla sunulan mevcut hizmetlerin KGS' ine entegrasyonu bu hizmetler için ek yatırım gerektirebilecektir. Bundan dolayı daha önceki sistemde olanaksızlıklar olarak tanımlanarak karşılanamayan ya da kalite bağlamında değerlendirilemeyen hizmet üretim sürecinde kullanılan girdiler bu sistemde karşılanmak zorunda olacağından bu da başlangıçta ek yatırım ve kaynak gerektirecektir.
- 2- KGS' inde tüm işgörenlerin iş tanımı ve gerekleri oluşacağından ilave işgören gereksinimi oluşabilecektir. Bunun yanında klasik yönetim anlayışına sahip hastanelerimizde bu sistemde TKY' i uygulamalarında olduğu düzeyde olmasa bile işgören boyutunun ön plana çıkışı söz konusudur. Bu bağlamda, özellikle sisteme işgörenlerin entegrasyonu için temel sorunlarının çözümlenmesi gerekecektir. En basit örnek olarak daha kaliteli yemek hizmetleri, ulaşım, ödüllendirme, işgörenlerin kendilerini geliştirmelerine yönelik faaliyetler gibi finansal harcamalar gündeme gelebilecektir.

- 3- ISO 9001 KGS' i uygulamalarında en fazla finansal kaynak gerektirecek alan ise standartın 4.10 Muayene ve Deney ve 4.11 Muayene Ölçme ve Deney Teçhizatının Kontrolü maddelerinin karşılanabilmesi için gereksinim duyabilecek kaynaklardır. Daha önceki bölümlerde değinildiği üzere hastaneler **"Teknoloji Yoğun işletmelerdir."** Üniversite hastaneleri ise 3. Basamak (Son basamak) sağlık hizmetlerini üreten işletmeler olarak en son tıbbi teknolojiyi kullanan işletmelerdir. Dolayısıyla bu işletmelerde standartın 4.10 ve 4.11 maddelerinin karşılanabilmesi öncelikle tüm tıbbi cihazların bakım ve muayenesini, ekonomik ömrünü dolduran cihazların yenilenmesini ve tüm bu cihazların kalibrasyonunu gerektirecektir.
- 4- ISO 9001 KGS' i gerek kuruluş, gerekse de işletim aşamalarında sürekli eğitimi gerektirmektedir. Dolayısıyla bu da finansal kaynaklarının kullanımını gerektirmektedir.

3. Aşama : Yönetim Temsilcisinin Belirlenmesi

Bu aşama ISO 9001 KGS' ini hedefleyen hastanenin standartın 4.1.2.3. maddesi gereğince bir yönetim temsilcisini atamasını gerektirmektedir. Yönetim temsilcisinin atanması KGS' i çalışmalarında üst yönetimin kararlılığı ve sistemin başlangıcının ilk adımını oluşturmaktadır. Atanacak yönetim temsilcisinin taşıması gerekli özellikler yönetim sorumluluğu maddesinde tanımlanmıştır.

4. Aşama : Öncü Hekim ve Diğer İşgörenlerin Belirlenmesi

Bir hizmet işletmesi olarak hastaneler aynı zamanda matriks yapıda örgütlerdir. Hastanelerin bu yapılarının en önemli özelliği tüm hizmetlerin direkt kaliteyi etkileyen üretim süreçlerinde proje yöneticisi konumundaki hekimlerin katılımının sağlanmasıdır. Klasik anlamdaki hekimlerin kendi statülerini en üst düzeyde tanımlamaları özellikle üniversite hastanelerinde bu işletmelerin özgül koşulları gereği hekimlik statülerine bilim (Öğretim

Ümit Şahin

görevlisi) unvanlarının da eklenmesi nedeniyle daha güç konuma gelmektedir. Bu bağlamda üretilen hasta bakım hizmetlerinin tüm süreçlerinde proje yöneticisi konumunda olan hekimlerin katılımının sağlanması KGS' nin başarısında önemli bir anahtar faktördür. Bu nedenle bu aşamada öncü hekimlerin belirlenmesi ve KGS' nin genel özelliklerinin etkin anlatımı ön plana çıkmaktadır. Bu bağlamda bu hekimlerden oluşan bir koordinasyon ekibinin kurulması sistemin kuruluşuna etkinlik kazandırabilecek bir yaklaşımdır.

Günümüz işletmecilik anlayışı bir işletmenin örgütsel performansında tüm işgörenlerin eşit düzeyde katkı sağladığı ve bir işletmede en önemli boyutun işgören boyutunun olduğu yaklaşımdır. Bu yaklaşım, hastane işletmeciliğinde yapılan iki araştırma ile desteklenebilir.

Bir araştırmaya göre, hastaneye gelen kişilerin o hastaneye ilgili imajlarının, hastaneye gelişlerini izleyen ilk 2-2.5 dakikada oluştuğu saptanmıştır.

İngiltere' de yapılan bir araştırmaya göre hastaların en azından % 10'nun şikayet etmeyerek başka sağlık kuruluşlarına yöneldikleri sonucuna ulaşılmıştır.

Yukarıdaki iki araştırma sonuçları tüm işgörenlerin katkı ve performanslarının önemini ortaya koymaktadır.

5.Aşama : KGS Ekiplerinin Tespiti ve Eğitimi

Japon kalite öncüleri, kalitenin eğitimle başlayıp eğitimle sona erdiğini söylemektedir. Kalite yönetiminin uygulanması, bir yönetim sisteminden oldukça farklı başka bir yönetim sistemine planlı bir geçişi içerir. Bu, yönetim prosesinin iyileştirmesidir. Bu iyileştirmenin kapsamı, yönü, amaçları ve yöntemleri yukarıdan aşağıya doğru organizasyondaki herkes tarafından anlaşılmalıdır. Kalite yönetimi, yaygın bir eğitimi

gerektirir. Eğitim planlanmalı, eğitimin insanlara kazandırması istenen tüm özellikler tanımlanmalı ve zamanlandırılmalıdır. Bu planlama aynı zamanda gerekli eğitim kaynaklarının tanımlanmasını da kapsamalıdır.

Juran, Deming ve Crosby, kalite iyileştirmede eğitimin önemini vurgulamakta ve hem yöneticilerin hem de çalışanların eğitilmesinin gereği üzerinde durmaktadırlar. Çalışanların eğitimi için hazırlanan programlar; fonksiyonel cehaleti yok etmek, temel bilgileri kazanma ve firmaya katkılarını anlama konusunda çalışanlara yardımcı olmak, iletişimi iyileştirmek, teknik canlılığı desteklemek ve çalışanların hatasız bir performans göstermelerini sağlamak amacıyla tasarlanmalıdır.

Kalite yönetimi, organizasyondaki herkesin eğitilmesiyle gerçekleştirilebilir. Eğitim, üst düzey yöneticilerin kalite yönetimi ve prensipleri ve kalite iyileştirme ihtiyacı konusunda eğitilmeleriyle başlar. Pekçok firmada, anahtar yönetim seviyesi orta kademe yönetimdir. Üst düzey yöneticiler orta kademe yöneticilere liderlik etmeli ve mümkünse onları eğitmelidir. Böylelikle eğitim, bütün organizasyona yayılacaktır. Bütün çalışanlar, kaliteye yüksek bir katılım sağlayabilmeleri için, kalite teknikleri konusunda eğitilmelidirler. Ayrıca yönetim, bütün organizasyonu müşterek hedefe doğru yönlendirmelidir.

6. Aşama : İşgören Toplantıları (İletişimi) ve Kalite Kültürünün İşgörelere Aktarımı

Kalite yönetiminin prensiplerinden biri, organizasyonun bütün üyelerinin içinde çalıştıkları proseslerin ve sistemlerin sürekli iyileştirilmesine etkin olarak katılımıdır. Çalışanların katılımı kalite çalışmalarının çok önemli bir unsurudur. İyileştirilen ürün ve proseslere katkıda bulunan çalışanlar olmadıkça, hiçbir kalite çalışması etkin olmaz. Bir kalite iyileştirme

Ümit Şahin

programının başarıya ulaşmasında, çalışanların bu felsefeye inanmaları ve ona bağlı kalmaları büyük önem taşır.

Çalışanların katılımı olmadan yürütülmeye çalışılan her proje bir anlamda başarısızlığa mahkumdur denilebilir. Katılım, çalışanların dolaysız olarak sorunları sahiplenmesini, hedefleri benimsemesini sağlayacak, bu da sonuçta başarıyı getirecektir. Katılımı sağlamak için, güçlü ve katılımcı bir liderliğe, vizyona, devamlı eğitime, taktir ve ödül sistemleriyle desteklenen takım çalışmalarına ihtiyaç vardır. İster TKY isterse ISO 9001 KGS' i ya da diğer kalite yönetim anlayışlarının uygulanması öncelikle o örgütte kültürel değişimi gerekli kılan yaklaşımlardır.

Üst yönetim bu aşamada mevcut durumun tespiti aşamasında elde ettiği verileri değişimin gerekliliğinin anlatılmasında etkin olarak kullanılmalıdır.

Üst yönetim mevcut örgütsel kültüre alternatif işgören odaklı kültürünün ana noktalarını bu toplantılar aracılığı örgüt ile işgörelere deklare etmelidir. Bu süreçte, bu değişimin işgören boyutunu ilgilendiren önemli bölümü olan ödüllendirme ve motivasyon konuları çok net anlatılmalıdır.

Bu toplantılarda ISO 9001 KGS' nin örgüte ve işgörelere hangi noktalarda artı getiriler sağlayabileceği ve işgörelere katkılarının niçin önemli olduğu konuları 4.Aşamada tespit edilen her bir meslek grubunun temsilcisi aracılığıyla aktarılmalıdır. Bu toplantılarda üst yönetimi temsilen Hastane Başhekim, Başmüdürü ve toplantıya davetli olan meslek grubunun üst yöneticisi katılmalıdır.

Bu aşamada toplantılar yanında örgüt bülteni, dergisi yada gazetesinin etkin kullanımı ek katkılar sağlayacaktır. Bu iletişim organlarının

kısa süreli toplantılar ile sağlanabilecek etkiden daha fazla bir güce sahip oldukları unutulmamalıdır.

Bu süreç öncesi işgörenlerin önerilerinin alınabileceği bir geri bildirim sisteminin oluşturması ve bu geri bildirim sonuçlarının işgörelere deklerasyonu sağlanmalıdır.

III. BÖLÜM:

TOPLAM KALİTE YÖNETİMİ (TKY)

ISO 9000 içindeki standartların bir veya birkaçı için belge alındığında, bunun o kuruluş içerisinde toplam kalite sisteminin varolduğu anlamına mı geldiği şeklinde bir soru akla gelebilir. Bunun cevabı genellikle

Ümit Şahin

“Hayır” dır. Çünkü, uzmanlar ISO 9000 serisinin belgelediği kaliteyi, olması gereken en alt ürün kalite düzeyinin (minimum) biraz daha gelişmiş şeklinde tanımlıyorlar. Öte yandan TKY’ nin önerdiği kalite anlayışı çok daha genel ve gelişmiş olup, firma içindeki tüm işlemleri (malın üretimiyle direkt ilişkisi olsun olmasın) ve yönetim prensiplerini kapsamakta ve her düzeyde sürekli geliştirme prensibini getirmektedir. Bu nedenle, ISO 9000 serisi belgesi almak için yapılacak çalışmalar, firmadaki mevcut kalite sisteminin detaylı olarak incelenmesini gerektirdiğinden, TKY tipi bir sisteme ulaşmamızda ne gibi sorunlarımız olduğunu büyük ölçüde ortaya çıkarması açısından çok yararlı olacaktır.

1960’ larda Deming ve Crosby ilkelerinin kalite dünyasına hakim olması, kalite kontrolden “kalite güvence sistemi” kavramına geçiş sağlamıştır. KGS modern ve sistemli bir anlayış olarak hem üretim hem de hizmet sektöründe kalite devrimi yaratmıştır. Kalite hareketini bugünkü TKY anlayışına getiren önemli soru bu dönemde sorulmuştur. Kalite problemlerinden ve hatalarından kim sorumlu? suçlu kim?

Toplam Kalite Yönetimi, işte burada kaliteye bir de “Yönetim” kavramını ekleyerek bu soruya cevap vermiştir. Deming’ e göre Yönetim, kalite problemlerinin % 85’ inden sorumludur. Bu yönü ile, Toplam Kalite Yönetimi; sürekli gelişme, müşteri odaklı olma, önlemeye yönelik denetim, takım (ekip) çalışması, ölçülebilir hedefler ve değerlendirmeler yerine, kaliteye önem ve öncelik verme, eğitim ve yetiştirme programlarını kurumsallaştırma, işde iç huzuru sağlamak ve korku ortamını ortadan kaldırmak için iletişimi teşvik etme, üst yönetimin katılımı ve önderliği gibi konular üzerinde yoğunlaşan bir örgüt kültürü oluşturarak bunu bir hayat felsefesi ve bir yaşam biçimi olarak gören çağdaş bir yaklaşımdır. Yönetim yaklaşımlarının neredeyse tümünden yararlanan TKY, ortaya koyduğu güçlü esnek yapı ve sistem ile kökeninde insan olan bir yaklaşımdır.

TKY' nin genel özellikleri aşağıda sunulmuştur.

- *TKY, müşteri odaklı bir yaklaşımdır.*
- *TKY, bir işletmede kalitenin sürekli iyileştirilmesini (geliştirilmesini) odak alan bir yaklaşımdır.*
- *TKY, işgören odaklı bir yaklaşımdır.*
- *TKY, Sürekli Eğitim odaklı bir yaklaşımdır.*
- *TKY, üst yönetimin liderliğini gerekli kılan bir yaklaşımdır.*

TKY' nin genel yaklaşımları yukarıda tanımlanmıştır. Daha önceki bölümde ülkemiz sağlık sistemi başlığı altında yer verilen tanımlamalar bağlamında ülkemiz kamu hastane işletmelerinde TKY' nin uygulanabilirliği ve bu uygulamanın getirileri neler olabilir sorusu aşağıda tanımlanmayacaktır. Bu bölümde ülkemiz kamu hastane işletmeciliğinde niçin TKY uygulanamaz sorusu bu işletmelerimizin mevcut temel sorunları ortaya konularak açıklanmaya çalışılacaktır.

TKY Müşteri Odaklı Bir Yaklaşımdır.

Genellikle her sektörde kalitenin tek belirleyicisi müşteridir. Fakat, sağlıkta hizmeti alan bir müşterinin bu hizmeti kaliteli olarak aldığını anlaması oldukça güçtür, anlayabilmesi için ancak sağlıkla ilgili bilgisinin olması; örneğin tıp eğitimini alması gerekir. Müşteri, iğne olduktan sonra komaya girmesi, tedavi sonrası durumunun tedavi öncesine göre belirgin bir şekilde bozulması gibi kötü bir olay yaşamadıkça hizmetin kalitesi hakkında bir fikir yürütemeyecektir. Ancak hizmet verilen yerin fiziksel koşullarının kaliteli olup olmadığına bakarak hizmetin kalitesi hakkında karar vermeye çalışacaktır. Muhakkak ki fiziksel koşulların iyi olması kalite için temel şarttır, fakat yeterli değildir. Sağlık hizmeti alırken ortaya çıkmayan bir problem zaman içinde meydana gelebilmekte ve insanın sağlığını bozabilmektedir. Bütün bunlardan dolayı müşterinin sağlıkta kaliteli hizmet alıp almadığını belirlemesi bir malın kalitesini belirlemesi kadar kolay değildir.

Ümit Şahin

Hastane müşterileri konumundaki hastaların kendilerine sunulan hizmet bütününe kalitesini değerlendirme yoksunlukları yanında hizmeti satın alacak hastaneyi de seçme özgürlükleri ciddi anlamda kısıtlıdır.

<i>S.S.K. Sağlık Güvencesindeki nüfus</i>	<i>26.606.000. Kişi</i>
<i>Emekli Sandığı Sağlık Güvencesindeki nüfus</i>	<i>10.899.000. Kişi</i>
<i>Bağ-kur Sağlık Güvencesindeki nüfus</i>	<i>4.977.000. Kişi</i>
<i>Toplam</i>	<i>42.482.000. Kişi</i>

Türkiye' de Nüfusun Sağlık Güvenlik Kuruluşlarına Dağılımı

Yukarıdaki tabloda ülkemiz hastane müşterilerinin finansmanını karşılayan kuruluşlara göre dağılımı sunulmuştur. Bu tabloda yeşil kart kapsamındaki tüketiciler ile çeşitli kamu kurum ve kuruluşlarında çalışan tüketiciler yer almamaktadır. Tüm bu tüketiciler tabloya dahil edildiğinde yaklaşık % 90 oranındaki sosyal güvenlik şemsiyesi altındaki tüketicilerden yalnızca emekli sandığı güvencesi altındaki hastalar hizmeti satın alacakları hastaneyi seçme özgürlüğüne sahiptirler. Diğer tüketiciler için ise böyle bir alternatifi ilgili sosyal güvenlik kurumunun inisiyatifi doğrultusunda gerçekleşmektedir. Dolayısıyla ülkemiz sağlık sisteminin bütünü açısından tüketiciler yönünden en önemli sorun talep özgürlüklerinin olmayışı ve bu paralelde de ülkemiz hastane işletmeciliği sektöründe tam rekabet koşullarının oluşmamasıdır. Dolayısıyla ülkemizde hastane müşterileri bir önceki hizmet alım sürecinde yaşadıkları tüm tatminsizliğe rağmen aynı hastaneden ve hatta aynı hekimden hizmet alma dayatması ile karşı karşıya kalmaktadırlar. Dolayısıyla kamusal ağırlıklı olarak oluşmuş ülkemiz hastane işletmeciliği sektöründe TKY uygulanabilirliği sorusuna verilecek ilk yanıt, **Müşteri tatmininin en önemli boyutu olan hizmeti satın alacakların hastaneyi seçme özgürlükleri olmaması nedeni ile hayır olacaktır.**

Ayrıca ülkemizde kamusal otorite tarafından örgütlenen ve yasal boyutu yine bu otoritece tasarlanan yasal yapı (tüm bireyleri koruma yerine

otoritenin gücünü koruma eğilimi taşıyan) sonucu ülkemizde hastane müşterilerinin uğradıkları haksızlığı yada kalitesizliğe karşı kendilerini koruma hakları yetersizdir. Sözelimi, ülkemiz yatak kapasitesi ve hastane sayısı olarak sektörün en büyük işletmelerine ve sağlık işletmeciliği sektörünün denetimi işlevini üstlenen Sağlık Bakanlığı tarafından 1998 yılında yayınlanan hasta hakları yönetmeliği bu çalışmamızda çağdaş olmayan içeriğin nedeni ile ele alınma gereği bile düşünülmemiştir.

TKY Tüm İşgörenlerin Katılımını Gerekli Kılan Bir Yaklaşımdır.

Hastanelerde hasta bakım kalitesini, fiziksel aletler ve ekipmanla birlikte hastanenin her düzeyindeki personel belirlemektedir. Personel için yapılan harcamalar, tüm hastane giderlerinin üçte ikisini oluşturmaktadır.

Hasta bakım hizmeti sunmak amacıyla kurulmuş olan hastaneler, amaçlarını gerçekleştirebilmek için personel, alet ve ekipman gibi mevcut kaynaklarını verimli bir şekilde kullanmak durumundadırlar. Personel, emek yoğun bir şekilde hizmetlerini yürüten bir hastanenin amaçlarını gerçekleştirmesinde önemli bir araçtır. Hastanenin etkililik ve verimlilik düzeyi, personelin ilgi, gayret, çalışkanlık ve yeterlilik gibi nitelikleriyle doğrudan doğruya ilişkilidir.

TKY bir hastanede tüm işgörenlerin katılımı ve inisiyatif kullanımını gerekli kılan bir süreç olması yanında, ekip çalışmasını da gerekli kılan bir süreçtir. Bu bağlamda, hastaneler günümüzün en karmaşık işgören karmasına sahip işletmelerdir. ABD' de 1970 yılında 225 farklı meslek grubunun sağlık sektöründe çalıştığı tespit edilmiştir.

Hastane hizmetleri, birbirinden çok farklı eğitim, yetenek, değerler, gereksinim ve sosyal statülere sahip çok sayıda meslek elemanını barındıran gruplarca üretilir ve üretim süreçleri aşırı işlevsel olarak birbirine bağlıdır.

Ümit Şahin

Örgütün farklı bölümlerinde ve farklı hiyerarşik düzeylerinde çalışan ve etkileşiminde bulunan personel, kendi ödülleriyle katkıları arasındaki oranı diğerlerinin ödülleriyle katkıları arasındaki oranla karşılaştırırlar. Katkıları personelin eğitim, zeka, yetenek, yaş, toplumsal statü, işte gösterdiği çaba gibi bir takım nitelikleri içerir. Personel katkı olarak algıladığı niteliklerine eşit oranda ödül bekler. Ülkemiz tüm kamu örgütlerinin temel sorunu olan bir örgütteki ücret dengesizliği ve varılmayan ödüllendirme ve işgören değerlendirme sistemleri aynı ölçüde hastanelerimiz açısından da geçerlidir. Bu bağlamda, üst yönetimin işgören motivasyonu ve katılımını sağlayıcı objektif kriterleri içeren şeffaf ödüllendirme ve motivasyon araçlarını kullanmaları gerekmektedir.

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

İşgörenlerin katılımı olmaksızın yürütülen her proje sonuçta başarısızlığa mahkumdur, denilebilir. Katılım, işgörenlerin direkt sorunları sahiplenmesini, hedeflerini belirlemesini sağlayacak, bu da sonuçta örgütsel başarıyı getirecektir. Katılımcı yönetimin en önemli ögesi, disiplinler arası çalışma yani takım çalışmasıdır. Ancak, yukarıda değinildiği üzere hastaneler çok farklı eğitim, kültür ve değerlere sahip işgören gruplarının var olduğu ve

kendi mesleki değerlerini ön plana çıkardığı örgütlerdir. Bu bağlamda, üst yönetim her ne kadar TKY felsefesi gereği tüm işgörenlerin çabalarının hizmet üretim kalitesine etkisinin eşit düzeyde olacağı yargısını sunmaya çalışsa bile özellikle kendi statüsünü üst düzeyde algılayan işgören gruplarının bu yargıyı takım çalışmasında uygulamaları oldukça güçtür. Bu yargının tüm işgörenderce benimsenmesi ancak TKY felsefesinin tüm işgörenderce çok iyi özümsemesine bağlıdır. JURAN tarafından yapılan bir araştırmada, katılımın sağlandığı bir grubun etkinliğinin arttığı diğer üç grupta ise etkinliğin azaldığı, düşmanlığın arttığı, iş değiştirme oranının yükseldiği ve şikayetlerin çoğaldığı sonucuna varılmıştır.

Burada karşılaşılabilecek en önemli sorun hastanelerin temel işlevi olan hastaların tedavisine yönelik hizmetlerin üretiminin temel yönlendiricisi konumundaki hekim grubunun katılımının sağlanmasıdır. Daha önce yer verildiği üzere hekimlerin kaliteye bakışı ile yönetimin kaliteye bakışı arasındaki farklılıklar bir yana bu meslek grubunun kendi statülerini en üst statü olarak algılamalarıdır. Geleneksel yapıları gereği doktorlar, otonom çalışmaya alışmış ve hastalarına karşı kendilerini direkt sorumlu hissedenden bir meslek grubudurlar. TKY' nin uygulamasında karşılaşılabilecek en önemli sorun doktor grubunun bu projeye katılımının sağlanmasında yaşanacaktır. Çünkü sunulan hizmetin (hasta bakım hizmetinin) tüm süreçlerinde proje yöneticisi konumundaki hekimlerin katılımı TKY' nin başarısının anahtarıdır. Ve yine gelişmiş sağlık sistemlerinde hekimlik hizmetlerinin fonksiyonel yöneticisi konumunda hastane başhekimliği ülkemiz hastanelerin en üst yönetim organı olarak tanımlanmaktadır.

Özetle işgören boyutu yönünden TKY' i,

- İşgörenderi kontrol etme yerine yönlendirme ve yardımcı olmak.
- Cezalandırma yerine ödüllendirmeyi,
- İşleri doğru yapmak yerine doğru işleri yapmaya işgörenderin odaklanmasını,

Ümit Şahin

- Bireysel performans yerine ekip çalışmasını, ön plana çıkaran,
- Kuşku ve şikayet yerine güven ve inanca dayalı bir örgüt kültürünün oluşmasını sağlayıcı bir yaklaşım olarak kamu hastanelerine yararlar sağlayacaktır.

Ancak ülkemiz kamu hastanelerinin örgüt yapıları gereği yukarıda yer vermeye çalıştığımız işgören boyutuna yönelik tesbitleri yaşama geçirip geçiremeyecekleri soru işaretidir. Bu soru işaretinin temel öngörülerini aşağıda sunulmuştur.

- Ülkemiz sağlık hizmetlerinin % 94' ü kâr amacı gütmeyen kamu hastaneleri tarafından üretilmektedir. Hizmetlerin yürütülmesinden sorumlu üst yöneticiler mesleki uygulamalarının yanında ek bir görev olarak idari faaliyetleri de yürüten başhekimlerdir. İdari hiyerarşi tepeden tabana dikey bir otorite kullanımı yapısındadır. Oysa TKY geleneksel dikey örgütlenmelerden olabilecek en yatay sisteme geçilmesini gerekli kılmaktadır. Bu hastanelerimizin genel örgütsel özellikleri aşağıda sunulmuştur.

Sektörü ağırlıklı olarak oluşturan SB ve SSK hastanelerinin çeşitli platformlarda sık sık dile getirilen modern hastane işletmeciliği bağlamında yeniden örgütlenmeyi gerektiren önemli sorunları mevcuttur. Türk Tabipler Birliği tarafından düzenlenen Nusret FİŞEK Halk Sağlığı Değerlendirme Günleri çerçevesinde oluşturulan, Kamu Sağlık Kuruluşlarının İşletme Sorunları Çalışma Grubu raporunda, karşılaşılan sorunlar olarak; Sevk zinciri, yönetim, örgütlenme, personel, hizmet sunum, bilgi sistemi, performans değerlendirme, finansal ve donanım sorunlarını ana başlıklar halinde belirlemişlerdir.

Ancak burada sözü edilen sorunların kaynak noktalarından birinin 1968' de Nusret FİŞEK tarafından ortaya konulan "Şurası bir gerçektir ki,

hekimler yönetimin bir bilim olduğunu kabul etmezler ve sağlık idaresinde görev alanlar da yönetim bilimini öğrenmez, yönetim uzmanlarının tavsiyelerini dinlemezler, yönetim kurallarını uygulamazlarsa hizmetlerini geliştiremezler” tesbitinin olduğu söylenebilir.

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

Ülkemiz hastanelerinin % 51’ ini oluşturan SB hastanelerinin örgüt şemaları incelendiğinde bu hastanelerde en üst yönetici konumunda tıp profesyoneli olan hastane başhekimlerinin olduğu görülecektir. Başhekimlik ve yardımcılıklarının altında yer alan hastane müdürlükleri ise ABD’ da 1920-50 arasındaki idare müdürü daha doğru bir deyimle başhekimlik sekreteryası işlevlerini yürüten bir organ konumundadır, denilebilir.

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

Sektörün yatak kapasitesi olarak yaklaşık % 14’ ünü oluşturan üniversite hastaneleri, hastanelerin matriks yapılarına bir de üniversitelerin akademik yapılarının eklenmesi ile daha karmaşık bir yapıya sahiptirler. Ancak, üniversite hastanelerinin tümünde SB ve SSK hastanelerinde olduğu gibi hastanenin en üst yönetim organı hastane başhekimliği olarak

Ümit Şahin

tanımlanmıştır. Hastane müdürlükleri ise SB ve SSK hastanelerindeki hastane müdürlüklerinin yerine getirdikleri idari müdürlüğüne benzer bir pozisyonudur.

Hastanenin en üst karar organları görünümündeki, Üniversite Rektörüne çağdaş hastane işletmeciliği ilkeleri doğrultusunda çeşitli alternatifler sunma ve karar alma konumundaki Hastane Genel Kurul ve Hastane Yönetim Kurulu üyeleri ve bu organlara karara yönelik alternatifler üretme ve seçilen alternatiflerin uygulama ve denetleme işlevi verilen hastane başhekimlerinin tıpta uzmanlaşmış öğretim üyesi olmaları daha önce de değindiğimiz AUSTIN' in sağlık yöneticiliğini benzersiz kılan özellikler yönünden bu örgütsel yapı içinde çağdaş ve verimli hastane işletmeciliği örneğinin oluşamayacağı ileri sürülebilir.

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

Hastanenin tüm çalışmalarında Rektöre karşı sorumlu olan hastane başhekimini aynı zamanda bir öğretim görevlisi olması nedeniyle sicil amiri konumundaki tıp fakültesi dekanına karşı da sorumluluk taşımakta; bu da emir – kumanda birliği ilkesine ters düşmektedir. Aynı şekilde mevcut işleyişte, hastanenin ita amiri tıp fakültesi dekanıdır. Bu nedenle hastane başhekiminin gelir ve giderler konusunda yetki ve sorumluluğu

bulunmamakta ancak, üniversite hastanelerimizin yönetmeliklerinde yer alan, hastanenin amaçları doğrultusunda günlük işleyişte hastane başhekiminin direkt rektöre karşı sorumlu olacağı maddesiyle de çelişki oluşmaktadır.

Hastanenin servis ve laboratuvarlarında görev yapanlar tıpta uzmanlaşmış öğretim görevlileridir. Bunlar tıp fakültesinin bölüm başkanlıklarının bünyelerinde yer alan değişik anabilim dallarının kadrolarında bulunmaktadır. Anabilim dallarının yöneticisi olan anabilim dalı başkanları, o anabilim dalında görevli en yüksek akademik ünvanı taşıyan öğretim üyeleri arasından atanmakta, servis yada laboratuvarların yöneticileri konumunda olmalarına rağmen yalnızca sicil amirleri olan tıp fakültesi dekanına karşı sorumluluk taşımaktadırlar. Bu nedenle, hastanenin hizmet sunumu ile ilgili her türlü başarısından sorumlu olmakla yükümlü bulunan hastane başhekiminin servis ve laboratuvarlarının işleyişleri (sözgelimi sunulan hizmetin başarımlı boyutları) ile ilgili olarak yetki ve sorumlulukları belirsizleşmektedir. Aynı paralelde, hastaneden sorumlu en üst organ olan hastane başhekimini, bağlı olduğu anabilim dalı başkanına karşı da hizmet sunum sorumluluğu taşımaktadır.

Yukarıda ülkemiz kamu hastanelerinin genel örgütsel yapıları aktarılmıştır. Bu örgütsel yapıya ilave olarak özellikle Sağlık Bakanlığı ve S.S.K. Hastanelerinin hizmet planlama, uygulama, karar verme ve kaynak tahsis etme gibi her alanındaki yetkileri yalnızca merkezi yönetim olarak Sağlık Bakanlığı ve S.S.K. Genel Müdürlüğü tarafından belirlenmektedir. Bu durum ise;

- Tüm sağlık hizmetlerinin nerede, nasıl ve ne ölçüde yapılacağı Ankara' da Sağlık Bakanlığı tarafından kararlaştırılıp planlanmaktadır. Sağlık Bakanlığı' nın planladığı ve kabul ettiği her konuda ne derece basit

Ümit Şahin

olursa olsun, her türlü değişiklik yine Sağlık Bakanlığı' nın onayına tabidir.

- Sağlık hizmetlerine ait tüm yatırım kararları, en ince ayrıntısına kadar Sağlık Bakanlığı tarafından alınmaktadır. Hizmetlerin tüm ayrıntıları ve bunların üzerindeki her türlü değişiklikler merkezde saptanmaktadır.
- Hizmetlerle ilgili personel kadroları Sağlık Bakanlığı tarafından tayin edilmekte, en uç birimlere kadar personelin dağılımı bakanlıkça yapılmaktadır. Personelin atanması, yer değiştirmesi, terfi, disiplin, izin ve benzeri her türlü özlük işleri, çok büyük ölçüde Sağlık Bakanlığı' nın yetkisi içindedir. Her birimdeki her türlü personel hareketi bakanlık tarafından izlenmektedir. Örneğin, bir memurun aldığı izin görevden izine ayrılışı, izinden dönüp göreve başlaması ayrı ayrı merkezle yazışma konusudur. Personelin özlük işlerine ait her konu aynı şekilde merkezle taşradaki birimler arasında uzun yazışmalara neden olmaktadır. Bu nedenle de Sağlık Bakanlığı' nda en şişkin kadrolar personel şubelerindedir. Bunların işi, bir daha hiç kullanıp bakma gereği duymayacakları yüzbinlerce, milyonlarca kağıdı her yıl kayıt defterine geçirmek ve dosyasına koymaktır.
- Kamuda liyakattan ziyade personelin işe alınması, atanmaları, terfisi ve ödüllendirilmesi ve onure edilmeleri siyasal tutumlarla sadece kıdem esasına dayanmaktadır.
- KAVUNCUBAŞI tarafından yapılan bir çalışmada; (113' ü başhekim ve yardımcısı, 159 tanesi de hastane müdür ve müdür yardımcısı konumundaki 282 yöneticiye uygulanan anket çalışması) Ülkemizde hastane üst yönetimini oluşturan yöneticilerin Rensis Likert tarafından sistem II veya babacan otoriter yönetim davranışı altında toplanan davranışları sergiledikleri gözlenmiştir. Bu tür davranışı benimseyen yönetici; astlarına fazlaca güven duymamakta, aşağıdan yukarıya iletişime fazlaca olanak tanımakta, ödüllendirme yanında cezalandırmayı da kullanarak astlarını isteklendirmekte, astlarının kararlara katılımını

sınırlamakta, astların fikirlerini dinlemekte ancak kararları tek başına almaktadır. Aynı araştırmada ortaya çıkan diğer bir önemli sonuç ise yöneticilerin kurallara son derece önem verdikleri; değişiklikleri uygulamaya da çok istekli davranmamalarıdır.

Oysa TKY' nin kalitenin sürekli iyileştirme, sorunların tesbiti ve analizi, çözümü, takım çalışması gibi tüm işletme işlevlerine yayılımı ancak tüm işgörenlerin sürece katılımı ile sağlanabilecek bir yaklaşımdır. Katılımcılık, etkili yönetim uygulamaları ile desteklenerek güçlendirilmeli ve çalışanların işlerine ve kuruluşa karşı geliştirmeleri gereken tavır, tutum ve davranışsal dönüşüm sağlanmalıdır.

Katılımcılık yeterince ve yaygın bir şekilde sağlanamadığı sürece kuruluş içinde ve dışında müşteri odaklılık, sürekli iyileştirme anlayışının tüm süreçlere yerleştirilmesi ve toplumsal sorumluluğun paylaşılmasının sağlanamayacağı açıktır. Bu nedenle, TKY sürecine adım atmayı planlayan kuruluşlarda öncelikle katılımcılığın analiz edilerek mevcut durum itibariyle hangi düzeyde olduğunu tespit edilmesi gerekir.

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

Bu örgütsel yapı ise ancak yönetim biliminin işaret gösterdiği profesyonel yöneticilerin liderlik yönetim anlayışını gerekli kılmaktadır. Dolayısıyla TKY herşeyden önce Ülkemiz kamu hastanelerinin örgütsel yapı ve yönetim anlayışlarının reorganizasyonunu gerekli kılmaktadır.

Özetle aşağıda DEMİNG felsefesinin 14 maddesi yorumsuz olarak sunulmuştur. Bu 14 maddenin ülkemiz kamu hastanelerinin şu anki mevcut örgüt yapı ve yönetim anlayışı ile uygulanabilirliği sorusuna verilecek

Ümit Şahin

yanıtlar, ülkemiz kamu hastanelerinde TKY' nin uygulanabilirliği sorusuna verilecek temel ve doğru yanıt olacaktır.

- *Hedef sürekliliğini sağlayın.*
- *Yeni bir felsefe benimseyin.*
- *Kaliteye ulaşmak için denetimi temel almaktan vazgeçin.*
- *Sadece fiyatı temel alarak iş verme uygulamasını kaldırın.*
- *Sürekli olarak ve sonsuza kadar iyileştirin.*
- *İş eğitimi kurumsallaştırın.*
- *Liderliği kurumsallaştırın.*
- *Korkuyu söküp atın.*
- *Bölümler arası engelleri yıkın.*
- *Sloganları ve nasihatları ortadan kaldırın.*
- *Çalışma standartlarını ve hedeflerle yönetimi ortadan kaldırın.*
- *İnsanları yaptıkları işten gurur duymalarını önleyen öğeleri kaldırın.*
- *Canlı bir eğitim programı yürütün.*
- *Dönüşümü gerçekleştirmek için kuruluştaki herkesi seferber edin.*

Ancak yukarıdaki açıklamalar bağlamında TKY öncelikle bir işletmenin yönetim anlayışını sorgulayan bir yaklaşımdır. Bu nedenle

TKY' nin gerçekleştirilebilmesi için öncelikle yöneticilerin TKY anlayışına sahip ve gelişmelere açık olması gerekir. Kalitenin önemini kavramamış, yeniliklere adapte olamayan, değişikliklerden korkan ve hep olduğu yerde sayan yöneticilerin olduğu bir firmada, ne TKY ne de kalite iyileştirmesi söz konusu olabilir.

TKY, geleneksel dikey (hiyerarşik) örgütsel yapıdan daha yatay bir örgütsel yapıya geçmek gibi belli örgütsel yapı değişikliklerini gerektirir. Özetle gerekli güç ve yetkilerin işgörenlere devri işgören katılımının sağlanabilmesi için şarttır. Ancak, yetkiyi elinde tutmayı temel yönetim anlayışı haline getiren otokratik bir yönetim biçimini benimseyen yöneticilerin var olduğu bir örgütsel yapıda TKY' nin başarıya ulaşabilmesi güzel bir hayal olarak kalacaktır.

IV. BÖLÜM:

SAĞLIK BAKIM HİZMETLERİ SİSTEMİMİZİN SORUNLARI VE ÖNERİLER

Sağlık tanımı içinde yer alan hizmetleri günün 24 saati üreten karmaşık birer sosyo-ekonomik işletme olarak tanımlanabilen hastanelerin maliyetleri,

- Nüfus artışının yanısıra, her 10 yılda ortalama yaşam süresinin 3 yıl uzaması ve sağlık bilinci düzeyinin yükselmesine paralel olarak hizmetlerden yararlanma sıklığının artması sonucu tıbbi uygulama ihtiyaçlarının artması,

Ümit Şahin

- Her 4 yılda, tıp teknolojilerindeki birikimin iki kat artması ve yüksek teknoloji ürünü pahalı uygulamaların günlük işlemlerde hızla yaygınlaşması,
- Epidemiyolojik spektrumdaki değişiklikler sonucu, akut hastalıkların öneminin azalması ve tedavisi daha pahalı olan kronik hastalıkların önem kazanması, gibi gelişmeler nedeniyle günümüzde sürekli olarak artmakta ve tüm sağlık sistemlerinde bu maliyet artışını karşılamaya yönelik ek finansman kaynaklarının yaratılması sorun doğurmaktadır. Sağlık harcamalarında meydana gelen bu devamlı artış ve sigortalıların pahalı duruma gelmesi tüm sağlık sistemlerinde sağlık sigortası teminini güçleştirmekte, tüm bu faktörlerin yanısıra genel ekonomik durumun bozukluğu ve ulusal bütçe açıkları, politikacıları, sağlık hizmetleri üretici ve tüketicilerini, sağlık sistemlerini geliştirmek ve iyileştirmek için arayışa itmektedir. Özellikle her aşamadaki sağlık hizmetlerinin giderek tüm ulusların bütçelerinde oldukça önemli kaynaklar tüketir duruma gelmeleri, ulusal sağlık sistemlerinde hastaneleri sağlık sistemlerinin odak noktası olan yeni yaklaşımlara zorlamakta ve bu yaklaşımların maliyetlerin azaltılmasında odaklanması kaçınılmaz olarak geniş tartışmalara neden olmaktadır. MAYNARD' a göre; İngiltere ve ABD'de olduğu gibi tüm sağlık sistemleri, finansal sinyallerle yönetilmekte yani yöneticiler maliyet-sonuç sinyalleri yerine çoğunlukla günü geçmiş ve doğru olmayan finansal kontrol sistemlerine göre davranmakta ve bunun sonucu finansal kontrol sistemleri karar sürecine egemen olarak sonuçlarla ilgili verilerin bulunmaması nedeniyle de hasta bakım kalitesi zarar görmektedir. Dolayısıyla tüm ulusal sağlık hizmetleri sistemleri geneli ve hastane işletmeciliği alt sisteminde temel soru kaliteden ödün vermeksizin en düşük maliyet ile üretilebilecek hizmetleri sağlayan örgüt ve yönetim yapısı ne olmalıdır? sorusu haline gelmektedir.

Sağlık Bakım Hizmetleri ya da Entegre Sağlık Hizmetleri Kavramı

Dünya Sağlık Örgütü (WHÖ) sağlığı "Yalnız hastalık ve sakatlığın olmayışı değil; bedence, ruha ve sosyal yönden tam iyilik hali" olarak tanımlamaktadır. Bu tanım kapsamındaki hizmetler ise birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri olarak gruplandırılarak, ilişkilendirilmektedir. Bu paralelde sağlık bakım hizmetleri sistemi veya entegre sağlık hizmetleri denildiğinde; ayakta ve yataklı tedavi kuruluşları ile evde bakım kuruluşlarının ürettiği hizmetler ve bu hizmetlerin karşılıklı geri bildirimini topladığı bir sağlık bakım hizmetleri sistemi anlaşılmaktadır. Bu paralelde entegre sağlık hizmetleri yada sağlık bakım hizmetleri sistemleri; birinci basamak hizmetlerini üreten, aile hekimleri ya da sağlık ocakları; ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerini üreten yataklı tedavi işletmeleri (hastaneler) ve evde bakım hizmeti üreten işletmelerden oluşan bir sistemin koordinasyonunu içermektedir.

Pek çok ülke de yapılan çalışmalar, hastaların % 90-95' inin sorunlarının, koruyucu hizmetlerle evde ve ayakta tedavi hizmetlerini içeren 1. basamak sağlık hizmetleri ile çözümlenebileceğini göstermektedir. Ancak, günümüzde hastaların % 90' ının sorunları gereğince ele alınmamakta ya da gereksiz ve çok masraflı bir biçimde ele alınmaktadır. Dolayısıyla sağlık bakım hizmetleri sistemlerinin etkin işleyebilmesi öncelikle birinci basamak sağlık hizmetlerinin örgütlenme biçim ve performans göstergelerinin yüksekliğine bağlıdır. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin etkin işlememesi kaçınılmaz olarak ikinci ve üçüncü basamak sağlık bakım hizmetlerinin etkinliğine de olumsuz yansıyor önemli maliyet artışı ve kalite sorunlarını da gündeme getirebilmektedir. Bu paralelde etkin işleyen sağlık bakım hizmetleri sistemlerinde, birinci basamak sağlık hizmetleri ile bir taraftan hastanelere gereksiz başvurular azaltılıp, yığılmalar önlenirken diğer taraftan maliyet açısından da önemli avantajlar sağlanmaktadır. Örneğin Norveç ve İsveç' te, birinci basamağın daha fazla kullanılmasıyla hastane

Ümit Şahin

kullanımının azaldığı ve sağlık harcamalarında da azalmaya yol açtığı gözlenmiştir. Yine Küba' da aile hekimi ve hemşireden oluşan ekip ile birinci basamak hizmetlerinin verilmesiyle 1985-1990 yılları arası hastanelere başvuru oranı % 18 azaltılmıştır.

İngiltere, ABD, Hollanda, Danimarka, İsveç ve Küba gibi bir çok ülkede birinci basamak sağlık hizmetleri aile hekimliği esasına göre örgütlenmiştir. Sözelimi, ABD'de hekimlerin % 70'inin birincil, % 20'sinin ikincil ve % 10'unun üçüncül sağlık hekimleri olarak yetiştirilmesi istenmektedir. Bu oran şu an % 40' dır. Aile Hekimliğine dayalı birincil basamak sağlık hizmetlerinin sunumu: aşağıda belirtilen iki nedenle ekonomik bir yaklaşım olarak karşımıza çıkmaktadır.

1- Bir spesifik uzmanın pahalı ekipmanının gerekip gerekmediğine karar verebilecek olan aile hekiminin olması nedeniyle sağlık hizmetleri tüketicilerinin edilgenliğini ortadan önemli ölçüde kaldırmakta ve hastanelere bir yandan gereksiz sevkler engellenirken, aynı paralelde sağlık hizmetleri üretimi ve bu üretim sürecinde kullanılan gereksiz girdilerin (tıbbi teknoloji, eczane girdileri, tıbbi malzeme vb.) kullanımlarının engellenmesi nedeniyle de sağlık bakım hizmetleri maliyetleri azaltılabilmektedir.

2- Aile hekimlerinin muayenehanelerinden birinci basamak sağlık hizmetlerini üretebilmeleri şehir merkezlerinde masraflı sağlık merkezlerinin kuruluşlarını önlemektedir.

Ülkemizde ise birinci basamak sağlık hizmetleri sabit donanımlı sağlık ocakları modeli yoluyla sunulmaya çalışılmaktadır. Ancak ülkemiz sağlık ocakları ağırlıklı olarak poliklinik hizmetlerinin verildiği, reçete yenilemelerinin yapıldığı ve sorgulamadan, muayene edilmeden ileri basamaklara "**istek üzerine**" sevklerin yapıldığı kurumlar durumuna gelmişlerdir. Ülkemizde yapılan iki araştırmanın birinde % 16, diğesinde ise

Hastane İşletmeciliği

% 20 oranında ülkemiz sağlık ocaklarının poliklinik kayıtlarını 3. basamak hastanelere sevkler oluşturmaktadır. Aynı paralelde ülkemizde birinci basamağın alanı koruyucu hekimlik olarak belirlenmiş olup, bugün için dahi gereğinden fazla bina ve personele sahiptir. Buralarda tanı için gerekli yeterli cihaz, araç-gereç bulunmamaktadır. Uzmanlık dalları ile bütünleşmemişlerdir ve dağınık konumdadırlar. Çalışan kişiler bir genel pratisyen gibi yetiştirilmemiş olduklarından basit sorunlar dışında bütün hastaları sevk etmek durumunda kalmaktadırlar. Buralarda aşılama hizmeti dışında olumlu bir hizmet verilememektedir. Örneğin, Antalya il merkezinde yapılan bir çalışmada, ev kadınlarından sadece % 4'ü bir sağlık sorununda önce sağlık ocağına başvuracağını bildirmiştir. Hastanelere başvuran hastaların önemli bir kısmının ise bağlı olduğu sağlık ocağını dahi bilmediği anlaşılmıştır.

Dolayısıyla 1.basamak sağlık hizmetlerinde yaşanan kalite ve verimlilik sorunları ihale olarak 2.ve3.basamak sağlık hizmeti üretme işlevi yüklenen hastanelere yansımaktadır. Sözgelimi 3.basamak sağlık hizmeti üreten bir işletme olan İbni Sina Hastanesinde yapılan bir araştırmaya göre; 10 yıl içinde başvuran hastaların % 89' unun 1.ve 2.basamakta tedavi edilebilecekleri sonucuna varılmıştır. Aynı bağlamda, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniğine başvuran hastaların % 59.9 oranında daha alt basamakta iyileştirilebileceği sonucuna varılmıştır.

Birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunumunda karşılaşılan sorunlar ülkemiz sağlık sisteminde sevk zincirinin işlememesine neden olmakta ve temel işlevleri kliniklerde, hasta bakım hizmetleri sunumu olması gereken hastanelerimizin ayaktan tedavi hizmetlerini de yoğun olarak üretme işlevi ile karşı karşıya bırakmaktadır.

ÜNİVERSİTE ADI	Kadro Yatağı	Fiili Yatağı	Poliklinik Sayısı	Yatan Hasta Sayısı	Yatak İşgal Oranı %
<i>Osmanğazi Üniversitesi</i>	900	680	73.253	14.648	56.16

<i>Çukurova Üniversitesi</i>	1.000	775	277.827	22.981	67.3
<i>Ankara Üniversitesi Cebeci Hastanesi</i>	1.126	963	130.503	13.778	57.3
<i>Ankara Üniversitesi İbni Sina Hastanesi</i>	1.215	1.215	180.480	27.572	87.6
<i>Hacettepe Üniversitesi</i>	1.150	910	390.562	22.812	71.3
<i>Gazi Üniversitesi</i>	587	640	236.074	18.085	85.1
<i>Başkent Üniversitesi</i>	208	200	91.040	6.362	44.8
<i>Akdeniz Üniversitesi</i>	219	252	165.125	10.189	88.5
<i>Uludağ Üniversitesi</i>	611	540	290.796	20.914	65.6
<i>Pamukkale Üniversitesi</i>	41	41	23.836	1.371	53.5
<i>Dicle Üniversitesi</i>	1.050	850	173.091	17.648	54.7
<i>Trakya Üniversitesi</i>	210	406	165.585	8.339	63.1
<i>Fırat Üniversitesi</i>	170	209	113.357	8.996	78.2
<i>Atatürk Üniversitesi</i>	640	600	206.290	17.344	82.3
<i>Gaziantep Üniversitesi</i>	150	104	52.391	2.914	61.5
<i>Süleyman Demirel Uni.</i>	125	125	62.836	1.595	29.3
<i>Ege Üniversitesi</i>	1.827	1.757	496.889	48.538	71.0
<i>Dokuz Eylül Üniversitesi</i>	325	525	316.237	19.794	83.7
<i>Erciyes Üniversitesi</i>	721	828	136.802	18.123	65.1
<i>Selçuk Üniversitesi</i>	400	550	199.692	16.536	80.5
<i>İnönü Üniversitesi</i>	80	130	75.169	5.188	75.6
<i>19 Mayıs Üniversitesi</i>	430	635	100.736	15.108	66.3
<i>Cumhuriyet Üniversitesi</i>	720	528	51.294	10.936	54
<i>Karadeniz Üniversitesi</i>	600	425	126.090	11.586	76.9

Tablo : Ülkemiz Üniversite Hastaneleri 1996 Yılı Yatan Hasta İstatistikleri

Kaynak: S.B. Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yıllığı - 1995, Ankara: Yayın No: 580, 1996, s. 107-108

Yukarıda ülkemiz üniversite hastanelerinin kadro ve fiili yatak kapasiteleri ile yatak işgal oranları sunulmuştur. İdeal olarak 500 yataklı bir hastanede yatak işgal oranının % 84, 800 yataklı bir hastanede ise % 87 olması beklenir. Ancak 1.ve 2. basamak sağlık hizmeti üreten bir işletme konumuna gelen üniversite hastanelerimiz bu realiteye rağmen bile bu oranlara ulaşmamaktadırlar. Bu tespite, öngörüde bulunamadığımız sağlık hizmetlerinin gereksiz kullanımları da eklendiğinde, her platformda dile getirilen ulusal bütçeden ayrılan sınırlı ödeneklerin bile ne ölçüde verimli kullanıldığı sorusu da yanıtız kalmaktadır. Ayrıca, ülkemizde hastaların hastaneden taburcu edildikten sonraki tedavi ve kontrolleri, rehabilitasyonu ile biyolojik tedavi olanağı olmayan hastalıklarda hastanın gereksinim duyduğu hizmetlerde geniş ölçüde sunulmamaktadır.

Günümüzde sağlık hizmetlerinin üretim maliyetlerinin sürekli artması, tüm ulusal sağlık sistemlerini kaliteden ödün vermeksizin maliyetlerin nasıl düşürülebileceği sorusunun yanıtında odaklaştırmaktadır. Bu paralelde diğer sağlık sistemlerinde 1960'lı yıllarla birlikte tartışılan ve sağlık hizmetlerinin üretiminin bir boyutu evde bakım hizmetleri kavramı, ülkemizin sağlık hizmetleri sisteminin tartışma gündemine yeni girmektedir.

Kronik hastalıkların izlem ve tedavisi, terminal dönem sorunları, fizik tedavi, konuşma tedavileri, solunum tedavileri, bazı ilaç uygulamaları, total paranteral beslenme ve daha bir çok gerçek yada potansiyel sağlık sorunlarına yönelik hizmet gereksinimlerinin karşılanmasını amaçlayan bir yaklaşımdır.

Günümüz koşullarında hastaların % 90' ının sorunları gereğince ele alınmamakta ya da gereksiz ve çok masraflı bir biçimde ele alınmaktadır. İşte "birincil sağlık hekimi" kavramı, bu gereksinimden doğmakta ve bu hekim grubunun bu işlevi istendik performansta sunabilmesi içinde özel bir eğitim ve deneyim sürecinden geçmesi ve hastalıkların ayaktan tedavisi için gerekli alanda uzmanlaşmalarını gerektirmektedir. Ancak ülkemizde 1. basamak sağlık hizmetleri sağlık ocaklarında istihdam edilen tıp fakültesi mezunu ve bu alanda uzmanlaşmamış pratisyen hekimler yoluyla üretilmektedir. Oysa 1. basamakta görev alacak hekimler, hastanın 1. basamakta tedavisinin olası olup olmadığı, hastane tedavisine gereksinim duyup duymadığını belirleyecek düzeyde üst seviyeli ve geniş bir bilgi birikimine sahip olmalıdırlar. Bu amaçla birçok ulusal sağlık sistemlerinde 1. basamak sağlık hizmetlerini sunacak hekimler değişik süre ile tıp fakültesi sonrası eğitime tabi tutulmakta ve hatta İsveç gibi kimi ülkelerde de bu statü klinik uzmanlık dalları ile eşdeğer statüde eğitim olarak kabul edilmektedir. Yukarıda tanımlanan nedenler aynı zamanda ülkemiz 1. basamak sağlık bakım hizmeti sisteminin etkin işlememesinin temel nedeni

Ümit Şahin

olarak vurgulanabilir. Bu vurgulama ise kaçınılmaz olarak genel pratisyenlik kavramının ülkemizde yeni bir kavram olan (en azından dar bir pratik uygulama alanı olarak) aile hekimliği bazlı olarak tartışılması gereklidir, denilebilir. Bu tartışmada daha önceki bölümde yer verdiğimiz aile hekimliğini ekonomik kılan iki nedenin analiz edilmesi ulusal kaynaklarımızın etkin kullanımı açısından önerilen bir yaklaşım olabilir.

Ancak burada unutulmaması gereken en önemli faktör bir organizasyonun genel yapılanması ne denli bilimsel temellere dayanırsa dayansın sonuçta o sistemin etkin işleyişinin objektif olarak belirlenmiş performans göstergeleri ile etkin denetimini gerekli kıldığı yaklaşımıdır. Bu paralelde mevcut ve önerilen tüm sağlık bakım hizmetleri sisteminde etkinlik ve diğer örgütsel performans göstergelerinin olumlu hale gelmesi son analizde,

- 1-** Bu organizasyon yapısında görev, yetki ve sorumlulukların objektif belirlenmesi,
- 2-** Belirlenen bu yetki ve sorumluluklar sonucu oluşan organizasyon yapısının sonuçlarının ise objektif kriterlerle geri bildirim dönüştürülerek izlenmesini gerekli kılmaktadır. Bu iki tespit aynı zamanda tüm sağlık bakım hizmetleri sistemlerinin tüm organizasyon yapıları için de geçerli bir reçetedir, denilebilir. Bu iki tespitin somutlanması ise 1961 tarihli 224 sayılı yasamızda yer verilen hükümlerle örneklenebilir. 224 sayılı yasaya göre acil durumlar dışındaki tüm hastalar öncelikle sağlık ocaklarına müracaat edecekler ve gerekli görülen hastaneler ise form 19 ile ilgili sağlık kuruluşlarına gönderileceklerdir. Ancak bu yasa hükmü günümüze değin işlerlik kazandırılmadığından 1. basamak ile hastaneler arasındaki iletişim ve geri bildirim sağlanamamaktadır.

Ülkemiz 1. Basamak sağlık hizmetlerinde yaşanan sorunlar kaçınılmaz olarak ihale olarak 2. ve 3. basamak sağlık hizmeti üreten hastanelere yansımakta ve hastanelerimiz ayaktan teşhis ve tedavi hizmeti sunan işletmeler

durumuna gelmektedir. Aşağıdaki tablo incelendiğinde bu tespit daha net anlaşılabilir.

Sağlık Bakanlığı Hastanelerinin Poliklinik-Klinik Sayıları

<i>Yıllar</i>	<i>Poliklinik Sayısı</i>	<i>%</i>	<i>Yatan Hasta Sayısı</i>	<i>%</i>	<i>Yatak İşgal Oranı</i>
1992	31.848.906	12.5	1.953.425	10	55.1
1993	34.732.761	9.0	2.034.402	4.1	54.4
1994	38.711.615	11.4	2.158.744	6.1	55.0
1995	41.578.790	7.4	2.210.726	2.1	55.3

Kaynak: Sağlık Bakanlığı Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yıllığı-1995, S.46

Yukarıdaki tablo çıplak gözle bile ciddi anlamda bir sorunun varlığını göstermektedir. Bu sorun, 1995 yılı rakamı ile ele alındığında Sağlık Bakanlığı Hastaneleri polikliniklerine başvuran hastaların ancak % 5' inin yatarak tedavi görmeleri ve yatak işgal oranının ise % 55.3 olmasıdır. Yukarıdaki tespite paralel olarak aşağıda ülkemiz hastane işletmelerine yönelik çeşitli akademik ve mesleki tespit ve araştırmalar sunulmuştur.

Gerek yasal mevzuat yetersizliği ve güncelleştirme gereksinimi gerekse de sevk zincirimizin işlememesi paralelinde hastane sayısı olarak % 84 yatak kapasitesi olarak % 94' ü kamu kar aracı gütmeyen hastanelerimizin de önemli verimlilik ve kalite sorunları mevcuttur.

Ülkemizde sunulan sağlık hizmetlerinin standartları tespit edilmediğinden, kamu hastanelerimizde başarının ölçütü, verilen tıbbi paramedikal hizmetin nispi kalitesi olarak algılanmakta ve hizmetin verimli olup olmadığına, verimliliği artırma olanaklarının bulunup bulunmadığına ve diğer örgütsel performans göstergelerinin incelenmesine önem verilmemektedir. Bu bağlamda hastanelerimizin tek başarı ölçütü yatak işgal oranlarının incelenmesi ile sınırlı kalmaktadır.

Ümit Şahin

Sözelimi, Sağlık Bakanlığı'nca düzenlenen, 1. Ulusal Sağlık Finansman çalışma grubu raporunda, kaynak kullanım verimsizliğine ve Sağlık Bakanlığının Ulusal Sağlık Politikası adlı yayınında da, hastanelerin en önemli sorunlarından biri olarak verimlilik ilkelerinin uygulanmamasına dikkat çekilmektedir.

Ülkemizde, bu sektörde akademisyenlerce yapılan verimlilik ölçümleri de Sağlık Bakanlığı'nın çeşitli vesilelerle dile getirdiği verimsizlik sorununu doğrulayıcı sonuçları içermektedir. Sözelimi, KAVUNCUBAŞI ve ERSOY tarafından, Türkiye'de genel hastanelerin teknik verimliliklerinin ölçümü ve bunun sonucunda verimsiz kullanılan ve yetersiz üretilen çıktıların belirlenmesi amacıyla yapılan araştırma sonucu, ülkemiz genel hastanelerinin % 82,3' ünün teknik açıdan verimsiz olduğu yönündedir. Bu sonuca dayalı olarak; Türkiye' nin bir çok hastanesinde girdilerin verimsiz kullanıldığı veya üretilmesi mümkün iken üretilmemiş bir çok hizmetin topluma sunulamadığı söylenebilir.

Sonuç ve Öneriler:

Yukarıda Sağlık Bakım Hizmetleri sisteminin önemli sorunları ortaya konulmaya çalışılmıştır. Günümüzde sağlık bakım hizmetleri sisteminin tümünde artan maliyetler kaçınılmaz olarak sistemin bütünsel olarak ameliyat masasına yatırılmasını gerekli kılmakta ve entegre sağlık hizmetleri kavramı ile bir yandan koruyucu sağlık hizmetleri (ki amaç hastalığı değil sağlığı yönetme eğilimi) ve sağlık sevk zinciri arasındaki geri bildirim sağlanmasını ön plana çıkarmaktadır. Bu bölümde ülkemiz sağlık bakım hizmetleri sistemi için bir model yerine sistemin dayanması gereken asgari koşullar tanımlanmaya çalışılmıştır. Bu asgari koşullar aşağıdaki ana başlıklar altında özetlenebilir.

- 1-** Ülkemiz 1. basamak sağlık hizmetlerinin örgüt ve yönetim anlayışı gözden geçirilmeli ve bu süreçte aile hekimliği yaklaşımı bu hizmetlerin

etkinliği yönünden alternatif olarak ciddi olarak ele alınmalı ve geçiş sürecinde aile hekimlerini sistemin içine entegre edecek bir model ortaya konulmalıdır.

2- 1. basamak sağlık hizmetlerinin kalite ve etkinliğinin en önemli atar damarı olan 1.basamak ile diğer basamaklar arası geri bildirim mutlaka sağlanmalı en azından 224 sayılı yasada sözü edilen form 19 benzeri bir alternatif geri bildirim mekanizması oluşturularak bu mekanizmanın işlerliği etkin olarak denetlenmelidir.

3- Acil vakalar haricinde sevk zincirine uyulması sağlanmalı bu süreçte zorlayıcı faktörler yerine özendirici önlemler gündeme getirilmelidir. Sözelimi 1.basamaktan sevkli gelen hastalara randevu önceliği, ilaç katkı payında indirim (% 5 gibi daha az katkı alınması) vb. yöntemler.

4-Sağlık bakım hizmetleri sisteminde yer alan tüm kuruluşlar için objektif performans göstergelerinin belirlenmesine yönelik veri tabanlarının oluşturulması ve bu verilerin kuruluş bazında denetlenmesi ve yıllık olarak rapor halinde yayınlanması, performans göstergeleri yüksek sağlık kurumlarında çalışan personele ise eğitim ve ek gelir vb. ödüllendirme mekanizmaları oluşturulmalıdır.

5-Ülkemiz sağlık mevzuatının gözden geçirilerek özellikle sağlık hizmetlerinden her basamakta yararlanan tüketicilerinin hakları çağdaş hukuk sistemleri paralelinde geliştirilmelidir.

6- Sağlık bakım hizmetlerinin kalite ve etkinliğini artırıcı bir yaklaşım olarak evde bakım hizmetleri kavramı oluşacak değişime monte edilmeli ve bu hizmetlerin koordinasyonunun 1. basamakça yürütülmesi sağlanmalıdır.

7- Ülkemiz sağlık bakım hizmetleri sisteminin her aşamasındaki hizmet sunumunun standartları belirlenmesi ve denetimine yönelik olarak bağımsız bir akreditasyon kurumu oluşturulmalıdır. Bu akreditasyon

Ümit Şahin

kurumunun gerekliliği bundan önceki bölümde yer verilen düşünceler bağlamında açıklanmış olmakla birlikte aşağıda bir özet sunulmuştur.

“Standartların oluşumu, kalite kavramının tarihsel gelişimi içinde ilk ve en temel adım olarak karşımıza çıkmaktadır. Kalite kontrol gibi son derece yapılandırılmış ve yalın bir anlayış ile başlayan bu öykünün, toplam kalite yönetimi, kalitenin sürekli iyileştirilmesi, iş mükemmelliği gibi noktalara erişmiş olması, standartlarla sağlamlaştırılan zeminler üzerinde yükselmenin bir sonucudur.”

“Akreditasyonda amaç, gönüllü olarak başvuran sağlık kuruluşunun tarafsız ve bağımsız bir dış değerlendirici tarafından incelenerek, belirlenmiş olan standartlara uygunluğunun değerlendirilmesidir. Sağlık kuruluşlarının akredite olmasının hem ülke, hem kuruluşun kendisi, hem hizmeti kullananlar hem de ödeme yapan kuruluşlar açısından çok önemli yararları vardır. Akredite olan kuruluş sayısı arttıkça ülkenin sağlık sistemi iyileşecek, kuruluşun kendisi, kalitesinin ölçülebilir olmasını sağlayan bir sisteme sahip olacak ve uluslararası standartlara uygun sağlık hizmeti sunmanın avantajlarından yararlanacak, hizmeti kullananlar kaliteli sağlık hizmetinden uygun ücretler ile yararlanabilecek, ödeme yapan kuruluşlar ise sözleşme yaparken akredite olmuş sağlık kuruluşlarını tercih etme şansına sahip olabileceklerdir.

Ancak, ülkemizde tıp fakültelerinden alınan yetki, sağlık hizmetinin en büyük üreticilerine, hekimlere, dokunulmazlık verir çünkü. Siz hastanenizde nasıl bir işletim/yönetim sistemi kurarsanız kurun, örneğin cerrahinin kalitesi kendinden başka kimseyi ilgilendirmez, ölçülemez ve değerlendiremez ! Oysa Hipokrat Yemini, bu anlamda ilk, personel standardını sağlamaya yönelik kayıt olarak algılanabilir. Çünkü bu yeminde; her türlü menfaat duygusundan uzak durarak her şartta tıp mesleğinin en iyi şekilde icra edilmesi şart koşulmaktadır. Hastada meydana getireceği

zararın, yarardan daha fazla olduğunu bile bile, sadece maddi çıkar hisleri ile hastaya bir yığın teşhis ve tedavi şekli uygulanması Türkiye’ de olduğu gibi az gelişmiş ülkelerin tipik göstergelerindendir. Çünkü bu ülkelerde, gelişmiş ülkelerdeki gibi işleyen ve aksaklıkların nedenini adım adım izleyen bir sağlık sigorta sistemi mevcut değildir. Bunun yanında herhangi bir akreditasyon müessesesi de yoktur. Uyguladığı teşhis ve tedavi şeklindeki olağandışılıklardan dolayı sorgulanmayan, denetlenmeyen ve herhangi bir yaptırım uygulanmayan sağlık personelinin, konulmuş olsa dahi standartlara uymasını beklemek iyimserlik olur.

Sağlıkta standartizasyon ve akreditasyon, tıbbi ve tıbbi olmayan süreçlerin belirlenmiş indikatörlere göre ölçülmesini ve iyileştirilmesini sağlayan bir işletim/yönetim sistemi için gerekli alt yapı demek. Uluslararası standartlara göre; iç ve dış hizmet süreçlerinizi iyi tasarlamalı, ürettiğiniz hizmeti kaliteden ödün vermeyen maliyetlerinizi optimum düzeyde tutacak şekilde sürekli iyileştirmelisiniz. Tüm tıbbi branşlarda, mortaliteniz, morbiditeniz, komplikasyonunuz, enfeksiyonunuz, hatta taburcu sonrası hastalarınızın yaşam kalitesine kadar uzayan bir dizi kalite indikatörünü ölçebilecek, değerlendirebilecek, ulusal ve uluslararası karşılaştırmalar yapabilecek bir sistem kurmak, tıbbi olmayan idari/mali ve yönetsel süreçlerinizi sağlık yoğun hizmetinin en iyi koşullarda sunulması için gerekli mekanizmalarla donatmak bir emek ve bilgiyi gündeme getiriyor.

Akredite olmak, sürekli ölçmek demek; ortalama yatış sürelerinizi, taburcu olduktan sonra tekrar aynı rahatsızlıkla kurumunuza başvuran hasta sayınızı, endikasyonsuz tetkik yapıp yapmadığınızı, özetle kalite ve kalitesizlik maliyetlerinizi! Ancak, kendine ve çalışanlarına güvenen örgütler kendilerini ölçer, karşılaştırır ve iyileştirirler.

Yukarıda yer verilen düşünceler paralelinde ülkemize döndüğümüzde daha önceki bölümlerde yer verdiğimiz ülkemiz sağlık hizmetleri kalitesine

Ümit Şahin

yönelik olarak oluşturulmuş ve izlenen herhangi bir standart mevcut değildir. Ülkemizde sunulan her aşamadaki hizmetin kalitesi hizmet süreci içinde yer alan işgören ve bu işgören gruplarından oluşan ekibin keyfiyetine ve vicdanına terkedilmiş durumdadır. Ayrıca giderek yaygınlaşma eğilimi içine giren ülkemiz kamu hastanelerinde ISO 9001 KGS belgesi alma yarışı yakında sağlık ocakları ve diğer sağlık hizmeti üreten örgütlere doğru kayacaktır. Daha önce yer verildiği üzere ISO 9001 KGS kalitesi (minimum kalite) olması gereken en alt ürün / hizmet kalite düzeyinin biraz daha gelişmiş düzeyinin tanımlanmasıdır. ISO 9001 KGS' nin ülkemiz hastane işletmeciliği sektörüne getirdiği bakış açısı ve dinamizmi ile bu işletmelerin sorgulanmasındaki katkıları bir yana bu belgeyi verme temsil yetkisi olan TSE' nin uzun vadede ciddi anlamda sorunlar ile karşılaşabileceği bir öngörü olarak bu kurumun dikkatine sunulur. Bu öngörüğü destekleyici bulgu yada ek öngörüler aşağıda genel hatları ile tanımlanmaya çalışılacaktır.

- Sağlık hizmetleri tüketicileri ya da daha dar kapsamda hastane tüketicileri toplumların en geniş tüketicileri konumundadırlar. Ülkemizde 1995 yılında 41.578.790 kişi hastanelerde ayaktan, 2.210.726 kişi ise yatarak tedavi hizmeti satın almışlardır. Bu rakama bu esnada yanlarında yer alan ziyaretine gelen hasta yakınları dahil edildiğinde neredeyse ülkemiz nüfusu kadar bir rakam ortaya çıkmaktadır. Bu rakamlar TSE' ce belge verilen kamu ve / veya özel hastanelerde aynı tas aynı hamam atasözümüzü bu tüketicilere hatırlattığı anda bu kuruluşça verilen ya da verilecek herhangi bir belgenin hiçbir ayırıcı özelliği olmadığı kanısını oluşturarak bu kurumu ciddi anlamda inandırıcılık bağlamında sorgulanma noktasına getirecektir. Bu bağlamda da TSE özellikle sağlık hizmetleri alanında bilgi, beceri, yetenek ve kariyeri olan yeni işgörenleri dahil ederek bu alanda profesyonel bir ekip oluşturarak bu işletmelerin belgelendirme ve ara denetiminde daha sıkı takibe geçmesi kurumun sağlığı açısından ideal bir öneri olmayacaktır.

V. BÖLÜM :

HASTANE İŞLETMECİLİĞİ YÖNETİMİ

Soru 1: Hastaneleri Kim Yönetmeli?

Soru 2 : Hastanelerin örgüt yapısı ve yönetim anlayışı ne olmalı?

Ümit Şahin

“Biz kazanırken, sanayileşmiş Batı kaybedecek; bu konuda yapabileceğiniz fazla bir şey yok, çünkü sizin başarısızlığınızın nedenleri kendi içinizde. Sizin firmalarınız Taylor modeline göre kurulmuş. Daha kötüsü kafalarınız da. İşçileriniz tornavidayla çalışırken düşünme işini de amirlere bırakmanın bir işletmeyi idare etmenin doğru yolu olduğuna derinden inanmış durumdasınız. Size göre yönetimin özü, amirlerin beyinlerinden çıkan fikirleri işçilerin ellerine ulaştırmak.”

Konusuke MATSUSHITA

Giriş

Tüm çağdaş toplumlarca anayasal bir hak olarak görülüp, güvence altına alınan sağlık ile ilgili tüm süreçleri oluşturan ve tüm sistemin odağında yer alan hastanelerin yönetimi; oldukça karmaşık bir konu olarak karşımıza çıkmaktadır. Dolayısıyla hastaneler, işletme ve yönetim kavramlarının tanımlaması gerekli hale getirmektedir.

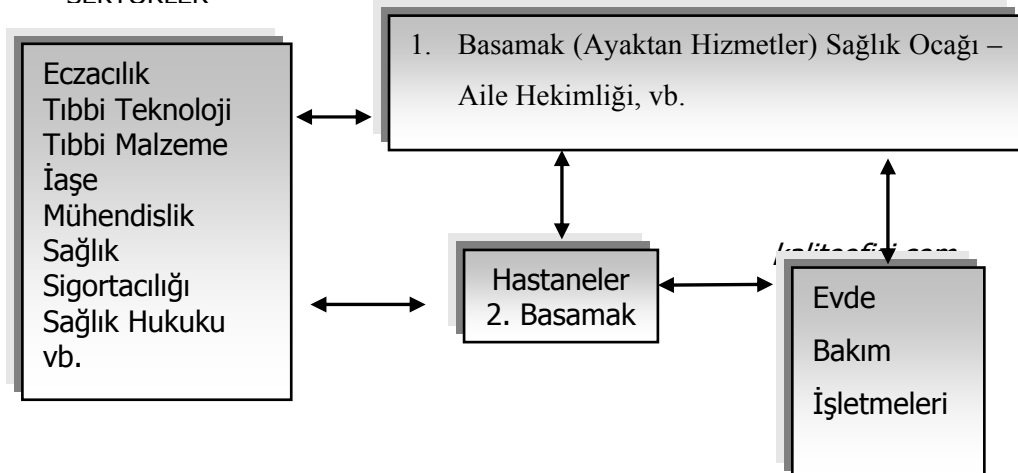
Sağlık : Dünya Sağlık Örgütüncü; ölçümlenmesi oldukça karmaşık bir tanımlama biçimi ile **“bedensel, ruhsal ve sosyal iyilik hali”** olarak tanımlanmaktadır. Bu tanımlama ise insana özgü gereksinimlerden etkilenen ve yanıt verilmesi oldukça zor bir tanımlama olarak karşımıza çıkmaktadır.

Sistem : Genel anlamda birbiri ile etkileşim de bulunan; etkileyen ve etkilenen öğelerin toplamıdır. “Bir zincirin gücü eşittir en zayıf halkası” şeklinde özetlenebilir.

Sağlık Sistemi : Sağlık tanımı kapsamındaki gereksinimleri içeren oldukça karmaşık ve birbiri ile etkileşim halindeki öğeler bütünüdür. Özetle, aşağıdaki şekille şematize edilebilir.

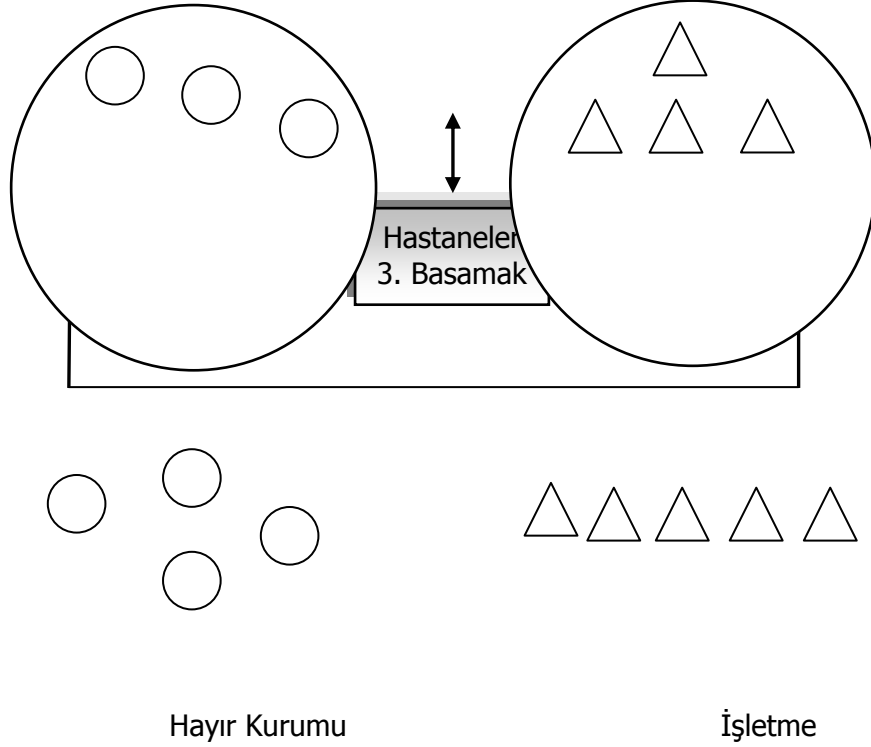
SAĞLIK BAKIM HİZMETLERİ SİSTEMİ

SİSTEMİ OLUŞTURAN
SEKTÖRLER



Şekil I: Sağlık Sistemi

Hastaneler: Sağlık tanımı kapsamı içinde yer alan tüm örgütlenmelerin odağında yer alan işletmelerdir. Bu işletmeler aşağıdaki iki yaklaşım ile işletilebilir.



Şekil II: Hastaneler ve sistem yaklaşımı

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

Ancak günümüzde;

- Nüfus artışının yanısıra her 10 yılda ortalama yaşam süresinin 3 yıl uzaması ve sağlık bilincinden yararlanma sıklığının artması sonucu tıbbi uygulama ihtiyaçlarının artması,

Ümit Şahin

- Her 4 yılda, tıp teknolojilerindeki birikimin iki kat artması ve ileri teknoloji ürünü pahalı uygulamaların günlük işlemlerde hızla yaygınlaşması,
- Epidemiyolojik spektrumdaki değişiklikler sonucu, akut hastalıkların öneminin azalması ve tedavisi daha pahalı olan kronik hastalıkların önem kazanması,

gibi nedenler hastanelerin temel işlevi olan klinik hizmetlerinin maliyetlerinin hızla artmasına neden olmaktadır. Bu bağlamda, tüm sağlık sistemlerinde bir yandan artan bu maliyetlerin karşılanması geniş tartışmalara neden olmakta diğer yandan da ulusal sağlık sistemlerinde yeni arayışlar gündeme gelmektedir.

Yukarıdaki açıklamalar bağlamında ülkemiz hastane işletmeciliği sektörüne baktığımızda ise aşağıdaki çarpıcı sonuçlar ile karşılaşılmaktadır.

- Ülkemiz hastane işletmeciliği sektörü yatak kapasitesi olarak yaklaşık % 94' ü kamusal otoritelerce örgütlenip yönetilen organizasyonlar olarak karşımıza çıkmaktadırlar. Bu hastanelerimizin verimli çalışmadıkları ve önemli hizmet kalite sorunlarını bünyelerinde taşıdıkları gerek Sağlık Bakanlığı ile bu işletmelerde çalışan işgören gruplarınca gerekse de akademisyenler tarafından yapılan araştırmalar ile ortaya konulmaktadır.
- Hastane müşterilerinin edilgen bir müşteri grubu olmaları yanında çoğunlukla hizmet satın alacakları hastaneyi de direkt seçme özgürlüğüne sahip değildirler. Dolayısıyla bu sektörde bir yandan tam rekabet koşulları oluşmaması yanında diğer yandan da hizmet satın alanlar müşteri olarak algılanıp; hizmet süreçleri müşteri odaklı olarak tasarlanmamaktadır.

Yukarıda yer verilen hastane işletmeciliğimize yönelik olumsuz tablolar daha da çoğaltılabilir. Ancak hastanelerimizde ve aynı zamanda

sağlık sistemimiz de yaşanan sorunların temelinde yatan faktör Nusret FİŞEK' in XX. Tıp Kongresindeki tespitlerinde olduğu söylenilebilir.

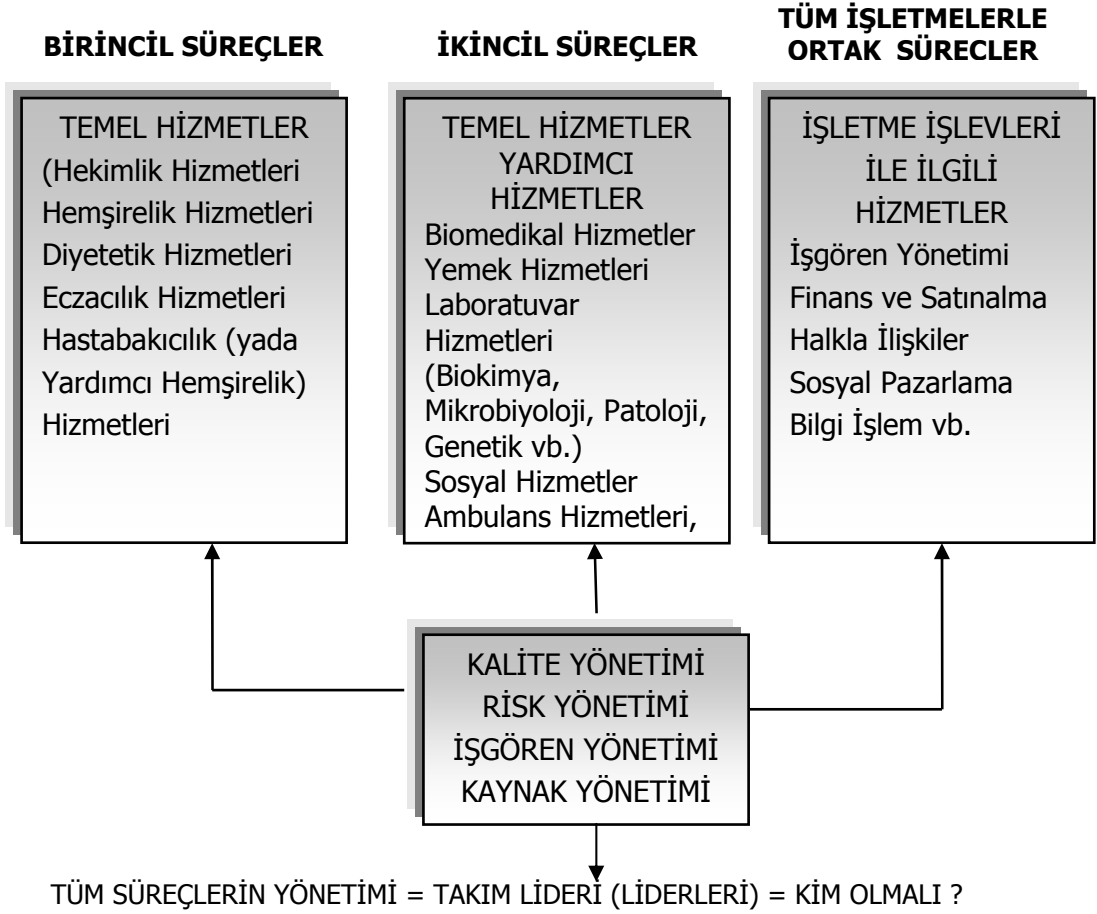
"Olanakları sınırlı olmanın acısı değil, metotsuzluğun, prensipsizliğin, organizasyon eksikliğinin, olanaklarımızı en iyi şekilde kullanmasını bilmeyişimizin, modern yönetimi bilmeyişimizin, araştırma yapmayışımızın acısıdır."

"Şurası bir gerçektir ki, hekimler yönetimin bilim olduğunu kabul etmezler ve sağlık idaresinde görev alanlarda yönetim bilimini öğrenmez, yönetim uzmanlarının tavsiyelerini dinlemezler, yönetim kurullarını uygulamazlarsa hizmetlerini geliştiremezler."

HASTANE İŞLETMECİLİĞİ VE YÖNETİM

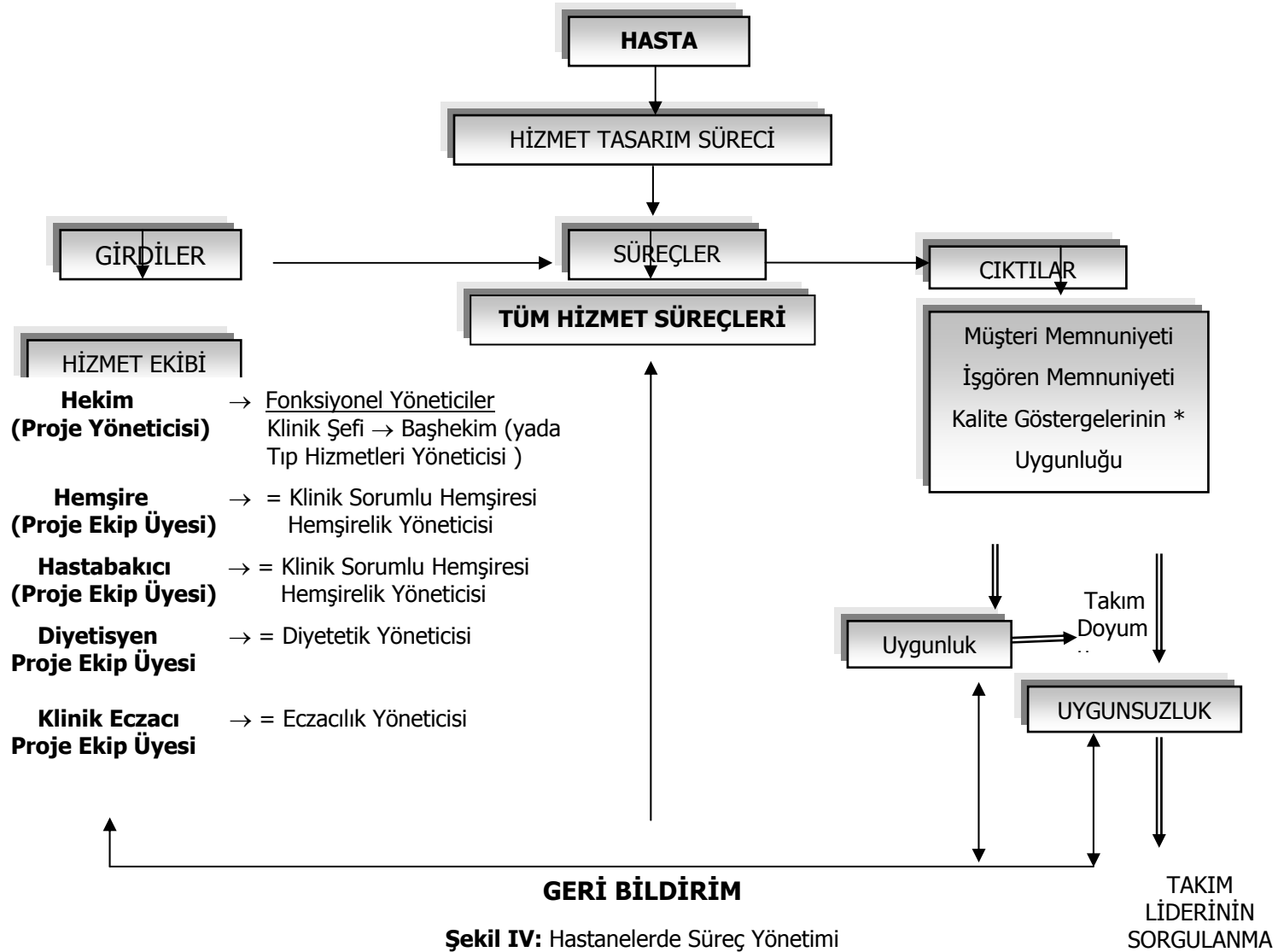
Günümüzde hastane yöneticileri, genellikle inanılmaz karmaşıklık ve boyutlarda bir kurumu işletir, çok büyük bir bütçenin sorumluluğunu taşır ve yüze yakın değişik hizmet gören profesyonel, yarı profesyonel ve yardımcı personelin uyumunu sağlamak zorundadır. Ancak bir işletme olarak hastanelerin yönetimi söz konusu olduğunda öncelikle hastanelere özgü özelliklerin tanımlanması bir zorunluluk haline gelmektedir.

- ***Hastaneler, kamusal otorite ve toplumsal baskı grupları ile karşılıklı etkileşimde bulunan örgütlerdir.*** Hastanelerde sunulan hizmetler, tüm uluslarca anayasal bir hak olarak güvence altına alınan ve tanımlanması oldukça güç bir kavram olan sağlıkla ilgili hizmetleri üreten işletmelerdir. Bu özellik ise hastanelerin yönetimi ve işlevlerini daha da karmaşık hale getirmektedir.
- ***Hastaneler, hizmet üretim süreci en karmaşık işletmelerdir.***
- Hastanelerin hizmet üretim sürecini karmaşık kılan faktörlerin en önemlisi ise hizmet yelpazesinin karmaşıklığıdır. (Bu hizmet karması Şekil 3' de tanımlanmıştır.)



Şekil III: Hastanelerin Hizmet Karması

Hastanelerde her bir hasta için hizmet üretim süreci Şekil 3' de yer verilen hizmet öğelerinden bir karma oluşturularak talebe yanıt verilmektedir. Bu durum ise birbiri ile aşırı işlevsel bağımlı hizmet süreçlerinin sıfır hata hedefine ulaşmaya yönelik olarak bir araya getirilmesini gerekli kılmaktadır. Dolayısıyla bu karma içinde yer alan herhangi bir hizmet sürecinde yaşanan kalite sorunu ise ihale olarak diğer hizmet süreçlerine yansımaktadır. Olaya dar bir kapsamda, yönetim açısından baktığımızda temel hasta bakım hizmet ekibi yada takım üyeleri girdi süreç ve çıktı bağlamında Şekil 4' de tanımlanmıştır.



Şekil IV: Hastanelerde Süreç Yönetimi

* Ülkemiz sağlık işletmeciliğinde en önemli sorun kalite göstergelerinin belirlenmemiş olmasıdır. Dolayısıyla ancak, çok açık bir kalite uygunsuzluğu (Sözelimi yanlış enjeksiyon sonucu sakatlanma vb.) tespit edilememektedir. Bu durum ise açıkçası tüm sağlık işgörenlerinin de işine gelmektedir.

Şekil 4 hastane işletmeciliğinde yönetim bağlamında irdelendiğinde ise aşağıdaki tanımlamaların yapılması gerekli hale gelmektedir.

PROJE YÖNETİCİSİ; FONKSİYONEL YÖNETİM:

Hastaneler matriks yapıda örgütlerdir. Matriks organizasyon, faaliyetlerin fonksiyon esasına göre gruplandırıldığı bir organizasyon üzerine proje organizasyonun monte edilmesiyle ortaya çıkan bir yapıdır. Matriks organizasyon yapısı, tarifi icabı, dikey ve yatay ilişki olmak üzere iki ayrı ilişki üzerine kurulmuş bulunmaktadır. Dikey organizasyon yapılarında dikey ilişkiler (Emir komuta ilişkileri) esastır, yatay ilişkiler istisnadır ve uygulaması özel şekilde tarif edilmiştir. Örneğin bir fonksiyonel yetki uygulaması gibi. Buna karşılık, matriks bir yapıda, hem dikey hem yatay ilişkiler aynı derecede öneme sahiptir ve biri diğerine üstün değildir.

Fonksiyonel yönetici, işin kimler tarafından nerede (hangi projede) ve mesleki açıdan nasıl yapılacağını, Proje Yöneticisi, neyin ne zaman ve neden yapılacağını belirlemektedir. Dolayısıyla uzmanlık bölümleri içinde çalışan personel bir yandan uzmanlıkları nedeniyle ilgili bölümün yöneticisine (Dikey İlişki) bir yandan da bu uzmanlıklarını belirli bir proje de uyguladıkları için bu projenin yöneticisine (Yatay İlişki) karşı sorumlu olacaklardır. İşte matriks yapıyı diğerlerinden ayıran özellik budur. Bu yapıda, proje yöneticisi daha önceki yapılarda gördüğümüz emir-komuta yetkisine değil, fakat matriks yapının özelliği olan "Proje Yetkisi" ne (Project Authority) sahiptir. Ayrıca proje yöneticisi ile uzmanlık bölümleri arasında astlık-üstlük ilişkisi yoktur. Ancak bu yöneticilerde, projenin gerçekleşmesi için birlikte çalışmak zorundadır. Bütün bu özellikler, aynı zamanda matriks yapının çalışmasındaki güçlükleri de ifade etmektedir.

Ancak hastanelerde matriks yapının uygulanması farklılık göstermektedir. Çünkü, hastanelerin hasta bakım hizmetlerinin proje yöneticileri hekimlerdir. Dolayısıyla proje ekibinin diğer üyeleri olan eczacı, diyetisyen ve hemşireler bir işgününde birden fazla proje yöneticisi ile ekip

Ümit Şahin

halinde çalışmak zorundadırlar. Dolayısıyla bu ekip üyeleri her bir proje yöneticisinin yönetim anlayışı doğrultusunda işgörme durumu ile karşı karşıya kalmaktadırlar. Ayrıca proje yönetiminde yatay ilişki söz konusu olması gerekirken ülkemizde proje yöneticisi olan hekimler ekip üyelerine karşı olarak dikey ilişkiyi de (amir-komuta) direkt kullanmaktadırlar.

Ancak günümüzün tüm çağdaş kalite yaklaşımları doğrultusunda proje yöneticisinin en kaliteli çıktıya ulaşmasında temel yaklaşımı iyi bir takım kaptanı olabilmesine bağlıdır.

Doktorlar kültürel ve geleneksel olarak iyi takım oyuncuları değillerdir. Onların mesleklerinin doğası gereği, astları kendi takımlarını destekleseler de bireysel hastalar için verilen sorumluluk önemlidir. Birçok doktor takımdaki eşit oyuncular olarak işlerinde pek az deneyim kazanırlar. Bir takımda etkili olarak çalışmak, bir tek oyuncu olmanın gerektirdiğinden farklı beceriler gerektirir ve doktorların pek azı bu becerileri elde etmeyi başarır.

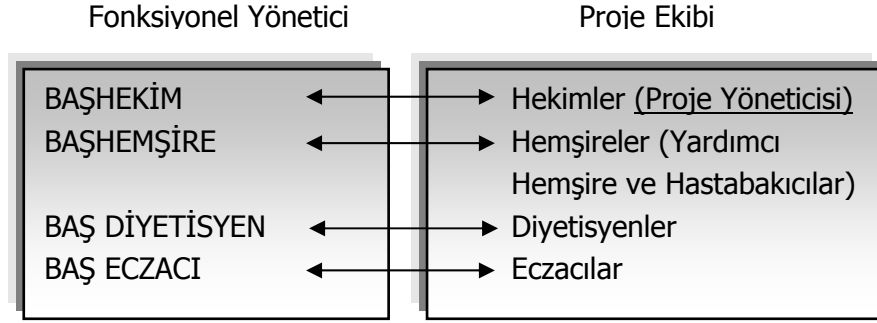
Olaya yukarıdaki tesbitler bağlamında baktığımızda kaliteyi temel olarak alan proje yöneticisi konumunda hekimler ekipte yer alan tüm üyelerin bilgi, beceri ve yeteneklerini sürece katılımını sağlayabilme becerisi gösterebilmelidirler. Ancak yukarıdaki yaklaşımı benimsemeyen bir proje yöneticisinin başarılı olabilmesi ülkemiz gerçekliğinde kabul görebilecek bir yaklaşımdır. Çünkü, ülkemizde proje yöneticileri tarafından tasarlanan sağlık hizmetinin teknik kalitesi izlenmemekte ve çoğunlukla kişilerarası ilişkiler (emosyonel boyut) ve fiziki mekanlar ön plana çıkmaktadır.

FONKSİYONEL YÖNETİCİ:

Hastanelerde yaşanan yada hastaneleri en karmaşık kılan faktörlerin başında ise yukarıda tanımlanmasına yer verdiğimiz fonksiyonel yöneticilerin çabalarının örgütlenmesi ve bu örgüt yapısının ise çağdaş yönetim anlayışının gerektirdiği öngörüler ile tüm işgörenlerin çabalarının aynı hedefe kanalize edilmesi sorunundan kaynaklanmaktadır. Şekil 3' te tanımlanan süreçlere geri

Hastane İşletmeciliği

dönersek orta ölçekli bir hastanede temel hizmet süreçlerinde karşılaşılan fonksiyonel yönetici sayısı genel olarak Başhekim, Başhemşire, Başeczacı, Başdiyetisyen olmak üzere 4' dür. Bu yapı Şekil 5' te sunulmuştur. Organizasyon yapısına baktığımızda ise genel olarak fonksiyonel yönetici sayısı ise en az 10 civarındadır. Özellikle burada altı çizili olarak vurgulanması gereken bu fonksiyonel yöneticilerin genel olarak (özel olarak da ülkemize özgü bir durum olarak) bu fonksiyonel yöneticilerin herhangi bir şekilde yönetim eğitimi ve dolayısıyla da teorik bilgi ile desteklenmiş yönetim bilgi, beceri yeteneklere sahip olmalarıdır. Bu durum daha



TEMEL SÜREÇ YÖNETİMİ

Şekil V: Hastanelerde Temel Süreç Yönetimi

Ümit Şahin

önceki bölümlerde Nusret FİŞEK tarafından vurgulanan bir gerçek olarak karşımıza çıkmakta ve aynı zamanda da çıplak gözle bile sektörün % 94' üne sahip kamu hastanelerine yönelik olarak yayınlanan Sağlık Bakanlığının istatistik verilerinden yararlanılarak tespit edilebilmektedir. Bu durum gelişmiş sağlık sistemlerinde ise hastanelerin fonksiyonel yöneticilerinin iş gerekleri arasına yönetim becerileri ile ilgili eğitim koşulları konulmasına neden olmaktadır.

Bu nedenle sözgelimi eczacılık hizmetleri ile ilgili olarak sosyal eczacılık kavramı bu paralelde bir kavram olarak karşımıza çıkmaktadır.

İŞLETME GENEL YÖNETİCİLİĞİ

En karmaşık hizmet karma ve süreçlerine sahip işletmeler olarak hastaneler aynı zamanda ağırlıklı olarak teknik yönünün değerlendirilmesi uzmanlık gerektiren süreçleri yöneten orta kademe (proje ve fonksiyonel) yöneticiler tarafından yönetilen işletmelerdir. **Hastanelerin bu örgütsel yapı özellikleri aynı zamanda bu işletmelerde üst kademe yönetiminde kim ve / veya kimler görev almalıdır?** sorusunu oldukça önemli bir soru olarak gündeme getirmektedir. Özellikle hastanelerde sunulan direkt hasta bakım hizmetlerinin tüm süreçlerinde temel yönlendirici olarak yer alan hekimlerin hastane yönetimi ve kendi konumlarına yönelik yargılar bu soruyu gündeme getirmektedir. Ancak burada vurgulanması gereken en önemli konu oldukça karmaşık fonksiyonel yönetici karmasına sahip hastanelerin en üst yönetiminde yer alacak yöneticinin, kim olduğu ya da kim olacağı sorusundan ziyade; yönetim yaklaşımı ve bu yaklaşımı sergileyebileceği örgütsel yapının ne olması gerektiği önem kazanmaktadır. Bu soru aşağıda yanıtlanmaya çalışılmıştır.

HASTANE YÖNETİCİLİĞİ: EKİP YAKLAŞIMI VE EKİP LİDERLİĞİ

Hastanelerde sunulan hizmetlerin temel özelliği, hizmet süreçlerinin her müşterinin beklenti ve gereksinimleri paralelinde tasarlanarak; aşırı işlevsel bağımlılık gösteren ünite ve / veya üniteler ile bu ünitelerin çeşitli

Hastane İşletmeciliği

mesleklerdeki işgörenlerinin işbirliği ile sunulmasıdır. Dolayısıyla herhangi bir müşteriye sunulan hizmetin performans göstergelerinin yüksekliği ekip üyelerinin birarada işgörmeye istek ve / veya hastaya odaklanma düzeylerine bağlıdır. Dolayısıyla ekip üyeleri arasındaki ikna edici iletişim sürecinin sağlanması önem kazanmaktadır. Bu sürecin tasarlanması ise proje yöneticileri ile fonksiyonel yöneticilerin çağdaş yönetim öngörülerini doğrultusunda yönetim yaklaşımlarını sunmalarına bağlıdır.

1970' li yıllara kadar yönetim işi, denetim yönelimli bir çerçevede niteleniyordu. Yöneticiler, kendi çalışmalarının başlıca odak noktasını (planlama, organize etme ve koordinasyon sağlama aşamalarının tamamlanmasından sonra) çalışma sürecini denetlemek olarak saptayan bir anlayışa göre yetişmişlerdir. Dolayısıyla başvurdukları yöntemler de çalışanların faaliyetlerine denetlemeyi öngörüyordu. Bu yönetim tarzında, başarı, belirlenmiş olan bir kişinin denetim (feedback) süreçlerini geliştirmesi şeklinde somutlaşıyor ve sonuçlara korkudan dolayı ulaşıyordu. Bu yönetim tarzı doğası gereği talimatçıydı.

YÖNETİM MODELLERİ

1970'ler <i>Denetim</i>	1980' ler <i>Liderlik</i>	1990' lar <i>Mentörlük</i>
"Senin çalışmalarını denetlemeliyim"	"Sana nasıl yapılacağını göstereyim"	"Senin ilerlemene nasıl yardımcı olabilirim"

Şekil VI: Yönetim Modelleri

1980' li yıllarda denetim yönelimli yönetim düşüncesinin yerine liderlik modeli almıştı: 1980' li yıllarda çıkan yöneticilere, etkin yönetimin teknik becerilerinin, yönetim becerilerinin ve liderlik becerilerinin bir bileşimden meydana geldiği öğretilmektedir. Bize de etkin yöneticilerin, çalışanların daha yüksek başarı ve performans düzeylerine çıkarabilecekleri öğretilmişti. Daha etkin hale gelmek isteyen bilinçli yöneticiler, kişiler arası becerileri geliştirme,

Ümit Şahin

iletişim becerileri ve müzakere yürütme yeteneği üzerinde duruyorlardı. Liderlik modelindeki başarılı yöneticiler, başkalarını ikna ederek, güven ve kararlılık aşılayarak ve bir problem çözücü işlevi görerek sonuçlara ulaşabilen yöneticilerdi. Mentörlük modeli ise pek çok kişi tarafından, özellikle de Senge tarafından destekleyici yönetim modeli şeklinde nitelenmektedir.

Yukarıda yönetim modelleri sunulmuştur. Ülkemiz hastane işletmeciliği sektörüne baktığımızda ise sektör % 94 oranında kar amaçsız kamu hastanelerinden oluşmakta ve örgüt yapıları ise Cumhuriyetimiz kuruluş yıllarında çıkarılan kanunların yönlendirici hükümleri paralelinde oluşturulmaktadır. Ülkemiz kamu hastanelerinin yönetim modelinin 1970' li yıllardaki "denetim" yaklaşımına denk düştüğü söylenebilir. Ancak denetim anlayışlı bu yönetim yaklaşımında bile denetim işlevi istendik performansta yerine getirilememektedir. Aşağıda çarpıcı sonuçlar içermesi nedeniyle bir araştırma sonucu sunulmuştur.

- Hastanelerin genel olarak, bir "işletme" biçiminde görülmediği açıktır. Dolayısıyla, özellikle kontrol teknikleri yeterince bilinmemekte ve bunlardan yararlanma oranı da düşük kalmaktadır.
- Kontrol tekniklerinin kullanılabilmesi için verilerin yeterli ve güvenilir olması, kayıtların doğru tutulması ve ölçülecek ve izlenecek faaliyetlerle ilgili olmaları gerekirken, tutulan kayıtların daha çok standart istatistiklerin oluşturulmasına yaradıkları görülmektedir. Bu açıardan özel ve kamu hastaneleri arasında fark bulunmadığı da söylenebilir. Esasında bu husus, araştırmada varılan en çarpıcı ve ağırlıklı sonuçtur.
- Öte yandan, hastanelerin "bilimsel" dolayısıyla, "işletmecilik ilkelerine" göre yönetilmedikleri de dikkati çekmektedir. Nitekim, birbiriyle bağlantılı sorulara verilen cevaplar arasındaki tutarsızlıklar da cevaplayıcıların işletmecilik formasyonuna yeterince sahip olmadıklarının ve buna bağlı olarak işletme ile ilgili konulara vakıf bulunmadıklarının bir göstergesidir.

Yukarıda çarpıcı sonuçlara ilave olarak ülkemiz üniversite hastanelerinin örgüt yapıları incelendiğinde ise daha da çarpıcı sonuçlar ortaya çıkmaktadır.

Ülkemiz üniversite hastanelerinin örgütsel yapıları tüm bilimsel yönetim öngörülerini dışında anlaşılması güç ve güç olduğu kadar da en zor bulmacayı çözmekten daha karmaşık bir yapıdadır. Burada vurgulanabilecek en çarpıcı sonuç; oldukça yüksek puanlarla işletme fakültelerine öğrenci alan bu üniversitelerimizin bir taraftan tüm çağdaş işletmecilik ve yöneticilik bilgi birikimi ve yaklaşımlarını öğrencilerine ders olarak aktarıırken diğer taraftan da kendi yönetimlerindeki hastaneleri 1970'lerin yönetim anlayışlarının gerisinde bir yönetim anlayışı ile yönetilmelerine nasıl tahammül gösterebildikleridir.

SONUÇ:

Günümüzün en karmaşık işletmeleri konumundaki hastanelerde sunulan hizmetler, bir yandan tüm çağdaş toplumlarca bireylerine doğuştan elde edilen bir hak olması yanında diğer yandan da o ülkenin gelişmişlik ve kalkınma düzeyinin tanımlanmasında da kullanılan bir ölçüt konumundadır.

Bu öngörü doğrultusunda geriye dönüp ülkemiz hastane işletmeciliği sektörüne baktığımızda ise aşağıdaki tablo ile karşılaşılmaktadır.

- Ülkemizde hastane işletmeciliği sektörü Cumhuriyetimiz kuruluşunda çıkarılan yasal mevzuat paralelinde organize edilip yönetilen kamu hastanelerden oluşmakta ve bu hastanelerde ise her platformda dile getirilen kalite ve verimlilik sorunları dile getirilmektedir.
- Ülkemiz kamu hastaneleri bir yandan müşterileri konumundaki hastalarına sunulan hizmeti değerlendirme konusundaki güçlüklerini diğer yandan da objektif kriterlerle belirlenmiş performanslarını değerlendirebileceği bir yapı olmaması nedeniyle de şifa kapıları yerine zulüm kapıları konumuna gelmektedirler.

Yukarıda yer verdiğimiz en çarpıcı iki tespitin (ki bu tespitler çoğaltılabilir) merceğinde aşağıdaki soru gündeme gelmektedir.

Ümit Şahin

Hastaneleri kimin yönettiğini önemli?

Hastanelerin Örgüt Yapıları ve Yönetim Anlayışları mı?

Bu iki sorudan hangisinin sorulması gerektiği ise tedavi için önem kazanmaktadır. Bu bağlamda 1.sorunun sorulması yanlış teşhis, 2.sorunun sorulması ise hastanın tedavisi için önemli bir adım olacaktır. Bu sorunun yanıtı ise ülkemizde 1990' lı yıllarla birlikte tartışılması moda olan ISO 9000 KGS 4.1. Yönetim Sorumluluğu ve Toplam Kalite yaklaşımı (Toplam Yönetim Kalitesi) nin öngördüğü ve daha önceki bölümde ortaya koymaya çalıştığımız ekip yaklaşımı ve mentörlük yönetim modeli ile yanıtlanabilir.

KAYNAKÇA

- AKTÜN,Hale :“Toplam Kalite Yönetimine Geçişte DEMİNG Felsefesinin İrdelenmesi”, **Modern Hastane Yönetimi**, C. 2, S. 8, Kasım-1998
- ALDEMİR, Ceyhan :“Örgütsel Etkinlik”, **Verimlilik Dergisi**, C. 12, S.4, 1993.
- ALPUGAN, Oktay :“Hastane Yönetimim ve Ekonomik İlkeler”, **Ege Üni. İşl. Fak. Derg.**, Y: 1, S. 1-2, Ekim-1981.
- ALPUGAN, Oktay :“Hastanelerde Verimlilik Sorunu”, **I.Verimlilik Kongresi**, Ankara: MPM. Yayın No: 454.
- ATEŞ,Metin :“Sağlık Örgütlenmesinde Yönetimin Merkezilik Derecesi Açısından Türkiye’deki Durum”, **Modern Hastane Yönetimi**, C. 2, S. 4, Mayıs-1998.
- AYTİMUR,Selçuk :**Kalite Sistem Dökümantasyonu**, Ankara: Kalder Yayın No: 14, 1997.
- BAŞ, İ. Melih ve
ARTAR, Ayhan :**İşletmelerde :Verimlilik Denetimim: Ölçme ve Değerlendirme Modelleri**, Ankara: MPM Yayın No: 435, 1991.
- BAYRAK,Ece :“Klinik Laboratuvarlarda Kalite”, **Modern Hastane Yönetimi Dergisi**, C. 2, S. 7, Ekim-1998.

Ümit Şahin

BERBEROĞLU, Güneş :“Örgüt Kültürü ve Yönetmel Etkinliğe Katkısı”,
Anadolu Üniversitesi İ.İ.B.F. Derg., C. VIII,
S, 1-2, 1990.

BİLALOĞLU,Eriş :“Kurum Örnekleri: Ankara Üniversitesi Tıp
Fakültesi”, **Toplum ve Hekim**, C. 10, S. 69-70,
S. 75, 1995.

BOZDEMİR, Nafiz ve
SAATÇİ, Esra : **Aile Hekimliği Ders Notları**, Adana:
Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Yayın No: 33,
1997, S.10

BOZKURT, Rıdvan :“Hizmet Endüstrilerinde Kalite”, **Verimlilik
Dergisi**, Toplam Kalite Özel Sayı, 1995.

BOZKURT, Rıdvan ve
ODAMAN,Aynur :**ISO 9000 Kalite Güvence Sistemleri**,
Ankara: MPM Yayın No: 549, 1997.

CALDWELL,Chip :**Sağlık Kuruluşlarında Stratejik Yönetim**
(Çev. Osman AKINHAY), İstanbul: Sistem
Yayıncılık No: 184, 1998.

CEMALCILAR, İlhan ve diğ. :**İşletmecilik Bilgisi**, Eskişehir: İşitme Özürlü
Çocuklar Eğitim ve Araştırma Vakfı Yayın No: 3,
1993.

- Hastane İşletmeciliği
- ÇATALCA, Hasan :“Türkiye’deki Özel Ve Kamu Hastanelerinde İstatistik Kullanımına İlişkin Karşılaştırmalı Bir Araştırma”, **Modern Hastane Yönetimi Dergisi**, C. 2, S. 4, Mayıs-1998.
- ÇORUH, Mithat (Ed.) :**Sağlık Sektöründe Toplam Kalite Yönetiminin Yeri**, Ankara: Haberal Eğitim Vakfı Yayını, 1995.
- ÇORUH, Mithat (Ed.) :**Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi ve Performans Ölçümü**, Ankara: Haberal Eğitim Vakfı Yayını, 1997.
- ÇORUH, Mithat (Ed.) :**1.Basamak Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi**, Ankara: Haberal Eğitim Vakfı Yayını, 1996.
- ÇORUH, Mithat (Ed.) :**Sağlık Yönetiminde Devamlı Kalite İyileştirme**, Ankara: Haberal Eğitim Vakfı Yayını, 1998.
- ÇORUH, Mithat :“Toplam Kalite Yönetimine Nasıl Geçilebilir”, **Modern Hastane Yönetimi Dergisi**, S. 3, Kasım-1997.
- ÇORUH, Mithat :“1.Basamak Sağlık Hizmetlerinde Kalite Yönetimi” İçinde; a.y. (der.), **1.Basamak Sağlık Hizmetlerinde TKY’ i Sempozyumu**, Ankara, 1996.
- ALOĞLU, Ersen; DİNÇER,

- Ümit Şahin
Tevfik ve ŞAHİN, İsmet :“Yatış Süresine ve Varyansına Etki Eden Faktörlerin Kontrol Edilebilirliği” , **Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi**, C. III, S. 1, 1995.
- DONABEDIAN, Avadenis :“Kalite Güvencesi”, **Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi** , C.1, S.1, Kış-1992.
- DONABEDIAN, Avadis :“Bakım Kalitesi ve Maliyeti Konularında Mesleki Sorumluluk”, **Hacettepe Üniversitesi Sağlık İdaresi Derg.** , C. 2, 1993.
- EREFE,İnci :“Sağlık Hizmetlerinde Standart ve Kalitenin Önemi”, İçinde: a.y. (der.), **Kalite Maliyet ve Hemşirelik Sempozyumu**, İzmir: 1994
- ERSOY, Korkut ve
KAVUNCUBAŞI, Şahin :“Hastane Yönetimi ve Halkla İlişkiler”, **Amme İdaresi Dergisi**, C. V, S. 2 Haziran, 1971.
- HARDSON T.W. ve diğerleri :**Mükemmele Ulaşmanın Yolları**, İstanbul: İpek Kağıt San. ve Tic. A.Ş. Yayını, 1997.
- HASSAN,William E. :**Hastane Eczacılığı**, (Çev. BÜYÜKBİNGÖL, Erdem ve Diğ.), Ankara: Ankara Üniversitesi Basımevi, 1985.
- KALKAY, M. Nuri :**Çağdaş Hekimliğin Sorunları**, İstanbul: Tıbbi Kitaplar Dağıtım Servisi, 1981.
- KARAGÖZ,İrfan :**Tıbbi Teknoloji Yönetimi**, Ankara: Haberal Eğitim Vakfı Yayını, 1998.

- KARAHAN,Ömer :“Hastanelerde Finans ve Kontrat Yönetimi”,
Modern Hastane Yönetimi, S. 3, Kasım-1997
- KAVRAKOĞLU,İbrahim :**Değişim ve Yaratıcılık**, Ankara: Kalder
Rekabetçi Yönetim Dizisi No: 4, 1997.
- KAVRAKOĞLU,İbrahim :**Kalite**, Ankara: Kalder Rekabetçi Yönetim Dizisi
No: 1, 1996.
- KAVRAKOĞLU,İbrahim ve
BALKIR,Melike :**ISO 9000 Deneyimi**, Ankara: Kalder Yayın No:
11, 1996.
- KAVUNCUBAŞI, Şahin ve
Ersoy, KORKUT :“Hastanelerde Teknik Verimlilik Ölçümü”, **Amme
İdaresi Dergisi**, C. 28, S. 3, Eylül-1995.
- KAYA, Sıdıka :“Hastanelerde Örgütsel Çatışmanın Nedenleri”,
**Hacettepe Üniversitesi Sağlık İdaresi
Dergisi**, C. 1, S. 1, Kış-1992.
- KAYA, Sıdıka ve
AKGÜN,Ahmet :“Hacettepe Üniversitesi Uygulama Hastanesinde
Personel Devri”, **Hacettepe Sağlık İdaresi
Dergisi**, C. 1, S. 1, 1992

- Ümit Şahin
KISAER, Hülya :“Hastanelerde Maliyet-Etkinlik ve Performans Analizi”, İçinde: **1.Verimlilik Kongresi**, Ankara: MPM Yayın No: 454, 1991.
- KİYMİR, Bülent : “Hastane Yönetiminde Toplam Kalite Modeli” **Sağlık Yönetiminde Toplam Kalite İyileştirme Sempozyumu-Bildiriler**, Ed. Mithat ÇORUH, Ankara: Haberal Eğitim Vakfı Yayını, 1997, s.178
- KOÇEL, Tamer :**İşletme Yöneticiliği**, 4. B., İstanbul: Beta Basım Yayım Dağıtım A.Ş., 1993.
- KOÇEL, Tamer :**İşletme Yöneticiliği**, İstanbul: İstanbul Üniversitesi Yayın No: 2998, 1982, S.180-187
- MENDERES, Münevver :**Hastanelerde Maliyet Muhasebesi ve Mali Analiz**, Eskişehir: A.Ü. Yayın No: 812, A.Ö.F. Yayın No: 42, Ekim-1994.
- MENDERES, Münevver :“Sağlık Kurumlarında Muhasebenin Önemi”, **Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi**, C. 1, S. 1, 1992.
- MENDERES, Münevver ve
ERSOY, Korkut :“Genel Sistem Kuramı ve Sağlık Sistemi”, **Hacettepe Üniversitesi Sağlık İdaresi Dergisi**, C. 11. 1993.

- Hastane İşletmeciliği
- MERGEN, Erhan : "Toplam Kalite Yönetimi", **Eskişehir Anadolu Üniversitesi İ.İ.B.F. Dergisi**, C. XI, 3.1-2, 1993.
- KALKAY, Nuri : **Çağdaş Hekimliğin Sorunları**, İstanbul: Tıbbi Kitaplar Dağıtım Servisi, S. 93, 1981.
- ODACIOĞLU, Yaşar ve ŞAHİN, Ümit : "Hastane İşletmeciliğinde Kalite Kavramı, TKY ve ISO-EN-TSE 9001 KGS Bağlımlarında Halkla İlişkilerin Önemi", **Medikal Teknik**, S. 142, Mayıs-1998
- ODABAŞI, Yavuz : **Sağlık Hizmetleri Pazarlaması**, Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayın No: 799, S. 28, 1994.
- ÖNDER, Murat : "Toplam Kalite Yönetimi", **Türk İdare Dergisi**, S.416, Eylül-1997.
- ÖZALP, Sinan : **Hastanelerde Kalite Sağlama Sistemleri**, Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi, Ders Notları, 1996.
- ÖZGEN, Hacer : "Sağlık Bakım Hizmetlerinde Kalite Nedir? Hasta Tatmin Boyutuyla İlgili Bir Değerlendirme", **Toplum ve Hekim Dergisi**, C. 10, S. 69-70, Eylül-Aralık, 1995.

- Ümit Şahin
ÖZKUL,A. Ekrem :**Sağlık Sistemleri Planlama ve Kontrolü**,
Eskişehir: A.Ü. Yayın No: 819: A.Ö.F. Yayın No:
429, Ekim 1994.
- PEŞKİRCİOĞLU,Nurettin :“Toplam Kalite Yönetimi ve Katılımcılık”,
Verimlilik Dergisi, Toplam Kalite Özel Sayı,
1995.
- SALGAR,Kürşat ve
SUR,Haydar :“Hastane Acil Birimleri Örgütlenmesinde Dikkat
Edilmesi Gerekenler”, **Modern Hastane
Yönetimi Dergisi**, C. 2, S. 7, Ekim-1998.
- SÖNMEZ,Işık :“Akılcı İlaç Kullanım” **Sağlıkta Strateji**
(1997/13), S.11.
- SÜRÜCÜ,Aysel
ÜNLÜOĞLU,İlhami ve
ŞAHİN,Ümit :“Hastane İşletmeciliğinde Eczane Hizmetlerinin
Önemi”, **Medikal Teknik**, S. 144, Temmuz-
1998.
- ŞAHİN ,Ümit :**Hastane İletmeciliğinde Verimlilik
Yönünden Halkla İlişkilerin Önemi ve
Osmangazi Üniversitesi Eğitim, Uygulama
ve Araştırma Hastanesinin Örgüt Yapısı
İçinde Halkla İlişkilerin Yeri**; (Yayınlanmamış
Yüksek Lisans Tezi) Eskişehir: Anadolu
Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, S. 5, 1998.

- Hastane İşletmeciliği
- ŞAHİN ,Ümit :“Ülkemiz Hastanelerinde Kalite Yönetimi Niçin Önemli?”, **Modern Hastane Yönetimi**, C. 2, S. 8, Kasım-1998.
- ŞAHİN ,Ümit :“Hastane İşletmeciliğinde Örgütsel Performans Göstergelerini Arttırıcı Bir Uygulama Olarak Halkla İlişkilerin Önemi”, **Medikal Teknik**, S. 139, Şubat-1998.
- SEÇİM,Hikmet :**Hastane Yönetimi ve Organizasyonu**, İstanbul: İşletme Fakültesi Yayın No: 252, 1991, S.23-24
- SEÇİM,Hikmet :**Hastane Yönetimi ve Organizasyonu**, Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayın No: 130, S.18, 1995.
- SEÇİM,Hikmet :**Hastanelerde Halkla İlişkiler**, Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayın No: 765, 1994
- SEÇİM,Hikmet :**Hastane Yönetimi ve Organizasyonu. Türkiye’de Hastanelerin Organizasyonu İçin Bir Model Önerisi**, İstanbul: İşletme Fakültesi Yayın No: 252: İşletme İktisadi Enstitüsü Yayın No: 145, 1991.
- SEÇİM,Hikmet :“Hastanelerde Verimlilik Arttırma Yöntemleri (İş Ölçümüne Dayalı Kadrolama)”, **Verimlilik Dergisi**, C. 17, S. 1,1988.

- Ümit Şahin
SEÇİM,Hikmet :“Hastanelerde Verimlilik Yükseltici Uygulamalar:
Eşdeğer Ucuz İlaç Uygulaması”, **Eskişehir
Anadolu Üniversitesi İktisadi ve İdari
Bilimler Fakültesi Dergisi**, C. IX, S. 1-2, 1991.
- SEÇİM,Hikmet :**Hastane İşletmeciliği (Seçme Yazılar)**,
Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayın No: 845,
1995
- SEÇİM,Hikmet ve
BERBEROĞLU, Güneş :“Yönetim ve Organizasyonda Rol Kavramı”,
**Eskişehir Anadolu Üniversitesi İktisadi ve
İdari Bilimler Fakültesi Dergisi**, C. V, S. 2,
1987.
- SEÇİM,Hikmet ve
PEKELMAN, Talat :“Hastanelerde Verimlilik Yükseltici Uygulamalar:
Biyomedikal Mühendislik Hizmetleri”, İçinde:
Hikmet SEÇİM (der.), **Hastane İletmeciliği
(Seçme Yazılar)**, Eskişehir: A.Ü. Yayın No: 845,
A.Ö.F. Yayın No: 449, 1985.
- SIMPSON Jenny, :“Doktorlar ve Yönetim Sıkıntı Nedeni?” **Toplum
ve Hekim**, C.12, S.80, Temmuz-Ağustos 1997,
S.68-69
- SMİTH,Brian Abel :“Genel Sağlık Sigortalı Uluslararası
Deneyiminden Çıkarılan Dersler”, **Hacettepe
Sağlık İdaresi Dergisi**, C. 2, S. 11, 1993
- Ken BLANCHARD, J.P. CARLOS, A. RONDOLPH, **Yetki devri**, Çev. Gülümser
DOKUTAN, Epsilon Yayıncılık Hiz. Tic. San. Ltd. Şti., 1996

..... Hastanelerde Standartları Oluşturmanın Hastaneler, Sağlık Personeli ve Kullanıcı Olan Hastalar Açısından Olumlu ve Olumsuz Yanları İle Ülkemizde Bir Akreditasyon Kurumunun Yararları-Forum, **Modern Hastane Yönetimi**, C. 2, S. 8, Kasım-1998

TSE Kalite Güvence Yönetimi: Eğitim Kitabı, Ankara: 1995

Belgelerle ISO 9000 :Atilla BARIAÇIK (der.) Eskişehir: Bilim Teknik Yayınevi, 1995.

Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği, Ankara: SSYB Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü Yayın No: 499,1983.

1.Ulusal Sağlık Kuruluşları ve Hastane Yönetimi Sempozyumu, İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi Rektörlük Matbaası, 1995

Kamu Sağlık Kurumlarının İşletme Sorunları, Çalışma Grupları Raporları, Ankara: SB Yayınları, 1992.

Ulusal Sağlık Politikası, Ankara: SB. Sağlık Proje Genel Koordinatörlüğü Yayınları, 1993.

Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yıllığı-1994, Ankara: 5. B. Yayın No: 566, 1995.

Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yıllığı-1995, Ankara: SB Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü Yayın No: 580, 1996.

ÇÖZÜM ORTAĞINIZ

Ümit Şahin

HASTANELERDE
KALİTE VE VERİMLİLİK
HASTANELERDE
KALİTE VE VERİMLİLİK
YÖNETİMİ İÇİN
PAKET PROJELER-ÇÖZÜMLER



SAĞLIK KURUMLARI İÇİN GÜNLÜK VE/VEYA HAFTALIK EĞİTİMLER

SAĞLIK KURUMLARI İÇİN ISO 9001.2000 KALİTE YÖNETİM SİSTEMLERİ
DANIŞMANLIK HİZMETLERİ

20 Yüzyılda 4 büyüme sektörü sırasıyla şöyledir.Hükümet,sağlık,eğitim ve boş zamanlar.Bunların hepsi de gelişmiş bir ekonominin hatta en kapitalist olanının bile ,yarısından fazlasını oluştururlar.Bunlar ,serbest piyasada değildirler,ekonomistlerin arz ve talep kurallarına göre işlemezler,kendilerine özgü fiyat duyarlılıkları yoktur.Bunlar gelecek on yılda mutlaka çok büyük değişikliklere uğrayacaklardır.(DRUCKER,1999)

SAĞLIK KURUMLARI İÇİN GÜNLÜK VE/VEYA HAFTALIK EĞİTİMLER

ISO 9001.2000 KALİTE YÖNETİM SİSTEMİ TEMEL EĞİTİMİ:

3 günlük ve toplam 24 saatten oluşan bu eğitim paketi ile ISO 9001.2000 Kalite Yönetim sistemi çalışmalarını yürütecek 30 kişilik gruba standardın hastanelere nasıl uyarlanacağı konusunda bilgi ve benzer kurumlardaki uygulama tecrübeleri örnek dokümanlarla desteklenerek anlatılacaktır.Ayrıca bu eğitimi alan kuruma 6 ay süre ile Internet ağı üzerinden ücretsiz online danışmanlık hizmeti ücretsiz olarak verilecektir.

Eğitim bedeli:3.000.000.000 +KDV

ISO 9001.1994 VERSİYONUNDAN ISO 9001.2000 KALİTE YÖNETİM SİSTEMİNE GEÇİŞ EĞİTİMİ:

3 günlük ve toplam 24 saatten oluşan bu eğitim ile 1994 versiyonuna sahip hastanenin sistemini ISO 9001.2000 KALİTE YÖNETİM SİSTEMİ'NE adapte edebilmesi için neler yapması gerekeceği sorusu yanıtlanacaktır.Kurum tarafından belirlenen mekanda ve yine kurum yönetimi tarafından belirlenecek 30 kişilik personel grubuna inter aktif eğitim yöntemi ile sunulacaktır.! Gün teorik ve iki gün 1994 versiyonu yapısının analizi ve 2000 versiyonuna nasıl geçilecek sorusuna cevap verecek pratik uygulamalar anlatılacaktır.Ayrıca bu eğitimi alan kuruma 6 ay süre ile Internet ağı üzerinden ücretsiz online danışmanlık hizmeti ücretsiz olarak verilecektir.

EĞİTİM BEDELİ:3.000.000.000 +KDV

DİĞER EĞİTİM PROGRAMLARININ BAŞLIK VE SÜRELERİ:

SAĞLIK KURULUŞLARINDA ENDÜSTRİ PSİKOLOJİSİ (PROBLEM ÇÖZME,ÇATIŞMA YÖNETİMİ,HASTA VE YAKINLARI İLE İLETİŞİM,PERSONEL ARASI İLETİŞİM,TAKIM ÇALIŞMASI,LİDERLİK)

ISO 9001:2000 KALİTE YÖNETİM SİSTEMİ KURULUŞ İÇİ KALİTE TETKİKÇİ EĞİTİMİ (2 GÜN 16 SAAT)

Bu eğitimlerin günlük bedeli 1.250.000.000 TL'dir

SAĞLIK KURUMLARI YÖNETİMİ:KALİTE VE ISO 9000 CD'Sİ

YAZARIN HASTANE YÖNETİMİ VE KALİTE KONULARINDA ÇEŞİTLİ DERGİ-GAZETELERDE YAYINLANMIŞ,MAKALELERİ, ÇEŞİTLİ SEMPOZYUMDA SUNULMUŞ BİLDİRİLER ISO 9000 İLETİŞİM PROBLEM ÇÖZME KURULUŞ İÇİ KALİTE TETKİKİ GİBİ KONULARDA HAZIRLANMIŞ 10 ADET POWER POINT SUNUSU NA YER VERİLMİŞTİR

BU CD DE YER ALAN BİLGİ VE ÖRNEKLERLE İLE HERHANGİ BİR SAĞLIK KURUMU ÇOK RAHAT BİR ŞEKİLDE 1994 VERSİYONUNDAN 2000 VERSİYONUNA GEÇİŞ YAPABİLİR VEYA 1994 VERSİYONUNA SAHİP DEĞİL İSE DİREKT 2000 VERSİYONUNA UYGUN BİR KALİTE YÖNETİM SİSTEMİNİ KURABİLİR

örnek kalite el kitabı,örnek prosedürler,TALİMATLAR,İŞ AKIŞ ŞEMALARI,PROSES İLİŞKİLERİ ŞEMASI,PROSES PERFORMANS GÖSTERGE TAKİP FORM VE RAPORLARI

CD:FİYATI:60.000.000+KDV

SAĞLIK KURUMLARI İÇİN ISO 9001:2000 KALİTE YÖNETİM SİSTEMLERİ DANIŞMANLIK HİZMETLERİ :

SAĞLIK SEKTÖRÜNDE GEREK 1994 VERSİYONU GEREKSEDE 2000 VERSİYONU KURULUŞ DENEYİMİNE SAHİP UZMANLARIMIZ İLE ETÜT , ISO 9001:2000 KALİTE YÖNETİM SİSTEMİNİN ETKİN KURULUMU İÇİN EN GÜVENİLİR DANIŞMANLIK HİZMETLERİNİ SUNMAK MİSYONU İLE SİZLERE MERHABA DEMEKTEDİR.GARANTİMİZ REFARANS LİSTEMİZDE SUNULAN KURUMLARDIR.

EĞİTİCİLER

Ü M İ T Ş A H İ N (Seminer Koordinatörü ve Eğitimcisi)

1965 yılında Samsun KAVAK' da doğdu. İlk orta ve lise eğitimini aynı ile bağlı Havza ilçesinde tamamladı. 1983 yılında Hacettepe Üniversitesi Sağlık İdaresi Yüksekokuluna kayıt yaptırarak 1987 yılında mezun oldu.1997 yılında Anadolu Üniversitesi Hastane Ve Sağlık Kuruluşları Yönetimi Yüksek Lisans Programını tamamladı.

Osmangazi Üniversitesi:Hastane Müdür Yardımcısı (1997-1998),Bütçe Plan Ve İdari İşler Müdürlüğü (1998-2000),Kalite Bölüm Sorumlusu (1997-1999).Hastane ISO 9001:1994 Belgesini alan ikinci üniversite ve 3.kamu hastanesi olmuştur.

Eskişehir Doğumevi Hastanesi: ISO 9001:2000 Danışmanlığı (Ekim 1999 – Mart 2000),Hastane ülkemizde bu belgeyi alan 2. sağlık Bakanlığı Hastanesi olmuştur.

SSK Tavşanlı ve İzmit Bölge Hastaneleri: (Mayıs 2002-haziran 2003) ISO 9001:2000 Kalite Yönetim Sistemi danışmanlığı.SSK Tavşanlı Hastanesi TSE dışındaki belgelendirme kuruluşlarından belge alabilen ilk kamu kurumu ve ilk kamu hastanesi olmuştur

Eskişehir Devlet Hastanesi: (Mayıs 2002-) ISO 9001:2000 Kalite Yönetim Sistemi danışmanlığı

Kütahya Devlet Hastanesi,Kütahya Sağlık Müdürlüğü Ve Tavşanlı Devlet Hastaneleri: (Temmuz 2002-) ISO 9001:2000 Kalite Yönetim Sistemi danışmanlığı

İREM Kuruluş ve Yönetimi (Ağustos 2000-Ekim 2002):

İREM'İN açılışı için gerekli olan tıbbi ve diğer ekipmanın satın alınması, işleyiş sisteminin oluşturulması,iş akışları ve görev tanımlarının oluşturularak, yazılı hale

Ümit Şahin

getirilmesi,tüm personelin seçimi ve eğitimlerinin sağlanması.İrem'in ISO 9001 Kalite Yönetim Sisteminin Kurulması.İREM'İN yönetim kuruluna karşı temsili.

Hastane İşletmeciliğinde Kalite ve Hastane İşletmeciliği-1 isimli yayınlanmış kitapları ile Hastanelerde ISO 9001:2000 Kalite Yönetim Sistemi:Örnek Kek ve dökümanlar,Hastane İşletmeciliği-2 konulu yayına hazır kitapları vardır.Ayrıca,Şimdiye değin hastane yönetimi ve kalite konularında 100 kadar çeşitli dergi ve kongrede yayınlanmış çalışması bulunmaktadır.

Çeşitli Kamu- özel sağlık kurum ve üniversitelerinde verilmiş 200 saatin üzerinde kalite eğitimleri vermiştir.

REFERANSLARIMIZ:

Eskişehir Doğumevi Hastanesi: ISO 9001:2000 Danışmanlığı (Ekim 1999 – Mart 2000),Hastane ülkemizde bu belgeyi alan 2. sağlık Bakanlığı Hastanesi olmuştur.

SSK Tavşanlı Hastanesi

İzmit Bölge Hastanesi

Eskişehir Devlet Hastanesi

Kütahya Devlet Hastanesi

Kütahya Sağlık Müdürlüğü

Tavşanlı Devlet Hastanesi

İREM Kuruluş ve Yönetimi

Başvuru İçin:Etüt

Usahin1965@hotmail.com.

05337340307 -0222 2192880