



T.C.

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ

SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

DOKTORA TEZİ

**TÜRKİYE'DE SAĞLIK HİZMET KALİTESİ İÇİN
KULLANILAN ÖLÇEKLERİN KARŞILAŞTIRMALI ANALİZİ
YAPILARAK POST-MODERN İŞLETME YÖNETİMİ
YAKLAŞIMLARINA UYGUN VE ÖZGÜN BİR SAĞLIKTA
KALİTE ÖLÇÜM MODELİNİN GELİŞTİRİLMESİ**

SİNEM CECE

YÖNETİM VE STRATEJİ DOKTORA PROGRAMI

DANIŞMAN
Dr.Öğr.Üyesi İlker KÖSE

İSTANBUL-2022



T.C.
İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
DOKTORA TEZİ

**TÜRKİYE’DE SAĞLIK HİZMET KALİTESİ İÇİN
KULLANILAN ÖLÇEKLERİN KARŞILAŞTIRMALI ANALİZİ
YAPILARAK POST-MODERN İŞLETME YÖNETİMİ
YAKLAŞIMLARINA UYGUN VE ÖZGÜN BİR SAĞLIKTA
KALİTE ÖLÇÜM MODELİNİN GELİŞTİRİLMESİ**

SİNEM CECE

YÖNETİM VE STRATEJİ DOKTORA PROGRAMI

DANIŞMAN
Dr.Öğr.Üyesi İlker KÖSE

İSTANBUL-2022

BEYAN

Doktora tezi olarak hazırladığım ‘‘Türkiye’de Sağlık Hizmet Kalitesi İçin Kullanılan Ölçeklerin Karşılaştırmalı Analizi Yapılarak Post-Modern İşletme Yönetimi Yaklaşımlarına Uygun ve Özgün Bir Sağlıkta Kalite Ölçüm Modelinin Geliştirilmesi’’ adlı çalışmamı, ilmi ahlak ve geleneklere aykırı düşecek bir yardıma başvurmaksızın yazdığımı ve faydalandığım eserlerin bibliyografyada gösterdiklerimden ibaret olduğunu, bunlara atıf yaparak yararlanmış olduğumu belirtir ve bunu şeref ve haysiyetimle doğrularım.

Sinem CECE

TEŞEKKÜR

Bu çalışma Türkiye Bilimsel ve Teknolojik Araştırma Kurumu (TÜBİTAK) tarafından 1002-Hızlı Destek Programı ile desteklenen ARDEB-120S663 numaralı proje kapsamında verilen hibe ile desteklenmiştir. Çalışmanın TÜBİTAK projesine dönüştürülmesi için beni destekleyen ve yardımlarını esirgemeyen Tuğçe Naz TÜRKAY'a öncelikle teşekkür ederim. Çalışmada destek ve katkısı bulunan sağlık profesyonellerimiz Dr.İsmail ŞİMŞEK, Dr.Ömer KOÇAK, Dr.Kemal OKTAY, Medine YETİM, Arzu GÜMÜŞ, Çiğdem ÇELİKÇÖP, Gülşen AKHAN ATAK, İsmail ÇOBAN, Songül YORGUN, Veysel YAŞAR'a destek ve katkıları için teşekkür ederim.

Çalışmaya bilgi ve tecrübeleri ile katkı sağlayan değerli çalışma arkadaşlarım Senanur SEYHAN ve Songül YENER'e,

Doktora eğitimim boyunca her zaman yanımda olan sevgili eşim Oğuz CECE'ye, biricik kızım Almila'ya, desteklerini benden esirgemeyen anneme,babama ve kız kardeşime,

Tez çalışmamda bana yol gösteren ve akademik serüvenimde desteğini esirgemeyen tez danışmanın değerli Dr.Öğr.Üyesi İlker KÖSE'ye, değerli hocam Doç.Dr.Elif BAYKAL'a ve Doç.Dr. Ali ARSLANOĞLU'na,

Sevgi, saygı ve teşekkürlerimi sunarım..

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER	i
KISALTMALAR LİSTESİ.....	iv
ŞEKİLLER LİSTESİ	v
TABLolar LİSTESİ.....	vi
ÖZET	vii
ABSTRACT.....	viii
GİRİŞ	1
BİRİNCİ BÖLÜM	4
TEMEL KAVRAMLAR ve KALİTE ÖLÇÜM MODELLERİ.....	4
1.1. Kalite Kavramı	4
1.2. Hizmet Sektöründe Kalite Kavramı	5
1.2.1. Hizmet Sektöründe Kalite Ölçüm Modelleri	6
1.2.1.1. Algılanan Hizmet Kalitesi Modeli	7
1.2.1.2. Servqual Model	8
1.2.1.3. Servperf Modeli	10
1.2.1.4. Kritik Olaylar Tekniği.....	10
1.3. Sağlıkta Kalite Kavramı.....	11
1.3.1. Sağlıkta Kalite.....	12
1.3.2. Sağlıkta Kalite ile Yakın İlişkili Kavramlar.....	12
1.3.2.1. Sağlıkta Verimlilik.....	12
1.3.2.2. Hasta Güvenliği.....	13
1.3.2.3. Hasta Memnuniyeti	14
1.3.2.4. Sağlık Çalışanı Güvenliği	14
1.3.2.5. Sağlık Çalışanı Memnuniyeti.....	14
1.4. Sağlıkta Kalite Ölçüm Modelleri	15
1.4.1. Türkiye’de Sağlıkta Kalite Ölçümünün Gelişimi	15
1.4.2 Joint Comission International (JCI)	16
1.4.2.1. JCI Süreci	17
1.4.2.2. JCI Standartları.....	19
1.4.2.3. JCI ile Kalite Ölçümü.....	21
1.4.3. Sağlıkta Kalite Standartları (SKS)	21
1.4.3.1. SKS Süreci	22
1.4.3.2. Sağlıkta Kalite Standartları- Hastane	24

1.4.3.3. Sağlıkta Kalite Standartları (SKS) ile Kalite Ölçümü.....	26
1.4.4. Healthcare Information and Management Systems Society (HIMSS)	27
1.4.4.1. HIMSS-EMRAM Seviyeleri	28
1.4.4.2. HIMSS-EMRAM Süreci	29
1.4.4.3. HIMSS-EMRAM Standartları	29
1.4.4.4. HIMSS-EMRAM ile Kalite Ölçümü	31
1.4.5. SKS, HIMSS-EMRAM ve JCI'nın Değerlendirme Şekillerinin Karşılaştırılması	31
1.4.6. Literatürde Sağlıkta Kalite Ölçüm Modellerinin Karşılaştırılması	33
İKİNCİ BÖLÜM.....	43
YÖNETİM YAKLAŞIMLARI.....	43
2.1. Yönetim Yaklaşımlarının Gelişimi	43
2.1.1. Klasik Yönetim Yaklaşımı	44
2.1.2. Neo-Klasik Yönetim Yaklaşımı	45
2.1.3. Modern Yönetim Yaklaşımı.....	46
2.1.4. Post-modern Yönetim Yaklaşımları.....	47
2.1.4.1. Çevreye Uyum ve Değişim ile İlgili Yaklaşımlar.....	47
2.1.4.2. İşletmenin Bütünü Etkileyen Yaklaşımlar	53
2.1.4.3. İşletmeyi ve Çalışanı Etkileyen Yaklaşımlar	65
2.1.4.4. Post-modern Yönetim Yaklaşımlarının İşletmelere Etkisi	67
ÜÇÜNCÜ BÖLÜM	69
HASTANELERDE UYGULANAN YÖNETİM MODELLERİ	69
3.1. Dünyada Öne Çıkan Yönetim Modelleri	69
3.2. Türkiye'deki Hastane Yönetim Modelleri	71
3.2.1. Kamu -Özel Ortaklığı.....	72
3.2.1.1. Şehir Hastaneleri	73
3.2.2. Üniversite Hastaneleri.....	74
3.2.2.1. Afiliasyon.....	74
3.2.3. Kamu Hastaneleri.....	76
3.2.4. Özel Hastaneler	77
3.3. Kalite Çalışmalarının Post-Modern Yönetim Modelleri İle İlişkisi.....	78
3.3.1. Literatüre Göre Post-modern Yönetim Yaklaşımlarının Kaliteye Etkisi.....	78
3.3.2. Sağlık Kalite Ölçüm Modellerinde Post-Modern Yönetim Anlayışını Yeri....	79
DÖRDÜNCÜ BÖLÜM.....	81
YÖNTEM - METODOLOJİ ve VERİ ANALİZİ.....	81
4.1. Kullanılacak Dokümanların Kritik Edilmesi	81

4.2. Karşılaştırmalı Yöntem	82
4.2.1. Kavramsal Karşılaştırma.....	83
4.2.1.1. Metin Madenciliği.....	86
4.2.2. Süreç Karşılaştırma	94
4.2.3. Kriter Karşılaştırma.....	96
4.2.4. Kritik Analitik Tablonun Oluşturulması	102
4.3. Sağlıkta Kalite Ölçüm Modelleri İçin PMYY ile Uyumlu Standart ve Gösterge Seti Önerisi.....	109
4.3.1. Delphi Tekniği	109
4.3.2. Gösterge ve Standart Önerilerinin Geliştirilmesi.....	113
4.3.3. Önerilen Standartların SKS, HIMSS-EMRAM ve JCI İçin Uyarlanması	120
SONUÇ	122
KAYNAKÇA.....	128

KISALTMALAR LİSTESİ

SKS	: Sağlıkta Kalite Standartları
JCI	: Joint Comission International
HIMSS-EMRAM	: Health Information Management System Society
EMRAM	: Electronic Medical Record Adoption Model
PMYY	: Post-Modern Yönetim Yaklaşımı
HMO	: Health Management Organization
NHS	: National Health System
DY	: Durumsallık Yaklaşımı
ÖSY	: Örgütsel Strateji Yaklaşımı
BİY	: Bilgi İşleme Yaklaşımı (BİY)
KY	: Kurumsallaşma Yaklaşımı (KY)
ÖEY	: Örgütsel Ekoloji Yaklaşımı (ÖEY)
TKYY	: Toplam Kalite Yönetimi Yaklaşımı (TKYY)
DKYY	: Dış Kaynaklardan Yararlanma Yaklaşımı (DKYY)
BY	: Benchmarking Yaklaşımı (BY)
EY	: Empowerment Yaklaşımı (EY)
ÖOY	: Öğrenen Organizasyon Yaklaşımı (ÖOY)
SUY	: Seri Uyarlama Yaklaşımı (SUY)
BSY	: Balance Scorecard Yaklaşımı (BSY)
YYEY	: Yeni ve Yeşil Ekonomi Yaklaşımı (YYEY)
YY	: Yönetişim Yaklaşımı (YY)
İDY	: İşletme DNA'sı Yaklaşımı (İDY)

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1: Türkiye'nin Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Sürecinde Dönüm Noktaları	16
Şekil 2: Yönetim Yaklaşımları	44
Şekil 3: Post-Modern Yönetim Yaklaşımları	47
Şekil 4: Araştırmanın Aşamaları ve Kullanılacak Yöntemler	81
Şekil 5: Sınıflandırma aşamaları (Classification phases)	87
Şekil 6: KNIME text mining model	88
Şekil 7: Sık Kullanılan Kelimeler-Kelime Bulutu	90
Şekil 8: Standart veya Gösterge Önerisi Yapılan Post-Modern Yönetim Yaklaşımları	114



TABLolar LİSTESİ

Tablo 1: SKS Hastane Boyut ve Bölümleri	24
Tablo 2: HIMSS-EMRAM Seviyeleri	29
Tablo 3: SKS, HIMSS-EMRAM, JCI Değerlendirme Süreçleri	32
Tablo 4: Literatürdeki Benzer Çalışmalar ve Kullanılan Yöntemler	40
Tablo 5: Türkiye’de Faaliyet Gösteren Şehir Hastaneleri	73
Tablo 6: Türkiye’de Faaliyet Gösteren Hastane Sayısı	76
Tablo 7: JCI-SKS ve HIMSS-EMRAM Dokümanları Kavramsal Karşılaştırma Tablosu	84
Tablo 8: SKS, JCI ve HIMSS-EMRAM Dokümanları Kavramsal Karşılaştırma Yüzdeler Dağılımı	86
Tablo 9: Unigram SKS, JCI ve HIMSS-EMRAM Dokümanları	89
Tablo 10: 2N-gram SKS, HIMSS-EMRAM ve JCI Dokümanları	91
Tablo 11: 3N- gram SKS, HIMSS-EMRAM ve JCI	93
Tablo 12: SKS, HIMSS-EMRAM ve JCI Sık Kullanılan Kelimeler Benzerlik Oranları	94
Tablo 13: SKS, JCI ve HIMSS-EMRAM Dokümanları Süreç Karşılaştırma Tablosu	95
Tablo 14: SKS, JCI ve HIMSS-EMRAM Dokümanları Süreç Karşılaştırma Yüzdeler Dağılımı	96
Tablo 15: SKS, JCI ve HIMSS-EMRAM Dokümanları Kriter Karşılaştırma Tablosu	97
Tablo 16: SKS, JCI ve HIMSS-EMRAM Dokümanları Kriter Karşılaştırma Yüzdeler Dağılımı	101
Tablo 17: SKS, JCI ve HIMSS-EMRAM Dokümanları Kavram, Kriter ve Süreç Karşılaştırma Yüzdeler Dağılımı	101
Tablo 18: Kritik Analitik Değerlendirme Tablosu	103
Tablo 19: Değişkenlerin Normallik Testi (Shapiro-Wilk)	111
Tablo 20: JCI, SKS ve HIMSS-EMRAM Kriterlerinin Eşleştirildiği Post-Modern Yönetim Yaklaşımları İle Uyumluluk Tablosu	112
Tablo 21: Standart ve Gösterge Önerileri	115

ÖZET

Kalite standartları; sağlık hizmetlerinin dinamik yapısının yönetilmesini, belirsizliklerin azaltılmasını ve hataların önlenmesini sağlayan bir unsurdur. Çünkü kalite; ölçme, değerlendirme ve sürekli iyileştirme esaslarına bağlıdır. Kalite kavramı, kalite yönetim modelleri, kalite ölçüm modelleri ve kalite iyileştirme araçlarını içermektedir. Bu kapsamda hastayı merkeze alan, hasta güvenliğini amaçlayan ve hizmetlerin kalitesini sürekli iyileştirerek yaşam kalitesini ve sunulan hizmet kalitesini iyileştirmeyi hedefleyen bir hizmet anlayışı ortaya konulmaya çalışılmaktadır. Türkiye’de sağlık hizmet kalitesinin ölçümünde kullanılan ulusal ve uluslararası modeller bulunmaktadır. Bu modeller, vaka bazlı ve gösterge bazlı olarak iki gruba ayrılmaktadır. Bu çalışmada Türkiye’de yaygın olarak kullanılmakta olan gösterge bazlı (SKS-Hastane Versiyon 6, HIMSS-EMRAM Preparatory Guide 2020, JCI Accreditation Standards for Hospitals, 6th Edition) kalite ölçüm modelleri ele alınmıştır. Bu tezin amacı, gösterge bazlı olan sağlıkta kalite ölçüm modelleri arasında yer alan Joint Comission International (JCI), Sağlıkta Kalite Standartları (SKS) ve Health Information Management System Society-Electronic Medical Record Adaptation Model (HIMSS-EMRAM) modellerinin kavram, süreç ve kriterlerinin karşılaştırmalı olarak analiz edilmesi ve bu modellerin post-modern işletme yönetimi yaklaşımını kapsamalarını sağlayacak şekilde özgün ve yeni standartlarla genişletilmesidir. Standartlar geliştirilirken Delphi Tekniği, Metin Madenciliği, Doküman İncelemesi ve İstatiksel Yöntem (SPSS) yöntemleri kullanılmıştır. Elde edilen sonuçlar ile, SKS-Hastane Versiyon 6, HIMSS-EMRAM Preparatory Guide 2020, JCI Accreditation Standards for Hospitals, 6th Edition dokümanları ele alınarak post-modern işletme yönetimi yaklaşımlarını kapsayacak şekilde özgün bir standart seti öneri olarak literatüre sunulmuştur. Ayrıca literatürde bu üç modeli kapsayan ve bu modelleri post-modern yönetim yaklaşımlarını da kapsayacak şekilde ele alan ve standart seti önerisinde bulunan bir çalışmaya rastlanılmaması literatüre olan katkısını da ortaya koymaktadır.

Anahtar Kelimeler: Sağlıkta kalite, kalite ölçekleri, kalite standartları, post-modernizm, sağlık bilişimi.

ABSTRACT

Quality standards; It is a factor that provides management of the dynamic structure of health services, reduces uncertainties, and prevents mistakes. Because quality; it depends on the principles of measurement, evaluation, and continuous improvement. The concept of quality includes quality management models, quality measurement models, and quality improvement tools. In this context, it is tried to be put forward as a service concept that focuses on the patient, aims the patient safety, and aims to improve the quality of life and the quality of service by continuously improving the quality of the services. There are national and international models used to measure the quality of health services in Turkey. These models are divided into two groups based on case and indicator. In this study, based on indicators that are widely used in Turkey (SKS-Hospital Version 6, HIMSS-EMRAM Preparatory Guide 2020, JCI Accreditation Standards for Hospitals, 6th Edition) quality measurement models were discussed. The aim of this thesis is to compare the concepts, processes, and criteria of Joint Commission International (JCI), Health Quality Standards (SKS) and Health Information Management System Society- Electronic Medical Record Adaptation Model (HIMSS-EMRAM) models, which are among the indicator-based health quality measurement models and to expand these models with original and new indicators to enable them to cover the post-modern business management approach. While developing the indicators, Delphi Technique, Text-mining, Document Review and Statistical Analyses(SPSS) methods are used. With the results obtained, SKS-Hospital Version 6, HIMSS-EMRAM Preparatory Guide 2020, JCI Accreditation Standards for Hospitals, 6th Edition documents have been to include post-modern business management approaches and presented to the literature as a unique indicator set suggestion. In addition, the absence of an indicator proposal set comparing these three models and covering post-modern management approaches in the literature will reveal its contribution to the literature.

Keywords: Quality in health, quality scales, quality standards, post-modernism, health informatics.

GİRİŞ

Genel anlamda kalite; sunulan/üretilen ürün ve hizmetin müşterilerin istek ve beklentilerini karşılayabilme potansiyelini ifade etmektedir (Bakan & Kelleroğlu, 2003). Hizmet kalitesi, müşterinin aldığı hizmet ile alakalı olarak genel algısını ifade etmektedir (Devebakan & Aksaraylı, 2003). Sağlık hizmeti kalitesi ise bireylerin sağlık statüsünde oluşabilecek bir olumsuz durumu önlemeye çalışacak ya da bireylerin iyileşmesini sağlayacak şekildeki tüm çabaları ifade etmektedir (Aygır & Önsüz, 2017). Bu nedenle sağlık hizmetlerinde kalitenin sağlanması hasta güvenliğini etkileyen en önemli faktörlerden biridir (Kıdak vd., 2015).

Literatürde hizmet kalitesini ölçmek için dört temel yaklaşım bulunmaktadır. Bu modeller; “Algılanan Hizmet Kalitesi Modeli”, “Serqual Model”, “Servperf Modeli” ve “Kritik Olaylar Tekniği”dir (Tengilimoğlu, 2016). Ancak sağlık hizmet kalitesi ölçümünde yaygın olarak kullanılmakta olan iki model Servqual Model ve Servperf Modeli’dir. Bu modeller genel olarak müşteri memnuniyetini esas almakta ve kaliteyi bu çerçevede değerlendirmektedir.

Post-modernizm, tarihsel olarak modernizmden sonra gelen dönemi ifade etmektedir. Post-modern yaklaşımları ortaya çıkaran üç unsur bulunmaktadır; iletişim ve bilgi işleme teknolojisindeki gelişme, uluslararası rekabet ve globalleşme ve insani değerlerdir. Günümüzde işletmelerde yaygın olarak Post-modern yönetim yaklaşımları (PMYY) uygulanmaktadır.

Türkiye’de sağlık hizmetlerinde kaliteyi ölçmek için vaka bazlı ve gösterge bazlı değerlendirme ölçütleri kullanılmaktadır. Bu çalışmada gösterge bazlı değerlendirme ölçütleri olan Sağlıkta Kalite Standartları (SKS), Joint Commission International (JCI) ve The Healthcare Information and Management Systems Society (HIMSS) tarafından geliştirilen Electronic Medical Record Adoption Model (EMRAM) ele alınmaktadır. Doküman incelemesi yöntemi kullanılarak JCI, SKS ve HIMSS-EMRAM modellerine ait dokümanların incelendiği bu çalışmada, söz konusu ölçütlerin kullandıkları kavramlar, inceledikleri süreçler ve ölçüm kriterleri açısından karşılaştırılmaktadır. Bu karşılaştırmayı desteklemek amacıyla her üç model metin madenciliği kullanılarak

KNIME’da analiz edilmiştir. Yapılan kapsamlı analizler neticesinde Post-Modern Yönetim Yaklaşımları ile uyumlu yeni bir standart seti önerisinde bulunulmuştur. Post-Modern Yönetim Yaklaşımları ile uyumluluğun değerlendirilme nedeni günümüzde yaygın olarak kullanılan yönetim anlayışları olması ve bu yaklaşımların birçoğunun hizmet kalitesi kavramının arka planını oluşturmasıdır. Bu standart seti oluşturulurken öncelikle SKS, JCI ve HIMSS-EMRAM dokümanları karşılaştırmalı yöntem ile analiz edilmiş daha sonra elde edilen analizler sonucunda oluşturulan tablo uzman kişilere gönderilmiş ve Delphi Tekniği kullanılarak değerlendirmeleri istenilmiştir. Değerlendirme sonucunda PMYY’lerin SKS, JCI ve HIMSS-EMRAM kriterleri ile olan uyumu SPSS ile analiz edilmiş ve eşleştirme sağlanamayan PMYY’ler için uzman kişilerden standart önerisinde bulunmaları istenilmiştir.

Yapılan çalışmanın literatüre birden fazla katkısı bulunmaktadır. Bu çalışmada SKS, JCI ve HIMSS-EMRAM kriterleri karşılaştırılmıştır. Literatürde daha önce yapılan çalışmalar da yöntem olarak Metin Madenciliği, SPSS, Binary Pairwise Comparison ve Delphi Tekniği kullanılmadığı görülmektedir. Çalışmamızda SKS, HIMSS-EMRAM ve JCI modelleri karşılaştırılmış ve daha önce bu üç modelin karşılaştırılmasına yönelik literatürde bir çalışmaya rastlanılmamıştır. Çalışmamız sonucunda yapılan analizler ile yeni bir standart seti önerisi sunulması çalışmanın literatüre olan katkısını ortaya koymaktadır. Bir diğer katkı JCI, SKS ve HIMSS-EMRAM modelleri ile akredite olmak isteyen hastaneler için fayda sağlayacağı düşünülmektedir. SKS ve JCI dokümanlarının benzer olması bir SKS gereksiniminin yerine getirilirken aynı zamanda bir JCI gereksinimin de yerine getirildiğini göstermektedir. Aynı zamanda SKS ve JCI dokümanlarında yer alan dijitalleşme ile ilgili olan kriterler yerine getirilirken HIMSS-EMRAM modeli ile ilgili kriterlerde karşılanmaktadır. Dokümanlar arasındaki uyumun bir hastane için değerlendirme süreçlerinin yönetilmesi açısından fayda sağlayacağı düşünülmektedir.

Bu tez dört farklı bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde kalite, sağlıkta kalite, hizmet kalitesi kavramına ait genel tanımlara ve sağlıkta kalite ölçümü yapan modellerin açıklamalarına yer verilmiştir.

İkinci bölümde yönetim yaklaşımların tarihsel olarak gelişimi ele alınmıştır. Bu kapsamda Klasik Yönetim Yaklaşımı, Neo-Klasik Yönetim Yaklaşımı, Modern ve Post-Modern yönetim yaklaşımları detaylı olarak aktarılmıştır.

Üçüncü bölümde uluslararası alanda hastanelerde uygulanmakta olan yönetim modelleri ele alınarak dünya da öne çıkan yönetim modelleri ardından Türkiye'deki hastanelerde kullanılmakta olan yönetim modelleri incelenmiştir. Kalite çalışmalarının post-modern yönetim modelleri ile olan ilişkisi incelenmiştir. Literatürdeki ilgili çalışmalara yer verilmiştir. Sağlıkta kullanılan kalite ölçüm modellerinde post-modern yönetim anlayışının yeri araştırılmıştır.

Son bölümde ise araştırma kapsamında kullanılan yöntemler (karşılaştırmalı yöntem, metin madenciliği, istatistiksel analiz, delphi tekniği) detaylı olarak açıklanmıştır. Bulgular ve yapılan analizlerin sonuçları paylaşarak standart ve gösterge seti önerisinde bulunulmuştur.

BİRİNCİ BÖLÜM

TEMEL KAVRAMLAR ve KALİTE ÖLÇÜM MODELLERİ

1.1. Kalite Kavramı

Kalite, bir ürünün veya hizmetin düşük maliyetle ve müşterilerin ihtiyaçlarını maksimum düzeyde karşılayabilecek şekilde sunulması için yapılan faaliyetlerdir. Kalite kavramının; ölçülebilen, sunulan tüm hizmetleri kapsayan, verilen hizmetin etkinliğinin ölçülebilmesini sağlayan, işlemlerle sonuçları birbirine bağlayan, teknik, mekanik, bilimsel bilgi ile sınırlı ve sürekli değişikliğe uğrayan bir yapı içinde olması gerekmektedir (Arpat vd., 2014).

Kalite hem objektif hem de subjektif özellikleri barındıran bir kavram olarak görülmektedir. Bu göreceliliğinden dolayı kalite kavramının tam olarak tanımlanması yapılamamaktadır. ISO 900'e göre kalite; "Bir ürün veya hizmetin belirlenen veya olabilecek gereksinimleri karşılama yeteneğine dayanan özelliklerin toplamı olarak tanımlanmaktadır. Bu tanımda kalitenin daha çok objektif yönü ele alınmaktadır (Avıalan, 2004).

Yukarıda farklı tanımları verilen kalite kavramının, iki boyutu olduğu kabul görmektedir. Bu boyutlar gerçek kalite ve algılanan kalite olarak ifade edilmektedir. *Gerçek kalite*; bir ürün veya hizmetin ortaya konulması ile ortaya koyma sürecinde harcanan çabanın ve katlanılan maliyetin bir sonucu olarak ortaya konulan ürünün istenilen özelliklere ulaşması durumu olarak tanımlanmaktadır. *Algılanan kalite ise*; daha subjektif bir tanıma sahiptir. Müşterilerin algılarına dayalı olarak kaliteyi tanımlamaktadır. Müşterilerin algıladığı ve benimsediği kalite olarak ifade edilmektedir. Bir ürün ya da hizmet müşteri beklentilerini karşılıyorsa algılanan kalite ortaya konulmuş olmaktadır. Özellikle hizmet sektörü içerisinde müşterilerin beklentilerini ve algılarını ölçmek amacıyla algılanan kalite kullanılmaktadır. Bu sayede müşterilerin beklentileri için yapılması gerekenler tanımlanmakta ve iyileştirmeler yapılmaktadır (Kibar, 2014).

1.2. Hizmet Sektöründe Kalite Kavramı

Hizmet kavramının, hizmetlerin çok çeşitli sektörlerde faaliyet alanına sahip olması nedeniyle tam olarak net bir tanımla yapılamamaktadır. Ancak genel olarak hizmet, insanların ihtiyaçlarını gidermek amacıyla sunulan eylemler olarak ifade edilmektedir. Tanımdan anlaşılacağı üzere hizmetler kaliteli oldukça hizmete olan talebin artacağı beklenmektedir. (Berry vd., 1988) yapılan tanıma göre bir hizmetin kaliteli sayılabilmesi için, hizmet sunumu yapılırken fiziksel özellikler ihtiyaçları karşılamalı, hizmet güvenli bir ortamda sunulmalı ve yetenekli ve yetkin personel tarafından sosyal/kültürel özellikler göz önünde bulundurulmalıdır (Aygır & Önsüz, 2017).

Hizmet kalitesi, müşterinin bir ürün ya da hizmetin üstünlüğü veya mükemmelliği ile ilgili genel bir yargısının bulunması olarak tanımlanmaktadır (Devebakan, 2015). Dalgıç'ın 2013 yılında yaptığı tanımda hizmet kalitesi "İşletmenin müşteri beklentilerini karşılayabilme yeteneği" olarak tanımlanmaktadır. Hizmet kalitesinde önemli olan müşteri tarafından algılanan kalitedir (Dalgıç, 2013). Algılanan hizmet kalitesi, müşterilerin beklentileri ile şirketin gerçek hizmet performansı arasındaki karşılaştırmadan edindikleri izlenimdir (E. Baykal & Zehir, 2017). Yani, kalite algısı ile hizmetten beklentileri arasında yapmış oldukları karşılaştırma sonucunda vardıkları değerlendirme olarak ifade edilmektedir (Bakan vd., 2015).

Hizmet kalitesini belirleyen bazı unsurlar bulunmaktadır. Bu unsurlar; hizmetin sunulduğu mekân ve dış görünüş, hizmetin zamanı, hizmeti sunanların yetkinliği, hizmetin sürekliliği, güvenilirliği gibi unsurlardır. Aynı zamanda mal da müşteri tatmini sağlayan bir diğer unsurdur. Fakat hizmeti maldan ayıran birtakım özellikler bulunmaktadır. Bu özellikler; soyutluk, ayrılmazlık, değişkenlik, heterojenlik, stoklanamazlık, ölçülemezlik ve dayanıksızlık gibi özelliklerdir. Hizmetleri mallardan ayıran bu özellikler, kalite ile ilişkili görülmektedir. Çünkü kalite somut olan unsurların ölçümüne dayalıdır. Fakat hizmetin soyut olması ölçülmesini daha zor kılmaktadır. Bu nedenle hizmet kalitesini ölçmek amacıyla birçok model geliştirilmiştir. Bu modeller ile yapılan kalite ölçümleri genel olarak müşteri algısına dayanmaktadır (Kıdak vd., 2015).

1.2.1. Hizmet Sektöründe Kalite Ölçüm Modelleri

Gronross'a göre hizmetin toplam kalitesini etkileyen üç önemli boyut bulunmaktadır. Bu boyutlar; teknik kalite, fonksiyonel kalite, ve firma imaj boyutlarıdır (Gronroos, 1984). Parasuraman ve arkadaşlarına göre genel olarak tüm hizmet sağlayan işletmelerde geçerli olan beş hizmet boyutu bulunmaktadır (Parasuraman vd., 1985). Bu boyutlar aşağıdaki şekildedir:

- *Fiziksel Özellikler (Tangibles)*: Şirketin hizmet sunarken sahip olduğu fiziksel imkanlarıdır.
- *Güvenilirlik (Reliability)*: Şirketin vaat edilen hizmeti doğru ve güvenilir bir şekilde yerine getirebilmesidir.
- *Heveslilik (Responsiveness)*: Müşterilere yardımcı olma ve hizmetin hızlı bir şekilde yerine getirilmesidir.
- *Güven (Assurance)*: Çalışanların iletişim yeteneğinin yüksek seviyede olması ve müşterilere güven aşılmasıdır.
- *Empati (Empathy)*: Şirketin müşterilere sanki kendisi de birer müşteriymiş yaklaşımı ile davranmasıdır.

Hizmet kalitesini ölçmek için literatürde dört temel yaklaşım bulunmaktadır. Bu yaklaşımlar; hizmet sunumunun kurumun imajına olan etkisini ele alan “Algılanan Hizmet Kalitesi Modeli”, ölçekte (gap kavramı ve hizmet kalitesi boyutlarını birlikte ele alarak hizmet kalitesi ölçümünde kullanılmak üzere tasarlanmıştır) küçük değişikliklerle hizmet kalitesini ölçecek bir araç oluşturmayı sağlayan “Serqual Model”, sadece müşteri algılarını esas alan “Servperf Modeli” ve müşterilerin hizmet kalitesinde algıladıkları olumlu ve olumsuz yönleri ölçmeye yönelik “Kritik Olaylar Tekniği” modelidir (Tengilimoğlu, 2016). Ancak sağlık hizmet kalitesi ölçümünde yaygın olarak kullanılmakta olan iki model Servqual Model ve Servperf Modelidir. Bunun nedeni “Kritik Olaylar Tekniği” ve “Algılanan Hizmet Kalitesi” modelinin ölçüm yapma yeteneğinin sınırlı olması ve sağlık hizmet kalitesinin ölçümünde kriter sınırlamalarına neden olmasıdır. Servperf Modeli ve Servqual Model nicel araştırmalara dayalı olması nedeniyle tercih edilmektedir. Servqual Model; Parasuraman, Zeithaml ve Berry tarafından geliştirilmiştir. Hizmet kalitesi ve müşteri memnuniyeti ölçümünde bir standart olarak kabul edilen Servqual Model, müşterinin hizmetten beklediği performans ile tüketim tecrübesi neticesinde hizmetin gerçek performansı

arasındaki algıyı ölçmeyi temel almaktadır (Berry vd., 1988). Cronin ve Taylor, Servqual Model'in beklentiler kısmını atarak ve bunu performans ölçüleriyle destekleyerek Servperf Modeli'ni geliştirmiştir (Cronin & Taylor, 1994). Servperf Model, tüketicilerin performans algıları ile hizmet kalitesi beklentileri arasındaki farka odaklanmak yerine, yalnızca tüketiciler tarafından algılanan kurumsal performansa odaklanan 'performans ölçümleri' veya hizmet kalitesi ölçümlerini temsil etmektedir (Akdere vd., 2020). Bu modeller genel olarak müşteri memnuniyetini esas almakta ve kaliteyi bu çerçevede ölçümlenmektedir.

Devam eden bölümlerde bu modeller daha ayrıntılı olarak ele alınmaktadır.

1.2.1.1. Algılanan Hizmet Kalitesi Modeli

Parasuraman ve arkadaşları tarafından geliştirilen bu model “algılanan hizmet kalitesi” olarak ifade edilmektedir. Müşterilerin hizmeti almadan önce hizmetten beklentilerini ve hizmeti aldıktan sonraki beklentilerini karşılaştıran bu model, karşılaştırmanın sonucunda algılanan kalite ile hizmetten beklentiler arasındaki farklılığı değerlendirme imkanı sağlamaktadır (Parasuraman vd., 1985).

Algılanan kalite, müşteri algısına dayalı olması nedeniyle subjektif bir kavram olarak kabul edilmektedir. Müşterinin aldığı hizmet, beklentilerini karşıladığı zaman doyuma ulaşmış olmaktadır. Müşteri burada nasıl bir hizmet beklediği algısı ile aldığı hizmet algısı arasında karşılaştırma yoluna giderek hizmetin kalitesini değerlendirmektedir. Yani müşterilerin aldığı hizmetin beklentisini karşılaması ya da aldığı hizmetin beklentisinden daha iyi olduğuna kanaat getirmesi durumudur (Tengilimoğlu, 2016). Algılanan hizmet kalitesi modelinde, müşteriler hizmet sunumundan algıladıkları hizmet performansı ile hizmetten beklentilerini karşılaştırıp bir karar vermektedir. Bu değerlendirme sonucunda, müşterilerin bekledikleri hizmet algıladıkları hizmetten düşük ise hizmet kalitesini düşük olarak kabul edilmektedir. Aksi durumda ise müşterilerin algıladıkları hizmet beklentilerinden yüksekse müşteriler hizmet kalitesini yüksek olarak kabul edilmektedir. Müşteriler alacakları hizmeti daha önce deneyimlememiş ise hizmeti fiyat, görünüm, imaj, marka, satış yeri vb. üzerinden değerlendirmektedir. Daha önce aldığı hizmeti deneyimleyen müşteriler ise daha önce

aldıkları hizmet ile yeni aldıkları hizmet arasında kıyaslama yaparak kaliteyi değerlendirmektedir. Buradan anlaşılacağı üzere, müşterilerin hizmet kalitesi ile ilgili algılarını etkileyen birçok unsur bulunmaktadır. Burada esas olan müşteri algısıdır (Dalgıç, 2013).

Müşterilerin hizmetten beklentisi ile hizmetten algısı arasındaki ilişki aşağıdaki şekilde değerlendirilmektedir:

- Beklenen hizmet > Algılanan hizmet ise, algılanan kalite düşük kabul edilmektedir.
- Beklenen hizmet < Algılanan hizmet ise, algılanan kalite yüksek kabul edilmektedir.
- Beklenen hizmet = Algılanan hizmet ise, algılanan kalite tatmin edici düzeyde kabul edilmektedir.

Algılanan hizmet kalitesi modeli, müşterilerin algılarına dayalı olarak kaliteyi değerlendirmektedir (Tengilimoğlu, 2016).

1.2.1.2. Servqual Model

Parasuraman ve arkadaşları, hizmet kalitesi kavramına daha geniş bir çerçeveden bakmak için çalışmalar yapmıştır. Literatüre bakıldığında, müşterinin algısı dışında hizmet kalitesinin nasıl değerlendirildiği, değerlendirmede hangi ölçütlerin kullanıldığı, kullanılan ölçütlerin farklı müşteri grupları için değişip değişmediği ve müşterilerin algılarını etkileyen unsurların neler olduğu konusunda yeterli bilgiler bulunmamaktaydı (Ladhari, R. (2009). Bu eksikliği gidermek amacıyla Parasuraman ve arkadaşları çeşitli alanlarda faaliyet gösteren ancak genel olarak hizmet sunumu yapan işletmelerde yapılan odak grup görüşmeleri sonucunda hizmet kalitesi boyutlarını belirlemiştir (Parasuraman vd., 1985). Hizmet kalitesi kavramı tanımlanmış ve müşteri beklentilerini ve algısını etkileyen unsurlar tespit edilmiştir. Bu araştırmalar sonucunda; müşterilerin algıladığı hizmet kalitesi “müşteri beklentileri ile algıları arasındaki farklılık ölçüsü” olarak tanımlanmıştır. Müşteri beklentilerini etkileyen faktörlerde; sözel iletişim, bireysel ihtiyaçlar, geçmiş deneyimler ve dış faktörler olarak belirlenmiştir (Devebakan & Aksaraylı, 2003).

Servqual Model, hizmet sektöründe kaliteyi ölçmek için güvenilir bir ölçek olarak kabul edilmektedir. Belirli bir faaliyet alanının hizmet kalitesini ölçmek için, ölçek maddelerini sektöre özgü ihtiyaçları karşılayacak şekilde dikkatlice değerlendirmek ve değiştirmek gerekmektedir (Butt & de Run, 2010).

Berry, Parasuraman, ve Zeithaml, tarafından 1988 yılında orijinal Servqual ölçek geliştirilerek hizmet kalitesini ölçmek için müşterilerin beklentileri ile algıları arasındaki farkın beş faktöre yönelik olarak tespit edilmesine dayalı olarak tekrar oluşturulmuştur. Orijinal ölçek 97 maddeden oluşmaktaydı başlangıçta 54 maddeye, daha sonra 34 maddeye, son olarakta 22 maddelik bir ölçeğe indirgenmiştir. Orijinal ölçekteki 10 boyut ise 5 boyuta indirgenmiştir. Seçilen dört sektör (bir banka, bir kredi kartı şirketi, cihaz onarım ve bakım hizmetleri sunan bir firma ve telefon şirketi) için beş boyuta (somutluk, güvenilirlik, duyarlılık, güvence ve empati) bölünmüştür. Bu sektörler arasında sağlık sektörü bulunmamaktadır. Daha sonra yapılan çalışmalarda geliştirilen ölçek ile sağlık sektöründe hizmet kalitesi ölçümünde de güvenilir olduğu sonucuna varılmıştır (Shafei vd., 2019).

Servqual Modelde beklenen hizmet ile algılanan hizmet için verilen puan arasındaki fark hesaplanarak Servqual skoru hesaplanmaktadır. Servqual araştırmasında N tane müşteri varsa her boyut için Servqual skoru iki aşamada hesaplanmaktadır. Her bir müşteri için boyutlara ilişkin cümlelerin Servqual skorları toplanıp boyutları oluşturan cümle sayısına bölünmektedir.

- N sayıda müşteri için birinci aşamada elde edilen skorlar toplanıp N' e bölünür. Hizmet kalitesi değerlendirilmesinde işletmenin kalite planlamasını daha etkin bir şekilde yapabilmesi için, müşterilerin kalite boyutlarına verdikleri önemin bilinmesi gerekmektedir.

Ağırlıklandırılmış skoru elde etmek için şu adımlar izlenmektedir:

- Her bir müşteri için beş boyutun birer birer ortalama Servqual skoru hesaplanır.
- Her bir müşteri için her bir boyuta verdiği Servqual skoru ile o müşterinin o boyuta tahsis ettiği önem ağırlığı çarpılır.
- Her bir müşteri için beş boyutun toplamı üzerinden ağırlıklandırılmış Servqual skoru toplanır.

- N müşterinin üçüncü adımda elde edilen skorları toplanır ve N' e bölünür (Upadhyai vd., 2019).

Hizmet sektöründe kalite ölçümünü sağlamak için en çok tercih edilen model Servqual modeldir. Özellikle sağlık sektöründe hizmet kalitesini ölçmek için en çok tercih edilen modeldir.

1.2.1.3. Servperf Modeli

Cronin ve Taylor tarafından 1994 yılında Servperf Modeli geliştirilmiştir. Servqual modelin aksine tek taraflı ölçek kullanılmaktadır. Servperf modeli performans dayalı olarak hizmet kalitesini ölçmektedir. Servperf modeli, Servqual modelde yer alan müşteri algısı ile müşteri beklentilerinin ölçümünü gerekli görmektedir. Bu model Servqual modelden farklı olarak tüketici tatmini de göz önünde bulundurmaktadır. Bu modellere göre tüketici tatmini, müşterilerin satın alma niyeti üzerinde daha fazla pozitif etkiye sahiptir. Müşteriler çoğu zaman yüksek kalitede hizmet alamayacaklarının farkındadır ancak yüksek derecede memnuniyet duyacakları hizmeti tercih edeceklerinin bilincindedirler (Akdere vd., 2020; Dalgıç, 2013).

Bu yöntemde Servqual modeldeki, 22 değişken esas alınmış ve işletmenin algılanan performansı ölçülmeye çalışılmıştır. Servqual'de 22 değişken hem beklenti hem de algı için kullanılırken; Servperf yönteminde 22 değişken sadece beklenti için kullanılmıştır. Hizmet kalitesinin ölçülmesi konusunda yapılan çalışmalarda, Servperf yönteminin, Servqual yöntemine göre daha güçlü bir yöntem olduğu ortaya konulmuştur (Cronin & Taylor, 1994).

1.2.1.4. Kritik Olaylar Tekniği

Kritik Olaylar Tekniği, kritik olaylar ile ilgili olarak bilgi toplanmasını ve bu bilgilerin sınıflandırılmasının bir yolu olarak ifade edilmektedir. Müşterilerin almış oldukları hizmete dayalı olarak yaşadıkları olumlu ve olumsuz deneyimleri paylaşmasına dayanmaktadır. Bu yöntemde müşteriler yaşadıkları deneyimleri paylaşırken hikayeleştirme yoluna gitmektedir. Bu hikayeler daha sonra sınıflandırılmakta ve veri olarak kullanılmaktadır. Bu teknik, geçmişte insanların yaşadıkları deneyimleri hikaye şeklinde aktarmasından esinlenerek oluşturulmuştur. Sadece müşteriler değil aynı

zamanda personelde yaşadığı olumlu ve olumsuz deneyimleri hikayeleştirerek paylaşmaktadır. Anlatılan hikayelerin içeriklerine göre benzer olan hikayeler sınıflandırılmakta ve kategorilere ayrılmaktadır. Bu teknikte müşterilere veya personele hizmet alımı esnasında dikkat çeken bir deneyim elde edip etmedikleri sorulmakta ve deneyimlerini paylaşımları istenmektedir. Olaylar en önemsizden önemli olana doğru kritik şekilde sıralanmaktadır (Öztürk, 2000).

Kritik olaylar tekniğinin kullanımı kapsamında bu tekniğin niteliksel olup olmaması konusunda bazı kararsızlıklar söz konusudur. Ancak; müşterilere ve personele normal koşullar altında sorular yönetilmesi, bir araştırmacının var olması, görüşmeler sonucunda elde edilen verilerin kelimeler olarak toplanması, katılımcının gözlemini içermesi ya da niteliksel açık uçlu sorular sorulması, veri analizinin tümevarıma dayanması ve katılımcının perspektifine odaklanması bakımından niteliksel bir araştırma olarak kabul edilmektedir. Kritik Olaylar Tekniği Yöntemi daha çok sorunların çözümüne odaklanmaktadır. Amacı yaşanan deneyimler ile gerçekleri ortaya çıkarmak ve problem yaşayan kişilere yardımcı olmaktır (Sezer & Şahin, 2015).

1.3. Sağlıkta Kalite Kavramı

Sağlık hizmetleri içerisinde var olan standartlara ulaşma ve bu standartlara uyum sağlama derecesi olarak tanımlanmaktadır. Sağlıkta kaliteli hizmet ise, kabul gören mevcut standartlar ile hizmet sunumu gerçekleştirmek, hasta ve çalışanın güvenliğini sağlamak ve tüm hastaların sunulan hizmetlere eşit oranda erişimini sağlamak olarak tanımlanabilir (Öztürk&Kıraç, 2017). Sağlık hizmetlerinde kalitenin değerlendirilmesi oldukça zorluklar taşımaktadır. Bunun nedeni sunulan hizmetin somut bir delilin olmamasından kaynaklanmaktadır. Bu nedenle “kalite” olarak değerlendirilebilecek standartlar olması sağlık hizmetleri kalite değerlendirmesinde kaçınılmazdır.

Bir diğer tanım ise maliyet ile ilişkilidir. Sağlıkta kalite, işletme yönetiminde hedeflenen bir unsur olan en az çıktı ile en fazla girdiye sahip olmak ile ilişkilendirilmiştir. Hastaların ihtiyaç duyduğu sağlık hizmetine arzı karşılayacak şekilde en düşük maliyet ile sahip olması olarak tanımlanmaktadır. Burada 2003 yılında yürürlüğe giren Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın da etkisi ile bir tanım

yapılmaktadır. Çünkü program ile herkesin eşit şekilde sağlık hizmetlerine erişmesi hedeflenmektedir. Bu kapsamda sağlıkta kalite, sağlık hizmetlerinin güncel teknoloji ve kolay erişim ile maksimum düzeyde fayda sağlanacak şekilde sunulması şeklinde ifade edilmektedir (Kibar, 2014). Ovretveit'e göre sağlık hizmetini alan kişilerin ihtiyaçlarının mevcut standartlar ve belirlenen kurallar dahilinde mümkün olan en düşük maliyet ile karşılanması olarak sağlık hizmetlerinde kaliteyi tanımlamaktadır (Ovretveit, 2000).

1.3.1. Sağlıkta Kalite

Sağlık hizmetlerinde kalite ile herkesin eşit bir şekilde sağlık hizmetlerinden yararlanması ve sağlık hizmeti talebinin en düşük maliyet ile karşılanması amaçlanmaktadır. Sağlık hizmetlerinde kalite belirli özelliklere sahiptir ve bu özellikler kalitenin boyutlarını tanımlamaktadır. Bu özellikler belirli kriterlere göre ölçüldüğünde kalitenin mevcut durumunu göstermektedir (Kibar, 2014). Sağlık hizmetlerinde kalite hizmet sunumunda kullanılan kaynakların etkin kullanım yönüyle ele alındığında; sağlık hizmet sunumunun en iyi şekilde gerçekleştirilmesi, sağlık hizmetine ihtiyaç duyan kişilerin zamanında ve etkin bir şekilde hizmetlerden yararlanmasının sağlanması ve kaynakların etkin şekilde kullanılması öne çıkan durumlardır (Ertaş & Çelik, 2018).

1.3.2. Sağlıkta Kalite ile Yakın İlişkili Kavramlar

Sağlıkta kalite ile ilişkili birçok kavram ve tanım bulunmaktadır. Bu kavramlar sağlık hizmetlerinde kaliteyi tanımlamak için kullanılmaktadır. Aynı zamanda bu kavramlar sağlık hizmetlerinde kalitenin etkinliğini göstermektedir.

1.3.2.1. Sağlıkta Verimlilik

Sağlık hizmetlerinde girdi ve çıktı miktarını tahmin etmek oldukça zorluk taşımaktadır. Demirbaşlar, mali girdiler, personel sayısı gibi sayılabilen girdileri tahmin etmek kolaylık taşımaktadır. Ancak hasta, hastalık, tetkik sayısı vb. gibi üretim sürecinde değişiklik gösteren girdi miktarının planlanması güçtür. Hastane açısından çıktı olarak değerlendirilebilen unsur üretilen hizmettir. Örneğin; tedavi edilen hasta sayısı, yapılan tetkik sayısı, yatış süresi, personel devir hızı vb. unsurlar çıktı olarak kabul edilmektedir. Ancak hastaneler hizmet sektöründe faaliyet göstermeleri nedeni

ile bu çıktılar sürekli değişiklik göstermektedir ve sayımı oldukça zordur. Çünkü bu çıktılara hastanelerde yürütülen araştırma ve geliştirme faaliyetleri ile hasta bakımı da dahil edilmektedir. Fakat bu girdilerin, çıktı olarak değerlendirilmesi için uzun bir zaman gerekmektedir. Bu nedenle hastanelerde verimlilik değerlendirmesi daha somut girdiler üzerinden sayısallaştırılarak yapılmaktadır (Dikmetaş, 2008).

1.3.2.2. Hasta Güvenliği

Naveh ve arkadaşlarının tanımına göre hasta güvenliği; sağlık hizmetlerinde tedavi hatalarının sifıra indirgenmesi, hizmet sunumunda yaralanma ve sakatlanma olaylarının önlenmesi olarak tanımlanmaktadır (Naveh vd., 2005). Hastane içerisinde hastanın sağlık hizmet sunumundan kaynaklı olarak sağlık durumunun kötüleşmesi ve sağlık statüsünde azalma yaşanması hasta güvenliği ile ilişkilendirilmektedir. Bu duruma örnek olarak; düşme olayları, yanlış ilaç-kan uygulamaları, ekipman arızalarından kaynaklanan sorunlar, yanlış tedavi uygulaması vb. olaylar verilebilir. Tüm bu olayların önüne geçilmesi hasta güvenliğini iyileştirmek adına atılan adımlar olarak kabul görmektedir (Tak, 2010).

Hasta güvenliğinde yeterliliğin sağlanması, sağlık bakım ortamındaki güvenli olmayan faktörlerden kaçınmak, azaltmak ve hasta güvenliğini sağlamak için hastaların kaza sonucu yaralanmalarını önleme risk kontrol sürecinde sağlık personelinin sahip olduğu biliş, beceri ve tutumu ile mümkün olmaktadır (Liu vd., 2022). Bu nedenle hasta güvenliğine etki eden en önemli faktörlerden biri sağlık personelidir. Son yıllarda hasta güvenliğinin artırılmasına yönelik çeşitli çalışmalar yürütüldüğü görülmektedir. Ancak, dünya çapındaki sağlık kuruluşları hasta güvenliğini iyileştirmeyi amaçlayan çeşitli müdahalelere yoğun bir şekilde yatırım yaparken, personelin refahını sağlayan önlemleri arka planda bırakmıştır (Wang & Luoh, 2000). Bu durum hasta güvenliğinde personel etkinliğinin azalmasında bir engel olarak görülmektedir.

Kalite değerlendirmeleri yapılırken hasta güvenliğinin sağlanmasına yönelik çok çeşitli standartlar bulunmaktadır. Ancak personelin sağlıklı çalışma yaşamına dair soruların kapsam alanı dardır. Personel tatmininin sağlanması ve güvence altına alınması hasta güvenliğine doğrudan etki etmektedir. Çünkü sağlıkta yapılan hatalar; ilaç,

düşme, yanlış tedavi vb. uygulamalar genelde personelden kaynaklı hatalar olarak görülmektedir (Labrague vd., 2022).

Personelden kaynaklı hataların, ekip etkileşimlerinin kalitesini ve verimliliğini kısıtladığı, bunun sonucunda ekip performansını azalttığı ve hasta güvenliği risklerini artırdığı görülmektedir. Bu nedenle kalite çalışmalarında hasta güvenliği ve personel refahına yönelik standartlar eklenmiştir (Stevens vd., 2021).

1.3.2.3. Hasta Memnuniyeti

Hastanın hastaneye sağlık hizmeti alması için giriş yapması ve çıkış yapması arasında deneyimlediği tüm faaliyetler hasta memnuniyet değerlendirmesi için bir ölçüt olarak kabul edilmektedir. Ayrıca hastanın sağlık hizmeti almak için araştırma yapması, hizmete erişmesi, hizmet sürecinde yaşadığı olaylar ve beklentisinin karşılanma durumu da bu sürece dahil edilmektedir. Hasta memnuniyeti aynı zamanda bir kalite ölçütüdür. Hastanın aldığı hizmetten memnun olması/olmaması sunulan sağlık hizmetinin kalitesini değerlendirmektedir. Bu nedenle hasta memnuniyetini ölçmek için hastanelerde anketler uygulanmakta ve anket sonucuna göre iyileştirmeler yapılmaktadır (Topuz, 2016).

1.3.2.4. Sağlık Çalışanı Güvenliği

Her sektörde olduğu gibi sağlık sektöründe de çalışan sağlığını tehlikeye atabilecek durumlar bulunmaktadır. Bu riskler günlük işlerdeki olaylar, hastalardan veya hasta yakınlarından kaynaklı durumlar ve hastalıklardan kaynaklanabilmektedir. Sağlık çalışanlarının iş gücü kaybı yaşaması verimliliği, performansı ve hizmet kalitesini etkilemektedir. Sağlık sektörü emeğin ve teknolojinin yoğun olarak kullanıldığı bir sektör olduğu için çalışanların işten kaynakları riskler yaşaması daha olağan bir durum olmaktadır. Bu nedenle hastanelerde çalışan güvenliğine ve yaşanılacak meslek hastalıklarına yönelik önlemler alınmaktadır (Devebakan, 2015).

1.3.2.5. Sağlık Çalışanı Memnuniyeti

Memnuniyet, göreceli bir kavram olma özelliği taşımaktadır. Çünkü yapılan bir işten, alınan bir hizmetten vb. memnun olma düzeyi bireyden bireye değişmektedir. Bu

nedenle memnuniyet kendi içerisinde birçok anlam ifade etmektedir. Örneğin; kişinin beklentilerini karşılaması, iş tatmini, aldığı hizmet ile kişisel değerlerinin uyumu vb. birçok faktör memnuniyeti etkilemektedir. Özellikle doğrudan insan hayatının söz konusu olduğu sağlık sektöründe çalışanların beklentilerinin karşılanması oldukça önem arz etmektedir. Sağlık sektöründe çalışan kişilerin işini yüksek bir tatminle yapması ve memnun olması hem sundukları hizmet şeklini hem de hasta memnuniyetini etkilemektedir (Dizman, 2017).

1.4. Sağlıkta Kalite Ölçüm Modelleri

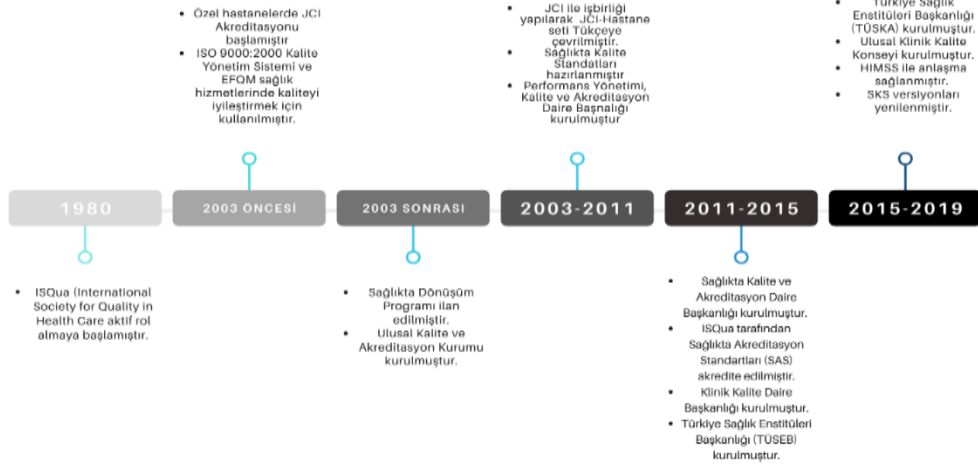
1.4.1. Türkiye’de Sağlıkta Kalite Ölçümünün Gelişimi

Türkiye’de sağlıkta kalite konusu, 2003 yılında sağlıkta dönüşüm programının “Nitelikli ve Etkili Sağlık Hizmetleri için Kalite ve Akreditasyon” konusu ile önem kazanmıştır (Güler vd., 2010). Türkiye, sağlıkta kalite için uluslararası standartlardan yararlanabilmek adına 2004 yılında Joint Commission International (JCI) ile tanışmıştır (Güdük & Kılıç, 2017). Günümüzde kamu hastanelerinde çok yaygın olmamakla birlikte birkaç özel hastane istikrarlı bir şekilde akreditasyonlarını sürdürmektedir. Türkiye’de Sağlıkta Kalite Standartları (SKS) ilk olarak 2005 yılında Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı tarafından başlatılmıştır. Kalite çalışmalarına güncellemeler ve iyileştirmeler yapılarak devam edilmektedir (Güler vd., 2010).

Sağlıkta Kalite Standartları sağlık hizmeti sunucuları ve hizmeti alanlara yönelik geliştirilmiş çeşitli setlerden oluşmaktadır. Sağlık hizmeti sunan kurumlar, hasta ve çalışan güvenliğini esas alarak kaliteli sağlık hizmeti sunumu için önemli bir araç olmaktadır. Standartların doğru ve zamanında oluşturulması aynı zamanda farklı disiplinlerin bir arada kullanılması durumunda kaliteli sağlık hizmetine ulaştırmak mümkün olmaktadır (Demir & Güler, 2022). Bir diğer sağlık kalite ölçüm modeli ise 2014 Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı (TÜSEB) bünyesinde Sağlık Bakanlığı tarafından geliştirilen Sağlıkta Akreditasyon Standartları (SAS)’dır. TÜSEB 2015 yılında sağlık bilimi ve teknoloji üzerine bilgi üretmek için sağlıkta kaliteyi geliştirmesini amacıyla kurulmuştur. Kuruluşların SAS denetleme ve belgelendirmesi TÜSEB bünyesinde

kurulmuş olan Türkiye Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Enstitüsü (TÜSKA) tarafından gerçekleştirilmektedir (Demir & Güler, 2022).

Ülkemizde sağlıkta kalite ölçümünde, Sağlık Bakanlığı tarafından geliştirilen Sağlıkta Kalite Standartları (SKS), Sağlık Hizmetleri Kalite ve Akreditasyon Enstitüsü (TUSKA) tarafından geliştirilen Sağlıkta Akreditasyon Standartları (SAS) kullanılmaktadır. Bunların yanında uluslararası geçerliliğe sahip JCI (Joint Commission International) ve HIMSS-EMRAM (Healthcare Information and Management Systems Society) ülkemizde yaygın olarak kullanılan kalite standartları arasında yer almaktadır.



Şekil 1: Türkiye'nin Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Sürecinde Dönüm Noktaları

1.4.2 Joint Comission International (JCI)

Sağlık sektöründeki ilk akreditasyon kurumu 1950'de "Joint Commision on Accreditation of Healthcare Organizations" (JCAHO) olarak kurulmuştur. Ülkemizde de Joint Comission International (JCI) olarak tanınmaktadır (Kaptanoğlu, 2011). JCI, sağlık bakımında kalite gelişiminin ve hasta güvenliğinin kurumsal ve global çapta hizmet vermektedir. Bağımsız, kâr amacı gütmeyen bir kuruluş olan JCI, sağlık hizmetlerinde en eski kuruluşlardan biridir.

JCI'nın misyonu, sağlık kuruluşlarını değerlendirerek, en yüksek kalite ile güvenli ve etkili bakım sağlama konusunda mükemmel olmalarına yönelik ilham vererek, halkın sağlık hizmetlerini diğer paydaşlarla işbirliği içinde sürekli olarak geliştirmektir. Vizyonu, tüm insanların her ortamda her zaman en güvenli, en kaliteli, en değerli

sağlık hizmetini deneyimlemesidir. JCI, ayaktan tedavi hizmetleri, bakımın sürekliliği (davranışsal sağlık, evde sağlık bakımı), klinik laboratuvarlar, hemşirelik bakım merkezi hizmetleri sunan hastaneler ve sağlık kuruluşlarına hizmet sunmaktadır (Accreditation Standarts, 2022).

Standartların geliştirilmesi sürecine rehberlik etmesi için bir dizi JCI Standartları İlkesi formüle edilmiştir. JCI standartları, dünyada akreditasyon programı yürüten kuruluşlara öncülük eden ISQua tarafından akredite edilmiştir. Dünya Sağlık Örgütü'nün de desteklediği ISQua, sağlık hizmetlerinde akreditasyon programı yürüten kuruluşlara liderlik etmektedir (Donahue & Vanostenberg, 2000). Uluslararası akreditasyon programları kapsamında ise kurumların akreditasyon faaliyetlerinde kullandıkları i) standart setleri, ii) denetçi eğitim programları ve iii) dış değerlendirme kuruluşları uluslararası ortak standartlar kapsamında JCI, Haziran 2011 tarihinde Uluslararası Sağlık Hizmetleri Kalite Topluluğu (ISQua) tarafından kendi denetim süreci, kalitesi ve standartları çerçevesinde denetlenmiş ve akredite olmuştur (Accreditation Standarts, 2022).

JCI; enfeksiyon kontrolü, ilaç güvenliği, hasta bakımı ve tedavisi, hasta değerlendirilmesi ve tesis güvenliği konularındaki uzmanlığı ile sağlık hizmetleri kalitesini geliştirme ve hasta güvenliği konularına odaklanmaktadır (JCI, 2022).

1.4.2.1. JCI Süreci

JCI standartları, sağlık kuruluşlarının performansını değerlendirmesine, ölçmesine ve geliştirmesine yardımcı olabilecek bu objektif değerlendirme sürecinin temelini oluşturmaktadır. Standartlar, güvenli ve kaliteli bakım sağlamak için gerekli olan önemli derecedeki bakım ve organizasyon işlevlerine odaklanmaktadır. Standartlar, kuruluş performansı için makul, ulaşılabilir ve sürdürülebilir beklentiler belirlemektedir. JCI değerlendiricileri; doktorlar, hemşireler, hastane yöneticileri, laboratuvar tıbbi teknoloji uzmanları ve diğer sağlık uzmanları olan yüksek eğitimli uzmanlardan oluşmaktadır.

JCI değerlendiricileri, standartlara uygunluğu değerlendirmek için akredite sağlık kuruluşlarını en az 36 ayda bir (laboratuvarlar için iki yıl) ziyaret etmektedir. Bu ziyarete anket denilmektedir. Anket, her kuruluş için bireyselleştirilecek, tutarlı olacak ve kuruluşun performansı artırma çabalarını destekleyecek şekilde tasarlanmaktadır. Yerinde anket sırasında, JCI denetçileri, bir kurumun hasta sonuçlarını sürekli iyileştirmeyi amaçlayan işlev ve süreç performansını değerlendirmektedir (Accreditation Standarts, 2022).

Bu değerlendirmeyi aşağıdaki gibi yapmaktadır:

- Hastalara, bölge sakinlerine veya hizmet verilen kişilere sunulan bakımın izlenmesi,
- Kuruluş tarafından sağlanan bilgi ve belgelerin gözden geçirilmesi,
- Personeli ve uygunsuz hastaları gözlemlene ve görüşme şeklinde süreci yürütmektedir.

Tüm anketler düzenli olarak duyurulmamaktadır. Anket sırasında, değerlendiriciler hastaları rastgele seçmekte ve standartlara uygunluğu değerlendirmek için tıbbi kayıtlarını yol haritası olarak kullanmaktadırlar. Araştırmacılar bir hastanın bir sağlık kuruluşundaki deneyimini izlerken, doktorlarla, hemşirelerle ve hastaıyla etkileşime giren diğer personelle konuşmaktadır. Araştırmacılar aynı zamanda bakım sağlayan doktorları ve hemşireleri de gözlemlenmekte ve çoğu zaman hastaların kendileriyle konuşmaktadır (Accreditation Standarts, 2022).

JCI akreditasyonu, yerinde inceleme ile başlamamakta ve bitmemektedir. Bu sürekli bir süreçtir. Her üç ayda bir, hastaneler JCI'a kalp krizi bakımı ve zatürre gibi durumları nasıl tedavi ettiklerine dair veriler sunmaktadırlar. Akreditasyon döngüsü boyunca kuruluşlara, devam eden standartlara uyumlarını izlemeye yardımcı olacak bir öz değerlendirme puanlama aracı sağlanmaktadır. JCI akreditasyonu bir sağlık kuruluşunun temel yapısına değinmektedir.

Puanlama ve karar süreci JCI standartlarına ve diğer gerekliliklere uygunluğun değerlendirilmesine dayanmaktadır. Standartlara uyum, performans unsurları olarak adlandırılan spesifik performans beklentilerine göre puanlanmaktadır. Ankete dair

özet (rapor), yerinde anketin sonunda verilmektedir, nihai akreditasyon kararı ise daha sonraki bir tarihte verilmektedir. Verilebilecek akreditasyon kararları şunlardır:

- Ön Akreditasyon: Kuruluşun yerinde veya online ziyaret ile eksikliklerinin belirli bir zaman verilerek tekrar değerlendirilmesidir.
- Akreditasyon: Kuruluşun başarılı bir şekilde tüm standartları yerine getirmesidir.
- Takip Anketi ile Akreditasyon: Kuruluşun ankette yerine getiremediği standartları belirli bir zaman verilerek tamamlamasıdır.
- Ön Akreditasyon Reddi: Kuruluşun bu karara itiraz etmesi ve gözden geçirilmesini talep etmesidir.
- Akreditasyon Reddi: Kuruluşun verilen zaman içerisinde eksik kalan standartları yerine getirememesi ve akreditasyonun iptal olmasıdır.

Tüm bu süreçlerden sonra kuruluşun son anketinden sonraki 36 ay içinde eksiksiz, haber verilmeden yapılan bir anketi mevcut ise ve aynı zamanda akreditasyonla ilgili tüm gereksinimler karşılanmaya devam ediyorsa tekrar akredite edilebilmektedir (JCI, 2013).

1.4.2.2. JCI Standartları

JCI standartları, sağlık kuruluşlarının performansını ölçmesine, değerlendirmesine ve geliştirmesine yardımcı olabilecek nesnel bir değerlendirme sürecinin temelini oluşturmaktadır. Standartlar, güvenli, yüksek ve kaliteli bakım sağlamak için gerekli olan hasta bakımı, bireysel bakım veya yerleşik bakım ve organizasyon işlevlerine odaklanmaktadır. JCI'nın teknolojiye uygun olarak oluşturduğu standartlar, kuruluş performansını için makul, ulaşılabilir ve sürdürülebilir beklentiler ortaya koymaktadır.

JCI standartları geliştirilirken, sağlık uzmanları, tedarikçiler, alanında uzman kişiler, müşteriler ve devlet kurumlarından gelen girdiler dikkate alınmıştır. Bilimsel literatür ve uzman fikir birliği de dikkate alınarak standartlar ilgili kurul tarafından gözden geçirilmiştir. Standart geliştirme süreci aşağıdaki gibidir:

- Ek gereksinimlere ihtiyaç duyulduğunda ortaya çıkan standartlar, kalite ve güvenlik konuları bilimsel literatür taranarak; JCI komitesi ve danışma

grupları, akredite edilmiş kuruluşlar, meslek birlikleri, müşteri grupları veya diğerleriyle yapılan tartışmalar yoluyla tanımlanmaktadır.

- JCI teknik danışma panelleri, odak grupları, uzmanlar ve diğer paydaşlardan gelen girdileri kullanarak taslak standartlar hazırlamaktadır.
- Taslak standartlar gözden geçirilmek üzere ulusal olarak dağıtılmakta ve JCI web sitesinin “Standartlar Alan İnceleme” sayfasında yorum için hazır hale getirilmektedir.
- Gerekli revizyonlardan sonra, standartlar yönetici liderliği tarafından gözden geçirilmekte ve onaylanmaktadır.
- Anket süreci, gerektiğinde, yeni standartların gerekliliklerini karşılamak üzere geliştirilmekte ve anket sürecinin pilot testi yapılmaktadır.
- Değerlendiriciler, yeni standartlara uygunluğun nasıl değerlendirileceği konusunda eğitilmektedir.
- Onaylanan standartlar saha tarafından kullanılmak üzere yayınlanmaktadır.
- Bir standart yürürlüğe girdikten sonra, sürekli iyileştirme amacıyla sürekli geri bildirim alınmaktadır (Donahue & Vanostenberg, 2000; JCI, 2013).

Yeni standartlar yalnızca hasta güvenliği veya bakım kalitesi ile ilgili olduğunda, sağlık sonuçları üzerinde olumlu bir etkiye sahip olması, yasaları ve düzenlemeleri karşılaması, doğru ve kolay bir şekilde ölçülebilmesi gerekmektedir. Eğer bu koşulları karşılıyor ise eklenmektedir.

JCI standartları genel olarak dört başlık altında ele alınmaktadır:

1. Akreditasyona Katılım Koşulları
2. Hasta Merkezli Standartlar
 - Uluslararası Hasta Güvenliği Hedefleri
 - Bakıma Erişim ve Bakımın Sürekliliği
 - Hasta ve Hasta Yakınlarının Hakları
 - Hastaların Değerlendirilmesi
 - Hastaların Bakımı
 - Anestezi ve Cerrahi Bakım
 - İlaçların Yönetimi ve Kullanımı
 - Hasta ve Hasta Yakınlarının Eğitimi
3. Sağlık Kuruluşu Yönetim Standartları

- Kalite İyileştirme ve Hasta Güvenliği
- Enfeksiyonların Önlenmesi ve Kontrolü
- Yönetişim, Liderlik ve Yönlendirme
- Tesis Yönetimi ve Güvenliği
- Çalışan Kalifikasyonları ve Eğitimi
- İletişim ve Bilgi Yönetimi

4. Akademik Tıp Merkezi Hastane Standartları

- Tıp Mesleği Eğitimi
- İnsan Katılımcılı Araştırma Programları

Ayrıca bu başlıkların altında standartlar bulunmaktadır.

1.4.2.3. JCI ile Kalite Ölçümü

JCI hizmeti alabilmesi için sağlık kuruluşunun JCI'ın beklediği koşulları sağlaması gerekmektedir. Başvuru yapıldıktan sonra JCI ve sağlık kuruluşu inceleme tarihini belirlemektedir. İnceleme için bir program hazırlanmaktadır. Bu program sağlık kuruluşunun büyüklüğüne, tipine ve karmaşıklık düzeyine göre oluşturulmaktadır. JCI yerinde incelemesinin temelinde iz sürme metodolojisini kullanmaktadır. İnceleme esnasında standartlar içeren rehber kullanılmaktadır. Sağlık kuruluşu, inceleme tarihinden sonraki 7 gün içerisinde yazılı olarak veya e-posta yoluyla inceleme bulguları ile ilgili raporun revizyonunu talep edebilmektedir. Bilirkişiler inceleme bulgularına göre akreditasyon kararı vermektedir. JCI akreditasyonu üç yıl geçerliliğe sahiptir. Akredite edilen kuruluşlar üç yıllık süre boyunca sürekli olarak Uluslararası Hasta Güvenliği Hedeflerine ve ilgili JCI standartlarına uygunluk yönünden izlenmektedir. Süre sona erdiğinde sağlık kuruluşu tekrardan akredite olmayı talep ederse süreç yeniden başlamaktadır. Talep etmemesi durumunda kuruluşun akreditasyonu sona ermektedir (JCI, 2017).

1.4.3. Sağlıkta Kalite Standartları (SKS)

Günümüzdeki dijitalleşme süreci ile hem sağlık kuruluşlarının hem de toplumdaki sağlık hizmeti almak isteyen bireylerin ihtiyaçları ve beklentileri sürekli olarak değişmektedir. Sağlık hizmetlerine etki eden bu beklenti ve ihtiyaçların kontrol edilebilmesi, tıbbi hataların en aza indirgenmesi, finansmandaki belirsizliklerin

azaltılması ve sürecin yönetilebilmesi için belirlenmiş standartlara ihtiyaç duyulmaktadır (Ertaş & Çelik, 2018).

İhtiyaç duyulan standartların oluşturulması, geliştirilmesi, sağlık kuruluşlarındaki uygulamaların değerlendirilmesi ve beklentileri karşılayacak kaliteli hizmet sunumunun sağlanmasını esas alan uygulamaları düzenlemek amacıyla “Sağlıkta Kalitenin Geliştirilmesi ve Değerlendirilmesine Dair Yönetmelik” kapsamında oluşturulan Sağlıkta Kalite Standartları(SKS) çalışmaları Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlıkta Kalite Akreditasyon ve Çalışan Hakları Dairesi Başkanlığınca yürütülmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2022; Uysal & Yorulmaz, 2018).

SKS'nin oluşturulma amacı; uluslararası gelişmelerin takip edilerek, hastaların ihtiyaç ve beklentilerine dikkat edilerek, sağlık kurum ve kuruluşlarının sunduğu hizmetleri ölçülebilir kılarak (Ertaş ve Çelik, 2018) hem sağlık profesyonellerinin hem de sağlık hizmeti almak isteyen bireylerin güvenliğini ve memnuniyetini artırmaktır (Sağlık Bakanlığı, 2020). SKS değerlendiricilerine bu standartların oluşturulması, geliştirilmesi, uygulanması ve değerlendirilmesiyle ilişkili tüm süreçlere yönelik eğitimler Sağlık Bakanlığı tarafından verilmektedir (Güdük & Kılıç, 2017).

1.4.3.1. SKS Süreci

Sağlıkta Kalite Sistemi; Türkiye'deki tüm özel, kamu ve üniversite statüsündeki sağlık kuruluşlarını kapsamaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2022). Bu sistem içerisinde: Kurumsal yapı, Sağlık Hizmet Kalitesi ve Klinik Kalite olmak üzere üç yapı taşı bulunmaktadır (Uysal & Yorulmaz, 2018). Kurumsal yapı; 2020 yılında son hali oluşturulan “Sağlıkta Kalite Standartları-Hastane Seti Revizyon 6'nın” kurumsal hizmetler boyutunda yer almaktadır. Bakanlığın merkez teşkilatlanmasından başlayarak sağlık kurum veya kuruluşlarındaki bütün sağlık profesyonellerini ve çalışılan paydaşları içerecek şekilde hazırlanmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2022).

Sağlık Hizmet Kalitesi; Sağlıkta kalite standartları, sağlıkta kalite göstergeleri, sağlıkta kalite değerlendirmeleri alt başlıklarından oluşmaktadır. *Sağlıkta Kalite Göstergeleri*; Sağlık kuruluşlarında verilen hizmetlerin sürecinin, hizmet çıktılarının ölçülmesi ve

değerlendirilmesi için gereklidir. *Sağlıkta Kalite Standartları*; sağlıkta kalite göstergeleri ve klinik kalite göstergeleri olarak ayrılmaktadır. Sağlık kuruluşlarının gösterge sonuçları Türkiye Sağlıkta Kalite Göstergeleri Sistemine (TÜR-GÖS) girilmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlıkta Kalite Standartları Hastane, 2020). *Sağlıkta Kalite Değerlendirmeleri*; sağlıkta kalite kriterleri Bakanlık tarafından ilk oluşturulduğunda sağlık kuruluşlarında değerlendirmeler yapılmaktaydı. Bu değerlendirmeler daha sonraki yıllarda İl Sağlık Müdürlüklerindeki Performans ve Kalite Birimleri tarafından yapılmaya başlanmıştır. 2007- 2010 yıllarında illerdeki sağlık kuruluşları tarafından başarılı uygulama ve deneyimlerin paylaşılması amacıyla “Çapraz Değerlendirme” adı verilen sürece başlanmıştır (T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlıkta Kalite Standartları Hastane, 2020).

2010 yılından sonra ise ülkemizdeki bütün sağlık kurum ve kuruluşlarında “Merkezi Değerlendirmelere” başlanılmıştır. 2017 yılından sonra ise Sağlık Bakanlığı tarafından verilen SKS değerlendiricileri eğitimlerine başlanmıştır (T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlıkta Kalite Standartları Hastane, 2020). SKS'nin oluşturulması sürecinde ilk olarak toplumsal ihtiyaçlar ve öncelikler tespit edilmiş, sağlık kurum ve kuruluşlarının bu ihtiyaç ve talepleri değerlendirmesi istenilmiştir.

Klinik kalite ile geliştirilen klinik kalite programı sayesinde kurumlardaki tıbbi süreçler ve elde edilen klinik çıktıların izlenebilir kılınması ve sürekli olarak iyileştirilmeye çalışması amaçlanmaktadır. Sistemlerin kullanılması ile elde edilen verilerden analizler yapılmaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlıkta Kalite Standartları Hastane, 2020).

Bilimsel çalışmalar ve kılavuzlar incelenerek oluşturulan standartların fizibilite çalışma süreci tamamlanmıştır. Sağlıkta Kalite Standartları süreci standartların kesinleşmesi ve sağlık kuruluşları ile paylaşılmasıyla son bulmaktadır. Belirlenen standartların revize edilmesi durumu sürekli olarak devam etmektedir. Oluşturulan standartların sağlık kuruluşlarınca benimsenmesi için sağlık profesyonellerinin eğitimine ihtiyaç duyulmaktadır. Standartlara uyum, değerlendiriciler tarafından gerçekleştirilecek denetim, standartların içeriklerine hakimiyet ve alanlarda uygulanabilmesi için takip süreci Kalite Birimleri tarafından verilecek destek ile sağlanmaktadır (Ertuş & Çelik, 2018).

1.4.3.2. Sağlıkta Kalite Standartları- Hastane

2020 yılında yayınlanan Sağlıkta Kalite Standartları Hastane Versiyon 6 setinde; 5 boyut (kurumsal hizmetler, hasta ve çalışan odakları hizmetler, sağlık hizmetleri, destek hizmetleri, gösterge yönetimi), 46 bölüm, 523 standart, 1599 değerlendirme ölçütü bulunmaktadır. Sağlıkta Kalite Standartları; sağlık kurum ve kuruluşlarının verdiği hizmetin belirlenen kriterlerle ölçümünün yapılması, değerlendirilmesi, sunulan hizmetin iyileştirilmesi ve hasta güvenliğinin sağlanması için tasarlanmıştır. Sağlıkta Kalite Standartları; Hastane, Diyaliz, Ağız Diş Sağlığı Hastaneleri, Evde Sağlık Hizmetleri ve 112 olmak üzere sağlık kurum ve kuruluşlarına referans sağlaması için oluşturulmuştur (T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlıkta Kalite Standartları Hastane, 2020).

Sağlıkta Kalite Standartları-Hastane ilk olarak 2005 yılında oluşturulmuştur. Daha sonra standartlar; 2007-2008-2011-2015-2020 yılında yenilenmiştir. 2020 yılında son versiyon olan Sağlıkta Kalite Standartları-Hastane Versiyon 6 sağlık kurum ve kuruluşları tarafından kullanılmaya başlanmıştır (Sağlık Bakanlığı,2022). Sağlıkta Kalite Standartları sürekli güncellenerek 2005 yılı ile 2020 yılındaki yenilenen hali karşılaştırıldığında çok fazla iyileştirme yapıldığı görülmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlıkta Kalite Standartları Hastane, 2020).

Tablo 1: SKS Hastane Boyut ve Bölümleri

KURUMSAL HİZMETLER	
1	Kurumsal Yapı
2	Kalite Yönetimi
3	Doküman Yönetimi
4	Risk Yönetimi
5	Kurumsal Verimlilik
6	İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi
7	Afet ve Acil Durum Yönetimi
8	Kimyasal, Biyolojik, Radyolojik ve Nükleer (KBRN) Tehlikelerin Yönetimi
9	Eğitim Yönetimi
10	Sosyal Sorumluluk
HASTA VE ÇALIŞAN ODAKLI HİZMETLER	

1	Hasta Deneyimi
2	Hizmete Erişim
3	Yaşam Sonu Hizmetler
4	Sağlıklı Çalışma Yaşamı
SAĞLIK HİZMETLERİ	
1	Hasta Bakımı
2	İlaç Yönetimi
3	Enfeksiyonların Önlenmesi ve Kontrolü
4	Temizlik, Dezenfeksiyon ve Sterilizasyon Hizmetleri
5	Transfüzyon Hizmetleri
6	Terapötik Aferez Hizmetleri
7	Radyasyon Güvenliği
8	Acil Servis
9	Ameliyathane
10	Yoğun Bakım Ünitesi
11	Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi
12	Doğum Hizmetleri
13	Diyaliz Ünitesi
14	Psikiyatri Hizmetleri
15	Toplum Ruh Sağlığı Hizmetleri (TRSH)
16	Biyokimya Laboratuvarı
17	Mikrobiyoloji Laboratuvarı
18	Patoloji Laboratuvarı
19	Doku Tipleme Laboratuvarı
20	Kemoterapi Hizmetleri
21	Organ ve Doku Nakli Hizmetleri
22	Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Hizmetleri
23	Palyatif Bakım Kliniği
24	Evde Sağlık Hizmetleri
DESTEK HİZMETLERİ	
1	Tesis Yönetimi
2	Otelcilik Hizmetleri
3	Bilgi Yönetim Sistemi
4	Malzeme ve Cihaz Yönetimi
5	Tıbbi Kayıt ve Arşiv Hizmetleri

6	Atık Yönetimi
7	Dış Kaynak Kullanımı
GÖSTERGE YÖNETİMİ	
1	Göstergelerin İzlenmesi

Kaynak:(T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlıkta Kalite Standartları Hastane, 2020).

1.4.3.3. Sağlıkta Kalite Standartları (SKS) ile Kalite Ölçümü

Klinik kalite ölçümü; sağlık kurum ve kuruluşlarında sunulan hizmetlerin oluşturulan standartlara göre, istenilen düzeyde yapılıp yapılmadığını veya iyileştirilmelerin yapılmasını amaçlayan bir süreci kapsamaktadır. Standartlar; ölçülebilir, uygulanabilir, sunulacak hizmet ile ilişkili, kanıta dayalı ve zamanında uygulanabilir şeklinde oluşturulmuştur.

Sunulan sağlık hizmetinin standartları ne kadar karşıladığının belirlenmesi kalite ölçüm sürecini kapsamaktadır. Bu süreçte sağlık hizmetini sunan ya da sağlık hizmetini alan bütün paydaşlar sürece dahil edilmektedir. Standartların ne kadar karşılandığı belirtilmeli, standartların karşılanamayan kısımlarının nedenleri analiz edilmelidir. Neden analizi yapıldığı takdirde sağlık kuruluşu iyileştirme yapılması gereken konuların tespitini yapabilmektedir (Gürsöz vd., 2018).

Sağlıkta kalite standartları ile değerlendirilen sağlık kurum ve kuruluşlarına değerlendiriciler tarafından 0-100 arasında puan verilerek sağlık kurum ve kuruluşlarının sundukları hizmetler ölçülebilir, diğer kuruluşlar ile kıyaslanabilir hale gelmektedir. Bu sayede Bakanlık tarafından sağlık politikalarının da kurumlar tarafından benimsenerek uygulanabilirliğinin takibi yapılabilmektedir (Öztürk & Kıracı, 2017).

Sağlıkta Kalite Standartlarının değerlendirmeleri Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenen değerlendiricilere verilen eğitimler sonrası sağlık kurum ve kuruluşlarının kalite düzeylerinin saptanması için yılda bir defa yapılmaktadır. Değerlendiriciler kuruluşun değerlendirmelerini yapmakta ve rapor etmektedir. Her yıl denetimler düzenli olarak gerçekleştirilmektedir (B. Uysal & Yorulmaz, 2018).

1.4.4. Healthcare Information and Management Systems Society (HIMSS)

HIMSS sağlık hizmeti sunan kurumların; klinik bakım kalitesini hasta güvenliği açısından, sağlık bilgi sistemlerini kullanımına bakarak sağlık bakım hizmeti kalitesini ölçmektedir. Vizyonu teknoloji ve bilginin daha iyi kullanımını sağlayarak sağlık bakımını iyileştirmektedir. HIMSS, sağlık hizmet sunucularının HIMSS-EMRAM standartlarına göre ne seviyede (olgunlukta) olduklarını ölçümlemekte ve bu sonuçları tüm sağlık sektörü ile paylaşmaktadır (Demir & Güler, 2022). HIMSS sağlık hizmeti sunan kurumları farklı bir perspektiften değerlendirerek teknoloji bakımından sağlık sistemlerinin doğru kullanımına bakmakta ve tamamen hasta güvenliği konseptini esas almaktadır. Bunu da sağlık kurumları tarafından doldurulan anket üzerinden değerlendirmektedir. Anketten çıkan sonucun seviye 6 veya 7'ye uygun olması halinde yerinde/online ziyaretle bu ölçümler gerçekleştirilmektedir. Hastanelerin seviye 6 veya 7 kriterlerine uygun olarak valide edilmesi o hastanenin hasta güvenliğini ön planda tutarak doğru tedavi sunduğunu ve dijital bakımdan gelişmiş olduğunu göstermektedir (Sebetci vd., 2017).

HIMSS aynı zamanda bölgesel ve küresel çapta sağlık bilişim kongreleri ve zirveleri düzenlemektedir. Ayrıca sağlık sektöründe ilgili paydaşları bir araya getirmektedir. Uluslararası kongreler ile dünyada sağlık bilişimi alanında önde gelen firmaları bir araya getirerek firmalara son yeniliklerini sunma ve hizmet sunucular ile buluşma imkânı sağlamaktadır. Bununla birlikte ilgili yıla ait HIMSS'in herhangi bir seviye değerlendirme standardına göre başarı elde etmiş ve validasyonu gerçekleştirmiş hastanelerin sertifikaları bu kongrelerde hastanelere takdim edilmektedir. HIMSS, Amerika, Avrupa, Asya, Latin Amerika, Orta Doğu ve Birleşik Krallık olmak üzere 6 bölgede etkinliğini sürdürmektedir. HIMSS, bilgi sistemlerinin kullanım alanına göre oluşturduğu modeller ile ölçümler yapmaktadır. Kullanım amacına göre altı ölçüm modeli bulunmaktadır (HIMSS, 2022).

Bu modellerin isimleri ;

- EMRAM (Electronic Medical Record Adoption Model); yatışlı tedavi kurumlarında bilgi ve teknolojinin kullanımını ve benimsenmesi ölçümlenmektedir.

- CCMM (Continuity of Care Maturity Model); hastanın ilk tedavi noktasından iyileşene kadar aldığı sağlık hizmetinin sürekliliğinde bilgi ve teknolojinin kullanım düzeyi ölçümlenmektedir.
- AMAM (Adoption Model for Analytics Maturity); hastanenin analitik kapasitesi ölçümlenmektedir.
- O-EMRAM (Outpatient Electronic Medical Record Adoption Model); ayakta tedavi merkezlerinde bilgi ve teknolojinin kullanımı ve benimsenmesi ölçümlenmektedir.
- Value Score; finansal, operasyonel ve klinik karar destek sistemlerinin kullanımı ölçümlenmektedir.
- DIAM(Digital Imaging Adoption Model); tıbbi görüntülerin etkin kullanım düzeyi ölçümlenmektedir.
- INFRAM (Infrastructure Adoption Model); teknik altyapı gelişmişliği ve veri güvenliği ölçümlenmektedir (HIMSS, 2022).
- CISOM (Clinically Integrated Supply Outcomes Model); Kalite, güvenlik ve sürdürülebilirliği sağlamak için klinik ortamların dijitalleşme düzeyini ölçümlenmektedir (HIMSS, 2022).

1.4.4.1. HIMSS-EMRAM Seviyeleri

Tüm modeller, hastaneleri 0 -7 arasında seviyelendirmektedir. Ölçümleme online anket üzerinden yapılmaktadır. HIMSS tarafından sadece o hastaneye özel kullanılabilen tek kullanımlık anketler paylaşmakta ve verilen cevaplara göre hastanenin genel durumunu gösteren bir GAP analizi iletilmektedir (**Demir & Güler, 2022**). Anket sonucuna göre seviyesi 6 ve 7 çıkan hastaneler (talep ederse) uzmanlar tarafından yerinde ziyaret edilerek onaylanmaktadır. Akreditasyon süresi üç yıldır. Bu sürenin sonunda hastane talep ederse tekrar valide olmaktadır

HIMSS-EMRAM modeli sekiz aşama ile seviyelendirilmektedir. Bu modeldeki seviyelendirmeler kısaca aşağıda açıklanmaktadır:

Tablo 2: HIMSS-EMRAM Seviyeleri

SEVİYE	HIMSS-EMRAM (Elektronik Sağlık Kaydı Benimseme Modeli Kabiliyetleri)
7	Bütüncül elektronik sağlık kaydı; başka kurumlarla veri alışverişi, felaket kurtarma merkezi; üst düzey güvenlik ve mahremiyet önlemleri
6	İlaç, kan ürünü ve anne sütü için, teknoloji destekli kapalı döngü uygulama yönetimi; bilgi sistemlerinde risk değerlendirmesi ve raporlaması, kapsamlı klinik karar destek sistemi
5	Yapısal hale getirilmiş doktor klinik formları; sızma tespit ve önleme sistemleri, mobil cihazların korunması
4	Klinik karar destek sistemi ile entegre olan elektronik order kaydı; hemşire ve yardımcı sağlık personeli klinik formları; sistemlerin sürekliliği için temel önlemler
3	Hemşire ve yardımcı sağlık personeli klinik formları; elektronik ilaç tedavi kaydı (yatan hasta); rol tabanı yetkilendirme
2	Elektronik klinik veri havuzu; hastane içinde birlikte çalışılabilen bilgi sistemleri, temel güvenlik önlemleri
1	Üç temel bilgi sisteminin (eczane bilgi sistemi, laboratuvar bilgi sistemi ve görüntüleme bilgi sistemi) hepsi mevcut
0	Üç temel bilgi sisteminden (eczane bilgi sistemi, laboratuvar bilgi sistemi ve görüntüleme bilgi sistemi) hiçbiri mevcut değil

Kaynak: (HIMSS, 2022)

1.4.4.2. HIMSS-EMRAM Süreci

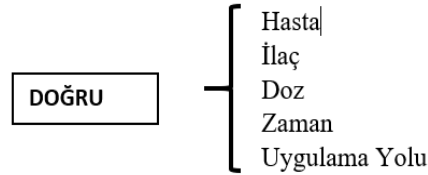
Hastaneler, HIMSS-EMRAM sürecine gönüllü olarak katılmaktadır. HIMSS ekipleri, EMRAM modeline başvuran hastaneler için EMRAM anketini talep etmektedir. Ekibin desteğiyle, hastaneler anketi doldurmakta ve anketi doldurma sürecinde hastanelerle iletişim kurulmaktadır. Daha sonra, hastanenin EMRAM anketini çevrimiçi olarak tamamlamak ve seviye ölçümü yapmak için HIMSS Avrupa ekibinden çevrimiçi bir anket bağlantısı istenmektedir. Hastane, çevrimiçi platformda EMRAM anketini doldurmaktadır. Bu aşamadan sonra hastane seviyesini gösteren GAP analizi raporu HIMSS-EMRAM ekipleriyle paylaşmaktadır. Çevrimiçi anket sonucunda hastane seviye 6 kriterlerini sağlarsa, yerinde ziyaret için tarih belirlenmektedir. Yerinde ziyaret hastane ile ekibin belirlediği tarihte yapılmakta ve ziyaretin sonucuna göre hastane valide edilmektedir/edilmemektedir. Hastane ile yerinde ziyaret sürecine ilişkin rapor ziyaret sonrasında paylaşmaktadır.

1.4.4.3. HIMSS-EMRAM Standartları

HIMSS-EMRAM kriterleri ile akredite olmak isteyen sağlık kuruluşlarının yerine getirmesi gereken bazı standartlar bulunmaktadır. Sağlık kuruluşunun teknolojik altyapısını iyileştirmekten daha çok bu teknolojiyi benimsemesi beklenmektedir. HIMSS-EMRAM dijital dönüşümü benimseme modelidir (HIMSS, 2022). HIMSS-

EMRAM kriterleri SKS ile benzerlik göstermektedir. Aşağıda HIMSS-EMRAM kriterlerine ait temel başlıklar sıralanmaktadır;

- Bilgi sisteminin varlığı: Hastane bilgi yönetim sisteminin kullanımı aynı zamanda içerisinde yer alan modüllerin aktif kullanılması kapsamaktadır. Elektronik sağlık kaydının sağlık profesyonelleri tarafından yararlı kullanımını öncelemektedir.
- Cihaz Entegrasyonu Bilgi Sistemi Kullanımı (%50- %100): Radyolojide kullanılan tüm cihazların hastane bilgi sistemi tarafından görüntülenebilmesini ifade etmektedir. DICOM formatında olmayan görüntüler PDF, MPEG, JPEG, AVI, PNG vb. gibi dijital formatlarda olabilmektedir. Tüm görüntülere HBYS üzerinden ulaşılabilir olması beklenmektedir. Tüm dijital görüntülerin %100 oranında dijital ortamda bulunması gerekmektedir.
- Teknoloji Kullanarak Doğrulama: İlaç, kan ve anne sütü ürün olarak kabul edilmektedir. Kapalı döngü ürün yönetiminde tüm ürünlerin barkodlanması ve uygulanmadan önce “5 doğru” olarak adlandırılan kurala göre doğrulanması gerekmektedir. 5 Doğru kuralının adımları aşağıdaki gibidir:



5 Doğru kuralının yerine getirilebilmesi için tüm adımların uygulanmış olması gerekmektedir. Adımların eksiksiz olması durumunda kapalı döngü gerçekleştirilmiş olmaktadır.

- Klinik Karar Destek Sistemi (KKDS): Klinik karar destek sistemleri 4 temel seviye de karşımıza çıkmaktadır. 0, 1, 2 ve 3 seviye karar destek sistemleri olarak tüm seviyelerin olması beklenmektedir.
 - 0.seviye KDS'ler veriler arasına tutarlık kontrolü ve mükerrerlik kontrolü sağlamaktadır.
 - 1.Seviye KDS'ler uyarılar ve hatırlatmalar yapmaktadır.
 - 2.Seviye KDS'ler otomatik istem oluşturabilen ve karar verici ile etkileşimleri kapsamaktadır.

- 3.Seviye KDS'ler ise hastanın profiline göre düzenlenmiş verilerden sağlık profesyonellerine asistanlık sağlayan ve klinik protokollerle ilişkili öneriler sunmaktadır.
- İş Analitiği: Sağlık kurumunun analitik yeteneklerinin gösterilmesini kapsamaktadır. Finansal, idari ve klinik süreçlerdeki problemlerin çözümü için iş zekâsı programlarının kullanılması beklenmektedir. Veriyi bilgiye dönüştürme araçları, iş zekâsı programları ve raporlama programlarının varlığı sorgulanmaktadır. Bir problemin veriye dayalı şekilde tespit edildiğinin ve çözümlendiğinin kanıtlanması beklenmektedir.
- Veriye dayalı yönetim kültürü: İş analitiğinde yapılan çalışmalar sonucunda elde edilen bilginin bir kültür olarak benimsenip kullanılmasını kapsamaktadır. (Sağlık Bakanlığı, 2018).

1.4.4.4. HIMSS-EMRAM ile Kalite Ölçümü

HIMSS-EMRAM, hastaneleri 4.4.3'te verilen standartlara göre değerlendirmektedir. Bu standartların hastanelerde var olma durumu hastane tarafından doldurulan anket ile belirlenmektedir. Anket sonucunun seviye 6 çıkması durumunda; kriterlerin sağlanmasını ve sağlık kurumları tarafından benimsenmesini görmek amacıyla yerinde/online ziyaret yapılmaktadır.

HIMSS-EMRAM için validasyon adı verilen yerinde/online ziyaretler seviye 6 için 1 gün seviye 7 için 2 gün sürmektedir. Validasyon ziyareti sonunda, değerlendirme sonucu rapor şeklinde sağlık kuruluşuna sunulmaktadır. Sağlık kuruluşunda görülen iyi yönler ve tavsiyeler olarak iki bölümde yazılan detaylı rapor 1 hafta içerisinde sağlık kurum ve kuruluşları ile paylaşılmaktadır (HIMSS, 2022).

1.4.5. SKS, HIMSS-EMRAM ve JCI'ın Değerlendirme Şekillerinin Karşılaştırılması

SKS, HIMSS-EMRAM ve JCI kalite ölçüm modellerinin kendine özgü değerlendirme süreci, puanlandırma ve değerlendirme strateji bulunmaktadır. Bu süreçler Tablo 3'de tabloda verilmektedir.

Tablo 3: SKS, HIMSS-EMRAM, JCI Değerlendirme Süreçleri

Değerlendirme Süreci	SKS	HIMSS-EMRAM	JCI
Yerinde Ziyaret şeklinde gerçekleştirilmektedir.	Önceden standartlar rehber olarak verilmekte ve bu standartların varlığı sorgulanmaktadır.	Sağlık kuruluşuna gönderilen anket doldurulduktan sonra standartların varlığı sorgulanmaktadır.	Önceden standartlar rehber olarak verilmekte ve bu standartların varlığı sorgulanmaktadır.
Puanlama Metodolojisi	0-100 puan arasında değerlendirme yapılmaktadır.	Tüm modeller de hastaneler/merkezler 0 ila 7 arasında seviyelendirilmektedir.	JCI yerinde ziyaretin temelinde iz sürme metodolojisini kullanmaktadır.
Kullanılan Analiz	Sağlıkta kalite göstergeleri ve klinik kalite göstergeleri ile değerlendirme yapılmaktadır.	Hastaneler/merkezler tarafından modelin anketi doldurulmakta ve değerlendirme yapılmaktadır. Daha sonra, online anket doldurulmakta ve seviye sonuçlanmaktadır.	Her kuruluş için bireyselleştirilen anketler ile değerlendirme yapılmaktadır.
Kriterler/Gereklilikler/ Standartlar	Standartlara göre değerlendirme yapılmaktadır.	Standartlara göre değerlendirme yapılmaktadır.	Standartlara göre değerlendirme yapılmaktadır.
Kriter Sayısı	5 boyut, 46 bölüm, 523 standart,1599 değerlendirme ölçütü	163 kriter	4 bölüm, 320 standart 1267 ölçülebilir element,
Başarı/Başarısızlık Durumu	Puan skoruna göre değerlendirilmektedir.	Yerinde ziyarette kriterler değerlendirilip uygunluğuna göre hastane valide edilmektedir/edilmemektedir.	Geçerli standartların tamamına veya çoğuna uygun olduğu düşünülen kuruluşlara Akreditasyon kararı verilmektedir.
Zorunluluk Durumu	Her yıl Sağlık Bakanlığı tarafından zorunlu olarak yapılmaktadır.	Gönüllü bir süreçtir.	Gönüllü bir süreçtir.
Geçerlilik Süresi	Sağlık kuruluşları yılda bir ziyaret edilmektedir	Sertifika geçerlilik süresi 3 yıldır ve 3 yıl sonra ziyaret edilmektedir.	Sertifika geçerlilik süresi 3 yıldır ve 3 yıl sonra ziyaret edilmektedir.
Ziyaret Süresi	Sağlık kuruluşunun büyüklüğüne, tipine ve karmaşıklık düzeyine göre değişiklik göstermektedir.	Yerinde ziyaretler 1-2 gün sürmektedir.	Sağlık kuruluşunun büyüklüğüne, tipine ve karmaşıklık düzeyine göre değişiklik göstermektedir.
Ziyaret Sonrası Rapor Gönderilme Süresi	Detaylı rapor taslağı, 1 hafta içerisinde sağlık kurum ve kuruluşları ile paylaşılmaktadır.	Sağlık kuruluşunda görülen iyi yönler ve tavsiyeler olarak iki bölümde yazılan detaylı rapor 1 hafta içerisinde sağlık kurum ve kuruluşları ile e-mail yoluyla paylaşılmaktadır.	Sağlık kuruluşu, inceleme tarihinden sonraki 7 gün içerisinde yazılı olarak veya e-mail yoluyla inceleme bulguları ile ilgili raporun revizyonunu talep edebilmektedir.

Kaynak: (Accreditation Standarts, 2022; HIMSS, 2022; T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlıkta Kalite Standartları Hastane, 2020)

1.4.6. Literatürde Sağlıkta Kalite Ölçüm Modellerinin Karşılaştırılması

Literatürde yer alan kalite modellerine, iyileştirme araçlarına ve ölçüm modellerine yönelik yapılan çalışmalar sıralanmaktadır.

Alkhenizan ve Shaw tarafından, 2011 yılında akreditasyon programlarının sağlık kalitesi üzerindeki etkisini geniş bir literatür taraması yaparak araştırmıştır. Akreditasyon programlarının sağlık hizmetlerinde kalitenin yükseltilmesi için bir araç olarak kullanıldığı, klinik koşulları ve bakım kalitesini iyileştirdiği sonucuna varmışlardır. OECD'nin 2018 yılında kriterlerini güncellediği HCQO 2018-2019 Data Collection her biri belirli standartları toplamak için tasarlanmış iki ayrı veri toplama yöntemini içermektedir. Bu iki yöntemin teknik özellikleri: Yöntem I (Excel anketi tabanlı yöntem) ve Yöntem II (SAS Programı-tabanlı yöntem) detaylı şekilde ele alınmış ve kaliteli sağlık hizmet sunumu için hangi verilerin olması gerektiği üzerinde durulmuştur (Alkhenizan & Shaw, 2011).

Donahue ve Vanostenberg tarafından 2000) yılında hastaneler için Joint Commission International (JCI) akreditasyon programının bileşenlerini tanımlamak ve bu programı ExPeRT projesi kapsamında açıklanan dört kalite değerlendirme modeliyle karşılaştırmak için yapmış oldukları çalışmada seçtikleri dört modelin JCI standartları ve değerlendirme ölçütleri ile ortak noktalarının olduğu sonucuna ulaşmışlardır (Donahue & Vanostenberg, 2000). Friebel ve Steventon tarafından 2019 yılında yapılan çalışma ile kalite ölçümünde ölçüme dayalı standartların kullanılmasının mevcut durumu görmeyi sağladığı ve yıllara göre veri karşılaştırma imkanı sağlaması açısından kalitenin iyileştirilmesine olumlu etki ettiği ve kullanılan standartların birleşik yapıda olmasının kaliteyi arttırdığı sonucuna ulaşmışlardır (Friebel & Steventon, 2019a). Shafei ve arkadaşları tarafından 2019 yılında, sağlık hizmet kalitesinin ölçülmesinde kullanılan SERVQUAL ve SERVPENT ölçüm modellerinin karşılaştırmasını 384 hastaya yapılan anketler yoluyla nicel veri toplayarak gerçekleştirmiş ve hizmet kalitesinin ölçümünde Servperf ölçüm modelinin kullanılmasının daha uygun olduğuna karar vermişlerdir (Shafei vd., 2019).

Docteur ve Berenson tarafından 2011 yılında yapılan çalışma ile ABD'nin sağlık hizmet kalitesini diğer ülkeler ile kıyaslamıştır. Bu çalışmada sağlık bakım hizmetinin ölçümünde kullanılan ölüm oranı, doğum oranı, yaşam süresi vb. sağlık göstergeleri üzerinden karşılaştırma yapılmıştır. Kullanılan kalite ölçüm modellerine değinilmemiştir (Docteur & Berenson, 2011). Fu ve arkadaşları tarafından 2012 yılında yapılan çalışmada ABD'de farklı olarak uygulanan kalite değerlendirmelerini standart bir hale getirmek amacıyla online bir kalite değerlendirme sistemi geliştirilmiştir. Bu sistemde farklı şekilde yapılan kalite değerlendirmelerinden elde edilen veriler standart hale getirilerek karşılaştırılmakta ve iyileştirme çalışmaları yapılmaktadır (Fu vd., 2012).

Tabrizi ve arkadaşları tarafından 2011 yılında yapılan çalışmada SID, Ovid Medline & PubMed veritabanlarında ABD'den JCAHO, CCHSA'nın Kanada programı ve İngiltere, Avustralya, Yeni Zelanda ve Fransa'nın akreditasyon programları dahil olmak üzere altı sistem için tarama yapılmıştır. Tarama sonucunda akreditasyon programlarının avantajları ve dezavantajları ortaya konulmuştur. Yapılan tarama belirlenen anahtar kelimeler üzerinden gerçekleştirilmiştir. Tarama sonucunda ABD ve Kanada'da uygulanan akreditasyon programlarının daha avantajlı olduğu görülmüştür (Tabrizi vd., 2011).

Hussey ve arkadaşları tarafından 2004 yılında yapılan çalışmada Commonwealth Fund Uluslararası Kalite Göstergeleri Çalışma Grubu ile Avustralya, Kanada, Yeni Zelanda, İngiltere ve Amerika Birleşik Devletleri'ndeki tıbbi bakımı yansıtan 21 gösterge hakkında veri toplamıştır. Göstergeler, beş yıllık göreceli kanser sağkalım oranlarını, akut miyokard enfarktüsü ve felç sonrası otuz günlük vaka ölüm oranlarını, meme kanseri tarama oranlarını ve astım ölüm oranlarını içermektedir. Karşılaştırma sonucunda, her ülkenin uluslararası deneyimlerden öğrenebileceği en az bir bakım alanı olduğu savunulmaktadır (Hussey vd., 2004).

Yousefian ve arkadaşları tarafından 2013 yılında yapılan çalışmada, İran'da geliştirilen Mükemmellik Modeli ile JCI kriterleri karşılaştırılmıştır. Çalışma sonucunda, JCI akreditasyon sisteminin tüm gereksinimlerinin geliştirilen

Mükemmellik Modeli kapsamında olduğu belirtilmektedir. Mükemmellik modelinin oldukça kapsamlı olduğu savunulmaktadır (Yousefian vd., 2013).

Toma ve arkadaşları tarafından 2019 yılındaki çalışmada sağlıkta kalitenin iyileştirilmesi için hangi sonuçların tanımlanması gerektiğini belirlemek amacıyla fikir birliği yöntemlerini, tüm sonuçların neden ve nasıl önceliklendirileceğini, değerlendirildiğini ve yorumlandığını, bu süreçte hangi paydaşların yer alması gerektiğini konu alan çalışmaları ele almış ve kalite ölçümünde nitel ve nicel yöntemlerin bir arada kullanılması gerektiğini vurgulamışlardır (Toma vd., 2019). Upadhyai ve arkadaşları tarafından 2019 yılında yapılan sağlık hizmet kalitesinin temel boyutlarını ve nasıl ölçüldüğünü araştırdığı çalışma kapsamında, sağlık hizmeti kalitesi, hizmet kalitesi boyutları ve kalite ölçümü konularında EBSCO ve Google Akademik veri tabanları üzerinde önemli araştırmaları içeren literatür taraması yapılmıştır. Sonuç olarak; sağlık hizmet kalitesindeki standartların içeriğe özgü olduğu ve hasta algılarının yalnızca sağlık hizmet değerlendirmesinde boşluk (gap) puanına dayalı modellere göre ölçüldüğü görülmüştür. Ayrıca bu araştırmada, sağlık hizmeti kalitesi, yapısı ve ölçümü öncelikle hastanın bakış açısıyla yapılmıştır, ancak hizmet sağlayıcının sağlık hizmeti kalitesi konusundaki perspektifi dikkate alınmamıştır (Upadhyai vd., 2019).

Otokiti tarafından 2019 yılında literatür taramasına dayalı olarak yaptığı çalışmasında, bilişimin ve büyük veri kullanımının, nüfus sağlığını ve hizmet kalitesini iyileştirme potansiyeline sahip olduğunu vurgulamıştır (Otokiti, 2019). Semnani ve Asadi tarafından 2016 yılında yapılan çalışmada JCI akreditasyon standartları, klinik yönetim ve EFQM (EFQM Mükemmellik Modeli, Avrupa Kalite Yönetim Vakfı (European Foundation for Quality Management) tarafından sanayi ve akademisyenlerden oluşan bir grup ile geliştirilerek 1991 yılında tüm dünyaya duyurulmuş olan bir yönetim modelidir. Model esas itibarıyla, boyutu ve sektörü ne olursa olsun tüm kuruluşlar tarafından kullanılabilen bir kurumsal değerlendirme aracıdır) modeli ve bu standartların dengeli skor kartı (BSC-kurum performansının en önemli belirleyicisi olan stratejinin, iş sonuçlarına süratle ve ölçülebilir bir şekilde yansımaya yardımcı olan bir araçtır) model boyutları ile birleştirilmesini kullanarak

tüm alanları kapsayan yeni bir model oluşturmuş ve İran’da bir hastanede 4 yıl boyunca uygulanan bu model ile yönetimde ilerleme ve hastane performansında sürekli iyileşme sağlanmıştır (Semnani & Asadi, 2016).

Farzianpour ve arkadaşları tarafından 2011 yılında hasta güvenliğini ve sağlık kalitesini ölçmeye yönelik olarak yapmış oldukları çalışmada QPS (analiz modeli) ve JCI standartlarını kullanarak oluşturdukları 62 soruluk ankette 16 hastaneyle çalışmalarını yürütmüş ve kalite ölçüm modellerinin varlığının kaliteyi yükselttiği sonucuna varmışlardır (Farzianpour vd., 2011). Khosravi ve arkadaşları tarafından 2019 yılında, sağlık hizmetlerinde sürdürülebilirliğin değerlendirilmesi ve ölçülmesini sağlamak üzere ölçülebilir bir model geliştirmek için çalışma yapmışlardır. Çalışma kapsamında, çevresel, sosyal ve ekonomik göstergeler için sürdürülebilirlik mücadelesi ve kapasite göstergelerinin türetilmesinde “Üçlü Dip Çizgisi (TBL-grafiksel bir analiz yöntemi)” kavramları izlenmiştir. Önerilen modelin etkinliğini göstermek için İran sağlık hizmet kalitesinin sayısal bir gösterimi sunulmuştur. Önerilen model ile herhangi bir sağlık sisteminin sürdürülebilirlik seviyesinin etkin bir şekilde ölçülmesi için panoramik bir araç olarak kullanılabilceği sonucuna varmışlardır (Khosravi vd., 2019).

Arah ve arkadaşları tarafından 2006 yılında OECD’nin HCQI (Sağlık Bakım Kalitesi Göstergeleri) Projesi için kavramsal bir çerçeve geliştirmek üzere yaptıkları çalışmasında; sağlık hizmeti performansının sağlıkla ilgili ihtiyaçlar açısından daha dar ve çoğunlukla klinik veya teknik bir görüşe sahip olduğunu savunmuşlardır. Sağlık hizmetlerinin kalitesine odaklanan, sağlık ve diğer belirleyicileri hakkında daha geniş bir perspektif sunan ve sağlık politikasının temel amaçlarını tanıyan bir HCQI çerçevesinin olması gerektiğini savunmuşlardır (Arah vd., 2006).

Campbell vd. tarafından 2002 yılında kalite standartlarının uluslararası alanda bir standart sağlanması üzerine yaptıkları araştırmasında, standartlar geliştirilirken veya uygulanırken üç konunun önemli olduğunu vurgulamışlardır. Bunlar; paydaşların perspektifini gösteren standartlar, sağlık bakımının hangi yönleri ölçtüğünü gösteren standartlar ve hangi kanıtların sağlandığına dair standartlardır. Bu çalışmaya göre kalite

standartlarını geliştirmek için gereken bilgiler sistematik veya sistematik olmayan yöntemler kullanılarak elde edilebilmektedir. Vaka çalışmaları gibi sistematik olmayan yöntemler önemli bir rol oynamaktadır ancak mevcut kanıtlara değinmemektedirler. Sistematik yöntemler, mevcut kanıtları uzman görüşü ile birleştirerek doğrudan bilimsel kanıtlara dayanabilmekte veya klinik kılavuzlara dayanabilmektedir. Hatasız bir kalite ölçümü sağlamak mümkün olmasa da, ölçütler mümkün olduğu kadar bazı temel özelliklere (kabul edilebilirlik, fizibilite, güvenilirlik, değışime duyarlılık ve geçerlilik) uygun olmalıdır. Bu özelliklere bağlı kalmak, kalite standartlarının kalite iyileştirme stratejilerindeki etkinliğini en üst düzeye çıkarmaya yardımcı olmaktadır. Standartlar kullanılarak; kalite iyileştirme stratejileri sunmak, iyileştirme sağlamak ve ülkeler arasında aktarımları kolaylaştırmak için gereken faktörlerin anlaşılması gerektiği sonucuna ulaşmışlardır (Campbell vd., 2002).

Marshall ve diğerleri tarafından 2003 yılında, İngiltere ve ABD'de aynı yöntem kullanılarak yaygın klinik problemler için geliştirilen standartları karşılaştırarak birinci basamak kalite standartların aktarılabilirliğini değerlendirmişlerdir. ABD'de, RAND-UCLA (Tıbbi bakımın uygunluğunu ölçmek için doğrudan veya dolaylı olarak RAND Uygunluk Yöntemi) uygunluk yöntemini kullanarak bir dizi ortak kriter için geliştirilen kalite standartları, İngiltere'deki 19 ortak temel bakım kriterine uygulanmıştır. Seçilen şartlar için ABD standartları bir başlangıç noktası olarak kullanılmış, ancak literatür taraması güncellenmiş ve İngiliz genel pratiğine uygulanabilir kalite standartları geliştirmek için Birleşik Krallık birinci basamak pratisyen hekimlerinin görüşleri panel yöntemi ile toplanmıştır. Çalışmanın sonucunda, bakım kalitesi ölçütlerinin geliştirilmesinde çeşitli kriterlerin kullanılmasının faydalı olduğuna ulaşılmıştır. Bununla birlikte, standartların ülkeler arasında doğrudan aktarılamayacağı sonucuna varmışlardır (Marshall vd., 2003).

Boulkedid ve diğerleri tarafından 2011 yılında Delphi Tekniği üzerine yaptıkları çalışmasında, öncelikle kalite standartlarının geliştirilmesi için Delphi Tekniğinin rapor edilmesini açıklamış, kalite standartlarının seçiminde özel yöntemsel beceriler tartışılmış ve bu uygulamanın nasıl olması gerektiği hakkında öneriler sunulmuştur.

Çalışma kapsamında 30 yıl boyunca (1978–2009) üç elektronik veri tabanı aranmış ve kalite standartlarını seçmek için Delphi Tekniğini kullanan tüm makaleler incelenmiştir. Standart bir veri çıkarma formu geliştirilmiştir. Kalite standartlarının seçimi için Delphi Tekniğinin istenilen yeterlilikte olmadığı ve geliştirilmesi gerektiği sonucuna varılmıştır (Boulkedid vd., 2011). Aktar ve Köksal tarafından 2018 yılında yapılan çalışmada hizmet kalitesinin iyileştirilmesinde kullanılan Servqual ve Kalite Evi ölçeklerini ele alınmıştır. İki tekniğin birlikte kullanıldığı bütünleşik bir yaklaşım geliştirerek bu yaklaşımı Eskişehir Devlet Hastanesi Genel Cerrahi ve Dâhiliye yataklı servislerinde uygulamışlardır. Belirlenen hizmet kalitesi boyutları için Servqual puanları hesaplayarak algılanan kalite düzeylerinin demografik özelliklere göre ve servisler temelinde anlamlı farklılıklar gösterip göstermediğini analiz etmişler, anlamlı bir farklılık olup olmadığını incelemiş ve önerilerde bulunmuşlardır (Demirtaş Aktar & Köksal, 2018).

Pope ve arkadaşları tarafından 2002 yılındaki çalışmasında sağlık kalitesinin iyileştirilmesi için kantitatif metot ile beraber aynı zamanda kalitatif yöntemlerinde kullanılması gerektiğini, bu şekilde sağlık kalitesinde iyileştirme sağlanabileceğini savunmuşlardır (Pope vd., 2002). Butt ve de Run'ın 2010 yılında Malezya'da özel sağlık hizmet kalitesini ölçmek için Servqual model ölçeğini geliştirdikleri ve test ettikleri çalışmasında hizmet kalitesi ölçeği boyutunda orta derecede bir negatif kalite boşluğu olduğunu saptamıştır (Butt & de Run, 2010). Tamer ve Çetinkaya'nın 2018 yılında kalite yönetim sisteminin sağlık kurumlarına olan etkisini literatür taraması ile yaptıkları çalışmada kalite yönetim sisteminin sağlık kurumlarında uygulanmasıyla, hizmet kalitesinde, personel ve hasta memnuniyetinde artışa, kaynakların etkin ve sağlık harcamalarının daha verimli kullanılmasına yardımcı olacağını ortaya koymuşlardır (Tamer & Çetinkaya, 2018).

Şahin tarafından 2020 yılında yapılan bir çalışmada SKS ile Sağlıkta Akreditasyon Standartları (SAS) ve JCI standartları dokümanlar incelenerek karşılaştırılmıştır. SKS ve SAS standartları boyutlar ve bölümler bazında değerlendirildiğinde, standartların benzer ancak farklı yapıda oldukları görülmüştür. Karşılaştırmada, SAS-Hastane seti standartlarının hastaneler için oldukça kapsamlı şekilde hazırlandığı ve JCI

standartlarıyla da birçok noktada benzerlik gösterdiği ve hatta bazı bölümlerin daha ayrıntılı olduğu görülmüştür (D. Şahin, 2020).

Virginio ve Dos Reis tarafından 2019 yılında JCI ve EMRAM standartları arasındaki ilişkileri belirlemek için bir değerlendirme yapılmıştır. İlişki tespit edilen standartlar için uzman kişilerinde bu ilişkileri onaylamaları istenilmiş ve görüşleri alınmıştır. JCI standartları ile EMRAM ve/veya HIS(Health Information System) arasında 127 ilişki bulunmuştur. EMRAM'ın JCI tarafından yapılması beklenen birçok standardı yerine getirdiği görülmüş aynı zamanda JCI standartları yerine getirilirken EMRAM'ın da standartlarının sağlandığı sonucuna varılmıştır. JCI'da bulunan ancak EMRAM'da bulunmayan standartların modelin gelişimine katkı sağlayacağı savunulmaktadır. (Virginio & Dos Reis, 2019).

Kaliteyi ölçmeye yönelik çalışmaların genel bir kapsamı olduğu ve ölçümlerin kalite ölçüm modelleri üzerinden yapıldığı görülmektedir. Genel olarak yapılan çalışmaların bir çoğunda; birden fazla standart, gösterge veya kriter bir araya getirilerek kalite ölçüm modelleri geliştirilmiştir.

Tablo 4: Literatürdeki Benzer Çalışmalar ve Kullanılan Yöntemler

Yazar	Araştırma Konusu	Araştırma Metodu	Sonuç
(Friebel & Steventon, 2019b)	Yıllara göre kalite standartlarının sağladığı iyileştirmelerin karşılaştırılması	Karşılaştırmalı Yöntem	Herhangi bir nicel veri bulunmaması nedeniyle veriler detaylı olarak ele alınamamıştır.
(Donahue & Vanostenberg, 2000)	JCI standartlarının Expert projesi kapsamındaki dört kalite değerlendirme modeli ile kıyaslanması	Literatür taraması	Sadece literatür taramasına dayalı olarak sonuca varılmıştır. Nicel veri bulunmamaktadır.
(Semnani & Asadi, 2016)	JCI standartları, klinik yönetim, EFQM Modeli ile Balance Score Card boyutlarının birleştirilmesi ve yeni bir model üretilmesi	Literatür taraması- Balance Score Card	Oluşturulan yeni model pilot seçilen bir hastanede uygulanmış ve olumlu sonuçlar elde edilmiştir.
(Marshall vd., 2003)	ABD’de kullanılan ve iyileştirme sağlanan kalite standartlarının İngiltere’ye uyarlanması	Rand- UCLA	Sadece 19 temel gösterge baz alındığı için kapsamlı bir çalışma elde edilememiştir.
(Boulkedid vd., 2011)	Kalite standardı geliştirmek için Delphi Tekniği kullanılması	Delphi Tekniği	Kalite standardı geliştirilirken Delphi tekniğinin tek başına yeterli olmadığı saptanmıştır.
(Shafei vd., 2019)	Sağlık hizmet kalitesinin ölçülmesinde kullanılan SERVQUAL ve SERVPENT ölçüm modellerinin karşılaştırılması	Derinlemesine Görüşme- Regresyon Analizi	Sadece hasta algılarına göre kalite değerlendirmesi yapılmıştır.
(Pope vd., 2002)	Kalite değerlendirmesinde kullanılan yöntemlerin incelenmesi	Mülakat-Gözlem- Doküman İncelemesi	Sağlık kalitesinin iyileştirilmesi için kantitatif metot ile beraber aynı zamanda kalitatif yöntemlerinde kullanılması gerektiği sonucuna varılmıştır.
(Özgener & Küçük, 2008)	Modern Yönetim Yaklaşımları ve verimlilik kriterleri uyumu	Anket	Çalışma kapsamı belirli boyutlarla sınırlandırıldığı için kapsamlı bilgi elde edilememiştir.
(Hussey vd., 2004)	Avustralya, Kanada, Yeni Zelanda, İngiltere ve Amerika Birleşik Devletleri’ndeki tıbbi bakımı yansıtan 21 göstergenin karşılaştırılması	Oransal karşılaştırma	Her ülkenin uluslararası deneyimlerden öğrenebileceği en az bir bakım alanı olduğu sonuna varılmıştır.
(D. Şahin, 2020)	SKS ile Sağlıkta Akreditasyon Standartları (SAS) hastane kriterleri ve JCI kriterlerinin karşılaştırılması	Doküman İncelemesi	SAS-Hastane seti kriterlerinin hastaneler için oldukça kapsamlı şekilde hazırlandığı ve JCI kriterleriyle de birçok noktada benzerlik gösterdiği ve hatta bazı bölümlerin daha ayrıntılı olduğu görülmüştür

(Virginio & Dos Reis, 2019)	JCI ve EMRAM gereksinimleri arasındaki ilişkinin belirlenmesi	Mülakat-Gözlem-Doküman İncelemesi	EMRAM'ın JCI tarafından yapılması beklenen birçok kriteri yerine getirdiği görülmüş aynı zamanda JCI kriterleri yerine getirilirken EMRAM'ın da gereksinimlerinin sağlandığı sonucuna varılmıştır.
----------------------------------------	---------------------------------------------------------------	-----------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Tablo 4’te araştırma konusu ile benzer olan çalışmalar verilmektedir. Bu çalışmalarda, kaliteyi iyileştirmeye yönelik çalışmaların ağırlıklı olduğu görülmektedir. Kaliteyi ölçmek üzere ortak standart geliştirmeye yönelik yapılan çalışmaların sayısı sınırlıdır. Tezin araştırma kapsamında ele alınan Post-modern yönetim yaklaşımlarını çalışma kapsamına dahil eden benzer bir çalışma Özgener ve Küçük 2008 yılında yapılmıştır. Bu çalışmada, hastanelerde hemşirelerin bakış açısıyla modern yönetim felsefesinin verimliliğe etkisini analiz edilmiştir. Araştırmanın konusu ile benzerlik gösteren çalışmalardan biri Hussey ve arkadaşları tarafından 2004 yılında yapılmıştır. Bu çalışmada ülkelerin sağlık göstergeleri oransal olarak karşılaştırılmıştır. Bir diğer çalışma Şahin tarafından 2020 yılında yapılmış SKS, SAS ve JCI standartları karşılaştırılmıştır. Bir diğer çalışma ise Virginio ve Dos Reis 2019)ında yapılmıştır. Bu çalışmada JCI ve HIMSS-EMRAM standartları karşılaştırılmıştır. Yapılan çalışmalar da yöntem olarak Metin Madenciliği, SPSS, Binary Pairwise Comparison Ve Delphi Tekniği kullanılmadığı görülmektedir. Çalışmamızda SKS, HIMSS-EMRAM ve JCI modelleri karşılaştırılmış ve daha önce bu üç modelin karşılaştırılmasına yönelik literatürde bir çalışmaya rastlanılmamıştır. Çalışmamız sonucunda yapılan analizler ile yeni bir standart seti önerisi sunulması çalışmanın literatüre olan katkısını ortaya koymaktadır.

İKİNCİ BÖLÜM

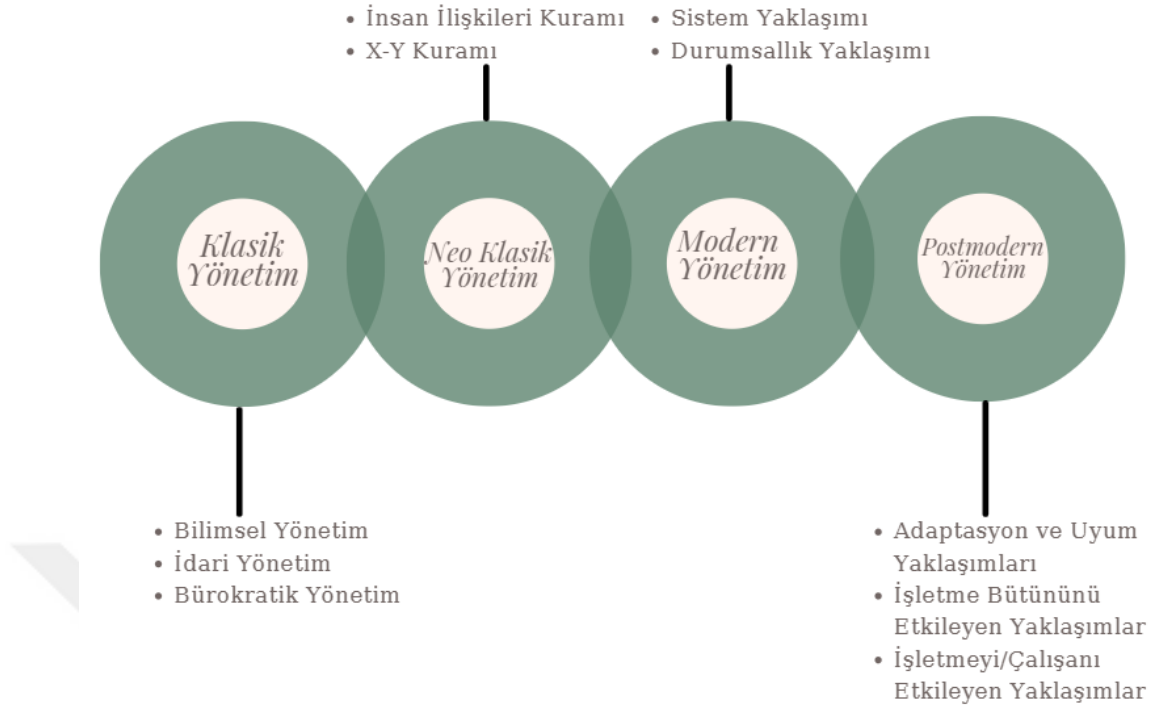
YÖNETİM YAKLAŞIMLARI

2.1. Yönetim Yaklaşımlarının Gelişimi

İlk toplumlarda beri var olan yönetim işlevi, toplumların gelişmesi ile daha profesyonel bir hal almıştır. Yönetimin bilim olarak ele alınması 19.yy'da ABD'de gerçekleşmiştir. Yönetim kavramı bilim dalı olana kadar kamu yönetimi ile anılmıştır. Ancak 19. yy. itibari ile başta işletme alanı ve diğer tüm alanlarda yönetim unsuru ağırlık kazanmıştır. İşletme yönetimi alanında Taylor, Fayol, Mayo gibi bilim insanları araştırmalar yapmış ve çalışmalar ortaya koymuştur. İşletme yönetimi alanında yapılan tüm çalışmalarda yönetimin fonksiyonları olduğu ve bu fonksiyonların; planlama, örgütleme, yöneltme, koordinasyon ve denetim olduğu literatürde kabul görmüştür (Bakan, 2011).

Klasik Yönetim Yaklaşımı, 19. yüzyılın sonlarında ve 20. yüzyılın başlarında gelişen organizasyonların yönetimine ilişkin olarak ortaya çıkmıştır. Bu yaklaşım, sanayi devriminden doğmuştur ve verimlilik teorilerine odaklanmaktadır. 19. yüzyılın sonlarında olduğu gibi, fabrika üretiminin yaygınlaştığı ve büyük ölçekli organizasyonların arttığı bir yapıda insanlar çalışanları motive etmenin ve verimliliği artırmanın yollarını aramaktaydı. Taylor'ın Bilimsel Yönetimi, Fayol'un İdari Yönetimi ve Weber'in Bürokratik Yönetimi gibi yönetim teorilerini üreten Frederick Taylor Henri Fayol ve Max gibi klasik yazarlara yönelen yönetim fikirlerine ihtiyaç ortaya çıkmıştır (Sarker, 2013).

Klasik teorinin yönetimin mekanik ve fizyolojik karakterlerini aşırı vurgulayan yaklaşımlarına bir tepki olarak, neoklasik teori okulları daha insan odaklı bir yaklaşımla ve bireylerin zaman ihtiyaçları, dürtüleri, davranışları ve tutumlarına vurgu yaparak ortaya çıkmıştır. 1920'ler ve 1930'larda neoklasik teori altında insan ilişkileri okulu ve davranış okulları olmak üzere iki önemli grup ortaya çıkmıştır. 1920'lerin sonlarında ve 1930'ların başlarında olduğu gibi, Elton Mayo ve arkadaşı tarafından yürütülen Hawthorne deneyleri, Davranışsal bakış açısına yol açmıştır. Bu, Douglas McGregor'un Teori X ve Teori Y yaklaşımını içeren bir İnsan İlişkileri Hareketini doğurmuştur (Muhammad, 1978) .



Şekil 2: Yönetim Yaklaşımları

2.1.1. Klasik Yönetim Yaklaşımı

Örgütlerde etkinliğin ve verimliliğin artırılmasının bir ihtiyaç olarak tespit edilmesi ile örgüt yapısının ve bu yapıyı oluşturan yönetim faaliyetlerinin düzenlenmesi ve geliştirilmesi önem kazanmıştır. Bu amaç ile geliştirilen etkinlik ve verimlilik çözümleri ile örgütler için geliştirilen yönetsel öneriler klasik yönetim yaklaşımının temelini ortaya çıkarmıştır. Getirile öneriler, örgütlerde kullanılacak malzeme ve teçhizat, örgütün yönetim yapısı, çalışanların eğitimi, üretim süreçlerinin kategorize edilmesi gibi sorunlara çözüm üretmek için geliştirilmiştir (Öztürk & Demir, 2017).

Bu dönem “Klasik Dönem” olarak adlandırılmaktadır. Bu dönemde üç temel yaklaşım hâkim olmuştur. Bunlar; Bilimsel Yönetim, İdari Yönetim ve Bürokratik Yönetim Yaklaşımları’dır. Bu yaklaşımların getirdiği yüksek verimlilik artışı, zamanın örgütleri tarafından büyük kabul görmüş ve 20. yüzyılın ilk yarısına damgasını vurmuştur. Bilimsel Yönetim Yaklaşımı Frederick W. Taylor tarafından geliştirilmiştir. Yönetime bilim dalı olarak ilk defa bir bakış açısı getirilmiştir. Bu yaklaşım Taylorizm olarak ifade edilmektedir. İşletmelerde iş gücü, ürün ve mal kaybı gibi israf olarak nitelendirilebilecek her şeyin en aza indirgenmesi ve verimliliğin en üst düzeye

çıkarılması bu yaklaşımın temel noktasını oluşturmaktadır. Taylor, işletmenin de bir bilim olarak değerlendirilmesi gerektiğini ve yapılan tüm işlerin bilimsel olarak incelenmesi gerektiğini savunmuştur (Asunakutlu, 2001).

Bir diğer yaklaşım Henry Fayol tarafından geliştirilen Yönetim Süreci Yaklaşımı'dır. Fayol'da, Taylor'a benzer şekilde işletmelerde verimliliği artırmak için çalışmalar yapmıştır. Taylor'dan farkı işletmelere tepeden bakarak, örgüt yapılanmasının ve bu yapılanmanın nasıl yönetileceğinin üzerinde durmasıdır. İşletme fonksiyonları ilk olarak Fayol tarafından ele alınmış ve geliştirilmiştir. Bu dönemde ortaya çıkan son yaklaşım Max Weber tarafından geliştirilmiş olan Bürokrasi Yaklaşımı'dır. İşletmelerde etkin ve verimli bir şekilde çalışmanın bürokratik bir yapı ile desteklenmesi gerektiğini bu sayede başarılı olunacağını savunmuştur. Bu sayede daha rasyonel bir örgütlenmenin sağlanacağına dikkat çekmiştir (Poon vd., 2010).

2.1.2. Neo-Klasik Yönetim Yaklaşımı

Klasik yönetim anlayışından sonra Neo-Klasik yönetim yaklaşımı ortaya çıkmıştır. Yeni bir yaklaşım olmaktan ziyade Klasik Yaklaşım'ın devamı ve tamamlayıcısı nitelikteğindedir. Bu yaklaşımda Klasik Yaklaşımda değinilmeyen insan unsuru, insanların davranışları ve ilişkileri, işletmelerin yapısı da ele alınmıştır (Futerman & Block, 2021).

Neoklasik yaklaşım 1920'lerde Hawthorne çalışmalarıyla başlamıştır. Klasik teorinin sınırlamalarından doğmuştur. Klasik yaklaşım yapılan işlere ve makinelere odaklanmıştır. Bir süre sonra işçiler bu yaklaşıma sosyal ve psikolojik tatmin sağlamadığı için direnmişlerdir. Bu nedenle, insan unsuru ve insanı duyguları ön plana çıkmıştır. George Elton Mayo (1890-1949), neoklasik teorinin kurucusu olarak kabul edilmektedir (Sarker, 2013).

Bu dönemde ortaya çıkan iki yaklaşım bulunmaktadır. Bunlardan ilki İnsan İlişkileri Unsuru Yaklaşımı'dır. Bu yaklaşıma göre yönetimde görevli kişilerin çalışanları daha iyi anlayabilmesi için davranış bilimleri ile ilişkilendirilen psikoloji, sosyoloji, antropoloji gibi bilim dallarından faydalanmalıdır. İşletme içerisinde çalışanların gösterdiği davranışlarla ilgilenmektedir. Bu yaklaşım Hawthorne araştırmaları ile ün kazanmıştır. Hawthorne araştırmalarından bir ipucu olarak birçok teorisyen, örgüt üyeleri arasındaki kişilerarası ve sosyal ilişkiler alanında araştırmalar yapmıştır. Bu

ilişkilere insan ilişkileri denilmektedir. Abraham H. Maslow, Douglas Mc Gregor, Frederick Herzberg, KethDavis, Rensis Likert ve diğerleri tarafından yapılan bir dizi çalışma, insan ilişkileri hareketinin ne olduğunu açıklamayı amaçlamıştır. İnsan ilişkileri hareketi, işçilerin öncelikle sosyal koşullandırma, grup normları ve kişilerarası dinamikler dahil olmak üzere işyerinin sosyal bağlamına tepki verdiğini savunmaktadır (Sarker, 2013).

İkinci olarak McGregor tarafından geliştirilen X-Y Kuramı Yaklaşımı bu dönemde ortaya çıkmıştır. McGregor X ve Y Kuramında, çalışanları X ve Y grubu olarak iki gruba ayırmıştır. Bu iki gruba yönelik farklı varsayımlar ileri sürmüştür (Mete vd., 2021).

2.1.3. Modern Yönetim Yaklaşımı

Klasik ve neo-klasik yönetim yaklaşımlarından sonra bu yaklaşımları birleştirmek amacıyla modern yönetim yaklaşımı geliştirilmiştir. Modern yönetim yaklaşımına göre örgütler çevreden aldıkları girdileri dönüştürerek çıktılara yani mal ve hizmet olarak tekrar çevreye sunan açık sistemler olarak düşünülmektedir. Modern yönetim yaklaşımı, hem klasik hem de neo-klasik yönetim yaklaşımlarının ileri sürdüğü fikir, görüş ve varsayımları yeni ve farklı bir bakış açısıyla değerlendirmektedir (Z. Öztürk & Demir, 2017; Ramey & Grubb, 2009).

Klasik ve Neo-Klasik Yaklaşımın değinmediği, ele almadığı veya eksik kaldığı yönlerini ele alarak 1950'li yıllardan itibaren Modern Yönetim Yaklaşımları ortaya çıkmıştır. Bu dönemde ortaya çıkan iki yaklaşım bulunmaktadır. Bu yaklaşımlar Sistem Yaklaşımı ve Durumsallık Yaklaşımı'dır. Sistem Yaklaşımı, işletmeleri açık bir sistem olarak değerlendirmekte ve kendi içerisinde alt sistemlere ayrıldığını savunmaktadır (Ramey & Grubb, 2009).

Ayrıca işletme sisteminin çevresindeki dış sistemlerle olan ilişkisini incelemektedir. Durumsallık Yaklaşımı ise Sistem Yaklaşımı'nı tamamlayıcı bir nitelik taşımaktadır. İşletmenin bir sistem olarak dış çevresinden bağımsız olamayacağını iç ve dış çevresindeki değişimlere göre işletmenin evrilmesi gerektiğini ele almaktadır. İşletmenin çevresi ve teknolojik faktörlerin işletme içindeki yapıları etkilediğini ayrıca işletme için birden fazla doğrunun olabileceğini savunmaktadır (Saroğlu, 2020).

2.1.4. Post-modern Yönetim Yaklaşımları

Post-modernizm, tarihsel olarak modernizmden sonraki dönemi ifade etmektedir. Post-modern Yaklaşım olarak adlandırdığımız yaklaşımlar 1970'li yıllardan itibaren işletmelerde hâkim olmaya başlamıştır. Post-modern Yaklaşımlar, Küçük ölçekli, esnek üretime uygun, bilgi teknolojilerini yoğun kullanan, vasıflı işgücüne dayalı, âdem-i merkezîyetçi, hiyerarşinin olmadığı, esnek, belirli bir mekâna ve kısıtlara bağlı olmayan örgütlerin daha kolay yönetildiğini savunmaktadır. Post-modern yaklaşımları ortaya çıkaran üç unsur bulunmaktadır; iletişim ve bilgi işleme teknolojisindeki gelişme, uluslararası rekabet ve globalleşme ve insani değerlerdir (Erdemir & Koç, 2012). Post-modern yaklaşımlar, Çevreye Uyum ve Değişim İle İlgili Yaklaşımlar, İşletmenin Bütünü Etkileyen Yaklaşımlar ve İşletmeyi/Çalışanı Etkileyen Yaklaşımlar olarak üç ayrı düzeyde ele alınmaktadır (Koçel, 2015).

ADAPTASYON ve UYUM YAKLAŞIMLARI	İŞLETMENİN BÜTÜNÜNÜ ETKİLEYEN YAKLAŞIMLAR	İŞLETMEYİ/ÇALIŞANI ETKİLEYEN YAKLAŞIMLAR	
<ul style="list-style-type: none">• Durumsallık Yaklaşımı• Genel Örgütsel• Gruplaşma Yaklaşımı• Kaynak Bağımlılığı Yaklaşımı• Örgütsel Strateji Yaklaşımı• Bilgi İşleme Yaklaşımı• Vekalet Yaklaşımı• İşlem Maliyeti Yaklaşımı• Kurumsallaşma Yaklaşımı	<ul style="list-style-type: none">• Toplam Kalite Yönetimi Yaklaşımı• Temel (Öz, Çekirdek) Yetenek Yaklaşımı• Dış Kaynaklardan Yararlanma Yaklaşımı• Şebeke Organizasyonlar• Süreç Yenileme-Değişim Mühendisliği• Benchmarking• Empowerment• Stratejik Ortaklıklar• İşletme Platformu Stratejisi	<ul style="list-style-type: none">• Küçülme ve Kademe Azaltma• Öğrenen Organizasyonlar• Sanal Gerçeklik• Seri Uyarılma• Blance Scorecard• Yeni ve Yeşil Ekonomi• Yönetişim• İşletme Ekosistemi• İşletme DNA'sı	<ul style="list-style-type: none">• Örgütsel Adalet• Örgütsel Vatandaşlık• Örgütsel Yalnızlık• Örgütsel Yabancılaşma• Örgütsel Dışlama• Örgütsel Kayıtsızlık• Örgütsel Tükenmişlik• Örgütsel Adanmışlık• Örgütsel Özdeşleşme• Örgütsel Dinçlik• Örgütsel Sapma• Örgütsel Sınızm• Örgütsel Sessizlik• Örgütsel Fanatiklik• Örgütsel Dayanıklılık• Örgütsel Sağlık• Örgütsel Sadakat• Örgütsel Tutkunluk

Kaynak: (Bakan, 2011; Keskin vd., 2016; Koçel, 2015)

Şekil 3: Post-Modern Yönetim Yaklaşımları

Bu yaklaşımlar detaylı literatür taraması yapılarak farklı kaynaklardan derlenerek bir araya getirilmiştir (Bakan, 2011; Keskin vd., 2016; Koçel, 2015).

2.1.4.1. Çevreye Uyum ve Değişim ile İlgili Yaklaşımlar

Aşağıda Çevreye Uyum ve Değişim İle İlgili Yaklaşımlara ait tanımlar verilmektedir.

Durumsallık Yaklaşımı: İşletmelerin içinde bulunduğu çevre şartlarına göre kendileri için en uygun yöntemi seçmeleridir. Koşullar işletmelerin özelliklerine göre farklılık göstermektedir. İşletmenin kendi iç dinamiklerine uyumlu şekilde çevresel değişimleri takip etmeleri olarak ifade edilmektedir (Koçel, 2015).

Durumsallık yaklaşımı; kuruluşun çevre, teknoloji, kaynaklar, iç ve dış etkenlerin etkileşiminden kaynaklanan ve bunların uyum içinde olmasını sağlayan düzenlemeleri

kapsamaktadır. Bu yaklaşım, aslında kuruluşu bir sistem olarak değerlendirmekte ve kuruluşun yapısı ile iç ve dış faktörler arasındaki bağlantıyı incelemektedir. . Kuruluşun yapısı mevcut şartlar ve durumlar dahilinde belirlenmektedir. Mevcut şartları ve durumları belirleyen iç ve dış çevresel etkenler bulunmaktadır (Akar, 2019).

Durumsallık yaklaşımına göre, tüm alanlarla ve her durumda yalnızca tek bir iyi kuruluş yapısı bulunmamaktadır. Farklı durumlar, başarıyı elde edebilmek için başka kavramları, alışılmışın dışında tekniklerin kullanımını ve farklı davranışları ortaya çıkarmaktadır. En iyi kriter koşuldan koşula göre değişiklik göstermektedir. Bu yaklaşım, kuruluşun yapısını iç ve dış çevresel etkenlere göre değişkenlik göstermesi mümkün olarak görmektedir. Kuruluşun yapısı bu etkenlere göre tanımlanmalıdır. Başka bir deyişle, bir kuruluşun etkinliği, yalnızca belirlenmiş olan koşulların uygulamaya geçirilmesi ile değil, mevcut duruma uygun olarak bu koşulların bir kombinasyonunun oluşturulmasıyla sağlanmaktadır (Yelkikalan vd., 2020)

Genel Örgütsel Gruplaşma Yaklaşımı: İşletmelerin neden ve nasıl başarılı olduklarını, başarılı olmasını etkileyen faktörlerin neler olduğunu ve ayrıca işletmenin performansını da etkileyen unsurları ayrı ayrı ele almaktadır (Saroğlu, 2020).

Örgütsel Yapılandırma veya Genel Örgütsel Yapılanma olarak isimlendirilen bu görüş, kuruluşlardaki değişimi direkt olarak analiz etmemektedir. Bu görüşün özü, kuruluşları anlamaya yönelik çeşitli kuramların geliştirilmiş olmasıdır. Bu kuramlar, kuruluşların neden ve nasıl başarıyı yakaladıklarını ve performansını etkileyen etkenlerin her birini ayrı şekilde analiz etmektedir (Koçel, 2015).

Bu etkenlerin bazıları kuruluşun içerisindeki teknik ve sosyal yapılarla, bazıları resmi yapılarla ve bazıları ise farklı dış çevresel özelliklerle tanımlanmaktadır. Fakat kuruluşu ve performanslarını birbirinden farklı kuramlarla tanımlamaktan ziyade, bütün kuramları düşenerek kuruluşlardaki performansını etkileyen özellikleri ve onları etkileyen faktörleri tespit etmek daha faydalı olacaktır (Bakan, 2011).

Kaynak Bağımlılığı Yaklaşımı: İşletmeler varlıklarını sürdürülebilir kılmak için dış çevre ile etkileşimde olmalıdır. İşletmelerin çevrelerindeki kaynaklara duyduğu ihtiyaç işletmeleri bu kaynaklara bağımlı hale getirmektedir. Örneğin; teknolojik cihazlar, bir ürün veya mal alımı.

Kuruluşlar, ihtiyaçları olan kaynaklara sahip olmak amacıyla çevreleriyle etkileşim halinde olmalıdırlar. Kuruluşun davranışları hakkında bilgi sahibi olabilmek, çevresindeki paydaşları ile ilişkilerini anlamak ile mümkündür. Kuruluşlar, belirlemiş oldukları amaçları elde etmek için sadece kendilerini yönetmezler. Bunun aksine, başkaları tarafından yönlendir, başka kuruluşların sınırlarına ve kontrol edilmesine ihtiyaç duyar bunlarla birlikte de devamlı bir şekilde özerklik için savaş vermektedirler. Kaynak Bağımlılığı Yaklaşımı, kuruluşların kendi arasında nasıl bir etkileşime sahip olduklarını etkili bir şekilde açıklamaktadır. Sektörde devamlılık isteyen kuruluşlar için başarı tek başına yeterli olmamaktadır. Sürekliliğin başarılı bir şekilde sağlanması için çevrelerinden etkilenmeleri ve süreçleri yönetmeleri de önemlidir. Bu sebeple, kuruluşlardan hiçbiri sadece kendi süreçlerini yönetmemektedir (Dikili, 2014).

Kaynak Bağımlılığı Yaklaşımı; açık sisteme dayanmaktadır. Kuruluşlar kaynaklarını kendi kendilerine sağlayamamaktadır. Kuruluşlar, devamlı olarak sahip olması gereken kaynakların dışarıdan sağlanmasına ihtiyaç duymaktadır. Kuruluşlar, hedefledikleri amaçları gerçekleştirmek ve devamlılık sağlamak için; var olan ve var olması gereken sermayeyi, kaynaklarını ve işgücünü yönetebilmelidir. Literatüre bakıldığında, bu yaklaşımda, kuruluşların birbiri ile ilişkileri, kuruluş içindeki ilişkiler, otorite ve bağımlılık, kuruluşların çevresi ile ilgili tutumları, kararları ve girişim çalışmaları karşımıza çıkmaktadır (Karadal vd., 2014)

Örgütsel Strateji Yaklaşımı: Bu yaklaşım SWOT analizi olarak anılmaktadır. İşletme, sürekli olarak çevresini incelemekte ve çevresindeki koşullara göre güçlü ve zayıf yönlerini belirlemektedir. Ayrıca çevresindeki fırsat ve tehditleri de işletme için nasıl kullanacağına karar vermektedir (Koçel, 2015).

Teorinin amacı; kuruluşların sürekli olarak değişkenlik gösteren çevre koşullarına uyum sağlamasıdır.. Stratejik yönetimde önemli görülen nokta geçmiş zamanlardaki başarıları tekrarlamak yerine beklenmedik durumlarda başarı sağlamak ve çevre sorunlarını çözmektir. Miles ve Snow, Chandler, Mintzberg ve Porter'ın öncülük ettiği bu görüşün "ana düşünce" (Bakan, 2011);

Kuruluşlar, üst yöneticiler tarafından belirlenen kurallar ve stratejileri hayata geçirerek çevrelerine ayak uydurmaktadırlar. Üst yöneticiler, kuruluşları etkileyen mevcut çevre koşullarındaki değişiklikleri devamlı takip etmekte ve bu değişiklikler sayesinde hangi fırsatlara sahip olacağını ya da ne gibi tehlikelerle karşılaşacağını açıklamakta, zayıf ve güçlü taraflarını değerlendirme, kuruluşun sahip olduğu kaynakların nerelerde ve nasıl kullanılması gerektiğini açıklamaktadırlar (Saroğlu, 2020).

Bilgi İşleme Yaklaşımı: İşletmeler sürekli olarak içeriden ve dışarıdan bilgi toplamaktadır. Bu bilgiyi işlemekte ve veri olarak kullanılmasını sağlamaktadır. Bu bilgiler çevresel koşullara göre değişmekte ve güncellenmektedir. Bilgi İşleme Yaklaşımı, kuruluşları insan beyni gibi değerlendirmektedir. Diğer bir deyişle, kuruluşlar bilgiyi işlemekte ve en alttan başlayarak en üste kadar tüm basamaklarda karar veren birimlerden oluşmaktadır. Bu süreçte alt basamaklardaki kişiler, kuruluşun daha önce belirlenmiş olduğu kural ve ilkeler doğrultusunda karar verebilmektedir. Üst basamaklara yükseldikçe ilkeler değişiklik gösterebilmekte ve stratejik olarak kararların alınabilmektedir (Muhammad, 1978) .

Bilgi İşleme Yaklaşımında kuruluşlardaki birimler hiyerarşiye bağlı kalmak koşuluyla bilgiyi işlemekte ve kararlar vermektedirler. Kuruluşların çevrelerine adaptasyonu, çevreleri ile ilişkili bilgilerin toplanması, işlenmesi ve işlenen bilgilerden kararlar elde edilme süreci ile başarı elde edilmektedir. Çevrelerine adapte olarak devamlılık sağlayan kuruluşlar; kararlarında, ilkelerinde, çerçevelerinde ve mekanizmalarında değişiklik yapabilen, değişen şartlar ile ilgili bilgi edinip düzenleyebilmektedir (Öztuna & Acer, 2016; Saroğlu, 2020).

Kuruluşlar, çevre koşulları yüzünden oluşan tüm karmaşıklık ve belirsizliklere rağmen karar verme sürecini yönetmek zorundadırlar. Karmaşıklık düzeyi çoğaldıkça,

organizasyonlar bu etkileri ortadan kaldırmak için değişiklikler yapmaktadır. Çevredeki belirsizliğin artması, kuruluşların amaç ve hedeflerini vurgulayan bir karar mekanizmasını geliştirmekte ve karar vericilerin yetki alanları artmaktadır. Belirsizliğin olmadığı zamanlarda kuruluş, çalışanlarının davranış ve tutumlarını yöneten karar mekanizması geliştirmektedir (Öge, 2004) .

Vekalet Yaklaşımı: İşletme ve yönetim araştırmalarında kullanılan en belirgin teorik perspektiflerden biridir. Vekalet teorisi, vekillerin: (a) kendi çıkarını düşünen, (b) sınırlı bir şekilde rasyonel ve (c) amaçlarında ve risk alma tercihlerinde müdürlerden farklı olduğuna dair temel varsayımları kullanarak bir taraf (bir müdür) karar vermek ve onun yerine hareket etmek için başka birini (bir vekil) istihdam etmektedir (Bakan, 2011; Keskin vd., 2016; Koçel, 2015).

Vekâlet teorisi, asil ve vekil kişiler arasındaki ilişkileri düzenleyen en uygun sözleşmenin tasarlanmasını odak noktası olarak görmektedir. Jensen ve Meckling (1976) vekil teorisinin açıklanmasında, bir çok kuruluşun temel yasal kurgular içerdiğini ve sözleşmeye dayalı ilişkilerin göstergesi olan kişiler arasında bir bağ olduğunu söylemektedirler. Bu deyişle, vekalet ilişkisinin unsurları, sözleşmeler, izleme araçları ve vekâlet maliyetlerini düşürmeye yönelik diğerk sosyal kontrol türlerinden oluşmaktadır (Arslan & Çetin, 2021).

Vekâlet teorisine göre, kuruluş sahibini temsil eden yöneticiler bazı durumlar için asil kişinin refahı üzerinde risk oluşturarak süreçleri kendi çıkarları doğrultusunda yönetebilmektedirler. McGregor'ın Teori X'te belirttiğı gibi, kişiler kendi çıkarları uğruna ve mutluluklarını artırmak eğilimi içerisinde olup, rasyonel ekonomi modeline dayanan bu durumun potansiyel fırsatçı davranışlar olarak ortaya çıkması olasıdır. Vekalet teorisi, asil-vekil ilişkisinde çıkar farklılığından kaynaklanan çatışmaları önlemeye yönelik en uygun yönetim yapıları, kontrolleri ve önlemleri belirleyerek; uygulanmasını kapsamaktadır (Çoban, 2018).

İşlem Maliyeti Yaklaşımı: İşletmelerde, yapılan işlemlerden kaynaklanan maliyetleri ele almaktadır. Alınan ürünün özelliğine göre yapılan işlem farklılaşmaktadır.

İşlem maliyetleri yaklaşımı örgütleri üç şekilde ele almaktadır. Bunlar; genel düzey, ikinci ve orta düzey ve insan kaynaklarının örgütlerde davranışları olarak sıralanmaktadır. Genel düzeyde, örgüt içerisindeki süreçlerin birbirleri ile ilişkisini ele almaktadır. İkinci düzeyde, örgütlerin aktivitelerinin hangilerinin dışarıda hangilerinin içeride olacağı ele alınmaktadır. İnsan kaynakları düzeyinde örgütlerin davranışları incelenmekte iç yönetim yapılarının özellikleri belirlenmektedir (Koçel, 2015).

İşlem maliyetleri, örgütlerde yapılan işlemlerin yapılması için katlanılan maliyetlerdir. Ayrıca örgüt içerisindeki yönetsel faaliyetlerin maliyetlerini de içermektedir. Örgütler arasındaki ittifaklar işlem maliyetleri yaklaşımı kapsamında ele alınabilmektedir. İşlem maliyetleri maliyetlerin düşünülmesini destekleyen bir ittifak şeklini de göstermektedir (Meydan, 2010).

Kurumsallaşma Yaklaşımı: İşletmelerin yalnızca kendi iç dinamiklerinden ve dış çevresinden etkilenmediğini aynı zamanda kurumsal baskılardan, beklentilerden ve inançlardan da etkilendiğini ileri sürmektedir. Örneğin; devletin yönlendirmeleri ve iş yapma usulleri işletmelerde baskı oluşturmaktadır. Tüm işletmeler aynı baskıya maruz kaldığında benzer ve yapılara sahip olmaktadır. Kurumsallaşma örneği olarak işletmelerde yer alan yazılı prosedürler örnek verilebilmektedir (Kamacı vd., 2020).

Kurumsallaşma, örgütlerin kendi vizyon, misyon ve amaçları doğrultusunda yönetilmesidir. Böylece örgüt içerisinde çalışanlar kendilerini örgüte bağlı hissetmektedir. Kurumsallaşma, örgütte benimsenen değerlerin üzerine yeni değerler katılarak benimsenmesidir. Tüm bu değerler örgütlerin ayakta kalması için önem teşkil etmektedir (Özdemir Aydın & Tan, 2019).

Kurumsallaşma aynı zamanda örgütlerin kendi standartlarına, prosedülerine sahip olmasıdır. Bu kapsamda örgütler, değişen çevre koşullarını izleyebilmekte, takip edebilmekte ve kendini bu gelişmelere göre dizayn etmesidir. Bu süreçte işletmeler kendi yönetim ve örgüt yapılarını oluşturmakta ve ayırt edici özelliklerini ortaya koymaktadır (Alkiş & Temizkan, 2010).

Örgütsel Ekoloji: İşletmeler içinde buldukları çevresel koşullar ile uyumlu olarak değişime uğramaktadır. Bu değişim olumsuz veya olumlu nitelikte olabilmektedir. İşletmeler içinde buldukları çevreden etkilendikleri gibi içinde buldukları çevreyi kendileri de etkilemektedir. Buradaki etkileşim karşılıklıdır (Bakan, 2011; H. Keskin vd., 2016; Koçel, 2015).

Bu yaklaşıma göre işletmeler çevrelerindeki değişime uyum sağlamak için zorlanmaktadır. Buradaki uyum sağlama adaptasyon şeklinde gerçekleşmemektedir. Örgütler çevrelerine uyum sağlamak için baskılanmakta ve hayatta kalmak için uyum sağlamaya adapte olmak zorundadır. Örgütte gerçekleşen değişimler uyum çerçevesinde değil, bir seçim veya değişim yoluyla olmaktadır. Bu nedenle bu yaklaşımın en önemli savlarından biri örgüt üyelerinin bu süreçte yaşanan değişimlere ortak bir tepki vermesidir (Kalkan & Alparslan, 2010).

Ayrıca çevre ile örgütler arasında bir bağ bulunmaktadır. Çünkü örgütler çevrelerinde yaşanan değişimlere uyum sağlayamadıklarında veya bu değişimleri benimseyemediğinde yok olmaktadır. Bu nedenle örgütler çevreye uyum sağlama konusunda kendi stratejilerine geliştirmekte ve hayatta kalmaya devam etmeye çalışmaktadır. Çevreye uyum sağlayanlar arasından da güçlü olan çevreyi etkilemeyi başarmaktadır (Çubukcu, 2018).

2.1.4.2. İşletmenin Bütünü Etkileyen Yaklaşımlar

Toplam Kalite Yönetimi Yaklaşımı: Toplam Kalite Yönetimi (TKY), üretimdeki hataları tespit etme, azaltma veya ortadan kaldırma, tedarik zinciri yönetimini kolaylaştırma, müşteri deneyimini iyileştirme ve çalışanların eğitimle hız kazanmasını sağlamanın sürekli hali kazanma sürecidir. Toplam kalite yönetimi, üretim sürecinde yer alan tüm tarafları nihai ürün veya hizmetin genel kalitesinden sorumlu tutmayı amaçlamaktadır (Erkılıç, 2017).

TKY’de asıl amaç yapılan işlerin kalitesini arttırmaktır. Müşterilerin beklentileri ve ihtiyaçları kalitenin belirlenmesinde esas noktayı oluşturmaktadır. Müşterilerin geri bildirimlerine göre ürün ve hizmet kalitesinde iyileşme sağlanmaktadır. Artan kalite

aynı zamanda verimliliğe de etki etmektedir. Örgütlerde kalitenin artmasının temel koşulu personelin motivasyonunun ve performansının artmasıdır. Bunun içinde belirli aralıklar personeli motive edecek etkinlikler düzenlenmekte, yapılan işlerdeki performansları ölçülerek ödüllendirilmeleri sağlanmaktadır (Küçük vd., 2015).

Müşterilerin istek ve beklentilerini karşılayarak kaliteyi artırmak aynı zamanda örgütlerin faaliyet gösterdikleri pazarda rekabet etme düzeylerini de etkilemektedir. Maliyet etkinliği sağlandığında rekabet etme düzeyi de artmaktadır. TKY ilkelerini benimsenmeyen bir örgütte müşteri odaklı olmak kaçınılmazdır. Sürekli olarak yeniliklere ve değişimlere açık olmak gerekmektedir. Böylece çalışanlar daha dinamik hale gelmektedir. Çalışanlar örgüt içerisindeki süreçlere katkı sağladıklarını hissettiklerinde motivasyonları ve örgüte bağlılıkları da artmaktadır (Aktan, 2012).

Temel (Öz, Çekirdek) Yetenek Yaklaşımı: bir işletmeyi özel kılan kendine özgü olan becerilerini, yeteneğini ve bilgisini ifade etmektedir. Bu özelliği taklit etmek oldukça zordur. İşletmelerin sahip olduğu bu temel yetenek işletmeleri en iyi bildiği işi yapmaya diğer işleri ise başkalarına yaptırmaya yönlendirmektedir (Karakılıç, 2019).

Temel yetenek, örgütlerin rakiplerine göre en iyi yaptığı faaliyet veya iş olarak tanımlanmaktadır. Bu yetenek aynı zamanda örgütün rakiplerine göre üstün olduğu özelliği de göstermektedir. Çünkü rakipleri tarafından taklit edilmesi mümkün olmamaktadır. Temel yetenek aynı zamanda örgütlerin müşterilerine özel sunduğu hizmeti de göstermektedir (Turan, 2014).

Temel yetenek ile örgütün sahip olduğu sıradan bir yetenek kıyaslanamaz. Örgütün sıradan yetenekleri zaman içerisinde değişebilir, yenilenebilir veya yok olabilir. Bu nedenle örgüt stratejisinin belirlenmesinde hedef olması doğru olmamaktadır. Ancak temel yetenek örgütü ifade eden, örgüt ile bağdaşan bir yetenek olduğu için örgüt stratejilerine belirlemekte ve diğer yetenekler ile bir bağ kurarak onları da yönlendirmektedir (Bakan, 2011).

Dış Kaynaklardan Yararlanma Yaklaşımı: Dış kaynak kullanımı, şirketin kendi çalışanları ve personeli tarafından geleneksel olarak şirket içinde gerçekleştirilen hizmetleri gerçekleştirmek veya mal üretmek için şirket dışından bir taraf tutmanın iş uygulamasıdır. Dış kaynak kullanımı, genellikle şirketler tarafından maliyet düşürücü bir önlem olarak üstlenilen bir uygulamadır (B. Şahin, 2011).

Dış kaynak kullanımı, kurumların rakiplerinden daha iyi yaptığı yeteneklerin ve kalan yardımcı fonksiyonların belirlenmesi için alanında uzman kurumlarla sözleşme imzalayarak ticari faaliyetlerin yürütülmesine dayanan bir yönetim yaklaşımıdır. Dış Kaynaklardan Yararlanma Yaklaşımının en sık kullanılan tanımı, bir kuruluşun daha önce kendi iş gücü ve kaynakları ile yürüttüğü bir hizmet veya işlevi sağlamak, daha verimli ve kaliteli hizmet sunmak, dış tedarikçilerin hizmete özel uzmanlıklarından yararlanmak, yeteneklerine daha fazla odaklanmak gibi birçok nedenden dolayı, yasal bir sözleşme kapsamında üçüncü taraf bir dış tedarikçiye devredilmesidir (Akyürek, 2013) .

Bu yetki devri, bir hizmetin veya işlevin tüm fonksiyonlarıyla birlikte devredilmesi şeklinde büyük ölçekte gerçekleştirilebileceği gibi, bazı unsurların çok sınırlı olarak dış tedarikçilere bırakılması şeklinde de olabilmektedir. Burada önemli olan nokta, tedarikçinin kümesteki bir tilki gibi kontrol özgürlüğüne sahip olmaması ve düzen eğitiminde bir asker gibi katı bir disipline tabi olmamasıdır. Her kuruluş türüne uygun, ideal bir Dış Kaynak Kullanımı stratejisi olmadığı gerçeği göz önüne alındığında, her kuruluşun Dış Kaynak Kullanımı Yaklaşımının farklı ölçeklerde olması şartı olmalıdır (Turan, 2014).

Şebeke Organizasyonlar: Bir ağ oluşturma organizasyonu, merkezi organizasyon için tasarım, üretim, pazarlama vb. işlevleri sözleşmeye dayalı olarak gerçekleştirmek üzere diğer bazı organizasyonlarla ilişkisi ve düzenlemesi olan merkezi bir organizasyon etrafında oluşturulan bir organizasyonu ifade etmektedir (Saroğlu, 2020).

Şebeke Organizasyonları, kuruma maddi veya maddi olmayan kaynakları getirebilen iki veya birçok firmadan oluşmaktadır. Şebeke Organizasyonlar'ındaki ortak firmalar, birbirine bağlı parçalar veya alt sistemler şeklinde tanımlanmaktadır. Ayrıca Şebeke Organizasyonları, bağımsız firmaların tekrarlı değişim sistemlerinde mal veya hizmet üretebilmesine bağlı olarak aralarındaki ilişkiler olarak da tanımlanmaktadır. Şebeke Organizasyonlarında, kurumlar arasında tekrarlayan değişimler vardır. Firmalar arasındaki değişimleri koordine etme ve kontrol etmede sosyal ilişkilerin vurgulanması şebeke kavramını ortaya çıkarmıştır. Şebeke kurumlar arasındaki ilişkileri, değişiklikleri sosyal etkileşime dahil etmekte ve değişimi izlemek için sosyal kontrol sağlamaktadır. Değişikliklerin firma içinde veya firmalar arası yapıyı yapılmadığı ve değişikliğin tekrarlı olup olmadığı, değişiklik için geçerli olan kontrol türünü belirlemektedir (Özdemir, 2010b).

Benchmarking: Bir işletmenin ürünlerinin, hizmetlerinin veya süreçlerinin performansını, sektördeki en iyi olarak kabul edilen, diğer bir deyişle "sınıfının en iyisi" olarak kabul edilen başka bir işletmeninkiyle karşılaştırma sürecidir. Kıyaslanmanın amacı, iyileştirme için fırsatları belirlemektir. Üstün performansa sahip işletmeleri inceleyerek, bu üstün performansı mümkün kılan şeyleri parçalayarak ve ardından bu süreçleri işletmenin işleyişiyle karşılaştırarak, önemli iyileştirmeler sağlayacak değişiklikleri uygulamaktır. Benchmarking, bir ürün veya hizmeti olan bir kurumun uygulamalarının çıktıları, bazı alanlarda sektörün önde gelen kurumları veya rakip kurumları ile çalışmalarının sürekli olarak izlendiği bir süreçtir (Büyükipekçi vd., 2018)

Kurumlar tarafından kıyaslama tekniğini kullanmanın temel amacı, rekabet avantajı elde etmektir. Diğer bir deyişle, sektörde lider firmaların tekniklerinin benchmark yöntemi ile incelenmesi sonucunda kurumlar rekabet avantajı sağlamak amacı ile bu yöntemi değerlendirmektedir. Benzer şekilde Brah, karşılaştırmanın itici güçlerinden biri olarak "rekabetçilik" olgusuna atıfta bulunmaktadır. Buna karşılık, rakipleri arasında piyasada var olmak için en iyiyi aramaya teşvik eden şiddetli bir rekabet ortamının varlığından bahsetmektedir. Rekabet avantajının varlığı, kurumlar için özel bir öneme sahiptir. Bunu başarmak, kurumlarda en etkili uygulamaların nasıl

belirlendiğini, nasıl çalıştığını ve neden iyi olduklarını anlamakla mümkündür. En önemli hedef, kıyaslama tekniğinde "en iyi" olmak ve rakipleri yakalamakla yetinmemektir (Efe, 2019)

Empowerment: "Personeli güçlendirme" olarak ifade edilmektedir. Personele nasıl çalıştıkları, müşterilerle nasıl etkileşimde buldukları konusunda karar verme yeteneği vermenin yanı sıra daha büyük şirket kararlarına girdi sağlamalarına izin vermek, sadakat, üretkenlik ve performans geliştirmektedir. Böylece personel işin sahibi haline gelerek işe daha fazla değer katmaktadır (Koçel, 2015).

Personeli güçlendirme, geçmişten günümüze kadar gelen personelin yaratıcılığını kullanarak emir verme ilkesine dayalı yönetim anlayışından vazgeçerek örgütsel sorunların çözümüne yardımcı olma süreci olarak tanımlanmaktadır. Personel güçlendirme genellikle iş zenginleştirme, yetki devri, motivasyon ve katılım ile karıştırılmaktadır. Personel güçlendirme kavramı temel olarak bu terimlerle ilişkilendirilmektedir. Hatta bu kavramların güçlendirme sürecine dahil olduğunu söyleyebiliriz. Ancak, personel güçlendirmenin bu kavramlardan farklı yönleri vardır. Güçlendirmede birey kurum adına karar verme yetkisine sahipken, zenginleştirmede bireyin karar verme yetkisi bulunmamaktadır (Arabacı & Uygur, 2019).

Yetki devri personelle davranışsal boyutta ilgilenirken, güçlendirme hem davranışsal hem de bilişsel boyutlarla ilgilenmektedir. Yetki devrinde mühim olan iştir ve personel süreçleri ve kendilerini nasıl değerlendirdikleri mühim değildir. Güçlendirmede öncelikle bireyin otoriteleri nasıl algıladığı önem teşkil etmektedir, daha sonra kendini özgüven konusunda eğitmesi gerekmektedir (Salha & Ulema, 2020).

Personel güçlendirmeyi tanımlarken ortak fikir "güç" kavramının kullanılmasıdır. Güçlendirme, yetkinin personele devri olarak adlandırılmaktadır. Davranışsal güçlendirme, yetkilendirme ve karar verme yetkisine odaklanan ilişkiyel bir yaklaşıma dayanmaktadır. Güçlendirme, psikolojik olarak dört kapsamdan (yetkinlik, anlamlılık, etki ve özerklik) oluşan motive edici bir kavramdır. Psikolojik boyut, işle ilgili faaliyetlerde etkin olmayı ifade etmektedir. Ek olarak, bu boyutlardan herhangi biri

diğer boyutlardan önce gelmez veya onları takip etmez, ancak güçlendirmenin farklı taraflarını ortaya çıkarmaktadır (Arabacı & Uygur, 2019)

Stratejik Ortaklıklar: İşletmelerin arasındaki dayanışma ve birbirleri ile kaynaklarını paylaşma olarak ifade edilmektedir. İşletmelerin ortak girişimlerde bulunmaları, ortak bilgi paylaşımı, Ar-ge birleşimi gibi faaliyetler stratejik iş birliği olarak nitelendirilebilmektedir. Ancak iki veya daha fazla sayıda şirketin belirli yeteneklerini veya maddi varlıklarını birleştirerek bir amaç doğrultusunda anlaşması stratejik ortaklıktır.

Stratejik ortaklığı, bazı ekonomik alanlarda stratejik amaçlara ulaşmak için zaman içinde kurumlar arasında bir işbirliği düzenlemesi olarak adlandırılmaktadır. Çeşitli stratejik amaçlar peşinde koşan iki veya daha fazla şirket arasındaki işbirliklerine artan bir ilgi vardır. Stratejik ortaklıklar, ortak girişimler, araştırma ve geliştirme anlaşmaları, ortak pazarlama bağlantıları ve önemli alıcı-tedarikçi ilişkileri olarak yaygın olarak uygulanmaktadır. Ortaklıklar, esas yetkinlikleri güçlendirmenin, yeni pazarlara girmenin, eski pazarları korumanın ve yeni stratejik yetkinlikler öğrenmenin veya edinmenin giderek daha popüler bir hale gelmesine öncülük etmektedir (Zeybek & Koç, 2022).

Stratejik ortaklıkların genel olarak kuruluş amaçları; yenilikçi ve iyi uygulamaların yaygınlaşmasını sağlamak, eğitim ve niteliklerin işgücü piyasasına uygunluğunu artırmak, iş dünyasındakiler arasında oluşan bağları kuvvetlendirmek, evrensel rekabette hayatta kalabilmek, maliyetleri azaltmak ve sektördeki deneyim ve bilgi birikimlerinden mümkün oldukça yararlanmaktır. Stratejik ortaklıkların genel özellikleri, iki veya daha fazla şirketin, ittifak kurulduktan sonra bağımsız kalarak üzerinde anlaştıkları amaçlar için birleşmesi ve ortaklık içindeki şirketlerin birbirlerine imkanlarını sunmasıdır (Keskin, 2018).

Küçülme ve Kademe Azaltma: İşletmelerin sahip olduğu temel yeteneklerin dışındaki tüm faaliyetlerin başka işletmelere yaptırılmasıdır. İşletmelerde sadece temel yetenek ile ilgili faaliyetler yerine getirilmekte diğer bölümler faaliyet

göstermemektedir. İşletmelerde alt kademede çalışan kişiler ile üst kademede çalışan kişiler arasındaki mesafeyi kısaltmaktır. Bu durum işletmelerin büyüklüğüne ve organizasyon biçimlerine göre değişmektedir. İşletmelere kolay bir şekilde yalınlaşma imkânı sağlamaktadır (Önal, 2020).

Küçülme, kurumların toparlanması için alınan bir önlem olarak görülmektedir. Küçülme stratejisi, personel fazlalığı, aşırı maliyetler ve verimsizlik gibi problemlerle karşı karşıya kalan birçok kurum için sıklıkla kullanılan bir strateji olmuştur. Çoğu kurum 1980'li yıllarda yaşanan ekonomik sorunlarla baş etmek zorunda kalmış ve ayakta kalabilmek için küçülmeye gitmiştir. Bu durumda Japonya ve ABD'deki kurumların neredeyse üçte ikisi “küçülme” ve “kademeleri azaltma”yı tercih etmiştir. Uygulama ise daha çok büyük kurumlar tarafından gerçekleştirilmiştir. Başlangıç olarak küçülme, sağlıklı kurumların rekabet güçlerini artırmanın bir yolu olarak görülse de, işletmeler küçük olmanın faydalarını gördükleri için ekonomik kriz bittikten sonra küçük kalmaya devam etmişlerdir. Aynı sonuçların daha az birim, süreç, ekipman ve personel ile sağlanabileceğinin farkına varan kurumlar, daha yönetilebilir ve daha sade bir kurum olma özelliğine sahip olmak istemişlerdir (Koçel, 2015).

Örgütsel küçülme kavramı ile kurumların kullandığı yöntemlerden biri de kademeleri azaltma yöntemidir. Kademeleri azaltma, kurumdaki en yüksek kademe ile en düşük kademe arasındaki uzaklığı azaltmaktır. Bu yöntem ile yöneticilerin kontrol alanları genişletilerek daha düz bir organizasyon oluşturma amaçlanmaktadır. Böylelikle kurumlar daha düz ve yatay hale gelmektedir. Sonuç olarak kurumlar daha hızlı kararlar alıp uygulayabilmekte ve hantallıktan kurtulabilmektedir. Kademeleri azaltma, en düşük kademe ile en yüksek kademe arasındaki hiyerarşik mesafeyi azaltmaktadır (Sarı, 2019).

Küçülme, hayatta kalmakta zorlanan organizasyonlar için maliyetleri azaltmak, karar sürecine hız kazandırmak, daha esnek bir yapıya sahip olmak, iletişim kopukluklarını azaltmak, sonuç odaklı olmak, müşterilerin taleplerine odaklanmak, güçlenmeyi

hızlandırmak ve verimliliği artırmak amacıyla yapılan değişikliklerden oluşmaktadır. Örgütsel büyüme oldukça doğal bir yönelme olarak görülmektedir (Keskin vd., 2016).

Öğrenen Organizasyon: İşletmelerin bilgiyi öğrenme, çalışanlar arasında transfer etme, bilgiyi yaratma ve bilgiye göre işletmede yeni bir düzenleme yapma faaliyetlerini kapsamaktadır. İşletmeler elde ettikleri bilgileri kendini geliştirmek için kullanmaktadır. Her bilgi işletme tarafından kayıt altına alınmakta ve işlenmektedir (Keskin vd., 2016).

Öğrenen örgütlerin örtük bilgiyi açık bilgiye dönüştürme yeteneği, çalışanların içsel girişimcilik davranışında oldukça etkilidir. Öğrenen organizasyonlar, çalışanların iç girişimcilik yeteneklerini geliştirmeleri için uygun platformlardır. Öğrenen organizasyonlar esnek, son derece uyarlanabilir, düşünce birliğine ve açık iletişime olanak sağladığından, iç girişimcilik süreçlerini kolaylaştırmakta ve yardımcı olmaktadır. Ayrıca çalışanları yükümlülük ve risk almaya teşvik ederek bir iç girişimcilik ikliminin oluşmasının da önünü açmaktadır. Bu nedenle öğrenen organizasyonlar iç girişimciliğin öncüleridir (Koçel, 2015).

Öğrenen organizasyon ve iç girişimcilik arasında karmaşık ve dinamik bir ilişki vardır. Çünkü öğrenen organizasyon iç girişimcilik faaliyetlerine destek olurken, iç girişimcilik faaliyetleri de organizasyonun bilgi birikimini yeni baştan yapılandırmaktadır. Bir kurumun örgütsel öğrenme kapasitesi, o kurumun iç girişimcilik faaliyetlerini de etkilemektedir. Kurumsal performans üzerindeki iç girişimcilik faaliyetlerinin etkisinin daha fazla olması için öğrenen organizasyon kavramını benimseyen şirketlerde bu faaliyetler gerçekleştirilmektedir. Çünkü öğrenen organizasyon, iç girişimcilik faaliyetinin anahtar girdisidir (Ergün & Korkmaz, 2020)

Sanal Organizasyon: Bu işletmelerin varlığı tamamen teknolojik unsurlara bağlıdır. İnternet, telefon vb. unsurlar örnek olarak verilebilir. Bu organizasyon tipinde çalışanlar fiziki olarak bir yerde bulunmadan hizmet vererek sürekli iletişim içindedir. Sanal organizasyonlar, bilgi teknolojilerinin hızlı bir artışının sonucudur; gerçek organizasyonların etkisi olan ancak fiziksel olarak var olmayan organizasyonların

yapısını belirtmektedir. Sanal organizasyonlar yapıları ve işleyişleri bakımından geleneksel organizasyonlardan farklıdır. Ortak hedeflere bağlı olarak kendi birimlerinde karar verebilme yeteneğine sahip sanal organizasyonlar, modüler yapılardan oluşmaktadır. Ayrıca kendini organize edebilen ve ağ tabanlı koordinasyonu gerçekleştirebilen farklı yeteneklere sahip esnek ve heterojen bir yapıya sahiptir. Bu yapılarda iletişim daha çok yatay kanallar ile gerçekleşmekte ve merkezileşmeden uzaklaşmaktadır. Sanal organizasyonların faaliyet ve iş süreçleri için kullandıkları dijital ortamlardan bazıları; internet, intranet, extranet, e-iş süreçleri, e-devlet, e-ticaret ve internet tabanlı farklı uygulama altyapıları örnek olarak sayılabilmektedir (Aydamak, 2021).

Sanal organizasyonların ana çıktısı, ağ üyelerinin işbirliği sağlamak için ortaya koydukları bilgi ve kabiliyetlere dayanmaktadır. Bu durum ağı oluşturan üyelerin varlığını temel olarak çekirdek kabiliyetlerine dayanmasına neden olması, üyelerin bilgi ve kabiliyetlerinin en üst düzeyde olmasını gerektirmektedir. Nitekim çekirdek kabiliyetini kaybeden üye, ağa dahil edilmemektedir. Bu nedenle sanal organizasyon yapısı, çekirdek kabiliyetlerin güncel olmasını sağlamakta ve kuruma etkin ve esnek bir sistem kazandırmaktadır (Oğan & Wolff, 2021)

Seri Uyarılama: Müşterinin talebine göre ürün üretmektir. Ancak bunu gerçekleştirirken işletmeler sahip oldukları standart üretimden de vazgeçmemektedir. Müşterinin talepleri ve istekleri dikkate alınarak üretimin gerçekleştirilmesidir (Keskin vd., 2016).

Küreselleşme, bilgisayar ve telekomünikasyon teknolojilerindeki artan gelişmeler, bir taraftan kurumların yönetsel değişikliklerini ortaya çıkarırken, diğer taraftan kurumların başarılı olması için artan rekabet ortamında, fonksiyonel alanlarla ilgili yeni yöntemler ve uygulamaların geliştirilmesine yol açmıştır. Rekabet gücünü artıracak ve müşterilerin taleplerini en kısa sürede karşılamasını sağlayacak yeni yöntemler uygulanmaya başlanmıştır. Bu alanda kullanılan son uygulama ise “seri uyarılama” olarak adlandırılan bir üretim tekniğidir (Koçel, 2015).

Blance Scorecard: "Dengeli puan kartı", daha "dengeli" bir performans görünümü elde etmek için geleneksel finansal ölçülere ek olarak stratejik ölçülere bakma fikrinden gelmektedir. Dengeli puan kartı kavramı, perspektiflerin basit kullanımının ötesine geçerek stratejiyi yönetmek için bütünsel bir sistem sunmaktadır (Keskin vd., 2016).

Balanced Scorecard (BSC), stratejik yönetim konusu üzerine üst yönetim seviyesinde bir karar destek sistemi olarak uygulanması nedeniyle ortaya çıkmıştır. Bu karar destek sistemi, birçok kurum yöneticisine amaçlarına ulaşmak için finansal muhasebe verilerinin değerlendirilmesi adına farklı bakış açıları sunmaktadır. Bunlar müşteri, kurum içi iş süreci, öğrenme ve geliştirmeden oluşmaktadır. Bireysel projeleri, kurumun işlevlerini ve birimlerini yönetenlere destek olmak için balanced scorecard sisteminin uygulanabileceği önerilmektedir (Yaralı & Ergun, 2021)

BSC, kurum stratejisinden türetilen, özenle seçilmiş bir dizi metrik olarak tanımlanmaktadır. BSC, kurumun misyon ve stratejisini performans ölçütlerine dönüştürerek ifade etmesini sağlayan, stratejik ölçüm ve yönetim için bir çerçeve oluşturan performans yönetim sistemidir. BSC Yöntemi, finansal amaçların dışında finansal amaçların performansla ilgili yönleriyle de ilgilenmektedir. Bu perspektiften, kuruma odaklanmak, iletişimi geliştirmek, organizasyonel hedefler belirlemek ve stratejik geri bildirim sağlamak BSC yönteminde kullanılan bir araçtır (Tulum, 2020)

Yeni ve Yeşil Ekonomi: Kaynakları verimli kullanan ve sosyal olarak kapsayıcı olarak tanımlanmaktadır. Yeşil bir ekonomide, istihdam ve gelirdeki büyüme, karbon emisyonlarının ve kirliliğin azaltılmasına, enerji ve kaynak verimliliğinin artırılmasına, biyoçeşitlilik ve ekosistem hizmetlerinin kaybının önlenmesine olanak tanıyan bu tür ekonomik faaliyetlere, altyapıya ve varlıklara yapılan kamu ve özel yatırımlar tarafından yönlendirilmektedir (Keskin vd., 2016; Tulum, 2020).

Yeşil büyüme ve yeşil ekonomi terimleri genellikle birbirinin yerine kullanılmaktadır. Bu durumda yeşil büyüme, insanların refah düzeyini artıran kaynakların ve çevresel hizmetlerin devamlılığını sağlayacak doğal varlıkları korurken, ekonomik büyüme ve

kalkınmanın teşvik edilmesidir. Yeşil büyüme kavramını Dünya Bankası da doğal kaynakların kullanılmasındaki verimlilik olarak adlandırmıştır. Bu olay, bir yandan kirliliği ve çevresel etkilerini en aza indirecek, diğer yandan fiziksel afetlerin önlenmesinde doğal sermaye ve çevre yönetiminin rolünü ortaya koyarak çevre afetlerine karşı dirençli bir ortam oluşturacaktır. Başka bir tanıma göre yeşil büyüme, sosyal kalkınmayı artıran ve emisyonları azaltan çevresel olarak sürdürülebilir ekonomik ilerlemedir. Dolayısıyla yeşil büyüme, ekonomik büyümeyi sürdüren ve ayrıca iklimsel ve çevresel sürdürülebilirliği sağlayan bir kalkınma modelidir (Yaralı & Ergun, 2021).

Yeşil ekonomi yaklaşımı, sermaye odaklı büyümenin yerine doğal kaynak odaklı büyümeyi korumaktadır. Bu düşünce tarzına göre büyüme, doğal kaynakların tüketimini artırmadan kaynakların tüketimini azaltarak sağlanabilmektedir. Ayrıca yeşil ekonomi kavramının yeşil işler olarak isimlendirilmesi ile yeni meslekler doğacaktır. Yeşil işler, sosyal güvenlik, yeterli gelir olanakları, sağlık sigortası, sendikal haklar ve cinsiyet eşitliği gibi faydalar sağladığı için insana önem veren bir iş olma niteliğine sahiptir. Böylelikle yeşil işlerin doğması ile yeni istihdam imkanları artacak ve bu da gelir artışına yol açacaktır. Ayrıca gelirin tekrar dağılımının gerçekleşmesi ve yoksulluğun azalacazalması öngörülmektedir (Tulum, 2020)

Kurumsal Yönetişim: Çok aktörlü ve etkileşim içinde bulunan ilişkileri içermektedir. Düzenlemeleri birlikte yapmak, birlikte yönetmek ve kamu-özel ortaklığına dayalı bir süreci ifade etmektedir. Kurumsal yönetişim, kurumlarda üst yönetimin yönetilmesi olarak adlandırılmasının yanı sıra, kurumların yönetildiği ve denetlendiği alan veya sistematik bir yapı olarak da tanımlanmaktadır. Kurumsal yönetişim, yönetim, pay sahipleri ve diğer pay sahipleri arasında hak ve görevlerin neler olması gerektiğine ışık tutmakta, kurum içi karar alma süreçleri ve uygulamalarını belirlemektedir. Kurumsal yönetişimin temel amacı, işletme içinde hakim bir paydaş grubunun oluşmasını sağlamak ve bu paydaş grubunun çıkarlarının diğer gruplara göre öncelikli hale gelmesini önlemektir (Karpuz & Sayılır, 2021; Selimoğlu & Yazıcı, 2021).

Ekonomik performansın ve büyümenin sağlanmasında yatırımcı güvenini artıran anahtar bir öge olarak kurumsal yönetim kavramı ele alınmaktadır. İşletme yönetimi kendi içinde, yönetim organları, paydaşlar ve yasal çıkarları olan diğer taraflar arasındaki çok çeşitli ilişkileri kapsamaktadır. Bu nedenle kavramın, kısa ve öz bir şekilde tanımlanması ile çeşitli alanlar ortaya çıkmaktadır. Literatürde, bu bakış açısı ile kapsamlı teorik temellerin ve/veya analizlerin yapıldığı ve ampirik bulguların ortaya konduğu, sürdürülebilirlik ile ilgili konuların işletmeler için önemli riskler ve olanaklar içerdiği görülmekte ve bunlara dair çeşitli çalışmalar bulunmaktadır. Böylelikle, işletmeler açısından orta ve uzun vadeli ve istikrarlı bir başarı elde etme amaçlanırken; yönetim kurulunun rol tanımlamasının yetersiz olacağı da düşünülerek; yeni bir yaklaşımın benimsenmesi sürdürülebilir yönetim olarak adlandırılmaktadır (Karpuz & Sayılır, 2021).

İşletme Ekosistemi: İşletmenin ekosistemi dışarıda ve içeride etkileşimde bulunduğu tüm aktörlerden oluşmaktadır. Bu ekosistemdeki her aktör birbirini etkilemekte ve birbirinden etkilenmektedir. Bu durum her işletmenin esnek olmasını ve çevresindeki değişimlere göre uyarlanabilir olmasını içeren sürekli gelişme isteyen bir ilişki yaratmaktadır (H. Keskin vd., 2016).

Örgütsel ekoloji yaklaşımı ise kurumları bir grup/topluluk olarak ele almakta ve grup-çevre ile ilgili ilişkileri araştırmaktadır. Nasıl ki bir organizmanın doğadaki çevresi diğer organizmalardan oluşur ve onlarla etkileşim içinde yaşamaya devam ederse, teoriye göre kurumların çevresi de diğer kurumlardan oluşur ve kurumlar ve oluşturdukları topluluklar birbirleriyle etkileşim içinde yaşamlarını sürdürürler . Örgütsel ekolojide evrim, yeni kurumların ortaya çıkması veya artması ve çevresel seçim ile yeni koşullara uyum sağlayarak ekosisteme uyum sağlayamayan kurumların ölümü ile gerçekleşebilir.. Örgütsel ekolojinin temel argümanları; adaptasyon ve seçim, topluluk ve çevre ilişkisi, yaş bağımlılığı ve organizasyon boyutundan oluşmaktadır (Kılıç, 2020)

İşletme DNA'sı: İşletmelerinde insanlar gibi doğduğunu, büyüdüğünü ve yok olduğunu ileri sürmektedir. Bazı işletmelerin uzun ömürlü olduğu bazı işletmelerin ise

daha kısa ömürlü olduğu bilinmektedir. İşletme DNA'sı işletmeyi çevresi ile etkileşime geçiren unsur olarak ifade edilmektedir (Bakan, 2011; H. Keskin vd., 2016; Koçel, 2015).

İşletme DNA'sı; kurumun kendisi ve çevresi hakkında bilgilere ulaşmasını sağlayan bir iletişim unsuru olarak adlandırılmaktadır. Ayrıca kurumun işletme DNA'sı ve sinir sistemi bir bütün olarak ele alınarak kurumun kendi kendini organize etmesi sağlanmaktadır. İşletme DNA'yı aynı insanlarda olduğu gibi genetik bir veri tabanı olarak görmekte ve DNA'nın örgüt kültürü, iklimi, kimliği ve imajının ve hatta bunların üzerine inşa edileceği temellerin birleşimi olduğunu belirtmektedir. Böylelikle kurumun DNA'sı, onu oluşturan bileşenler ile bir rehber rolü üstlenmektedir. Bir kurumun kimliği hatta parmak izi olarak görülen DNA, kurumun tüm üyelerinin dahil olduğu kurumun DNA'sını taşıdığına inanılmaktadır (H. Keskin vd., 2016).

İşletme DNA'sı, kurumların yapılandırılmış bilgiyi nasıl kullanabilecekleri ve dış çevredeki piyasa yapılarına nasıl uyum sağlayabilecekleri ile ilgili bir model sağlamaktadır. Böylelikle DNA metaforu, kurumların tanımlanmasında etkin rol oynayan liderlik ve yönetim işlevleri (karar, örgüt yapısı, ekip çalışması ve iletişim gibi) açısından kurumlardaki şartları açıklamada mühim noktalara açıklık getirmektedir (Telli & Özdaşlı, 2020)

2.1.4.3. İşletmeyi ve Çalışanı Etkileyen Yaklaşımlar

Örgütsel Adalet: İşletmede çalışanların kendilerine ne kadar adaletli davranıldığı konusundaki algılarını ve bu algıların işletmeye olan etkisinin neler olduğunu içeren bir kavramdır. Buradaki adalet kavramı ücret, çalışma koşulları, çalışma şekli, performans değerlendirme vb. birçok konuyu içermektedir (Kavas vd., 2016)

Örgütsel Vatandaşlık: İşletme içerisinde çalışanların sahip oldukları görev ve sorumlulukları dışında göstermiş oldukları ekstra çaba ve çalışma olarak ifade edilmektedir. Burada herhangi bir yasa veya kural yoktur çalışanlar bunu gönüllü olarak gerçekleştirmektedir (Dede, 2019).

Örgütsel Yalnızlık: Bireyin, işletme içerisinde bir gruba dahil olma ve kabul görme gereksiniminin karşılanmaması ve gruptaki diğer kişiler tarafından dışlanması olarak ifade edilmektedir (Kaygın, 2010).

Örgütsel Yabancılaşma: Bireyin takdir görme, tanınma, üstleri tarafından mesleki doyumunun sağlanması gibi faktörlerin gerçekleşmediği durumlarda doyumsuzluk hali olarak ifade edilmektedir (Salihoğlu, 2014).

Örgütsel Dışlama: İşletmede çalışan bir kişinin diğer iş arkadaşları tarafından görmezden gelinmesi ve yok sayılması olarak tanımlanmaktadır. Çalışan, işletme içerisinde bu tür davranışlara maruz kaldığında iş yapma potansiyeli azalmaktadır (E. Yıldırım & Akın, 2018).

Örgütsel Kayıtsızlık: İşletmede çalışanların sadece iş yapmaya odaklandığı başka bir sorumluluk almadığı davranışlar olarak nitelendirilmektedir. Çalışanlar yalnızca verilen görevleri yerine getirmekte işe bir katkı sağlamamaktadır (Aydoğdu & Çakıcı, 2018).

Örgütsel Tükenmişlik: çalışma koşulları, stres, kişisel değerler, örgüt kültürü, kişinin çalışma ortamındaki isteksizliği, iletişimsizlik, baskı vb. birçok konuda çalışan ve işveren arasındaki olumsuz iletişimi ifade etmektedir (Uler, 2020).

Örgütsel Adanmışlık: İşini benimsemiş ve yaptığı iş ile gurur duyma davranışı olarak nitelendirilmektedir. Aynı zamanda kişiyi motive ederek çalışma isteğini artırmaktadır (Yavan, 2016).

Örgütsel Özdeşleşme: Kişinin kendi değerleri ile örgütün kültürünün uyum sağlaması sonucunda işin çalışanın bir parçası haline gelmesi ve kendini çalıştığı işletmenin bir üyesi olarak kabul etmesidir (Sökmen & Bıyık, 2016).

Örgütsel Dinçlik: Çalışanın yüksek bir performans ile çalışması durumudur. Çalışan işi yapamayacak durumda olsa bile çalışmaya devam etmektedir. Bu durum çalışanın yaratıcılık düzeyini yükseltmekte ve başarısına etki etmektedir (Örücü & Hasırcı, 2020).

Örgütsel Sapma: İşletmelerde oluşan kurumsal kültüre ters düşen davranışlar olarak ifade edilmektedir (Zeka, 2007).

Örgütsel Sinizm: Çalışanın, çalıştığı işletmeye karşı geliştirdiği olumsuz tutum olarak tanımlanmaktadır (Altınöz vd., 2011).

Örgütsel Sessizlik: Çalışanların işletmenin mevcut durumu ile ilgili duygularını ve davranışlarını etkileşimde bulunduğu kişilerden saklamasıdır (Yalçınsoy, 2017).

Örgütsel Fanatizm: Örgütsel adanmışlığın en üst seviyesi olarak ifade edilmektedir. Çalışan örgüte en üst düzeyde bağlanmakta ve örgüt bir parçasıymış gibi davranmaktadır (Yavan, 2016).

Örgütsel Dayanıklılık: İşletmenin etkilendiği olumsuzluklara karşı direç göstermesi, iyileşmesi ve toparlanması olarak tanımlanmaktadır. Aynı zamanda örgütün karakteristik bir özelliğidir (Çetin, 2021).

Örgütsel Sağlık: İşletmenin çevresindeki değişimlere karşı başarılı bir şekilde uyum göstermesi, çalışanlar arasında uyum sağlaması ve hedeflerini gerçekleştirilmesi olarak tanımlanmaktadır (Köseoğlu & Karayormuk, 2009).

Örgütsel Sadakat: Çalışanların kendi çıkarları yerine örgütün çıkarlarını benimsemesi ve aidiyet duygusu oluşturmalarıdır. Bu duygu çalışan tarafından oluşturulmakta ve işe bağlanma sağlamaktadır (Koç, 2009).

Örgütsel Tutkunluk: Kişinin fiziksel ve zihinsel olarak kendini işe dahil etmesini ifade etmektedir. Aynı zamanda kişi tüm yeteneklerini, değerlerini ve inançlarını da işe yönlendirmektedir (Örücü & Hasırcı, 2020).

2.1.4.4. Post-modern Yönetim Yaklaşımlarının İşletmelere Etkisi

Post-modernizm ilk olarak mimaride kullanılmış ve zamanla etkisi diğer alanlara da yayılmıştır. İşletme yönetimi açısından bakıldığında Post-modernizm, modern yaklaşımların bir uzantısı olarak görülmektedir. Aynı zamanda modern yaklaşımları tamamlayıcı bir nitelik taşımaktadır. Ortaya çıkan tüm yaklaşımlar içinde bulunduğu dönemden ve bu dönemin koşullarından bağımsız olarak değerlendirilememektedir. Post-modern Yaklaşımlar'ın ortaya çıkış noktası olarak Sanayi Devrimi kabul edilmektedir. Çünkü Sanayi Devrimi'nden önce daha dar ve küçük ölçekli üretim yapılmaktaydı ve bu nedenle artık üretim oluşmamaktaydı (Kemp, 2013).

Ancak Sanayi Devrimi'nden sonra üretim daha büyük ölçekli hale geldi ve fabrikalar kurulmaya başlamıştır. İnsanlar bir arada çalışmaya başladıkça yönetim unsuru daha da önem kazanmıştır. Bu nedenle büyük toplulukları yani örgütleri yönetme ihtiyacı ortaya çıkmıştır. Yönetim fonksiyonu yerine getirilirken çalışanların insanı unsurları da göz ardı

edilmemiştir. Ancak tüm bu unsurların yanında bilim ve teknolojinin de yönetimde etkili olduğu fark edilmiştir. Post-modern yönetimde ortaya çıkan özellik bilgiyi kullanma ve aktarma gücüdür (Eraslan & Şengün, 2018).

Günümüz işletmelerinde hem teknolojinin hem de bilginin ağırlıklı olarak kullanıldığı görülmektedir. Ayrıca Post-modern yönetim anlayışı ile ortaya çıkan yönetim modellerinin de ağırlıklı olarak kullanıldığı görülmektedir. İşletmelerin dış çevrelerinde ki etkilerden bağımsız olmadığı burada görülmektedir. Çünkü işletmeler var olabilmek ve sürdürülebilir olmak adına içinde buldukları çevrenin koşullarına uyum sağlamak zorunda kalmaktadır. İşletmenin yapısı ve uygulanacak yönetsel tekniklerde içinde bulunulan dönemin gerekliliklerini yerine getirmektedir. İçinde bulunduğumuz dönem “Post-modern” olarak ifade edildiği için işletmelerin de bu dönemin getirdiği yönetim yaklaşımlarını uyguladıkları görülmektedir (Saroğlu, 2020).

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

HASTANELERDE UYGULANAN YÖNETİM MODELLERİ

3.1. Dünyada Öne Çıkan Yönetim Modelleri

Sağlık hizmetlerinde stratejinin önemi, sağlık hizmetlerinin nasıl organize edildiğinin, ölçüldüğünün ve geri ödendiğinin tam olarak yeniden yapılandırılmasını gerektirecek olan değer temelli ve hasta merkezli bakıma geçiş nedeniyle artmaktadır. Sağlık hizmetlerindeki değişim artık, gelişen teknolojiler, demografik değişimler, siyasi tartışmalar ve sağlık hizmetlerinin maliyetini, erişimini ve kalitesini doğrudan etkileyen küresel güçler tarafından yönlendirilmektedir. Bu değişiklikler ortaya çıktıkça, sağlık kuruluşları yönlerini değiştirebilecek ve yeni stratejik hamleler oluşturabilecek yeni, yenilikçi stratejilere ihtiyaç duymaktadır (Walston, 2018).

Piyasa güçleri, politika kararları ve bireysel bakımdan toplum sağlığına doğru hareket dahil olmak üzere birçok faktör sağlık sisteminin görünümünü değiştirmektedir, Kısacası, daha az hastane ve daha çok klinik bulunmaktadır; daha az birinci basamak hekimi, ancak daha fazla uzman bulunmaktadır. Hastaneler “sistemler” olmak için diğer organizasyonlarla birleşmektedir. Ayrıca, daha küçük hastanelerin ayakta kalması giderek daha zor hale gelmektedir. Bunun nedeni, kaliteyi iyileştirirken ve sağlık hizmetine erişimi genişletirken maliyet artışlarını iyileştirme girişimlerinden kaynaklanmaktadır. Hastaneler birleştikçe, birbirlerini satın aldıkça veya başka bir şekilde güçlerini birleştirdikçe, sağlık hizmetlerini sundukları “sistemler” yaratmaktadırlar (Cellucci, 2019).

Entegre ürün ve hizmetlere yönelik hızlanan pazar kayması, şirketlerin inovasyona yatırım yapma, çalışanlarını eğitme ve müşterileriyle etkileşim kurma yöntemlerinde önemli değişikliklere yol açmıştır (Roberts vd., 2016).

İşletmelerde yaşanan dönüşüm sağlık hizmetlerine de yansımış ve artan finansal, sosyal ve politik baskılarla sağlık sistemleri, mevcut ve gelecekteki hizmetler (sağlığın nerede, nasıl, ne zaman ve kiminle gerçekleştiği) ile daha iyi uyum sağlamak için daha sağlam bir kapasite geliştirmiştir. Başarılı sağlık sistemleri, organizasyonel, politik, coğrafi ve sektörel sınırları aşan hizmetler sunma konusunda yenilik yapma yeteneğine sahiptir. Bu

kavramlar yeni olmasada, bunları sağlık sistemlerinin günlük operasyonları ve kültürü ile etkin bir Şekilde bütünleŐtirmek için sağlam ancak kolay eriŐilebilir uygulama çerçeveleri sınırlı kalmaktadır (Cellucci, 2019).

Ülkelerin hastane organizasyon yapılarına baktığımızda farklılıklar dikkat çekmektedir. Kimi ülkelerde sağlık kuruluşları bir merkeze bağlı olarak hareket ederken, kimi ülkelerde sağlık kuruluşlarının daha özerk yapıda olup kendi başına karar alıp uygulama gücüne sahip olduğu görülmektedir (Robinson, 2003).

1970’li yıllardan itibaren küreselleŐmenin ivme kazanması ile örgütlerde ortaya çıkan yeni yapılandırmalar sağlık sektörünü de etkilemiştir. ABD’de Health Management Organization (HMO) yeni bir olgu ortaya çıkmıştır. HMO, yıllık sabit bir ücret karşılığında sağlık bakım hizmeti sunan bir sağlık sigortası grubudur. HMO, sağlıkta yeni bir yönetim modelidir. Sağlık sigortası, sağlık hizmeti alıcıları ile sağlık hizmet sunucuları arasında bağlantı kurulmasını sağlamaktadır.

HMO, daha çok sağlık hizmetinde ödeme yöntemleri ile ilgilenmektedir. Bu modelde hekimler aktif rol oynamaktadır. Doktorun belirli bir aylık ödeme aldığı kişi başı ödemeye dayalı olarak sistem kullanılmaktadır. Bu yaklaşım esas olarak birinci basamakta görevli hekimler için kullanılmaktadır. HMO’lar, gerekli olmayan kullanım miktarını azaltmak amacıyla tüm seçmeli hastane kabulleri ve aktif olarak izlenen yatan hasta kalıŐları için rutin olarak n sertifika talep etmektedir. Gereksiz yatıŐlardan kaçınarak, aynı prosedür için yatan hasta yatıŐları yerine ayaktan cerrahi kullanımını artırarak ve ortalama kalıŐ süresini kısaltarak, önemli ölçüde gereksiz kullanımı azaltmaktadır.

Bir diğer yönetim modeli ise bağımsız hizmet başına ücret uygulamasında doktorlarla sözleşme yapan An Independent Practice Association (IPA) modeli geliştirilmiştir. IPA, hizmetlerini sigorta Őirketlerine ve diğer üçüncü taraflara sunmak için bir ortaklık kurmuŐ veya bir sözleşme imzalamıŐ sağlık profesyonellerinden (oğunlukla lisanslı doktorlar) oluşan bir tür sağlık bakım organizasyonudur. Bu model, hekimlerin bireysel uygulamalarını sürdürmelerine ve hastaları tedavi etmelerine, aynı zamanda bir sigorta ağının parçası olmalarına ve sigorta Őirketinden veya nc ŐahıŐlardan hasta yönlendirmelerine eriŐmelerine olanak tanımaktadır (Maiden, 1999).

Bir diğer yönetim modeline örnek olarak National Health System (NHS) verilebilir. NHS, 1948'de İngiltere'de uygulanmaya başlamıştır. NHS'den önce İngiltere'de birçok farklı sağlık sistemi bulunmaktaydı. Düşük ücret ile çalışan bireylerin tıbbi masraflarını ödemesine yardımcı olmak için Ulusal Sağlık Sigortası uygulanmaktaydı. Ancak birçok insan hala aldığı hizmet için bir kısmını kendileri ödemek zorundaydı ve bazı insanlar, özellikle kadınlar ve işsiz olanlar, ihtiyaç duydukları herhangi bir bakım için doğrudan ödeme yapmak zorunda kalmaktaydı (Klein, 2013).

Bu nedenle NHS bireylerin; Birleşik Krallık, İngiltere ve Galler, İskoçya ve Kuzey İrlanda'da doğrudan ödeme yapmak zorunda kalmadan doktorlar, hemşireler, ebeler ve diş hekimleri tarafından sunulan sağlık hizmetlerine erişim hakkı sağlaması olarak ifade edilmektedir. NHS, doğrudan hasta veya yaralılarından gelen maliyetler yerine, doktorlar, hemşireler, ebeler ve diş hekimleri tarafından sunulan sağlık hizmetleri için ödeme yükünü herkesin paylaşması için kurulmuştur.

NHS'nin karmaşık bir sistem olduğu kabul edilmektedir. Sağlık kuruluşlarında özellikle kimin neyden sorumlu olduğunu araştırmaktadır. Farklı rollere, sorumluluklara ve uzmanlıklara sahip çok çeşitli organizasyonlardan oluşmaktadır (Klein, 2010).

3.2. Türkiye'deki Hastane Yönetim Modelleri

İşletmelerde uygulanan yönetim modellerine benzer şekilde hastanelerde de yönetsel bir süreç hakimdir. Ancak hastanedeki yapılanmanın matris özelliği olması yönetim sürecini daha karmaşık kılmaktadır. Hastanelerin yönetsel süreçte amaçlarına ulaşabilmesi için sahip olduğu insan gücü kaynağını ve maddi kaynaklarını en etkin şekilde kullanması gerekmektedir. Hastanelerin işletme olarak diğer işletmelerden ayrışması ve daha karmaşık yapıda olması yönetim modellerinde de farklılıklar yaratmaktadır (Can & İbicioğlu, 2008).

Dünyada görülen örnekler üzerine ülkemizde de hastanelerin yönetim şekillerinde herhangi bir standart bulunmamaktadır. Ülkemizdeki organizasyon yapılandırmaları dört şekilde gruplandırılmaktadır. Bunlar;

- ✓ Kamu Özel Ortaklığı
- ✓ Kamu Hastaneleri

- ✓ Özel Hastaneler ve
- ✓ Üniversite Hastaneleri'dir.

Her dört organizasyon yapısında da yönetim şekilleri birbirinden farklılık göstermektedir (Ağırbaş, 2019).

3.2.1. Kamu -Özel Ortaklığı

Kamu-Özel Ortaklığı, 1980 sonrasında oluşan yeni yapılandırmalara alternatif olarak ortaya çıkmıştır. Mal, hizmet alımı ve yapım işine dayanmaktadır. Kamu- Özel ortaklı bir yönetim modelidir. Bu modelde, kamunun projelerini gerçekleştirmek amacıyla devlet ile özel sektörün uzun vadeli olarak esnek bir sözleşmeye dayalı şekilde iş birliği yapmaktadır. Kamu hizmetlerinin gerçekleştirilmesi için gerekli olan finansmana özel sektör ve kamu sektörü ortak bir sermaye ile katılım sağlamaktadır. Kamu sektörü ve özel sektör hizmet sunumunu birlikte gerçekleştirmektedir (Uz, 2007).

Böylece kamu sektörü ve özel sektör arasında hem maliyet hem de risk paylaşılmaktadır. Bu model, kamu hizmeti olarak ifade edilen ancak kamunun tamamen çekilmek istemediği ve kamunun katılımı olmadan özel sektörün tamamen sunmaktan çekindiği hizmetlere özel sektörün katkısını sağlamak ve böylece kamunun finansman sorununu çözmek amacıyla kullanılmaya başlanmıştır. ABD, Portekiz, İspanya, İngiltere ve İrlanda olmak üzere birçok ülkede tercih edilmekte ve kullanılmaktadır (Uysal vd., 2012).

Kamu-Özel Ortaklığı modeli birçok şekilde ifade edilmektedir. Yap-Devret-İşlet, Yap-Devret, Yap-İşlet-Devret, Yap-Kirala, İşlet-Devret, Yap-Sahiplen-Devret, Yap-Sahiplen-Kirayaver-Devret bunlara örnek olarak verilebilir (Acartürk & Keskin, 2012).

Sağlık sektöründe yapılan ortaklıklarda hukuksal süreçler ağırlıklıdır. Kamu-Özel ortaklığında yapılan sözleşmelerde kiralama için kırk dokuz (49) yıl şartı bulunmaktadır. Yapılan sözleşmelerde aşağıdaki maddeler yer almaktadır:

- 1) Kira bedeli karşılığında sağlık tesisleri yapımı
- 2) Sağlık tesislerinin ve eklentilerinin bakımı, onarımı ve yenilenmesi işleri
- 3) Tıbbi destek hizmetlerinin sunumu
- 4) Tıbbi hizmetler dışındaki hizmetlerin sunumu
- 5) Tıbbi hizmetler dışındaki alanların işletilmesi

6) Sağlık tesislerindeki tüm tıbbi ekipmanlar ile mefruşatın sağlanması (Koray, 2011).

3.2.1.1. Şehir Hastaneleri

Türkiye’de Kamu-Özel Ortaklığı ile inşa edilen hastaneler “şehir hastanesi” olarak adlandırılmaktadır. Türkiye’de uygulanmakta olan ortaklık modeli İngiltere’den alınmıştır. Bu modele göre yüklenici firma hastaneyi inşa etmekte ve devlete uzun süreliğine kiraya vermektedir. Devlet yüklenici firmaya kira ödemektedir. Ayrıca temel hizmetler dışında kalan hizmetleri yüklenici firmaya devretmektedir. Kamu-Özel Ortaklığı kapsamında Türkiye’de ilk olarak “Entegre Sağlık Kampüsü”, “Sağlık Kampüsü” inşa edilmiş ve daha sonra “Şehir Hastaneleri” uygulamaya konulmuştur (Keleş vd., 2020). Tablo 5’de Türkiye’de faaliyet gösteren şehir hastanelerinin listesi verilmektedir.

Tablo 5: Türkiye’de Faaliyet Gösteren Şehir Hastaneleri

Sıra No.	Hastane Adı
1	Ankara Bilkent Şehir Hastanesi
2	Adana Şehir Hastanesi
3	İstanbul Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi
4	Elâzığ Fethi Seçkin Şehir Hastanesi
5	Manisa Şehir Hastanesi
6	Mersin Şehir Hastanesi
7	Kayseri Şehir Hastanesi
8	Isparta Şehir Hastanesi
9	Yozgat Şehir Hastanesi
10	Eskişehir Şehir Hastanesi
11	Bursa Şehir Hastanesi
12	Konya Karatay Şehir Hastanesi
13	Tekirdağ Şehir Hastanesi

Kaynak: (Sağlık Bakanlığı, 2022)

Şehir hastaneleri de Kamu-Özel Ortaklığı kapsamında ortaya çıkan kuruluşlardır. Kamu sektörü ve özel sektör paydaş olarak yer almaktadır. Özel sektör yüklenici firma olarak projenin işletme ve yapım giderlerinin %20’sini karşılamaktadır. Geri kalan %80’lik kısım Dünya Bankası iştirakleri, medikal şirketler ve görüntüleme şirketleri, uluslararası finans

kurumları tarafından sağlanmaktadır. Finansman için kamu sektörü destek sağlamak ve garantörlük sağlamaktadır. Anlaşmazlıklar durumunda uluslararası mahkemelere gidilebilmekte ve yüklenicinin riski giderilmektedir (Aliefendioğlu & Bostancı, 2021).

Kamu tarafından arazi bedelsiz olarak verilmekte ve projesi Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenen binalar için ihaleye çıkılmaktadır. Yapılan ihaleler inşaat, finansman ve tıbbi malzeme, teknoloji alanında faaliyet gösteren firmaları kapsamaktadır. İhalede yer alan şartlara göre hastane binalarının üç yıl içerisinde tamamlanma şartı bulunmaktadır. Binaların kiralanma süresi olan 25 yıl boyunca tüm bakım ve onarım işlemleri yüklenici firma tarafından gerçekleştirilmektedir. Bu süre boyunca kullanım ve hizmet bedeli ödenmektedir. Hastane inşaatı bittikten sonra kamu hastaneleri bu binaya taşınmaktadır. Hastanede ticari alan sağlayacak tüm kısımlar ihaleye giren şirketlere bırakılmakta, tıbbi destek ve destek hizmetleri ihale firmaları tarafından sunulmaktadır. İhaleye katılan şirketlere %70 yatak doluluk oranı garantörlüğü verilmektedir (Keleş vd., 2020).

3.2.2. Üniversite Hastaneleri

Üniversiteler eğer tıp fakültesine sahip ise eğitim hizmeti ile birlikte sağlık hizmeti sunabilmektedir. Üniversite hastanelerinin sunduğu hizmet üçüncü basamak sağlık hizmetidir. Yani üniversite hastanelerinde ileri derecede uzmanlaşmanın olduğu aynı zamanda emek ve teknolojinin en üst düzeyde kullanıldığı kapsamlı bir sağlık hizmet sunumu gerçekleştirilmektedir. Yönetim faaliyetleri üniversite rektörlüğe bağlı olarak yürütülmektedir (Can & İbicioğlu, 2008).

Üniversite hastanelerinde de işletmelerde olduğu gibi üst, orta ve alt kademe yönetim düzeyleri bulunmaktadır. Üst kademe yönetim düzeyinde yönetim kurulu ve başhekim bulunmaktadır. Başhekimliğin altında üst yönetime bağlı olarak diğer yöneticiler bulunmaktadır. Bu yöneticiler orta düzeyde yer almaktadır. Alt düzeyde ise yönetsel faaliyetlerde yer almayan sağlık personeli yer almaktadır. Bu yönetim düzeylerine ek olarak ayrıca üniversite hastanelerinde tıbbi danışma kurulu da bulunmaktadır (Uğurluoğlu, 2015).

3.2.2.1. Afiliasyon

Afiliasyon kelimesi birleşme, bağlama, birleştirme, bağ kurma, üyelik gibi birçok anlam içermektedir. Ancak terim olarak yardımlaşma, üyelik veya ast üst ilişkiler düzeyinde resmi bir birliktelik olarak tanımlanmaktadır. Afiliasyon, sağlık sektöründeki birleşme ve iş

birliği modelleri arasındaki en güçlüsü olarak kabul edilmektedir. Sağlık sektöründeki birleşmelere bakıldığında yönetim, teknoloji, insan ilişkileri, müşteri memnuniyeti, finansal gereklilikler, yoğunluk gibi birçok faktörün yeni yönetim modellerini gerekli hale getirdiği görülmektedir (Bilir vd., 2018).

Literatürde kabul gören üç tür afiliasyon şekli bulunmaktadır.

Akademik Afiliasyon: Farklı kurumlar arasında akademik bilgi akışı sağlamak amacıyla tercih edilen afiliasyon türüdür.

İnsan Gücü Afiliasyonu: Yönetimin her düzeyinde yapılabilen daha çok eğitim amacıyla kullanılan afiliasyon türüdür.

Teknolojik Afiliasyon: Hastaların bir kurumda bulunan ancak başka bir kurumda bulunmayan sağlık teknolojisinden faydalanması amacıyla yapılan afiliasyon türüdür.

Ülkemizde daha çok akademik afiliasyon türü ağırlıklı olarak tercih edilmektedir. Bu durumun nedeni aşığıda sıralanmaktadır:

- Nitelikli personel yetiştirmek
- Hizmet sunumunda kaliteyi artırmak
- Çalışanların yetkinliklerin geliştirmek
- Üniversite hastanelerindeki yönetsel süreçleri iyileştirmek
- Öğrencilerin eğitimsel faaliyetlerini artırmaktır (Topçu & Özata, 2019).

Afiliasyon da bir diğer önemli hususta entegrasyon şeklidir. Ülkeler genelinde kabul görmüş iki çeşit afiliasyon entegrasyon modeli öne çıkmaktadır. Tam entegre model ve fonksiyon entegre modeldir (Yürümez vd., 2018).

Tam Entegre Model: üniversite hastanelerine ilişkin tüm faaliyetlerin ve yönetsel süreçlerin (hizmet sunumu, eğitim faaliyetleri, araştırma faaliyetleri) yönetim kurulu tarafından veya tek bir yönetici tarafından yürütülmektedir.

Fonksiyonel Entegre Model: Yönetsel süreçler, akademik faaliyetler ayrı ve birbirinden bağımsız kurullar tarafından yönetilmektedir.

Ülkemizde afiliye olmamış üniversite hastaneleri ağırlıklı olarak tam entegre modele daha uygun halde görülmektedir (Songur & Babacan, 2016). Afiliasyon sahibi olmayan

hastanelerin ise fonksiyonel entegre modele göre yönetildikleri görülmektedir. Bu modelde stratejik ve operasyonel süreçler daha hakimdir (Yürümez vd., 2018).

3.2.3. Kamu Hastaneleri

Ülkemizde sağlık hizmetlerini ağırlıklı olarak kamu hastaneleri sunmaktadır. Özel hastaneler ve kamu hastaneleri içerisinde toplam yatak sayısının %64'ü kamu hastanelerine bağlıdır. Kamu hastaneleri birinci basamak, ikinci basamak ve üçüncü basamak sağlık hizmeti sunmaktadır. Birinci basamak sağlık hizmet sunucularına örnek olarak sağlık ocakları, toplum sağlığı merkezleri, ikinci basamak sağlık hizmet sunucularına örnek olarak genel hastaneler, üçüncü basamak sağlık hizmet sunucularına örnek olarak ise eğitim ve araştırma hastaneleri ile üniversite hastaneleri verilebilir.

Tablo 6: Türkiye'de Faaliyet Gösteren Hastane Sayısı

Hastane Türü	Sayı
Kamu Hastaneleri	707
Halk Sağlığı	177
Üniversite Hastaneleri	70
Özel Hastaneler	560

Kaynak: (Sağlık Bakanlığı, 2022)

Kamu hastanelerinin tümünde yönetimsel olarak işleyiş aynı ilerlemektedir. Hastane yöneticisi başhekimdir. Başhekime bağlı müdürlükler bulunmaktadır. Başhekimler hastane içindeki tüm işleyişlerden sorumludur. Hastanede sunulan sağlık hizmetinden, hizmetlerin uygulanma usullerinden, sunulan hizmetlerin sevk ve idaresinden sorumlu kişilerdir. İdari mali işler müdürünün de hastane de satın alma, ihale, doğrudan temin vb. konularda sorumluluğu bulunmaktadır. Sağlık bakım hizmetleri müdürüde hastanede görevli olan sağlık çalışanlarının sunduğu hizmetlerin yürütülmesinden sorumludur. Müdürlere bağlı olarak müdür yardımcıları da görev yapmaktadır (Şahin, 2008).

Sağlık hizmetlerini sunan kuruluşların da işletme gibi değerlendirilip değerlendirilemeyeceği konusunda tartışmalar olsa da tüm sağlık kuruluşları birer işletme niteliği taşımaktadır. Bu nedenle yönetimin unsurları olan performans değerlendirme, verimlilik ve kalite ölçümü gibi değerlendirmeler hastanelerde de yapılmaktadır. Ancak hastaneleri bir işletmeden ayıran birçok özellik bulunmaktadır. Örneğin işletmelerin

sundukları hizmetten bekledikleri bir kar bulunmaktadır. Ancak kamu hastanelerinde böyle bir beklenti bulunmamaktadır. Kamu hastaneleri kâr amacı gütmeyen araştırma ve eğitim faaliyetlerinde bulunmaktadır. Sahip oldukları sınırlı bütçe ile en iyi şekilde sağlık hizmeti sunmaya çalışmaktadır. Bu nedenle 1980 yılı sonrası yönetsel düzeyde yaşanan değişimler kamu hastanelerini de etkilemiştir. Verimliliğin ölçülmesi, kalitenin ölçülmesi ve performansın ölçülmesi daha da önem kazanmıştır. Sağlık Bakanlığı tarafından tüm hastaneler her sene düzenli olarak verimlilik ve kalite ölçümüne tabii tutulmaktadır. Yapılan değerlendirmeler sonucunda gerekli görülen iyileştirmeler sağlanmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2012).

3.2.4. Özel Hastaneler

Özel hastaneler “Özel Hastaneler Yönetmeliği”ne göre işletilmektedir. Özel hastaneler gerçek veya özel hukuk tüzel kişilerine ait olabilmektedir. Ayaktan veya yatarak tedavi hizmeti sunarken aynı zamanda tetkik, tanı, tedavi, ameliyat ve tıbbi bakım hizmeti de sunmaktadır. Özel hastanelerin en az 10 yataklı olması gerekmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2012).

Sağlık sektöründe özelleştirmelerin artması, sağlık hizmetlerine olan talebin artması ve sağlık turizminin artması özel hastane sayısının artmasında önemli bir etken olarak görülmektedir. Ülkemizde özellikle 1980 yılı sonrası özel hastane sayısı artmıştır. Bu sayılardaki artış sağlık hizmetlerinde özel hastanelere olan ilginin de arttığını göstermekle birlikte özel hastanelerin genel ekonomiye ve sağlığıda etki ettiğini göstermektedir (Özgülbaş vd., 2005).

Özel hastanelerde sunulan sağlık hizmet kalitesi ağırlıklı olarak orta ve üst düzeydedir. Hizmet kalitesi hastane büyüklüğüne, sahip olunan insan kaynağına ve teknik donanıma göre farklılık göstermektedir. Burada etkili olan bir unsur sağlık personelinin sahip olduğu niteliklerdir. Bu nitelikler hizmet kalitesini artırmada etkili olmakta ve rekabet avantajı sağlamaktadır. Nitelikli insan kaynağının temini sektörün öncelikli hedefleri arasında yer almaktadır. Özel hastaneler nitelikli olan sağlık personelinin kendi bünyesinde tutmak istemekte ve bunun için çaba sarf etmektedir (Sarsenova, 2010).

Özel hastanelerin yönetim süreçlerine bakıldığında kamu hastanelerinden daha farklı yapıda örgütlenildiği görülmektedir. Hastane yönetiminde yönetim kurulu en yüksek yetkiye

sahiptir. Başhekim hastanenin tıbbi süreçlerde idaresini sağlamakta ancak genel olarak diğer tüm süreçleri hastane müdürü takip etmektedir. Özel hastane organizasyon yapısı olarak bir işletmeye daha yatkındır. Çünkü kamuda olduğu gibi kar gütmekten hizmet vermemektedir. Bir işletme gibi kar elde etme amacı bulunmakta ve buna göre hizmet sunumu çeşitlendirmektedir. Ayrıca özel hastanelerde organizasyon yapıları hastanelere göre farklılık gösterebilmekte ve her hastane kendi organizasyonel yapısını oluşturabilmektedir. Ancak sunulan hizmetin kapsamı olarak kamu hastaneleri ile aynıdır (Avcıl & Özkan, 2020).

3.3. Kalite Çalışmalarının Post-Modern Yönetim Modelleri İle İlişkisi

3.3.1. Literatüre Göre Post-modern Yönetim Yaklaşımlarının Kaliteye Etkisi

Post-modern yönetim yaklaşımları ortaya çıkışından bu yana esneklik veya esnek çalışma ile ilişkilendirilmektedir. Daha esnek yönetsel süreçlere sahip olan örgütler post-modern olarak nitelendirilmektedir. Günümüzde Post-modern işletmeler daha özerk örgüt biçimlerinin kabul edildiği ve yeni örgütlenmelerin olduğu bir hal almaktadır. Bu duruma örnek olarak daha esnek örgütlenme biçimleri, post-bürokratik örgütlenme biçimleri ve esnek uzmanlaşma verilebilmektedir (Doğan, 2015).

Yeni yönetim düşüncesini ve örgütlerin yapılandırılmasını etkileyen bir diğer gelişme de; insan hakları, kişilik kavramı, insanın her şeyden önemli bir varlık olarak ortaya çıkması, insanların beklentilerindeki değişimler ve insanların yaratıcılığında daha fazla yararlanma konusundaki gelişmeler ve düşüncelerdir. Bu gelişmeler yönetim süreçlerini ve örgütlerin yapılandırılmasını köklü bir şekilde etkilemiştir. Örneğin; takım organizasyonu, sıfır hiyerarşi, işgörenleri güçlendirme vb. bu gelişmelerin sonucu olarak görülmektedir (Eraslan & Şengün, 2018).

Post-modern yönetim anlayışı aynı zamanda teknolojide hızlı bir dönüşüme neden olmuş ve birçok yenilik getirmiştir. Buna bağlı olarak çalışanların hem iş yapma biçimleri değişmiş hemde beklenti ve ihtiyaçları farklılaşmıştır. Örgütler çalışanların beklenti ve ihtiyaçlarını karşılamak, teknolojik değişimlere uyum sağlamak, verimliliklerini arttırmak, kaliteyi arttırmak, diğer firmalarla rekabet etmek, vb. birçok yönetilmesi gereken konu ile ilgilenir hale gelmişlerdir. Özellikle üretimin ve çalışma koşullarının farklılaşması sunulan hizmetin kalitesinde önemli bir etken olmuştur (Öztuna & Acer, 2016).

Ancak post-modern yönetim yaklaşımları sadece esneklik değil verimlilik ve etkinlik kavramlarını da ön planda tutmaktadır. İşletmeleri daha etkin ve verimli hale getirmeye

çalışma ve bunu bir yönetim stratejisi olarak benimsemektedir. Post-modern yönetim şekillerinde işletmeler çalışanlarını da sürece dahil etmekte ve böylece çalışanlar insiyatif kullanabilme ve uzmanlaşma imkanına erişme sağlamaktadır. Çünkü beyin gücü daha önemli bir hale gelmiştir. Çalışanları yönetsel süreçlere dahil etmek işi benimsemelerini artırmakta ve hizmet kalitesini yükseltmektedir. Post-modern yönetimde çalışanların yetkinlikleri teknoloji ile desteklenmektedir. Böylece her aşaması kontrol edilebilir bir denetim mekanizması sağlanmaktadır (Kemp, 2013).

Post-modern yönetim yaklaşımlarının çoğunda kalite değerlendirmeleri yönetimin temel unsurlarından biri olarak görülmektedir. Örneğin; Toplam Kalite Yönetimi, Değişim Mühendisliği, Benchmarking vb. yaklaşımlar kalite değerlendirme sürecine dayanmaktadır. Bu yaklaşımların amacı kalite iyileştirme çalışmaları yaparak üretimde ve hizmette karşılabilecek hataları en aza indirmektir. Bunu yaparken aynı zamanda örgütün eksik yönlerini keşfetmekte ve iyileştirmeler sağlamaktadır. Kalite değerlendirmeleri işletmelerin sürekliliğinin sağlanmasında da oldukça etkili görülmektedir. Sürekli iyileştirmelerin sağlanması işletmelerin kendilerini ve personelini geliştirmesini sağlamaktadır (Ramey & Grubb, 2009).

3.3.2. Sağlık Kalite Ölçüm Modellerinde Post-Modern Yönetim Anlayışını Yeri

21. yüzyılda Sağlıkın Teşviki ve Geliştirilmesine İlişkin Jakarta Deklarasyonu, sağlık için sosyal sorumluluğun teşvik edilmesi, sağlık için ortaklıkların pekiştirilmesi ve genişletilmesi ve sağlığın belirleyicilerini etkilemek için toplum kapasitesinin artırılması ihtiyacını vurgulamıştır. Sağlıkın teşviki ve geliştirilmesindeki bu eğilimler, tekil, ölçülebilir ve pozitivist sağlık tanımlarından, sağlık hizmetleriyle ilgili hususların sosyal karmaşıklığı ve beklenmedikliğine geçişi yansıtmaktadır (Webb & Wright, 1996).

Sağlıkla ilgili endişeleri tek bir bilimsel yönteme indirgemek yerine, günlük yaşamın çeşitliliği ve karmaşık doğasıyla ilişkilendirme arzusu göz önüne alındığında, sağlık araştırmaları derinden Post-modern bir çaba olarak görülmektedir. Post-modern bir araştırma tarzı içinde sağlık, çok yönlü olarak belirlenmiş, kültürel olarak olumsal bir endişe olarak görülmektedir. Bu nedenle sağlığın teşviki ve geliştirilmesi üzerine araştırmalar, sağlığı sarsılmaz bir bilimsel gerçek veya evrensel bir gerçek olarak değil, daha ziyade kaotik ve çeşitli bir sosyal gerçeklik içinde inşa edilmiş ve buna bağlı bir kavram olarak algılamaktadır (Burnard & Rogers, 1999).

Post-modernizm ve modernizmin sađlđın teşviki ve geliştirilmesi ile ilgili özel bir ilişki içinde daha ayrıntılı olarak ele almak gerekir ise Post-modernistler, sađlđın teşviki ve geliştirilmesi için kavramsal anahtarın, bireyin fiziksel kapasitesinin yanı sıra kişisel ve sosyal kapasitesinde önemini vurgulayan pozitif sağlık olduğunu öne sürmektedir. Post-modern yaklaşımda sağlık, modernist sosyal teorinin bir ikilemi olan hastalığın karşıtı olarak değil, değişen ve çevreye uyum sağlayan bir olgu olarak görölmektedir. Sağlık, günlük yaşam için bir kaynaktır ve hastalığın yokluğu olarak sağlık kavramından önemli bir ayrılmayı temsil etmektedir. Bununla birlikte Post-modernistler, pozitif sağlık kavramının sosyal hayatta modernist bir yaklaşımı karakterize eden türde sistemik bir görüş içinde ifade edilmemesi gerektiği konusuna dikkat çekmektedir. Pozitif sağlığa sistematik bir bakış, onu mikro düzeydekilerden ziyade makro düzeydeki sistemlerin bir işlevi olarak ifade etmektedir. Post-modernistler, sosyal dünyanın gerçek olamayacak kadar kaotik olduğunu iddia etmektedir (Rosa, 2019).

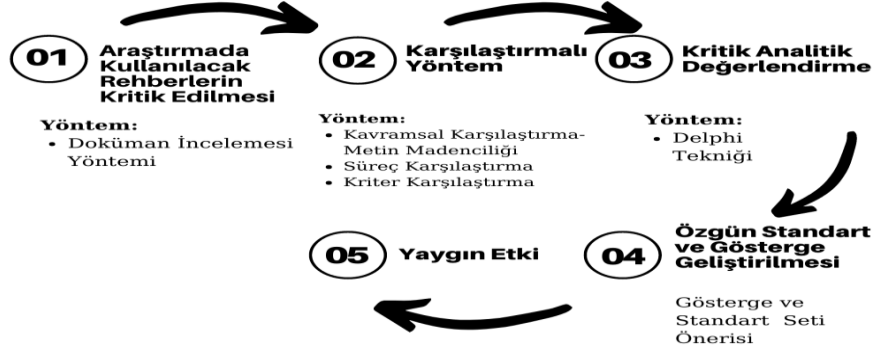
Post-modernistler, sosyal dünyanın bu şekilde anlaşılamayacak kadar kaotik olduğunu savunmaktadır. Pozitif sağlığı sistemlerin bir işlevi olarak kavramsallaştırmanın, sađlđın teşviki ve geliştirilmesini sađlđın bu sistemlerin dışında kalan yönlerine karşı olumsuz etkilediğini ifade etmektedir. Bu nedenle Post-modern yaklaşım, beklenmeyeni tahmin etme ve sağlığı geliştirme araştırma metodolojilerini organize etmektedir. Post-modern yaklaşım etkililik ve verimlilik için rasyonel bir sistem ve değişiklik önermektedir (Harker, 2006).

Kalite güvencesi görünüşte mükemmelliğin korunması ile ilgiliyken, temelde hesap verebilirlik ve kontrol ile ilgilidir. Bu nedenle, Post-modern çeşitlilik anlayışında kalite güvencesi merkezi bir yer almaktadır. Post-modernizmin hem kamu hemde özel hastaneleri etkilediği görölmektedir. Hastanelerde kalite ve verimlilik için yapılan çalışmalar bunu göstermektedir (Dent, 1995).

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

YÖNTEM - METODOLOJİ ve VERİ ANALİZİ

Araştırma 5 aşamadan oluşmaktadır. Bu aşamalar ve her aşamada kullanılan bilimsel yöntemler Şekil-4'de gösterilmektedir.



Şekil 4: Araştırmanın Aşamaları ve Kullanılacak Yöntemler

4.1. Kullanılacak Dokümanların Kritik Edilmesi

SKS-Hastane Versiyon 6 dokümanındaki 523 standart, HIMSS-EMRAM Preparatory Guide 2020 dokümanındaki 163 standart, JCI Accreditation Standards for Hospitals, 6th Edition dokümanındaki 308 standart incelenmiştir. Araştırmada yöntem olarak doküman inceleme yöntemi tercih edilmiştir. Sosyal bilimlerde kullanılan nitel bir araştırma yöntemidir. Bu yöntem bir dokümanın veya birden fazla dokümanın incelenmesi için kullanılmaktadır (Yıldırım & Şimşek, 2016). Elde edilen verilerin sayısal verilere dönüştürülme imkanı sağladığı için bu yöntem tercih edilmiştir. Sayısallaştırma varlık/yokluk değerlendirme üzerinden yapılmaktadır. Eğer bir kriter ilgili dokümanda var ise “1” yok ise “0” değerini alarak sayılaşmaktadır. Doküman inceleme süreci beş aşamadan oluşmaktadır. Bu aşamalar aşağıda belirtilmektedir:

- ✓ Belirtilen dokümanlara ulaşma,
- ✓ Dokümanların özgünlüğünü kontrol etme,
- ✓ Dokümanları anlama,
- ✓ Verileri analiz etme ve
- ✓ Veriyi kullanmadır.

Araştırma kapsamında kullanılan veriler, dokümanları anlama aşamasından sonra

verileri analiz etme aşamasına geçilirken sayısallaştırılmıştır.

4.2. Karşılaştırmalı Yöntem

Karşılaştırmalı yöntem gözleme dayalı olabileceği gibi nitel ve nicel bir verinin karşılaştırılması şeklinde de olabilmektedir. Araştırma kapsamında üç model incelendiği ve ortak/farklı yönleri ortaya konulduğu için bu yöntem tercih edilmiştir. Araştırmanın diğer aşamalarında standartlar ve gereklilikler birbirleri ile karşılaştırılmıştır. Kavram olarak her üç modelde var olan bölümler, boyutlar ve temel başlıklar baz alınmıştır. Süreç olarak, her üç modelde var olan kriterlerde “algoritma” ve “süreç” kelimesini içeren kriterler ele alınmıştır. Kriter olarak ise her üç dokümanda var olan tüm standartlar incelenmiştir. Kavram, süreç ve kriterlerin benzerlikler içerip/içermediği incelenmek istenmiştir. Bu nedenle, gösterge bazlı sağlık kalite ölçüm modelleri olan JCI, SKS ve HIMSS-EMRAM modellerinin içerdikleri kavram, süreç ve kriterler dikkate alınarak karşılaştırmalı olarak analiz edilmiştir. Modellerin, standart sayıları açısından birbirlerini ne kadar kapsadıkları ortaya çıkartılmıştır.

Karşılaştırmalı Yöntemde doküman incelemesi Yıldırım ve Şimşek tarafından belirtilen iki araştırma yöntemi kullanılarak yapılmıştır (Yıldırım & Şimşek, 2016):

1. *Var veya yok:* Belirlenen kavramlar ilgili dokümanlarda mevcut ise “1” değerini almıştır, mevcut değil ise “0” değerini almıştır. Böylece nitel veriler nicel hale getirilerek üç dokümanda (modelde) belirlenen kavramların kaç kez tekrarlandığını karşılaştırmak mümkün hale gelmiştir.
2. *Yüzde dağılımı:* Belirlenen kavramların ilgili dokümanlar da puan karşılığı itibariyle yüzdeler olarak ne kadar bir paya sahip olduğu belirlenmiştir

Karşılaştırmalı yöntemde ayrıca elde edilen verileri sayısal olarak da desteklemek amacıyla metin madenciliği yöntemi de kullanılmıştır. Her modelde hangi kelimenin ne sıklıkla kullanıldığını görmek amacıyla metin madenciliği yöntemi tercih edilmiştir. Bu yöntem için KNIME versiyon 4.5 programı kullanılmıştır. KNIME programının tercih edilme nedeni kelime sınırlaması bulunmamasıdır (Dwivedi vd., 2016).

4.2.1. Kavramsal Karşılaştırma

Modeller arasındaki kavramsal karşılaştırma iki yöntemle yapılmıştır. Birincisinde, modellerin kapsadıkları kavramlar varlık/yokluk durumlarına göre karşılaştırılmıştır. Bir kavram bir modelde var ise “1” yok ise “0” değerini almıştır. İkincisinde, modellerin kapsadıkları kavramlar ile ilişkili standartların 100 üzerinden ne kadar bir puana sahip olduğu değerlendirilmiştir. Böylece belirlenen kavramlar altında yer alan standartların herhangi bir modelde yüzde olarak sahip olduğu değer elde edilmiştir.



Tablo 7: JCI-SKS ve HIMSS-EMRAM Dokümanları Kavramsal Karşılaştırma Tablosu

Kavramlar	JCI		SKS		HIMSS-EMRAM	
	Var/Yok	Yüzde Dağılımı	Var/Yok	Yüzde Dağılımı	Var/Yok	EMRAM Seviyesi*
Kurumsal Yapı	1	2	1	1	0	
Kalite Yönetimi	1	4	1	2	0	
Doküman Yönetimi	1	4	1	4	1	6
Risk Yönetimi	1	2	1	2	0	
Kurumsal Verimlilik	1	2	1	1	0	
İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi	1	2	1	2	0	
Afet ve Acil Durum Yönetimi	1	2	1	2	0	
Kimyasal, Biyolojik, Radyolojik ve Nükleer Tehlikelerin Yönetimi	1	2	1	2	0	
Eğitim Yönetimi	1	2	1	2	0	
Sosyal Sorumluluk	0		1	1	0	
Hasta Deneyimi	1	2	1	2	0	
Hizmete Erişim	1	2	1	2	0	
Yaşam Sonu Hizmetler	1	2	1	1	0	
Sağlıklı Çalışma Yaşamı	1	2	1	1	0	
Hasta Bakımı	1	4	1	4	1	1
İlaç Yönetimi	1	4	1	4	1	6
Enfeksiyonların Önlenmesi ve Kontrolü	1	2	1	2	1	7
Temizlik, Dezenfeksiyon ve Sterilizasyon Hizmetleri	1	4	1	4	0	
Transfüzyon Hizmetleri	1	4	1	4	1	6
Terapötik Aferez Hizmetleri	1	2	1	1	0	
Radyasyon Güvenliği	1	2	1	2	1	1
Acil Servis	1	4	1	4	1	3
Ameliyathane	1	2	1	2	0	
Yoğun Bakım Ünitesi	1	4	1	4	1	7
Yeni Doğan Yoğun Bakım Ünitesi	0		1	4	1	6
Doğum Hizmetleri	0		1	2	1	6

Kavramlar	JCI		SKS		HIMSS-EMRAM	
	Var/Yok	Yüzde Dağılımı	Var/Yok	Yüzde Dağılımı	Var/Yok	EMRAM Seviyesi*
Diyaliz Ünitesi	0		1	1	0	
Psikiyatri Hizmetleri	1	4	1	4	1	6
Toplum Ruh Sağlığı Hizmetleri	0		1	1	0	
Laboratuvar	1	4	1	2	1	1
Kemoterapi Hizmetleri	0		1	2	0	
Organ ve Doku Nakli Hizmetleri	1	2	1	2	0	
Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Hizmetleri	1	2	1	2	1	6
Palyatif Bakım Kliniği	1	2	1	1	0	
Evde Sağlık Hizmetleri	0		1	1	0	
Tesis Yönetimi	1	2	1	1	0	
Otelcilik Hizmetleri	0		1	1	0	
Bilgi Yönetim Sistemi	1	4	1	4	1	2
Malzeme ve Cihaz Yönetimi	1	2	1	1	0	
Tıbbi Kayıt ve Arşiv Hizmetleri	1	2	1	1	0	
Atık Yönetimi	1	2	1	2	0	
Dış Kaynak Kullanımı	1	2	1	1	0	
Felaket Kurtarma ve İş Sürekliliği	0		0		1	6
Yönetişim- Klinik İş Zekası	0		0		1	6
Sağlık Bilgi Alışverişi	0		1	1	1	4
Teknoloji Kullanarak Doğrulama	0		0		1	6
Tıbbi ve Cerrahi Servisler	1	2	1	2	1	6
Klinik Dokümantasyon	1	2	1	2	1	3
Bilgisayarlı Order Girişi	1	2	0	4	1	4
Tıbbi Dokümantasyon	0		0		1	6
Tıbbi Cihaz Entegrasyonu	0		0		1	1
Tıbbi Görüntüleme- Girişimsel Radyoloji	1	2	0		1	1
Eczane	1	2	1	4	1	1
Toplam		100		100		

SKS ve JCI dokümanları puan bazlı değerlendirme yaptığı için yüzdelik olarak değerlendirmeye tabii tutulurken, HIMSS-EMRAM dokümanı seviye bazlı değerlendirme yaptığı için yüzde hesaplamasına dahil edilememektedir. Bu nedenle yüzde hesaplaması (%0*) olarak görünmektedir. Ancak modellerde ele alınan kavramların HIMSS-EMRAM dokümanına göre hangi seviyeye denk geldiği Tablo 7’de verilmektedir. Tablo 8’de kavramsal karşılaştırmaya dair yüzdelik dağılım tablosu verilmektedir. Burada dikkat çekici olan SKS ve JCI dokümanlarının içerdiği kavramların %83 oranında her iki dokümanda var olmasıdır. Bu oran oldukça yüksek görülmektedir.

Tablo 8: SKS, JCI ve HIMSS-EMRAM Dokümanları Kavramsal Karşılaştırma Yüzdelik Dağılımı

Karşılaştırılan Modeller	Varlık Oranı	Yokluk Oranı
SKS-HIMSS-EMRAM	%0*	%0*
SKS- JCI	%83	%17
JCI-HIMSS-EMRAM	%0*	%0*
SKS-JCI-HIMSS-EMRAM	%0*	%0*

4.2.1.1. Metin Madenciliği

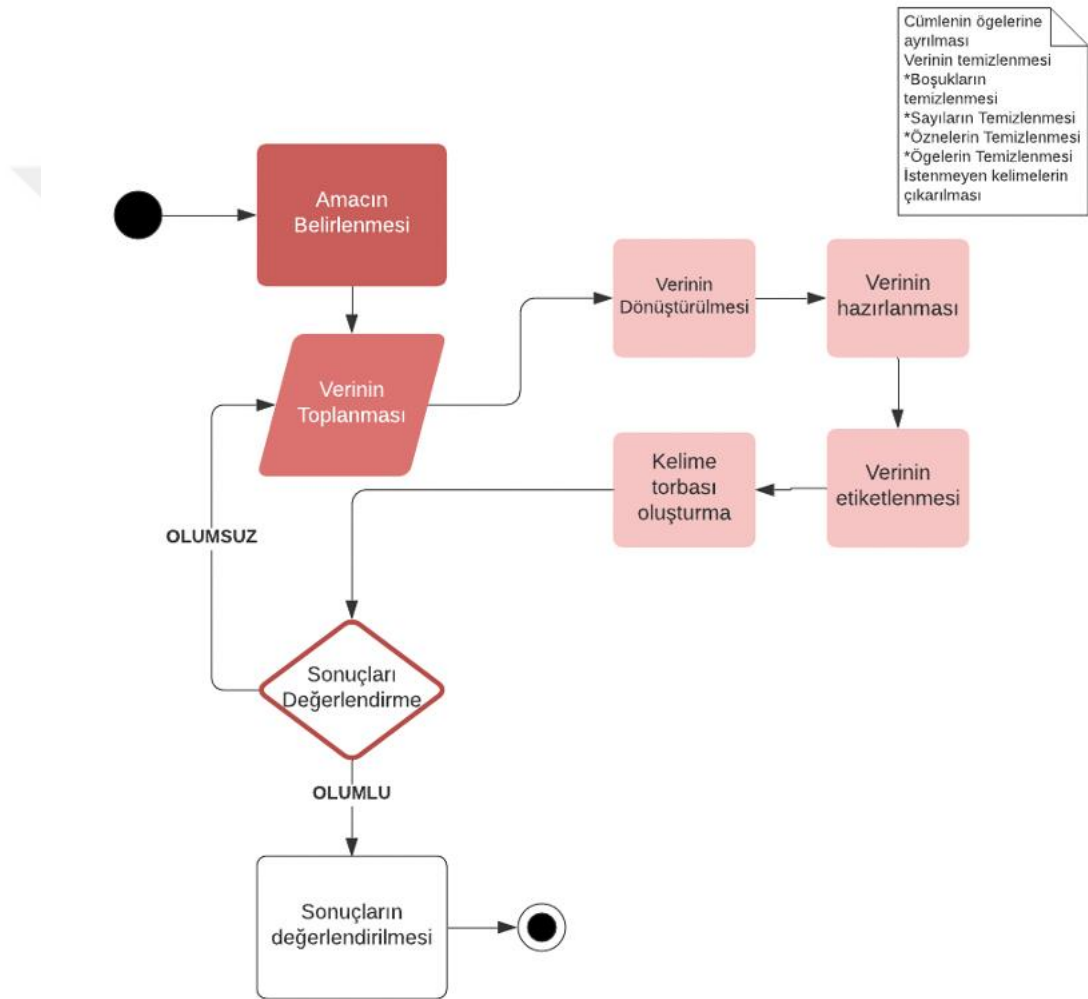
Çalışmanın *ilk aşamasında* SKS, JCI ve HIMSS-EMRAM dokümanları metin madenciliği analizine hazır hale getirilmek için aşağıdaki işlemlerden geçirilmiştir. Analizler için KNIME sürüm 4.5 kullanılmış ve metin işleme düğümleri (PDF Parser, POS Tagger, Punctuation Erasure, Number Filter, Tag Filter, N Chars Filter ve Stop Word Filter) kullanılarak işlemler gerçekleştirilmiştir. Metin sınıflandırma işlemi "Zemberek Tokenizer" kullanılarak Türkçe dokümanlar üzerinden yapılmıştır.

Veri Ön İşleme: Bu aşama öncelikle dönüştürme, tarama ve işaretleme, istenmeyen kelimelerin çıkarılması ve kök bulma işleminden oluşmaktadır. Tüm bu işlemlere aşağıda ayrıntılı olarak yer verilmektedir.

Dönüştürme (PDF Parser): SKS, HIMSS-EMRAM ve JCI dokümanları PDF formatına getirilmiştir. İngilizce olan dokümanlar, sağlık bilişimi ve kalite alanında uzman kişiler tarafından Türkçe’ye çevrilmiştir.

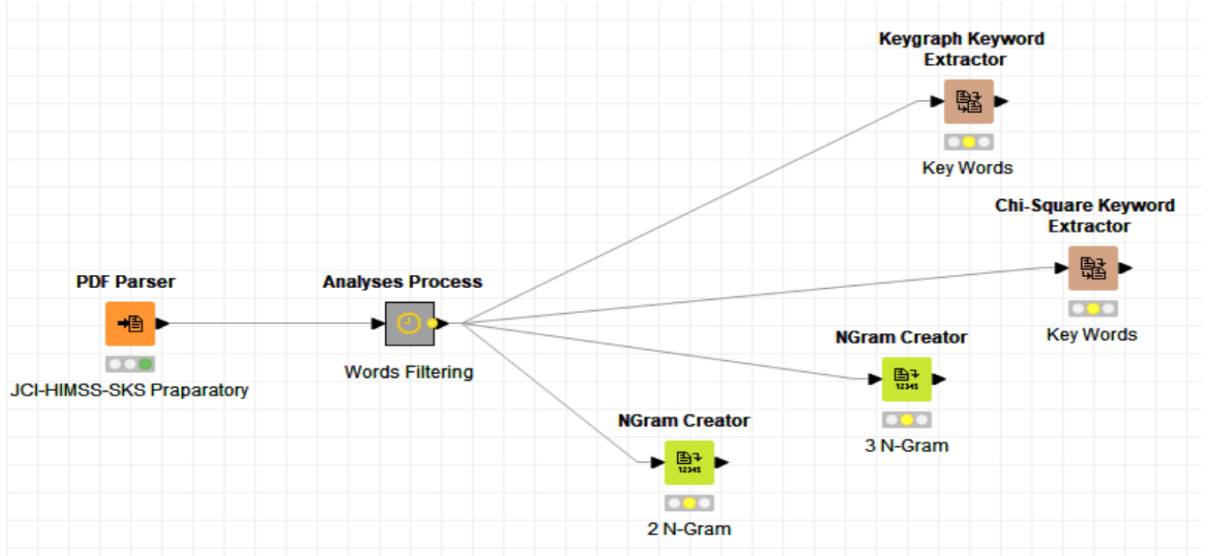
Tarama ve İşaretleme (Number Filter, Tag Filter, N Chars Filter, POS Tagger ve Punctuation Erasure): Bu adımda metin içinde geçen fazladan boşluklar, eğer kullanılmayan sayı numaraları, gereksiz özneler (o, biz, siz, vb.) ve fazladan öğelerin (böylece, ancak, fakat, vb.) temizlenmesi gerçekleştirilmiştir.

İstenmeyen Kelimelerin Çıkarılması (Stop Word Filter): Metin içerisinde çok sık kullanılan ancak metin sınıflandırmasında bir anlamı bulunmayan (için, ile, gibi, kadar, göre vb.) edat, bağlaç ve zamir gibi kelimeler metinden çıkartılmıştır.



Şekil 5: Sınıflandırma aşamaları (Classification phases)

İkinci aşamada metin madenciliği yöntemi kullanılarak metin içinde geçen kelimeler için kelime haznesi (bag of words) oluşturulmuştur. Bu adımda, SKS, JCI ve HIMSS-EMRAM dokümanları için ayrı ayrı analizler yapılmıştır (Şekil-6).



Şekil 6: KNIME text mining model

Üçüncü aşamada tokenization işleminden sonra SKS, HIMSS-EMRAM ve JCI dokümanlarındaki standart olarak en yaygın kullanılan Unigram, 2N-gram ve 3N-gram belirlenmiştir. Bu sayede, her üç modelde kullanılan anahtar kelimelerin ve kelime öbeklerinin ilgili dokümanlarda gösterdiği farklılıklar belirlenmiştir.

N-Gram

N-gram, kelimelerin frekans dağılımı için önem arz etmektedir. N-gram tabanlı sınıflandırma yöntemi, doküman içerisindeki kelime tabanlı N-gram'ların kullanım sıklığına dayalı bir işlemdir (Stilwell vd., 1987). Aynı zamanda tek bir kelimedenden daha anlamlı veriler üretmeye yardımcı olmaktadır. Kelime N-gramları şu şekilde açıklanabilir:

- Unigram modeli kendisinden önce 0 kelime sırasına bağlıdır.
- Bigram modeli ise kendinden önceki 1 kelimeye bağlıdır.
- Trigram modelinde kelime kendinden önceki son 2 kelime sırasına bağlıdır.
- N-gram modelleri konuşma tanıma problemlerinde harf sıralamasının tahmini için kullanılmaktadır.

Tablo 9: Unigram SKS, JCI ve HIMSS-EMRAM Dokümanları

<i>SKS Dokümanı</i>		<i>JCI</i>		<i>HIMSS-EMRAM</i>	
<i>Sık Kullanılan</i>		<i>Dokümanı Sık</i>		<i>Dokümanı Sık</i>	
<i>Kelimeler</i>	<i>Puan</i>	<i>Kullanılan</i>	<i>Puan</i>	<i>Kullanılan</i>	<i>Puan</i>
<i>Kelimeler</i>		<i>Kelimeler</i>		<i>Kelimeler</i>	
hasta	1770	standart	621	ekip	156
bakım	1596	hastane	320	hasta	115
kural	1311	bakım	264	klirik	108
ilişkin	1272	element	257	validasyon	107
sağlık	1270	yapmak	237	kan	100
hizmet	1169	klirik	232	acil	93
süreç	1028	dahil	217	veri	89
kontrol	820	hasta	217	tıbbi	86
kalite	795	gerekli	191	seviye	84
gerekli	745	yönelik	178	bilgi	75
yapmak	758	süreç	174	hastane	74
çalışan	778	tıbbi	174	bakım	74
hastane	761	yönetim	158	yardım	73
tıbbi	679	konu	144	servis	70
akreditasyon	654	bilgi	137	kabul	65
kayıt	653	nakil	125	emram	64
eğitim	652	sağlık	125	yapılandırmak	64
uygun	645	uygun	120	kullanmak	63
kabul	632	ölçmek	115	ilaç	63
sks	579	hizmet	112	dahil	62
tedavi	544	veri	103	analitik	61
kullanmak	529	takip	98	hemşire	59
bilgi	509	kadro	95	order	57
alan	445	kalite	87	süreç	56
düzen	441	güven	82	kağıt	54
rehberlik	422	personel	78	teknoloji	53
kontrol	271	program	58	kds	51
sistem	264	amaç	56	uygulama	50
güven	261	uygulama	46	sağlık	47
kurumsal	249	kabul	46	iş	46

Bu analizde dokümanlar içerisinde en sıklıkla kullanılan kelimeler arasında benzerlik olup olmadığını tespit etmek amacıyla SKS, HIMSS-EMRAM ve JCI dokümanlarında en sık kullanılan 30 kelime ve frekansları çıkarılmıştır (Tablo 9). Yapılan analiz sonucunda, tüm dokümanlarda kullanılan anahtar kelimelerin (unigram olarak) benzerliği yaklaşık %53 olarak saptanmıştır. Her üç dokümanda benzer şekilde kullanılan anahtar kelimeler (mavi renk) ve benzer olmayan anahtar kelimeler için (gri renk) kelime bulutu oluşturulmuştur (Şekil-7).

alan düzen ilaç
sks eğitim element konu
kağıt personel kabul standart
yönelik klinik rehberlik amaç
tedavi bilgi gerekli süreç kadro
ilişkin güven kontrol ölçmek
servis kalite hizmet sağlık analitik
yardım hasta bakım kullanmak validasyon acil
seviye hastane yapmak tıbbi order
çalışan uygun uygulama kural kan
iş yönetim akreditasyon teknoloji kayıt
veri hemşire kurumsal dahil emram
sistem program takip
ekip nakil

Şekil 7: Sık Kullanılan Kelimeler-Kelime Bulutu

Tablo 10: 2N-gram SKS, HIMSS-EMRAM ve JCI Dokümanları

<i>2Ngram (SKS)</i>	<i>Corpus frekansı</i>	<i>Cümle Frekansı</i>	<i>2Ngram JCI)</i>	<i>Corpus frekansı</i>	<i>Cümle Frekansı</i>	<i>2Ngram (HIMSS-EMRAM)</i>	<i>Corpus frekansı</i>	<i>Cümle Frekansı</i>
sağlık hizmetleri	301784	233	ölçülebilir element	216475	35	validasyon ekibi	147108	46
sağlıkta kalite	216258	176	tamsal görüntüleme	98960	14	yatak başı	35178	11
kalite akreditasyon	215036	175	hastane yönetimi	86590	14	acil servis	38376	11
çalışan hakları	215036	175	hasta güvenliği	105145	14	anne sütü	31980	10
sks hastane	180826	148	enfeksiyonların önlenmesi	61850	10	görmeyi beklemek	25584	8
yönelik düzenleme	157612	128	kalite iyileştirme	55665	9	bilgi alışverişi	25584	8
kayıt altı	141728	111	departman birim	49480	8	kapalı döngü	25584	7
düzenleme yapmak	122180	99	baş yönetici	49480	8	yapılandırılmış şablon	25584	7
yönelik kural	101409	77	insan denekler	49480	8	kan ürünü	22386	6
kurallar tanımlamak	904132	69	yasa yönetmelik	43295	7	gerekli değil	19188	6
eğitim vermek	855260	57	güvenlik programı	43295	7	elektronik ilaç	19188	6
destek hizmetleri	696426	55	hasta bakımı	43295	7	ilaç yönetimi	19188	6
kurumsal hizmetler	659772	52	kllinik dışı	43295	7	yoğun bakım	19188	6
düzenli aralık	574246	46	sağlık çalışanı	43295	7	kağıt üzeri	22386	6
süreçler tanımlamak	427630	33	tıbbi kadro	43295	7	ayrık veri	19188	6
kurallar belirlemek	403194	32	devre dışı	43295	7	aktif uyarı	25584	6
yoğun bakım	378758	29	entegre etmek	37110	6	tıbbi görüntüleme	22386	6
yer almak	415412	29	kllinik yetki	37110	6	kan örneği	15990	5
kontrol etmek	354322	29	kadro üyesi	55665	6	bilgi yönetimi	22386	5
tedbirler almak	366540	29	yoğun bakım	30925	5	geçersiz kılmak	15990	5
dikkate almak	354322	26	sorumlu olmak	30925	5	iş akışı	15990	5
çalışan odaklı	329886	26	görüntüleme hizmeti	30925	5	kağıt belge	19188	5
kalite kontrol	439848	25	yaşam sonu	30925	5	yatan hasta	25584	4
sağlık çalışanı	305450	24	hastane geneli	37110	5	tıbbi kayıt	12792	4
hasta yakını	329886	24	risk azaltma	30925	5	kllinik karar	12792	4
iyileştirme çalışması	342104	23	acil durum	30925	5	kağıtsız iş	12792	4
izlenebilir olmak	305450	21	test etmek	30925	5	seviye doğrulamasına	12792	4
bakım ihtiyacı	244360	20	süreç oluşturmak	30925	5	kabul edilemez	12792	4
kabul görmek	232142	18	ölçüm parametresi	30925	5	yüzde gereksinimi	12792	4
sorumlulukları tanımlamak	195488	16	veri sistemi	30925	5	KDS uyarısı	12792	4

Çalışma kapsamında incelenen SKS, HIMSS-EMRAM ve JCI dokümanlarında kullanılan 2N-gram çıkarılmıştır (Tablo 10). Buna göre her üç dokümandaki 2N gramlık standartlarda geçen kelime öbekleri benzerlik göstermekte olup bu oran %5'tir. Genel olarak her üç dokümanda “hasta bakımı”, “tıbbi görüntüleme”, “süreç tanımlamak”, “kabul görmek”, “sağlık çalışanı” ve “risk azaltmak” gibi kalitede önem arz eden kalıplar yer almaktadır.



Tablo 11: 3N- gram SKS, HIMSS-EMRAM ve JCI

3N-gram (SKS)	Corpus frekans	Cümle Frekans	3N-gram (JCI)	Corpus frekans	Cümle Frekans	3N-gram (HIMSS- EMRAM)	Corpus frekans	Cümle Frekans
sağlıkta kalite akreditasyon	2150368	175	radyoloji tanısal görüntüleme	68035	10	elektronik ilaç yönetimi	19188	6
kayıt altına almak	1160710	91	enfeksiyonların önlenmesi- kontrolü	49480	8	yapılandırılmış şablonları belgelemek	22386	6
yönelik düzenleme yapmak	1014094	82	klinik-klinik dışı	37110	6	sağlık bilgi yönetimi	22386	5
yönelik düzenleme bulunması	537592	44	kalite hasta güvenliği	43295	6	yatak başında doğrulamak	15990	5
yönelik kurallar tanımlamak	549810	43	denekler üzerindeki araştırmalar	37110	6	yapılandırılmış şablonları kullanmak	19188	5
hasta çalışan odaklı	329886	26	tanısal görüntüleme hizmetleri	30925	5	İdeal kağıtsız iş	12792	4
çalışan odaklı hizmetler	329886	26	taburculuk sevk takip	30925	5	kağıtsız iş akışı	12792	4
süreçlere yönelik kural	293232	24	planlanmış veri sistemi	30925	5	iş akışı istisnası	12792	4
göz önünde bulundurmak	244360	18	yürürlükteki yasa-yönetmelikler	24740	4	ilaçlar-kan ürünleri	9594	3
yönelik süreçler tanımlamak	207706	17	akademik tıp merkezi	24740	4	İlaç yönetim kaydı	9594	3
yönelik kurallar belirlemek	195488	16	süreç oluşturmak uygulamak	24740	4	aktif etkileşim uyarısı	9594	3
bilgilerin yer alması	195488	16	tıbbi kadro üyesi	37110	4	yapılandırılmış notları belgelemek	12792	3
iyileştirme çalışmaları yapmak	232142	15	devre dışı kalmak	24740	4	anne sütü toplamak	9594	3
yönelik tedbirler almak	183270	15	hospis palyatif bakım	18555	3	kapalı döngü uygulamak	9594	3
hasta-hasta yakını	158834	12	yaşam sonu bakımı	18555	3	tıbbi görüntüleme departmanı	9594	3
Afet-acil durum	122180	9	hasta güvenliği programı	18555	3	Sisteme izinsiz giriş	6396	2
kabul görmüş yaklaşım	109962	9	sağlık bakımıyla ilişkili	18555	3	planlanmamış kesinti süresi	6396	2
Kan-kan bileşeni	122180	9	klinik dışı sözleşme	18555	3	Sisteme genel bakış	6396	2
yoğun bakım ünitesi	134398	9	yangın duman durumu	18555	3	kullanım yaygınlığı sunumu	6396	2
yapıldığı tarih-saat	109962	9	Sağlık bilgi teknolojisi	18555	3	sistem uygulama zamanı	6396	2
eğitim almış olmak	97744	8	Hastane veri sistemi	18555	3	uygulama zaman çizelgesi	6396	2
çalışanlara eğitim vermek	134398	8	tıp öğrencisi stajyer	18555	3	modüllerin uygulama sırası	6396	2
ramak kala olay	207706	8	sözleşmeli araştırma kuruluşu	18555	3	anne sütü örnekleri	6396	2
hasta bakım bölümü	97744	8	cerrahi invaziv işlem	12370	2	anne sütü uygulaması	6396	2
dış kalite değerlendirmesi	97744	8	kardiyak kateterizasyon laboratuvarı	12370	2	anne sütü kan	6396	2
düzenli aralıklarla yapmak	85526	7	güvence altına almak	12370	2	tıbbi kayıt bölümü	6396	2
dış kaynak kullanmak	85526	7	Preoperatif doğrulama süreci	12370	2	yasal tıbbi kayıt	6396	2
uluslararası kabul görmek	97744	7	düşme riskinin azaltılması	12370	2	klinik finansal operasyonel	6396	2
kalite kontrol çalışması	109962	7	kayıt altına almak	12370	2	dış kaynaklardan almak	6396	2

2N-gramda görülen benzerlikler, 3N-gramda görülmemektedir. SKS, HIMSS-EMRAM ve JCI dokümanlarında kullanılan 3N-gram kelime öbeklerinin benzerlik oranı %2 oranındadır.

Tablo 12: SKS, HIMSS-EMRAM ve JCI Sık Kullanılan Kelimeler Benzerlik Oranları

<i>Karşılaştırılan Modeller</i>	<i>Sık Kullanılan Kelimeler Benzerlik Oranları</i>	<i>2N-gram Benzerlik Oranları</i>	<i>3N-gram Benzerlik Oranları</i>
SKS-HIMSS-EMRAM	36%	%3	%1
SKS-JCI	53%	%6	%3
JCI-HIMSS-EMRAM	40%	%3	%1
SKS-JCI-HIMSS-EMRAM	%53	%5	%2

Yapılan analiz sonucunda SKS ve JCI dokümanlarındaki sık kullanılan kelimelerin benzerlik oranının yüksek olduğu görülmektedir (Tablo 12). İki model arasındaki benzerlik oranı %53'tür. Bu oran iki modelin standartlarının oldukça benzer olduğunu düşündürmektedir. 2N-gram ve 3N-gram üzerinden benzerlik oranlarına bakıldığında en yüksek benzerlik oranı %6 ile SKS-JCI dokümanlarındaki 2N-gram kullanımındadır. İkili karşılaştırmalarda dokümanlardaki 2N-gram ve 3N-gram benzerlik oranı oldukça düşük görülmektedir. Ayrıca burada dikkat çekici olan bir diğer husus SKS, HIMSS-EMRAM ve JCI dokümanlarında sık kullanılan kelimelerin 2N-gram ve 3N-gram ile benzerlik göstermemesidir. Ayrıca SKS, JCI ve HIMSS-EMRAM dokümanlarında sık kullanılan kelimelerin benzerliğinin %53 olması her üç dokümanın benzer konulara odaklandığını düşündürmektedir.

4.2.2. Süreç Karşılaştırma

JCI, SKS ve HIMSS-EMRAM modellerinin standartları arasında yer alan, aslında birer standart gibi görünmelerine rağmen, hastanedeki bazı süreçlerin varlığını sorgulayan maddeler (örneğin kapalı döngü ilaç uygulaması, klinik karar destek sistemleri, ameliyat öncesi kontroller, vb.) ele alınmış ve modellerin kapsadıkları süreçler karşılaştırılmıştır. Tablo 13'de süreç karşılaştırma tablosunun örneği verilmektedir. Tablonun tamamı Ek-1'de verilmektedir.

Tablo 13: SKS, JCI ve HIMSS-EMRAM Dokümanları Süreç Karşılaştırma Tablosu

Standart Kodu	Standartlar	JCI	SKS	HIMSS-EMRAM
KKU06	Klinik yönetim ile ilgili süreçler tanımlanmalı	1	1	1
KKV01	Hizmet süreçlerinde verimliliğin izlenmesi ve iyileştirilmesine yönelik sorumlular ve sorumlulukları tanımlanmalı	1	1	1
KBRN01	KBRN tehlikelerinin yönetimine yönelik süreçler ve süreçlere ilişkin sorumlular tanımlanmalı	0	1	0
HHD01	Hasta ve hasta yakını, sağlık hizmeti sunum süreçleri hakkında bilgilendirilmeli	1	1	0
HHD03	Hasta hakları uygulamalarına yönelik süreçler etkin şekilde yönetilmelidir.	1	1	0
HHD04	Hasta ve yakınlarının hastane bünyesinde sağlık hizmet süreçlerine yönelik görüş, öneri ve şikayetleri alınmalı ve değerlendirilmeli	1	1	0
HHD07	Tüm sağlık hizmeti süreçlerinde hastanın mahremiyeti sağlanmalı	1	1	0
HHE04	Teşhis ve tedavi amaçlı randevu ve sonuç verme süreçlerine ilişkin düzenleme bulunmalı	1	1	0
HYS01	Yaşam sonu hizmetlere yönelik süreçler ve süreçlere ilişkin kurallar tanımlanmalı	1	1	0
...

Tablo 14: SKS, JCI ve HIMSS-EMRAM Dokümanları Süreç Karşılaştırma Yüzdeler Dağılımı

Karşılaştırılan Modeller	Varlık Oranı	Yokluk Oranı
SKS-HIMSS-EMRAM	%21	%79
SKS- JCI	%66	%34
JCI-HIMSS-EMRAM	%20	%80
SKS-JCI-HIMSS-EMRAM	%19	%81

Süreç karşılaştırma tabloları SKS, JCI ve HIMSS-EMRAM dokümanlarında süreç ve algoritma kelimelerini içeren standartların filtrelenmesi yoluyla elde edilmiştir. Tablo 14’de süreç ve algoritma içeren kelimelerin dokümanlarda yüzde olarak varlık/yokluk oranı verilmektedir. Yapılan analize göre süreç ve algoritma içeren standartların varlık oranı en yüksek (%66) SKS ve JCI dokümanları arasında görülmektedir. En düşük varlık oranı ise (%20) JCI ve HIMSS-EMRAM dokümanları arasında olduğu görülmektedir. Her üç doküman arasında süreç ve algoritma içeren standartların varlık oranı %19 yokluk oranı ise %81’dir. Karşılaştırmalı olarak oranlar değerlendirildiğinde SKS ve JCI arasındaki oranın yüksek olması hastanelerde benzer süreçlerin varlığını sorgulamalarından kaynaklanmaktadır. HIMSS-EMRAM dokümanı ile olan oranların düşük olması ise hastanelerde farklı perspektiflerden süreçleri değerlendiren standartlara sahip olmasından kaynaklanmaktadır.

4.2.3. Kriter Karşılaştırma

JCI, SKS ve HIMSS-EMRAM modellerin birleşiminde yer alan 974 standart için karşılaştırma tablosu oluşturulmuştur. Bu tabloda standartlar dokümanlarda varlık/yokluk durumlarına göre değerlendirilmiş “1” veya “0” değerini almıştır. Tablo 15’de süreç karşılaştırma tablosunun örneği verilmektedir. Tablonun tamamı Ek-2’de verilmektedir.

Tablo 15: SKS, JCI ve HIMSS-EMRAM Dokümanları Kriter Karşılaştırma Tablosu

Standart Kodu	Kriter	Standart	JCI	Kriter	HIMSS-EMRAM	JCI	SKS	HIMSS-EMRAM
KKU05	Organizasyon yapısı kapsamında tüm birimlerin ve çalışanların görev, yetki ve sorumlulukları tanımlanmalı	GLD.10	Her departman/birim sorumlusu, departman tarafından sunulan hizmetleri yazılı olarak tanımlamalı ve bu hizmetleri diğer departmanların verdiği hizmetlerle entegre veya koordine etmelidir.	15.	Rol tabanlı erişim kullanılmaktadır. • Rol atama süreçleri için roller ve özellikleri tanımlanmaktadır. • Bireysel atanmış roller raporlarla gösterilmektedir.	1	1	1
KKU06	Klinik yönetim ile ilgili süreçler tanımlanmalı	GLD.3.1	Hastane yönetimi hastanenin hizmet verdiği hastaların ihtiyaçlarının karşılanması için gerekli klinik hizmet tiplerini belirlemeli ve planlamalıdır.	26.	Bakımı iyileştirmek için analitik kullanılmaktadır.	1	1	1
KKU07	Kurumsal iletişim stratejileri tanımlanmalı	GLD.3.2	Hastane yönetimi, hastane genelinde etkili iletişim kurulmasını sağlamalıdır.	-	-	1	1	0
KKY01	Hastane kalite politikası oluşturulmalı	GLD.4	Hastane yönetimi (liderliği), bir kalite iyileştirme ve hasta güvenliği programı için planlama	34.	Kalite, hasta güvenliği ve sonuçlarla ilgili raporlar kanıtlanabilmekte ve gösterilebilmektedir.	1	1	1

Standart Kodu	Kriter	Standart	JCI	Kriter	HIMSS-EMRAM	JCI	SKS	HIMSS-EMRAM
			yapmalı, bunu geliştirmeli ve uygulamalıdır.					
KKY02	Kalite yönetim sisteminin yapısı tanımlanmalı	GLD.5	Hastane yönetimi, hastane genelinde hangi süreçlerin ölçüleceğini, hastane çapında hangi iyileştirme ve hasta güvenliği faaliyetlerinin uygulanacağını ve hastane genelindeki bu çabaların başarısının nasıl ölçüleceğini önceliklendirmelidir.	34.	Kalite, hasta güvenliği ve sonuçlarla ilgili raporlar kanıtlanabilmekte ve gösterilebilmektedir.	1	1	1
KRY01	Risk yönetimine ilişkin görev, yetki ve sorumluluklar tanımlanmalı	FMS.3	Bakım ortamındaki riskleri azaltmak ve kontrol altına almak üzere, bir veya birden fazla kalifiye kişi tesis yönetimi programının planlanması ve uygulanmasını gözetim altında tutmalıdır.	14.	Risk değerlendirmeleri yönetime rapor edilmektedir. (GÜN).....Risk değerlendirmeleri / denetimi son olarak tamamlandı ve yönetime rapor edildi (Gerekli yetkili makamlarda dahil olacak şekilde).	Var	Var	Var

Standart Kodu	Kriter	Standart	JCI	Kriter	HIMSS-EMRAM	JCI	SKS	HIMSS-EMRAM
KRY02	Hastanede gerçekleşebilecek risklerin yönetilmesine ilişkin düzenleme bulunmalı	FMS.4	Hastane, riskleri azaltmak için denetim ve planlama yaparak güvenli bir fiziksel tesis sağlamak üzere bir program geliştirmeli ve uygulamalıdır.	14.	Risk değerlendirmeleri yönetime rapor edilmektedir. (GÜN).....Risk değerlendirmeleri / denetimi son olarak tamamlandı ve yönetime rapor edildi (Gerekli yetkili makamlarda dahil olacak şekilde).	Var	Var	Var
KRY03	Risk yönetim planı hazırlanmalı, riskler plan doğrultusunda belirlenmeli ve analiz edilmeli	FMS.4	Hastane, riskleri azaltmak için denetim ve planlama yaparak güvenli bir fiziksel tesis sağlamak üzere bir program geliştirmeli ve uygulamalıdır.	14.	Risk değerlendirmeleri yönetime rapor edilmektedir. (GÜN).....Risk değerlendirmeleri / denetimi son olarak tamamlandı ve yönetime rapor edildi (Gerekli yetkili makamlarda dahil olacak şekilde).	Var	Var	Var
KRY04	Belirlenen risklerin kaynağında yok edilmesi veya en aza indirilmesine yönelik iyileştirme çalışmaları yapılmalı	FMS.3	Bakım ortamındaki riskleri azaltmak ve kontrol altına almak üzere, bir veya birden fazla kalifiye kişi tesis yönetimi programının planlanması ve uygulanmasını gözetim altında tutmalıdır.	14.	Risk değerlendirmeleri yönetime rapor edilmektedir. (GÜN).....Risk değerlendirmeleri / denetimi son olarak tamamlandı ve yönetime rapor edildi (Gerekli yetkili makamlarda dahil olacak şekilde).	Var	Var	Var

Standart Kodu	Kriter	Standart	JCI	Kriter	HIMSS-EMRAM	JCI	SKS	HIMSS-EMRAM
KRY05	Risk yönetimi kapsamında gerçekleştirilen iyileştirme çalışmalarının etkinliği düzenli aralıklarla izlenmeli	FMS.3	Bakım ortamındaki riskleri azaltmak ve kontrol altına almak üzere, bir veya birden fazla kalifiye kişi tesis yönetimi programının planlanması ve uygulanmasını gözetim altında tutmalıdır.	14.	Risk değerlendirmeleri yönetime rapor edilmektedir. (GÜN).....Risk değerlendirmeleri / denetimi son olarak tamamlandı ve yönetime rapor edildi (Gerekli yetkili makamlarda dahil olacak şekilde).	Var	Var	Var
...

Tablo 16: SKS, JCI ve HIMSS-EMRAM Dokümanları Kriter Karşılaştırma Yüzelik Dağılımı

Karşılaştırılan Modeller	Varlık Oranı	Yokluk Oranı
SKS-HIMSS-EMRAM	%21	%79
SKS- JCI	%64	%36
JCI-HIMSS-EMRAM	%20	%80
SKS-JCI-HIMSS-EMRAM	%19	%79

Yapılan analiz sonucunda SKS-JCI dokümanlarındaki standartların %64 oranında her iki dokümanda da var olduğu görülmektedir (Tablo 16). JCI ve HIMSS-EMRAM dokümanlarındaki standartların ise %21 oranında her iki dokümanda var olduğu görülmektedir. Bu yapılan analiz sonucunda ikili karşılaştırmalarda elde edilen en düşük orandır. Çalışma kapsamında ele alınan toplam 974 standardın varlık/yokluk durumları analiz edildiğinde %19 oranında kriterlerin her üç dokümanda var oldukları görülmektedir. Bu oran düşük görülmektedir. Karşılaştırmalı olarak her üç doküman değerlendirildiğinde SKS ve JCI arasındaki varlık oranının yüksek olması hastanelerde benzer süreçlerin varlığını sorgulamalarından kaynaklanmaktadır. HIMSS-EMRAM dokümanı ile olan oranların düşük olması ise hastanelerde farklı perspektiflerden değerlendiren standartlara sahip olmasından kaynaklanmaktadır.

Tablo 17: SKS, JCI ve HIMSS-EMRAM Dokümanları Kavram, Kriter ve Süreç Karşılaştırma Yüzelik Dağılımı

Karşılaştırma Türü	Varlık Oranı	Yokluk Oranı
Kavramsal Karşılaştırma	%0*	%0*
Süreç Karşılaştırma	%19	%81
Kriter Karşılaştırma	%19	%81

Araştırma kapsamında JCI, SKS ve HIMSS-EMRAM dokümanlarında ele alınan 974 standarda göre varlık ve yokluk oranları değerlendirildiğinde süreç karşılaştırmada varlık oranı %19 yokluk oranı %81, kriter karşılaştırmada varlık oranı %19 yokluk

oranı %81 olarak bulunmuştur (Tablo 17). Kavram, süreç ve kriter açısından karşılaştırıldığında yokluk oranı oldukça düşük görülmektedir. Her üç dokümanın benzerlik oranı düşük kabul edilmektedir. Bu durumun nedeni olarak SKS ve JCI değerlendirme ölçütlerinin hastanelerdeki süreçleri daha detaylı ve kapsamlı ele alması HIMSS EMRAM değerlendirme ölçütünün ise dijitalleşme perspektifi ile ilgili kriterlere sahip olması düşünülmektedir.

4.2.4. Kritik Analitik Tablonun Oluşturulması

Kavram,süreç ve kriter karşılaştırmaları yapıldıktan sonraki aşamada SKS,JCI ve HIMSS-EMRAM standartları ile uyumlu görülen post-modern işletme yönetimi yaklaşımları eşleştirilmiştir. Kritik analitik değerlendirme tablosunda toplamda 4271 adet standart eşleştirilmiştir. Bunun nedeni bir standartın birden fazla Post-modern Yönetim Yaklaşımı ile uyumlu bulunmasıdır. Bu kapsamda 1704 adet JCI standardı, 1971 adet SKS standardı ve 642 adet HIMSS-EMRAM standardı eşleştirilmiştir. Tablo 18’de uzman kişilere gönderilen ve Delphi tekniğine göre doldurmaları istenilen kritik analitik tabloya ait örnek yer almaktadır.

Tablo 18: Kritik Analitik Değerlendirme Tablosu

Post-Modern İşletme Yönetim Yaklaşımları	Açıklama	JCI Standart Kodu	Standart	SKS Standart Kodu	Standart	HIMSS-EMRAM Rehber Maddesi	Kriter	Gösterge Önerisi
Örgütsel Strateji Yaklaşımı	Organizasyonlar, üst kademe yönetimlerinin formüle ettiği stratejileri uygulayarak çevrelerine uyum sağlarlar. Bunun için üst kademe yönetim, işletmeyi etkileyen çevresel koşullardaki değişimleri sürekli izler, bu değişimlerin ne gibi fırsatlar (opportunities) yarattığını veya ne gibi tehlikeleri (threats) beraberinde getirdiğini tespit eder. Öte yandan işletmenin kuvvetli ve zayıf yönlerini ayrı ayrı değerlendirmeye tabi tutarak organizasyonun kaynaklarının nerede ve nasıl kullanılacağına karar verirler. Verilen bu kararlar işletmenin stratejisini oluşturur. Bu	FMS.4	Hastane, riskleri azaltmak için denetim ve planlama yaparak güvenli bir fiziksel tesis sağlamak üzere bir program geliştirmeli ve uygulamalıdır.	KRY02	Hastanede gerçekleştirilecek risklerin yönetilmesine ilişkin düzenleme bulunmalıdır.	14.	Risk değerlendirmeleri yönetime rapor edilmektedir. (GÜN).....Risk değerlendirmeleri / denetimi son olarak tamamlandı ve yönetime rapor edildi (Gerekli yetkili makamlarda dahil olacak şekilde).	
		FMS.4	Hastane, riskleri azaltmak için denetim ve planlama yaparak güvenli bir fiziksel tesis sağlamak üzere bir program geliştirmeli ve uygulamalıdır.	KRY03	Risk yönetim planı hazırlanmalı, riskler plan doğrultusunda belirlenmeli ve analiz edilmeli	14.	Risk değerlendirmeleri yönetime rapor edilmektedir. (GÜN).....Risk değerlendirmeleri / denetimi son olarak tamamlandı ve yönetime rapor edildi (Gerekli yetkili makamlarda dahil olacak şekilde).	
		FMS.3	Bakım ortamındaki riskleri azaltmak ve kontrol altına almak üzere, bir veya birden fazla kalifiye kişi tesis yönetimi programının planlanması ve uygulanmasını gözetim altında tutmalıdır.	KRY04	Belirlenen risklerin kaynağında yok edilmesi veya en aza indirilmesine yönelik iyileştirme çalışmaları yapılmalı	14.	Risk değerlendirmeleri yönetime rapor edilmektedir. (GÜN).....Risk değerlendirmeleri / denetimi son olarak tamamlandı ve yönetime rapor edildi (Gerekli yetkili makamlarda dahil olacak şekilde).	

Post-Modern İşletme Yönetim Yaklaşımları	Açıklama	JCI Standart Kodu	Standart	SKS Standart Kodu	Standart	HIMSS-EMRAM Rehber Maddesi	Kriter	Gösterge Önerisi
	süreç esasında SWOT (Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats) olarak bilinen süreçtir.	FMS.3	Bakım ortamındaki riskleri azaltmak ve kontrol altına almak üzere, bir veya birden fazla kalifiye kişi tesis yönetimi programının planlanması ve uygulanmasını gözetim altında tutmalıdır.	KRY01	Risk yönetimine ilişkin görev, yetki ve sorumluluklar tanımlanmalıdır.	14.	Risk değerlendirmeleri yönetime rapor edilmektedir. (GÜN).....Risk değerlendirmeleri / denetimi son olarak tamamlandı ve yönetime rapor edildi (Gerekli yetkili makamlarda dahil olacak şekilde).	
Bilgi İşleme Yaklaşımı	Organizasyonları bilgi işleyen birimler ve iletişim sistemleri olarak gören bu yaklaşıma göre, organizasyonların çevrelerine uyumu, çevreleri ile ilgili bilginin toplanması, işlenmesi ve karara dönüştürülmesi süreci sayesinde başarılıdır. Çevrelerine uyumu sağlayarak yaşamlarını sürdüren organizasyonlar, karar, ilke, çerçeve ve mekanizmalarında değişiklik yapabilen, değişen şartlara ilişkin bilgileri toplayıp	MOI.2	Bilgi gizliliği, mahremiyeti ve güvenliği -veri bütünlüğü dahil olmak üzere- korunmalıdır.	DBY05	Bilgi güvenliğinin sağlanması ve kişisel verilerin korunmasına yönelik gerekli tedbirler alınmalı	8.	Cihazlar şifrelenmektedir (örn. Sabit sürücüler, SSD'ler, harici depolama cihazları vb.)	
		MOI.7	Karar vericiler ve diğer hastane çalışanları, bilgi kullanımı ve yönetimi ilkeleri konusunda bilgilendirilmeli ve eğitilmelidir.	DBY05	Bilgi güvenliğinin sağlanması ve kişisel verilerin korunmasına yönelik gerekli tedbirler alınmalı	2.	Yeni kullanıcıya HBYS'nin güvenli kullanımı için eğitim verilmektedir.% yeni kullanıcılar HBYS'ye kullanmadan önce eğitilmektedir.	
		MOI.5	Hastanenin içinde ve dışındakilerin veri ve bilgi ihtiyaçları, kullanıcıların beklentilerini karşılayacak bir formatta, arzu edilen sıklıkta ve zamanında karşılanmalıdır.	DBY05	Bilgi güvenliğinin sağlanması ve kişisel verilerin korunmasına yönelik gerekli tedbirler alınmalı	3.	Mevcut kullanıcıya güncellemeler geldikçe güvenlik eğitim verilmektedir.% mevcut kullanıcılara son 12 ay içerisinde eğitim verilmiştir.	

Post-Modern İşletme Yönetim Yaklaşımları	Açıklama	JCI Standart Kodu	Standart	SKS Standart Kodu	Standart	HIMSS-EMRAM Rehber Maddesi	Kriter	Gösterge Önerisi
	değerleyebilen organizasyonlardır.	MOI.5	Hastanenin içinde ve dışındakilerin veri ve bilgi ihtiyaçları, kullanıcıların beklentilerini karşılayacak bir formatta, arzu edilen sıklıkta ve zamanında karşılanmalıdır.	DBY05	Bilgi güvenliğinin sağlanması ve kişisel verilerin korunmasına yönelik gerekli tedbirler alınmalı	5.	Sisteminin kabul edilebilir kullanımı için eğitim programı uygulanmaktadır.% bütün kullanıcılar son 12 ay içerisinde eğitilmiştir.	
		MOI.8	Politika, prosedür ve programlar dahil yazılı belgeler tutarlı ve standart biçimde yönetilmelidir.	KDY02	Kalite yönetimi kapsamında oluşturulan dokümanlar güncel olmalıdır.	1.	BT sistemine/ veri merkezine fiziksel erişim politikası bulunmaktadır. (GÜN)..... Fiziksel erişim politikası güncellenmiştir.	
Genel Örgütsel Gruplaşma Yaklaşımı	Organizasyonları anlamayı hedefleyen çeşitli teoriler geliştirilmiştir. Bu teoriler organizasyonların nasıl ve neden başarılı olduklarını, performansı etkileyen faktörleri ayrı ayrı incelemiştir. Bir kısmı bu faktörleri organizasyon içindeki teknik ve sosyal bünyelerle, bir kısmı formal yapılarla, bir kısmı da değişik dış çevre özellikleri ile açıklamıştır.							

Post-Modern İşletme Yönetim Yaklaşımları	Açıklama	JCI Standart Kodu	Standart	SKS Standart Kodu	Standart	HIMSS-EMRAM Rehber Maddesi	Kriter	Gösterge Önerisi
Kaynak Bağımlılığı Yaklaşımı	Açık sistem düşüncesinden hareketle, örgütler varlıklarını sürdürmek ve özellikle gerekli kaynakları edinmek için dış çevrelerindeki unsurlarla etkileşim içinde olmak zorundadırlar. Örgütlerin çevrelerinden edindikleri bilişsel, finansal ve fiziksel kaynaklara duydukları ihtiyaç onları bu kaynakların sağlayıcılarına bağımlı hale getirmektedir. Kaynak bağımlılığı yaklaşımı çevreyi, kıt kaynakları içinde barındıran ve bu kaynakların diğer örgüt popülasyonları ile paylaşıldığı bir yer olarak görmektedir							

Post-Modern İşletme Yönetim Yaklaşımları	Açıklama	JCI Standart Kodu	Standart	SKS Standart Kodu	Standart	HIMSS-EMRAM Rehber Maddesi	Kriter	Gösterge Önerisi
Örgütsel Strateji Yaklaşımı	Organizasyonlar, üst kademe yönetimlerinin formüle ettiği stratejileri uygulayarak çevrelerine uyum sağlarlar. Bunun için üst kademe yönetim, işletmeyi etkileyen çevresel koşullardaki değişimleri sürekli izler, bu değişimlerin ne gibi fırsatlar (opportunities) yarattığını veya ne gibi tehlikeleri (threats) beraberinde getirdiğini tespit eder. Öte yandan işletmenin kuvvetli ve zayıf yönlerini ayrı ayrı değerlendirmeye tabi tutarak organizasyonun kaynaklarının nerede ve nasıl kullanılacağına karar verirler. Verilen bu kararlar işletmenin stratejisini oluşturur. Bu süreç esnasında SWOT (Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats) olarak bilinen süreçtir.	FMS.4	Hastane, riskleri azaltmak için denetim ve planlama yaparak güvenli bir fiziksel tesis sağlamak üzere bir program geliştirmeli ve uygulamalıdır.	KRY02	Hastanede gerçekleştirilecek risklerin yönetilmesine ilişkin düzenleme bulunmalıdır.	14.	Risk değerlendirmeleri yönetime rapor edilmektedir. (GÜN).....Risk değerlendirmeleri / denetimi son olarak tamamlandı ve yönetime rapor edildi (Gerekli yetkili makamlarda dahil olacak şekilde).	
		FMS.4	Hastane, riskleri azaltmak için denetim ve planlama yaparak güvenli bir fiziksel tesis sağlamak üzere bir program geliştirmeli ve uygulamalıdır.	KRY03	Risk yönetim planı hazırlanmalı, riskler plan doğrultusunda belirlenmeli ve analiz edilmeli	14.	Risk değerlendirmeleri yönetime rapor edilmektedir. (GÜN).....Risk değerlendirmeleri / denetimi son olarak tamamlandı ve yönetime rapor edildi (Gerekli yetkili makamlarda dahil olacak şekilde).	
		FMS.3	Bakım ortamındaki riskleri azaltmak ve kontrol altına almak üzere, bir veya birden fazla kalifiye kişi tesis yönetimi programının planlanması ve uygulanmasını gözetim altında tutmalıdır.	KRY04	Belirlenen risklerin kaynağında yok edilmesi veya en aza indirilmesine yönelik iyileştirme çalışmaları yapılmalı	14.	Risk değerlendirmeleri yönetime rapor edilmektedir. (GÜN).....Risk değerlendirmeleri / denetimi son olarak tamamlandı ve yönetime rapor edildi (Gerekli yetkili makamlarda dahil olacak şekilde).	

Post-Modern İşletme Yönetim Yaklaşımları	Açıklama	JCI Standart Kodu	Standart	SKS Standart Kodu	Standart	HIMSS-EMRAM Rehber Maddesi	Kriter	Gösterge Önerisi
		FMS.3	Bakım ortamındaki riskleri azaltmak ve kontrol altına almak üzere, bir veya birden fazla kalifiye kişi tesis yönetimi programının planlanması ve uygulanmasını gözetim altında tutmalıdır.	KRY01	Risk yönetimine ilişkin görev, yetki ve sorumluluklar tanımlanmalıdır.	14.	Risk değerlendirmeleri yönetime rapor edilmektedir. (GÜN).....Risk değerlendirmeleri / denetimi son olarak tamamlandı ve yönetime rapor edildi (Gerekli yetkili makamlarda dahil olacak şekilde).	
		ACC.2	Hastane, yatan ve ayakta hastaların kabulünü düzenleyen bir süreç geliştirmelidir.	HHE 05	Yaşlı ve engelli kişilerin sağlık hizmetine erişimlerini kolaylaştırmaya yönelik düzenlemeler bulunmalıdır.			
		QPS.5	Veri analizi süreci kapsamında, hastane genelindeki öncelikli iyileştirmelerin (iyileştirme projelerinin) maliyet ve verimlilik üzerindeki etkisi yılda en az bir kez belirlenmelidir.	KKV01	Hizmet süreçlerinde verimliliğin izlenmesi ve iyileştirilmesine yönelik sorumlular ve sorumlulukları tanımlanmalı	32.	Kombine verilerle birlikte klinik, operasyonel ve finansal analitik vaka çalışmaları gösterilmektedir.	
...

4.3. Sağlıkta Kalite Ölçüm Modelleri İçin PMYY ile Uyumlu Standart ve Gösterge Seti Önerisi

Kritik analitik tablo doldurulurken uzman görüşlerinden yararlanmak amacıyla Delphi Tekniği kullanılmıştır. Delphi Tekniği ile konuyla ilgili uzmanlar grubunun, akılcı ve yazılı bir yaklaşımla ortak görüşlerinin alınarak ve görüşlerde uzlaşa sağlanmaktadır. Program planlama, politikalar geliştirme, olayları ve eğilimleri kestirme, standartlar oluşturma amacıyla kullanılır. Görüşler alınırken diğer ihtiyaç belirleme yöntemlerinin kullanılmama nedeni diğer yöntemlerin gözlem, meslek odaklılık, literatür tarama, görüşme, ölçme-test etme araçları ve grup toplantısı şeklinde olmasından kaynaklanmaktadır. Araştırma kapsamında standartların bulunması ve tabloların var olması nedeniyle Delphi Tekniği tercih edilmiştir (Karacaoğlu, 2009).

SKS, JCI ve HIMSS-EMRAM modellerinin kapsadığı kavram, süreç ve kriterleri, post-modern işletme yönetim yaklaşımları ile uyumluluğu kritik edilmiştir. Bu çerçevede, JCI, SKS ve HIMSS-EMRAM modellerinin standartlarının, Post-Modern İşletme Yönetim Yaklaşımları olan; Toplam Kalite Yönetimi, Dış Kaynaklardan Yararlanma (Outsourcing), İşletmeler Arası Karşılaştırma-Kıyaslama (Benchmarking), Personeli Güçlendirme (Empowerment), Yetkilendirme ve Yetki Devri, Değişim Mühendisliği, vb. bileşenler ile ne kadar örtüştüğü değerlendirilecektir. Adaptasyon ve Uyum Yaklaşımları İle İşletmenin Bütünü Kapsayan Yaklaşımlar'ın tümü uzman kişilere anlatılmış ve yazılı metin olarak gönderilmiştir. Uzman kişiler standartların bu yaklaşımlar ile uyumlu olup/olmadığına kendileri karar vermiştir. Böylece, Post-Modern Yönetim Yaklaşımları'nı uzman kişiler değerlendirerek kendileri seçmiş, elemiş ve yorumlamıştır. Bu değerlendirme yapılırken, ilgili modeldeki standartın doğrudan veya dolaylı olarak bu yaklaşımları işaret edip etmediği incelenmiş ve ilgili modellerde uyumluluğu olduğu değerlendirilen standartlar ile ilgili değerlendirmeler hücrelere yazılmıştır. Standart eşleştirilemeyen yaklaşımlar için uzman kişiler kendi önerdikleri standartları yazmışlardır.

4.3.1. Delphi Tekniği

Bu çalışmada delphi tekniği kullanma amacımız alanında uzman kişilerin görüşlerinde uzlaşma sağlamaktır. Araştırmanın süreç, kavram ve kriter karşılaştırmaları sona

erdiğinde elde edilen tablolar uzman kişilere verilmiştir. Bu tablodaki verilere göre kritik analitik değerlendirme tablosunu doldurmaları istenmiştir. Ayrıca Post-modern Yönetim Yaklaşımları detaylı olarak anlatılmış ve tablolar ile Post-modern Yönetim Yaklaşımlarını ilişkilendirmeleri istenmiştir.

Delphi Tekniğinin Uygulanma Aşamaları:

1. Uzman Kişilerin Tespiti: Sağlıkta kalite alanında uzman kişilerden oluşan bir ekip oluşturulmuştur. Bu ekip sektördeki kişilerden ve akademisyenlerden oluşmaktadır. Uzman seçiminde, kişi sayısının fazla olması, kişilerin güncel bilgilere sahip olması ve objektif olması, farklı perspektiflere sahip olması, araştırmaya ilgi duyması ve aktif katılım sağlaması kriterleri dikkate alınmıştır. Hedef olarak 15 uzman kişi ile çalışılması planlanmıştır. Ancak 11 kişiye ulaşılabilmıştır.
 2. 1.Tur – Kritik Analitik Değerlendirme Tablosunun uzman kişiler tarafından doldurulması ve analizlerinin yapılması
 3. 2. Tur- Tablonun uzman kişiler tarafından tekrar doldurulması ve analizinin yapılması
 4. Elde edilen verilerden istatistik sonuç uyumuna göre üçüncü turun yapılması
 5. Çıkan uzlaşma sonuçlarına göre standartların belirlenmesi
- Tablolar ile post-modern yönetim yaklaşımları arasında ilişki bulunamadığı durumlarda, Delphi tekniğinde de müracaat edilebilen uzman önerilerinden (Şahin, 2001) yararlanılmıştır.

Delphi Tekniği'nin 1. ve 2. aşamasında uzmanlara Kritik Analitik Değerlendirme Tablosu (Tablo 18) gönderilmiş ve doldurmaları istenilmiştir. Bu tabloda 24 adet Post-modern İşletme Yönetimi Yaklaşımı yer almaktadır. Ancak bu 24 yaklaşımdan 9 tanesi SKS,JCI ve HIMSS-EMRAM standartları ile uyumlu bulunamadığı için herhangi bir standart eşleştirememiştir. Uzmanlar değerlendirme sonucunu tablolarda belirtilen kısımlara uyumlu/uyumlu değil şeklinde yazmışlardır. Standart eklenemeyen 9 adet post-modern yönetim yaklaşımı için uzmanlardan standart önerisinde bulunmaları istenilmiştir. 11 uzman kişi tarafından bu yaklaşımlar için 24 adet standart, 18 gösterge önerisinde bulunulmuştur.

Aşağıdaki tabloda Kritik Analitik Değerlendirme tablolarının uzman kişiler tarafından

doldurulması ile elde edilen verilere dayalı olarak standartların Post-Modern Yönetim Yaklaşımı ile uyum durumlarını gösteren analizler yer almaktadır. 11 uzman katılımcıdan 15 farklı Post-modern Yönetim Yaklaşımı (PMYY) açısından JCI, SKS ve HIMSS-EMRAM standardının birbirleri ile uyumlu olup olmadığını değerlendirmeleri istenmiştir. Katılımcıların değerlendirme kriteri uyumlu / uyumlu değil şeklinde iki seçenektir oluşmaktadır. 10 uzman katılımcı olumlu, 1 uzman katılımcı olumsuz dönüş sağlamıştır. Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versiyon 28.0.1 programı kullanılarak uzman katılımcılardan elde edilen veriler analiz edilmiştir.

İstatistiksel analizlerin gerçekleştirilebilmesi için kategorik veriler ölçümsel veriler haline dönüştürülmüştür. Bu dönüşüm uyumlu=1 uyumlu değil=0 şeklinde kodlama yöntemiyle varlık-yokluk mantığı işletilerek gerçekleştirilmiştir. Katılımcıların her birinin PMYY altında yer alan standartlara verdikleri uyumluluk puanlarının (1 veya 0) her bir yaklaşım için uyumluluk ortalamaları hesaplanmıştır. Elde edilen ortalama puanların öncelikle homojen dağılım gösterip göstermediğine bakılmıştır. Katılımcı sayısının düşük olması (10) nedeniyle Shapiro-Wilk testi tercih edilmiştir. Tablo 19’da görüldüğü üzere yalnızca “Örgütsel Strateji Yaklaşımı” ve “Bilgi İşleme Yaklaşımı”nın normal dağılım gösterdiği ($p>0,05$); diğer yaklaşımların homojen dağılım göstermediği ölçülmüştür. “Empowerment” yaklaşımında tüm ortalamalar aynı olduğu için teste dâhil edilememiştir.

Tablo 19: Değişkenlerin Normallik Testi (Shapiro-Wilk)

Değişkenler (PMYY)	Test İstatistiği (Z)	p
Durumsallık Yaklaşımı (DY)	,815	,022
Örgütsel Strateji Yaklaşımı (ÖSY)	,881	,133
Bilgi İşleme Yaklaşımı (BİY)	,904	,241
Kurumsallaşma Yaklaşımı (KY)	,619	,000
Örgütsel Ekoloji Yaklaşımı (ÖEY)	,534	,000
Toplam Kalite Yönetimi Yaklaşımı (TKYY)	,613	,000
Dış Kaynak Kullanımı Yaklaşımı (DKYY)	,729	,002
Benchmarking Yaklaşımı (BY)	,509	,000
Empowerment Yaklaşımı (EY)	-	-
Öğrenen Organizasyon Yaklaşımı (ÖOY)	,798	,014
Seri Uyarılma Yaklaşımı (SUY)	,655	,000
Balance Scorecard Yaklaşımı (BSY)	,723	,002
Yeni ve Yeşil Ekonomi Yaklaşımı (YYEY)	,529	,000
Yönetişim Yaklaşımı (YY)	,759	,005
İşletme DNA’sı Yaklaşımı (İDY)	,366	,000

Tablo 20: JCI, SKS ve HIMSS-EMRAM Kriterlerinin Eşleştirildiği Post-Modern Yönetim Yaklaşımları İle Uyumluluk Tablosu

	Durumsalılık	Örgütsel Strateji	Bilgi İşleme	Kurumsallaşma	Örgütsel Ekoloji	Toplam Kalite Yönetimi	Dış Kaynak Kullanımı	Benchmarking	Empowerment	Öğrenen Organizasyon	Seri Uyarılama	Balance Scorecard	Yeni Ve Yeşil Ekonomi	Yönetişim	İşletme Dna' sı	Ortalama	Genel Ortalama
Uzman 1	67%	50%	87%	66%	100%	71%	73%	83%	100%	84%	75%	89%	87%	95%	100%	73%	93%
Uzman 2	100%	100%	100%	100%	96%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
Uzman 3	67%	65%	82%	97%	100%	98%	70%	100%	100%	100%	100%	89%	100%	100%	100%	94%	
Uzman 4	67%	87%	82%	92%	100%	94%	100%	100%	100%	100%	75%	100%	100%	100%	100%	93%	
Uzman 5	100%	100%	95%	99%	100%	98%	70%	100%	100%	100%	100%	89%	100%	100%	100%	98%	
Uzman 6	67%	79%	86%	100%	100%	100%	91%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	82%	98%	
Uzman 7	67%	47%	88%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	89%	75%	100%	100%	88%	100%	97%	
Uzman 8	33%	85%	96%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	89%	75%	100%	100%	88%	100%	98%	
Uzman 9	33%	85%	96%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	89%	75%	100%	100%	88%	100%	98%	
Uzman 10	67%	50%	87%	66%	92%	71%	73%	83%	100%	81%	100%	83%	89%	94%	100%	73%	
Ortalama	67%	74%	90%	93%	99%	94%	88%	98%	100%	94%	87%	96%	98%	95%	98%		

Tablo 20’de görüldüğü üzere 10 uzman değerlendiriciden alınan veriler ışığında JCI, SKS ve HIMSS-EMRAM standartlarının eşleştirildiği Post-Modern Yönetim Yaklaşımları ile uyumluluk oranı %93 olarak hesaplanmıştır. Uzman değerlendiricilerin verileri incelendiğinde 10 uzmandan ikisinin genel ortalamanın (%93) altında (%73) uyumluluk değerlendirmesinde bulunduğu, 8 uzmanın ise genel ortalamanın üzerinde uyumluluk tespit ettiği saptanmıştır. Standart eşleştirilmesi sağlanan 15 adet Post-modern Yönetim Yaklaşımına göre sınıflandırılmış söz konusu kriterler incelendiğinde JCI, SKS, HIMSS-EMRAM standartları ile arasında en az benzerlik gösteren yaklaşım %67 benzerlik/uyumluluk oranı ile Durumsallık Yaklaşımı; en yüksek benzerlik/uyumluluk gösteren yaklaşımların ise Empowerment(%100), Örgütsel Ekoloji(%99) yaklaşımları olduğu görülmüştür. Durumsallık, Örgütsel Strateji, Bilgi İşleme, Dış Kaynak Kullanımı, Seri Uyarılama yaklaşımları genel ortalamanın altında kalarak JCI, SKS, HIMSS-EMRAM standartlarının birbirileri ile uyumu konusunda daha az uyumlu bulunmuştur. Sonuç olarak JCI, SKS, HIMSS-EMRAM standartlarının birbiri ile benzerliği PMYY açısından değerlendirildiğinde 15 yaklaşımdan 10’u ortalamanın üzerinde uyumlu bulunmuştur.

4.3.2. Gösterge ve Standart Önerilerinin Geliştirilmesi

Delphi Tekniği ile uzman kişilerin PMYY ile JCI, SKS ve HIMSS-EMRAM standartlarının uyum durumlarını değerlendirilmesinin ardından son aşama olarak çıkan uzlaşma sonuçlarına göre yeni standartların belirlenmesi hedeflenmiştir. Tekniğin uygulanmasının bir parçası olarak JCI, SKS ve HIMSS-EMRAM standartları ile 9 adet PMYY arasında ilişki bulunamadığı için Delphi tekniğinde de müracaat edilebilen uzman önerilerinden (Şahin, 2001) yararlanılmıştır.

Standart eklenemeyen Şekil 8’ de verilen PMYY’ler için uzman kişilerden gösterge veya standart önerisinde bulunmaları talep edilmiştir. 11 uzman kişi tarafından bu yaklaşımlar için 24 adet standart, 18 gösterge önerisinde bulunulmuştur.

Şekil 8: Standart veya Gösterge Önerisi Yapılan Post-Modern Yönetim Yaklaşımları



Tablo 21’de uzman kişiler tarafından yapılan gösterge ve standart sayıları ile açıklamaları yer almaktadır. 9 tane Post-Modern İşletme Yönetimi Yaklaşımı için toplam 24 adet standart ve 18 adet gösterge önerisi alınmıştır. Kaynak Bağımlılığı Yaklaşımı için 11 uzman kişiden toplamda 4 standart önerisi yapılmıştır. Stratejik Ortaklıklar Yaklaşımı için 2 standart önerisi yapılmıştır. Süreç Yenileme-Değişim Mühendisliği Yaklaşımı için 16 standart ve 15 gösterge önerisi yapılmıştır. Temel (Öz, Çekirdek) Yetenek Yaklaşımı için 2 standart ve 3 gösterge önerisi yapılmıştır. Genel Örgütsel Gruplaşma Yaklaşımı, Şebeke Organizasyonlar, Küçülme ve Kademe Azaltma, Sanal Organizasyon ve İşletme Ekosistemi Yaklaşımı için herhangi bir standart veya gösterge önerisi yapılmamıştır.

En fazla, Süreç Yenileme-Değişim Mühendisliği Yaklaşımı için (16 standart) ve (15 gösterge) öneri yapılmıştır. Bu durumun nedeni olarak sağlık kurumlarında kalite değerlendirmelerinin Süreç Yenileme-Değişim Mühendisliği Yaklaşımı kapsamında değerlendirilmesinden kaynaklanmaktadır. Uzman kişiler bu yaklaşımı kalite kapsamında değerlendirdikleri için gösterge ve standart önerisi için bu yaklaşımın daha doğru olacağını düşündüklerini ifade etmişlerdir.

Tablo 21: Standart ve Gösterge Önerileri

Önem Derecesi	Post-Modern İşletme Yönetim Yaklaşımları	Standart Sayısı	Standart Önerileri	Gösterge Sayısı	
1	Kaynak Bağımlılığı Yaklaşımı	4	Dış kaynaklardan temin edilen verilerin, Sağlık Bilgi Yönetim Sistemi (SBYS) üzerinden takibi sağlanmalı ve kontrolü yapılmalıdır.	-	-
			Depolanan atıklar, nihai bertaraf işlemi için yetkili kuruma teslim edilmeli ve kayıt altına alınmalıdır.	-	-
			Üretici firma tarafından hastaneye teslim edilen sıkıştırılmış gaz silindirlere sertifikası bulunmalıdır.	-	-
			Dış laboratuvarlarda çalışılan testler için belirlenen periyotlarda sonuç verme süreleri, numune retleri gibi parametreler takip edilmelidir.	-	-
2	Stratejik Ortaklıklar	2	Satın alma yöntemleri ile temin edilen malzeme ve hizmetlerin, temin yöntemleri kapsamında ayrı ayrı maliyet analizleri yapılmalı ulusal verilerle karşılaştırılarak takibi sağlanmalıdır.	-	-
			Bakanlık Güvenli Cerrahi Uygulama Rehberi SBYS üzerinden takip edilmelidir.	-	-
3	Süreç Yenileme-Değişim Mühendisliği	16	İlaç veri tabanları entegrasyonu ile özel nitelikli ilaçlarla ilgili de uyarılar alınmalıdır.	15	Aynı gün içerisinde aynı hasta üzerinden defaten order gönderim oranı %4 olmalıdır.
			Bakanlık Güvenli Cerrahi Uygulama Rehberi SBYS üzerinden takip edilmelidir.		Eczaneden hasta bazlı order edilen HUMAN ALBUMIN de lab değerlerinin eczacı tarafından da görülebilme oranı (aylık hasta bazlı çıkışlarla sistem üzerinden lab değerlerinin görülme oranı) %100 olmalıdır.

Önem Derecesi	Post-Modern İşletme Yönetim Yaklaşımları	Standart Sayısı	Standart Önerileri	Gösterge Sayısı	
			Klinik karar destek sistemleri tanı ve tedavi süreçlerinde kullanılmalıdır.		RhoGAM gibi ilaçların tek doktor raporu ile eczanedan hasta bazlı çıkış yapılırken hastanın ilaç raporunun eczacı tarafından görülme oranı (aylık ilaç çıkış sayısı ve sistem üzerinden hastanın doktor raporunun görülme oranı)% 100 olmalıdır.
			Çalışanların çalışma ortamından kaynaklı enfeksiyonlardan korunmasına yönelik birim bazlı düzenlemeler yapılmalıdır.		Yoğun bakımlarda aylık hemodiyaliz uygulanan hasta sayısı ve sonrası uygulanan bakım planlarındaki tedavi değişiklik oranı % 100 olmalıdır.
			Hastanede kullanılmakta olan renkli kodlar için ilgili komite tarafından gerekli düzenlemeler yapılmalı ve takibi sağlanmalıdır.		Yoğun bakımlarda uygulanan diyalizlerin ortalama sürelerinin takibi 20 dk. ve 40 dk. olmalıdır.
			Bina turunda etkin bir değerlendirme için nitelikli kişiler sürece dahil edilmelidir.		Yoğun bakımlarda diyaliz uygulanan hastaların mortalite oranı %2 olmalıdır.
			Dış kaynaklardan temin edilen verilerin, SBYS üzerinden takibi sağlanmalı ve kontrolü yapılmalıdır.		Yoğun bakımlarda uygulanan diyaliz sonrası gelişen enfeksiyon oranları %1 olmalıdır.
			Tesis güvenliği komitesi tarafından belirli aralıklarla değerlendirmeler yapılarak, süreklilik ve kontrol sağlanmalıdır.		Yoğun bakımlarda diyaliz uygulaması yapan personellerinin cihaz kullanım eğitimlerin alma oranı %100 olmalıdır.
			Hasta ve hasta yakınının mal güvenliğinin dijital ortamda kayıtlı bir şekilde takibinin yapılması sağlanmalıdır.		Hekimlerin hasta muayene esnasında tedavinin gerekliliği olan anemnezlerin HBYS üzerinden eksiksiz doldurulma oranları%100 olmalıdır.
			Hastane genelinde hasta akışının yönetilmesi ile ilgili olan verimlilik kriterlerinin takibi sağlanmalıdır.		Acil veya anlık ihtiyacı olan hastaların önceliklendirilmesi için acil uyarı rehberlerinin kullanım oranları %100 olmalıdır.
			Araştırma ve deneysel çalışmalar ile ilgili SBYS üzerinden veri girişleri yapılarak, takibi sağlanmalıdır.		Aylık doğum oranlarına göre fototerapi alan bebek sayısı %2 olmalıdır.
			Bakanlık onaylı özellikli hizmet birimlerine ait verilerin aylık analiz ve takipleri yapılmalıdır.		Yeni doğan bebeklerde taburculuk öncesi bilirubin bakılan bebek sayısı %100 olmalıdır.

Önem Derecesi	Post-Modern İşletme Yönetim Yaklaşımları	Standart Sayısı	Standart Önerileri	Gösterge Sayısı	
			Tayin, istifa ve emeklilik vb. nedenlerle kurumdan ayrılan personele ait verilerin aylık analiz ve takibi yapılmalıdır.		Yeni doğan bebeklerde taburculuk öncesi kan gazı bakılan bebek sayısı %100 olmalıdır.
			İntranet ve uzaktan eğitim modülleri ile yapılan eğitimlerin etkinlik ve etkililiği değerlendirilmelidir.		Yeni doğan bebeklerde taburculuk öncesi bilirubin bakılan bebek sayısı %100 olmalıdır.
			İl içi yapılan hasta sevklerine ait verilerin SBYS üzerinden takibi ve analizi yapılmalıdır.		Kalite yönetim sistemi içerisinde oluşturulan komitelere üyelerin katılma oranı %100 olmalıdır.
			Diğer kurumlardan sevk ile gelen hastalara ait verilerin takibi ve analizi yapılmalıdır.		Aynı gün içerisinde aynı hasta üzerinden defaten order gönderim oranı %4 olmalıdır.
4	Temel (Öz, Çekirdek) Yetenek Yaklaşımı	2	Hastane tüm süreçler (sağlık, finans vb.) açısından bilimsel bir metot ile analiz edilmelidir (SWOT, PERT-PESTEL metodu vb).	3	Hastanenin elektronik ortamda tanıtımına ve toplumun bilgilendirilmesine yönelik çalışma yapılmalıdır.
			Tüm hizmet alımlarının maliyet, kalite ve süre açısından benzer kuruluşlarla kıyaslanması sağlanmalıdır.		Tıbbi ve idari bölümlere ilişkin amaç ve hedefler, hastane temel politika ve değerleri ile uyumlu olmalıdır.
					Hastanenin kurumsal iletişim stratejileri, amaçları ve hedefleri tanımlanmalıdır.
5	Genel Örgütsel Gruplaşma Yaklaşımı	-	-	-	-
5	Şebeke Organizasyon lar	-	-	-	-
6	Küçülme ve Kademe Azaltma	-	-	-	-

Önem Derecesi	Post-Modern İşletme Yönetim Yaklaşımları	Standart Sayısı	Standart Önerileri	Gösterge Sayısı	
6	Sanal Organizasyon	-	-	-	-
6	İşletme Ekosistemi	-	-	-	-

Süreç Yenileme-Değişim Mühendisliği Yaklaşımı için 11 uzman kişi 16 adet standart ve 15 adet gösterge önerisinde bulunmuştur. Sağlık sektöründe diğer sektörlerden ayrılan özellikleri dolayısıyla hata yapılmasına tolerans gösterilememektedir. Bu nedenle mevcut süreçlerde sürekli olarak yenileme yapılarak eksiklikler giderilmeye çalışılmaktadır (Kiliç & Aydınli, 2015) . Bu çalışmalar “sağlıkta kalite” başlığı altında yürütülmektedir. Bu nedenle süreç yenileme yaklaşımı sağlık kurumlarında oldukça önemli olup her an gündemdedir.

Kaynak Bağımlılığı Yaklaşımı için 11 uzman kişi 4 adet standart önerisinde bulunmuştur. Sağlık sektöründe hizmetlerin çeşitliliğinin karmaşık olması nedeni ile tüm hizmetler iç kaynaklardan sağlanamamakta birçok hizmet dışarıdan alınmakta bu nedenle dış kaynaklara olan bağıllık oldukça yüksek olmaktadır. Sağlık kurumlarının ihtiyaç duyduğu kaynakların fazlalığı aynı zamanda çevreye olan bağımlılığını da artırmaktadır (Korkutan, 2021). Bu nedenle dış kaynaklara olan bağıllığın yüksek olması oldukça önem arz etmektedir.

Stratejik Ortaklıklar Yaklaşımı için 11 uzman kişi 2 adet standart önerisinde bulunmuştur. Sağlık kuruluşlarını birer şirket gibi düşündüğümüzde işbirliği içerisinde bulunduğu kurum sayısı oldukça fazladır (Biçer, 2018). Örneğin; tıbbi cihaz firmaları, Hastane Bilgi Yönetim Sistemi Firmaları, ilaç firmaları vb. sağlık sektörü içerisinde sağlık kuruluşları firmalar ile anlaşmalar sağlamak ve amaçlarını gerçekleştirmektedir. Uzmanların bu yaklaşımı önemli olarak görmesinin nedeni kurulan ortaklıkların önemli olmasından kaynaklanmaktadır.

Temel Yetenek Yaklaşımı için 11 uzman kişi 2 adet standart ve 3 adet gösterge önerisinde bulunmuştur. Genel Örgütsel Gruplaşma Yaklaşımı ve Şebeke Organizasyon Yaklaşımı için uzman kişilerden standart ve gösterge önerisi yapılmamıştır. İncelendiğinde her üç yaklaşımda sağlık kurumları için stratejik öneme sahip olan yaklaşımlardır. Örneğin; temel yeteneklerini doğru bir şekilde tespit eden bir sağlık kuruluşu yetenekleri kapsamında olamayan faaliyetleri dış kaynaklardan temin edebilir (Biçer, 2018). Hastanelerde bireysel çalışmadan ziyade çalışanlar ekip çalışmasına daha fazla eğilim göstermekte ve çoğu zaman ekip çalışma zorunlu bir

hale gelmektedir. Bu nedenle bir ekip veya grup olmak ve uyum sağlamak sunulan hizmetin kalitesi açısından oldukça önemlidir. Şebeke organizasyonlarda genelde otoritenin az olması hiyerarşinin yatay olması ve daha çok uzmanlığa dayalı olması nedeniyle sağlık kurumlarının genel yapısı ile uyum göstermektedir. Sağlık sektöründe uzmanlaşma oldukça fazladır ve matris bir yapıdadır (Özdemir, 2010a).

Benzer şekilde Küçülme ve Kademe Azaltma Yaklaşımı, Sanal Organizasyon Yaklaşımı ve İşletme Ekosistemi Yaklaşımı için de uzman kişiler gösterge veya standart önerisinde bulunmamıştır. Sağlık kurumlarının küçülmeden ziyade git gide büyüyen ve yaygınlaşan bir yapıda olması nedeniyle uzman kişiler için öneride bulunmadığı düşünülmektedir. Her ne kadar sağlık kurumlarında tele-sağlık, e-sağlık, vb. gibi hizmetler yaygınlaşmaya başlasa da henüz yeterince kabul edilebilirlik düzeyine gelmemiştir.

4.3.3. Önerilen Standartların SKS, HIMSS-EMRAM ve JCI İçin Uyarlanması

Uzman kişiler tarafından yapılan karşılaştırmalar ve değerlendirmeler sonucunda Post-Modern Yönetim Yaklaşımları ile uyumlu gösterge ve standart seti oluşturulmuştur. Böylece araştırma kapsamında elde edilmesi planlanan özgün-yeni standartlar ve göstergeler geliştirilmiştir.

Post-modern işletme yönetimi yaklaşımlarına uyumlu olarak yapılan standart ve gösterge seti önerileri ile aşağıdaki amaçlara ulaşılması beklenilmektedir:

- ✓ Yaklaşımların altında yer alan uzmanlar tarafından önerilen standartların ve göstergelerin SKS, JCI ve HIMSS-EMRAM modellerine dahil edilmesi,
- ✓ Modellere, standartların veya göstergelerin eklenmesi durumunda eklenecek standartın ve göstergenin etkisinin belirlenmesi,
- ✓ Tüm standartlar içinde yeni eklenecek standartların etkisinin görülebilmesi,
- ✓ Eklenecek yeni standartların veya göstergelerin modellerde nasıl bir etkiye sahip olabileceğinin gözlemlenmesi beklenmektedir.

Uzman kişiler tarafından önerilen standart ve gösterge setinin SKS, JCI ve HIMSS-EMRAM modellerinin tümüne dahil etmek mümkündür. Uzman kişiler ile yapılan

görüşmeler neticesinde tüm uzmanlar önermiş oldukları standart ve gösterge setlerinin tüm modellerde olması gerektiğini belirtmiştir. Bu standart ve gösterge setlerinin sağlıkta kalite, hasta bakımı ve hasta güvenliği ile doğrudan ilişkili olduklarını ifade etmişlerdir. Ayrıca uzman kişiler bu standartların kullanılmaya başlandıktan sonra izlenmesi ve takip edilmesini önermiştir.



SONUÇ

Bu çalışma kapsamında iki analiz gerçekleştirilmiştir. Yapılan ilk analizde sağlıkta kalite ölçümünde kullanılan gösterge bazlı modellerden SKS, HIMSS-EMRAM ve JCI modelleri doküman incelemesi yöntemi kullanılarak incelenmiştir. Çalışma kapsamında yapılan analiz ile her üç model içerdikleri kavram, süreç ve standart açısından karşılaştırılmıştır. Her üç modelin analiz sonuçlarına bakıldığında kavramsal karşılaştırmada SKS ve JCI dokümanlarının içerdiği kavramların “varlık oranı” (%83) yüksek olup benzer olduğu görülmektedir. HIMSS-EMRAM’da modelin seviye bazlı değerlendirme yapması nedeniyle kavramsal karşılaştırma yapılamamış, kavramların karşılık bulduğu seviyeler belirlenmiştir.

Süreç karşılaştırma ve standart karşılaştırmada elde edilen “varlık” oranları (%19) düşük görülmektedir. Bu durum her üç rehberin birlikte değerlendirildiğinde farklılaşan standartlara sahip olduğunu göstermektedir. JCI ve SKS modellerinin kavramsal karşılaştırma (%83), süreç karşılaştırma (%66), standart karşılaştırma (%64) “varlık” oranları en yüksek olarak bulunmuştur. Bu sonuçları JCI-SKS modellerinin kavram, süreç ve standart açısından oldukça benzer olduğu şeklinde yorumlayabiliriz. SKS ve JCI dokümanlarının HIMSS-EMRAM modeli ile yapılan karşılaştırmalarında, kavram karşılaştırma, süreç karşılaştırma ve standart karşılaştırma oranları oldukça düşük görülmektedir. Bu durumun nedeni olarak SKS ve JCI modellerinin hastanelerdeki süreçleri daha detaylı ve kapsamlı ele alması HIMSS EMRAM modelinin ise dijitalleşme perspektifi ile ilgili standartlara sahip olması düşünülmektedir.

Araştırmanın konusu ile benzerlik gösteren çalışmalar yapılmıştır. Yousefian ve arkadaşları tarafından 2013 yılında yapılan çalışmada, İran’da geliştirilen Mükemmellik Modeli ile JCI standartları karşılaştırılmış ve JCI’in oldukça kapsamlı bir değerlendirme yaptığı sonucuna varılmıştır. Bu çalışmada, SKS ve JCI’in HIMSS-EMRAM modelinden daha kapsamlı olduğu sonucuna varılmıştır. Şahin tarafından 2020 yılında yapılan bir çalışmada SKS ile Sağlıkta Akreditasyon Standartları (SAS) hastane standartları ve JCI standartları karşılaştırılmış standartların benzer olduğu ancak farklı yapıda olduğu görülmüştür. Bu çalışmada SKS ve JCI modellerinin benzer

yapıda standartlara sahip olduğu görülmüştür. Virginio ve Dos Reis tarafından 2019 yılında JCI ve EMRAM gereksinimleri karşılaştırılmış. Karşılaştırmada, SAS-Hastane seti standartlarının hastaneler için oldukça kapsamlı şekilde hazırlandığı ve JCI standartlarıyla da birçok noktada benzerlik gösterdiği ve hatta bazı bölümlerin daha ayrıntılı olduğu görülmüştür. Bu çalışmada da, SKS ve JCI modellerinin benzer yapıda standartlara sahip olduğu ancak HIMSS-EMRAM modelinin sahip olduğu standartların dijital perspektife sahip olduğu görülmüştür. Ayrıca, HIMSS-EMRAM modelinin SKS ve JCI modellerinde dijitalleşme ile ilgili olan standartların yerine getirilmesinde oldukça faydalı bir araç olarak kullanılabileceği görülmüştür.

Çalışma kapsamında kullanılan bir diğer yöntem de metin madenciliğidir. Metin madenciliği yöntemi ile SKS, JCI, HIMSS-EMRAM modellerinin dokümanlarında en sık kullanılan kelimeler tespit edilmiştir. İleride yapılacak çalışmalarda diğer kalite ölçüm modelleri ile de metin madenciliği analizinin yapılarak kıyaslanma yapılması çalışmanın değerini artıracaktır.

Son olarak, bu çalışmada SKS, JCI, HIMSS-EMRAM modellerinin PMYY ile uyumu ele alınmış ancak çok değerli gördüğümüz Verimlilik, SAS (Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon), The International Society for Quality in Health Care (ISQua), American Medical Association (AMA) gibi değerlendirme modelleri kapsam dışında bırakılmıştır. Bu modellerinde ileride yapılacak çalışmalara dahil edilmesinin oldukça önemli olacağı düşünülmektedir.

Çalışma kapsamında yapılan ikinci analizde metin madenciliği yöntemi kullanılarak SKS, JCI, HIMSS-EMRAM ölçüm modellerinin rehberlerinde kullanılan kelimelerin ne sıklıkta kullanıldığını ve hangi kelimelerin hangi rehberde ağırlıklı olarak kullanıldığı ortaya konulmuştur. Bu sonuç aynı zamanda kullanılan kelime sıklığına göre kalite ölçüm modellerinde hastane, hasta, bakım, sağlık vb. gibi kelimelerin rehberin içerisindeki göstergelerde değerlendirme ölçütlerinde ağırlıklı olarak kullanıldığını göstermektedir. Esas dikkat çeken sonuç ise her üç rehberde kullanılan kelimelerin benzerlik oranıdır. Yapılan çalışma sonucunda her üç rehberde kullanılan en sık kelimelerin(unigram) benzerlik oranıdır(%53). Bu sonucu her üç rehberin ağırlıklı olarak hastanelerde belirli değerlendirme ölçütlerine odaklandığı şeklinde

yorumlayabiliriz. Ayrıca bu savımızı bir modelde var olup diğer modelde var olmayan kelimeler ile desteklediğimizi düşünmekteyiz. Bu kelimeler, rehberlerin hastanelerde farklı süreçlere odaklandığını göstermektedir. Çalışmanın sonucunda bir diğer dikkat çekici husus ise JCI ve SKS rehberinin içinde kullanılan sık kelimelerin daha çok benzerlik (%53) göstermesidir. Bu durum, HIMSS rehberinin hastanede sadece belirli alanlara odaklanmasından diğer rehberlerin ise hastanelerdeki tüm alanları kapsamına almasından kaynaklı olabilir.

Her üç rehberde de en sık kullanılan unigramın “hasta, bakım, hastane, kalite, hizmet, sağlık, kontrol, süreç, gerekli, hastane, yapmak, uygun, tıbbi, bilgi, klinik, güven, kullanmak, dahil, kural, kabul ve uygulama” kelimelerinin olduğu en çok kullanılan bigramın “hasta bakımı, sağlık hizmeti, süreç tanımlamak, kabul görmek” vb. olduğu ve en çok kullanılan trigramın “kayıt altına almak” olduğu görülmektedir. En çok kullanılan 2N-gramlardaki benzerlik oranı da %5 olarak saptanmıştır. Ayrıca bigram ve trigramlarda kullanılan kelime öbeklerinin dokümanlarda kullanılan sık kelimelerden farklı olması çalışmaya metin madenciliğinin katkısını göstermektedir.

Çalışmanın yenilikçi yönlerinden birisi ise daha önce herhangi bir rehber ile metin madenciliği yöntemi kullanılarak analiz yapılmamış olmasıdır. Literatürde daha önce kalite ölçüm modellerini karşılaştırmaya yönelik yapılan çalışmalara bakıldığında daha çok nicel yöntemlerin kullanıldığı görülmektedir. Ayrıca tüm bu çalışmalarda nitel veriler kullanılarak gelecekte yapılacak çalışmaların desteklenmesi önerilmiştir (Donahue ve Vanonstenberg, 2000; Semnani ve Asadi, 2016; Shafedi vd., 2019). Çalışma, metot kısmında kullanılan yöntem ile bu alanda yapılan diğer çalışmalardan ayrılmaktadır. Yaptığımız çalışmanın diğer çalışmalarda önerilen nitel verilerle desteklenmesi için metin madenciliği analizi kullanılmıştır. Bu nedenle yapılan çalışma ile bu alanda yapılacak çalışmalara yeni bir perspektif getirdiğimize inanmaktayız.

Yapılan son analizde Delphi Tekniği kullanılarak, SKS, JCI ve HIMSS-EMRAM standartları karşılaştırmalı olarak ele alınmış ve Post-modern Yönetim Yaklaşımları ile olan uyumları incelenmiştir. İnceleme sonucunda SKS, JCI ve HIMSS-EMRAM

standartları ile PMYY yaklaşımları %93 oranında uyumlu bulunmuştur. Literatürde sağlık alanında yapılan çalışmalar, post-modernizmin etkilerinin sağlıkta kalite, verimlilik, performans vb. ölçümlerine etki ettiğini savunmaktadır.

Modernizmden sonra post-modernist yönetim yaklaşımlarının sağlıkta dahil olmak üzere tüm sektörleri etkilediği ve bu etkilerin gözlemlenebildiği literatürdeki diğer çalışmalarda da yer almaktadır (Baykal, 2019). Yaşamın pek çok alanında etkili olmaya başlayan post-modernist yaklaşımlar sağlık, hastalık, bakım, vb. kavramlarla ilgili algısal değişikliklere neden olmuştur (Gezen & Becerikli, 2019). Yaşanan toplumsal dönüşümlere bağlı olarak sağlık alanında da yapılan uygulamaların değiştiği görülmektedir. Hem tıbbi tedavi şekillerini hemde yönetim şekillerini etkileyen bir değişim söz konusudur (Sarıhan, 2021).

Post-modern yönetim yaklaşımlarının sağlık sektörünü etkilediği gibi sağlık personelinin görüşlerini de etkilediğine yönelik çalışmalar bulunmaktadır. Bu kapsamda Zardosht tarafından 2020 yılında yapılan çalışmada hemşirelerin sağlık bakım süreçlerinde sunduğu hizmetlerin post-modernist yaklaşımlardan etkilenme durumu incelenmiştir. İnceleme sonucunda post-modernist hemşirelik bakımı tanımı yapılabilecek kadar yaşanan etkilerin fazla olduğu görülmüştür (Zardosht, 2020). Petrovskaya tarafından 2022 yılında yapılan benzer bir çalışmada da post-modernist yaklaşımların hemşirelerin ideolojilerini ve bakım sürecindeki davranışlarını etkilediğini göstermektedir (Petrovskaya, 2022).

Post-modern yönetim yaklaşımlarının örgütlerin yönetim biçimini etkileme örneği en fazla Toplam Kalite Yönetimi Yaklaşımı kapsamında görülmektedir. Örgütlerin kalite, performans, verimlilik, vb. birçok kavramı dikkatle takip ettiği ve sürekli olarak süreçlerini iyileştirme çabası altında olduğu görülmektedir. Bu kapsamda sürekli olarak verimlilik, kalite, performans gibi kavramların ölçümlerini sağlamak için indikatörler geliştirilmektedir (Hani & Gheith, 2020). İngiltere, Almanya, Fransa ve Hollanda'daki zorunlu olarak kullanılan yaklaşık 1100 kalite ölçütünü içeren resmi gösterge setlerini karşılaştıran bir çalışmada benzer kalite göstergelerinin olduğu ancak ülkelerin kendi sağlık sistemlerine göre de ölçütlere sahip olduğu görülmüştür.

Ayrıca göstergelerin mevcut yönetsel yaklaşımlardan etkilendiği savunulmaktadır (Beaussier et al., 2020). Sağlık bakım kalitesini değerlendiren çalışmaları inceleyen bir çalışmada kullanılan anketler ele alınmıştır. Anketlerin benzer değerlendirme ölçütlerine sahip olduğu görülmüştür (Ball vd., 2018).

Bu çalışma kapsamında, her hangi bir uyum sağlanamayan PMYY için uzman kişilerden standart önerileri alınmış olup yeni ve özgün standart ve gösterge seti geliştirilmiştir. Geliştirilen standart seti, alanında nadir sayılabilecek çalışmalardan biridir. Literatürde, Şahin tarafından 2020 yılında yapılan bir çalışmada SKS ile Sağlıkta Akreditasyon Standartları (SAS) hastane kriterleri ve JCI kriterleri dokümanlar incelenerek karşılaştırılmıştır. Bir diğer çalışmada, Virginio ve Dos Reis tarafından 2019 yılında JCI ve EMRAM gereksinimleri arasındaki ilişkileri belirlemek için yapılmıştır. Ancak her iki çalışmada da herhangi bir standart önerisinde bulunulmamıştır. Burada geliştirilen standart seti (24 standart, 18 göstergeden oluşmaktadır) her üç değerlendirme ölçütünü de uyarlanabilir olması açısından oldukça önem taşımaktadır.

Çalışmamızın JCI, SKS ve HIMSS EMRAM modelleri ile akredite olmak isteyen hastaneler için fayda sağlayacağı düşünülmektedir. SKS ve JCI dokümanlarının benzer olması bir SKS gereksiniminin yerine getirilirken aynı zamanda bir JCI gereksinimin de yerine getirildiğini göstermektedir. Aynı zamanda SKS ve JCI dokümanlarında yer alan dijitalleşme ile ilgili olan standartlar yerine getirilirken HIMSS EMRAM modeli ile ilgili standartlarda karşılanmaktadır. Dokümanlar arasındaki uyumun bir hastane için değerlendirme süreçlerinin yönetilmesi açısından fayda sağlayacağı düşünülmektedir.

Çalışmanın yenilikçi yönlerinden bir tanesi daha önce SKS, JCI ve HIMSS-EMRAM dokümanlarının karşılaştırmalı olarak analiz edilmemiş olmasıdır. Literatürde daha önce yapılan çalışmalara bakıldığında araştırmada kullanılan üç modeli ele alan herhangi bir çalışmaya rastlanılmamıştır. Ayrıca literatürdeki diğer araştırmalarda kullanılan yöntemler daha çok nitel verilere dayanmaktadır. Bizim çalışmamızda

veriler sayısallaştırılarak nicel hale getirilmiştir. Bu durumun da çalışmaya yenilik ve değer katacağı düşünölmektedir.

Geliştirilen standart seti SKS, JCI ve HIMSS-EMRAM modellerinin PMYY ile uyumluluk değeriendirme sonucuna göre ortaya çıkmış olsa da benzer şekilde değeriendirme yapan diğeri kalite değeriendirme modellerinde de kullanımına uygundur. Bu standartların kalite değeriendirme modellerinden bir tanesine eklenmesi ile değeriendirme yaparak çıktılarını elde etmek gelecekte yapılması planlanan çalışmalardan biridir.



KAYNAKÇA

- Acartürk, E., & Keskin, S. (2012). Kamu Özel Ortaklı Ğ I Modeli Public-Private Partnership Model in the Health Sector in Turkey. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 17(3), 25–51.
- Ağırbaş, İ. (2019). *Hastane Yönetimi ve Organizasyon*. Siyasal Kitabevi, Ankara.
- Akar, S. (2019). *Durumsallık Teorisi Açısından Yeni Ekonomi ve Yeşil Ekonomi : Franchising Stratejisi Üzerine Bir İnceleme*. 176–207.
- Akdere, M., Top, M., & Tekingündüz, S. (2020). Examining patient perceptions of service quality in Turkish hospitals: The SERVPERF model. *Total Quality Management and Business Excellence*, 31(3–4), 342–352. <https://doi.org/10.1080/14783363.2018.1427501>
- Aktan, C. C. (2012). Organizasyonlarda Toplam Kalite Yönetimi. *Organizasyon ve Yönetim Bilimleri Dergisi*, 4(2), 1309–8039.
- Akyürek, C. E. (2013). *Türk Sağlık Sisteminde Dış Kaynaklardan Yararlanma Uygulamalarının Yasal Altyapısı*. 12(2).
- Aliefendioğlu, Y., & Bostancı, S. (2021). Şehir Hastanesi Yatırımları ve Gayrimenkul Katma Değer Yönetimi İlişkisi. 5, 26–43. <https://doi.org/10.53487/ataunisobil.737869>
- Alkhenizan, A., & Shaw, C. (2011). Impact of Accreditation on the Quality of Healthcare Services: A Systematic Review of the Literature. *Annals of Saudi Medicine*, 31, 407–416. <https://doi.org/10.4103/0256-4947.83204>
- Alkiş, H., & Temizkan, V. (2010). İşletmelerin Kurumsallaşma Düzeylerinin Belirlenmesi: Karabük Demir-Çelik Sektörü Örneği. *Ekonomik Yaklaşım*, 21(76), 73–92.
- Altınöz, M., Çöp, S., & Sığındı, T. (2011). Algılanan Örgütsel Bağlılık Ve Örgütsel Sinizm İlişkisi: Ankara'daki Dört Ve Beş Yıldızlı Konaklama İşletmeleri Üzerine Bir Araştırma. *SÜ İİBF Sosyal Ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi*, 15(21).
- Arabacı, İ. B., & Uygur, K. (2019). Lise Öğretmenlerinin Personel Güçlendirme Algıları ile Örgütsel Güven Algıları Arasındaki İlişki: Elazığ İli Örneği. *Yuzuncu Yıl Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 16(1), 744–770. <https://doi.org/10.23891/efdyyu.2019.140>
- Arah, O. A., Westert, G. P., Hurst, J., & Klazinga, N. S. (2006). A Conceptual Framework For the OECD Health Care Quality Indicators Project. *International Journal for Quality in Health Care*, 18, 5–13. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzl024>
- Arpat, B., Şaşmaz, N., & Yürekli, E. (2014). Sağlık Hizmetlerinde Kalite Maliyetleri. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 19, 313–332.
- Arslan, B., & Çetin, E. (2021). Vekâlet Teorisinde Fırsatçılık Kavramı ve Oyun Teorisi Arasındaki İlişki. *Uluslararası Yönetim Akademisi Dergisi*. <https://doi.org/10.33712/mana.962926>
- Asunakutlu, T. (2001). Klasik ve Neo-Klasik Dönemde Örgütsel Güvenin Karşılaştırılması Üzerine Bir Deneme. *Muğla Üniversitesi SBE Dergisi*, Güz(5).
- Avcıl, S., & Özkan, T. (2020). İstanbul'daki JCI Akreditasyonuna Sahip Özel Hastanelerin Hizmet Kalitesi. *Yönetim Bilimleri Dergisi*, 18(36), 309–338.

- Avıalan, M. B. (2004). *Sağlık Hizmetlerinde Kalite Ölçümü Ve Değerlendirilmesi Bir Asker Hastanesinde Örnek Uygulama*.
- Aydamak, M. Y. (2021). Sağlık Hizmetlerinde Sanal Organizasyon, E-Sağlık ve Teletıp: Avrupa Referans Ağları. *Journal of Healthcare Management and Leadership*. <https://doi.org/10.35345/johmal.821598>
- Aydoğdu, C., & Çakıcı, A. (2018). *Örgütlerde Kayıtsızlık Davranışı Üzerine Bir Araştırma*.
- Aygar, H., & Önsüz, M. F. (2017). Sağlık Hizmetlerinde Kalite Yönetimi. *Eskişehir Türk Dünyası Uygulama ve Araştırma Merkezi Halk Sağlığı Dergisi*, 2, 26–32.
- Bakan, İ. (2011). *Çağdaş Yönetim Yaklaşımları; İlkeler, Kavramlar ve Yaklaşımlar*”, Beta Basım A.Ş., 1. Baskı, İstanbul, 2004.
- Bakan, İ., Erşahan, B., Büyükbeşe, T., Sezer, B., Taş, F., & Şirikçi, A. (2015). Sağlıkta Hizmet Kalitesi, Öğrenen Örgüt ve İş Tatmini İlişkisi: BİR Alan Araştırması. *Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 4(2), 189–202.
- Bakan, İ., & Kelleroğlu, H. (2003). Performans Değerlendirme. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 3(5), 103–127.
- Ball, L. E., Barnes, K. A., Crossland, L., Nicholson, C., & Jackson, C. (2018). Questionnaires that measure the quality of relationships between patients and primary care providers: A systematic review 11 Medical and Health Sciences 1117 Public Health and Health Services. *BMC Health Services Research*, 18(1). <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3687-4>
- Baykal, B. (2019). Effects of Postmodernism on Working Life. In D. B. Sarıipek, B. Yenihan, & V. Franca (Eds.), *A New Perspective in Social Sciences*. Ento Organizasyon Prodüksiyon Reklam Yayıncılık .
- Baykal, E., & Zehir, C. (2017). *Spiritüel Liderlik ve Algılanan Performans Üzerine Etkisi* [Doktora Tezi, Yıldız Teknik Üniversitesi]. <https://www.researchgate.net/publication/328368936>
- Beaussier, A. L., Demeritt, D., Griffiths, A., & Rothstein, H. (2020). Steering by their own lights: Why regulators across Europe use different indicators to measure healthcare quality. In *Health Policy* (Vol. 124, Issue 5, pp. 501–510). Elsevier Ireland Ltd. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2020.02.012>
- Berry, L. L., Parasuraman, A., & Zeithaml, V. A. (1988a). SERVQUAL: A multiple-item scale for measuring consumer perceptions of service quality. *Journal of Retailing*, 64(1), 12–40.
- Berry, L. L., Parasuraman, A., & Zeithaml, V. A. (1988b). SERVQUAL: A multiple-item scale for measuring consumer perceptions of service quality. *Journal of Retailing*, 64(1), 12–40.
- Bıçer, E. B. (2018). Sağlık Kurumları Yöneticilerinin Stratejik Yönetim Tekniklerine Bakış Açılarının Ve Yaklaşım Tarzlarının Belirlenmesi: Sivas İli Örneği. *Yönetim ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi*, 405–427. <https://doi.org/10.11611/yead.482685>
- Bilir, F., Köse, E., & Kaçal, Z. (2018). Afiliasyon Kapsamında Eğitim Gören Tıp Öğrencilerinin Memnuniyet Düzeyleri ve İlişkili Faktörlerin İncelenmesi. *Journal of Human Rhythm*, 4(1), 59–66.
- Boulkedid, R., Abdoul, H., Loustau, M., Sibony, O., & Alberti, C. (2011). Using and Reporting the Delphi Method for Selecting Healthcare Quality Indicators: A

- Systematic Review. *PLoS ONE*, 6, 1–9.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0020476>
- Burnard, P., & Rogers, C. (1999). *Carl Rogers and postmodernism : Challenges in nursing and health sciences*. 241–247.
- Butt, M. M., & de Run, E. C. (2010). Private Healthcare Quality: Applying a Servqual Model. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 23(7), 658–673.
<https://doi.org/10.1108/09526861011071580>
- Büyükipekçi, S., Şenel, G., & Varol, F. (2018). Turizm İşletmelerinde Benchmarking (Kıyaslama) Uygulaması: İzmir Örneği. *International Congress on Cultural Heritage and Tourism*. www.bizimdijitalmatbaa.com
- Campbell, S. M., Braspenning, J., Hutchinson, A., & Marshall, M. (2002). Research Methods Used In Developing and Applying Quality Indicators In Primary Care. *Qual Saf Health Care*, 11, 358–364. <https://doi.org/10.1136/QHC.11.4.358>
- Can, A., & İbicioğlu, H. (2008). Yönetim ve Yöneticilik yönünden Üniversite Hastanelerinin Değerlendirilmesi. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 13(3), 253–275.
- Cellucci, L. (2019). *Essentials of Healthcare Management: Cases, Concepts, and Skills, Second Edition*. Health Administration Press.
- Çetin, A. (2021). *Örgütsel dayanıklılık. January 2018*.
- Çoban, C. (2018). Vekâlet Teorisi ve Turkcell Örneği. *Journal of Politics, Economy and Management (JOPEM)*, 1(1). <http://dergipark.gov.tr/download/article-file/447520>
- Cronin, J. J., & Taylor, S. A. (1994). Servperf versus Servqual: Reconciling Performance-Based and Perceptions-Minus-Expectations Measurement of Service Quality. *Journal of Marketing*, 58(1), 125–131.
<https://doi.org/10.1177/002224299405800110>
- Çubukcu, M. (2018). Örgüt Yapısını Etkileyen Unsurların Örgütsel Ekoloji Kuramı Çerçevesinde Değerlendirilmesi. *Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 57.
- Dalgıç, A. (2013). *Hizmet Sektöründe Hizmet Kalitesinin Ölçümü Ve Hizmet Kalitesini Etkileyen Faktörler:Antalya’ da Hizmet Kalitesi Ölçümüne Yönelik Bir Uygulama*. 20.
- Dede, N. (2019). Örgütsel Vatandaşlık Davranışı: Kuramsal Bir Çalışma. *Ekonomi, İşletme ve Maliyet Araştırmaları Dergisi*, 3(1), 294–304.
- Demir, B., & Güler, H. (2022). Türkiye Sağlık Hizmetlerinde Ruhsatlandırma ve Kalite. In *Hizmetlerinde Kalite- Sağlık Politikaları* (Issue March, pp. 119–135).
- Demirtaş Aktar, E., & Köksal, G. (2018). Sağlık Hizmet Kalitesinin Servqual Temelli Kalite Evi ile Değerlendirilmesinde Yeni Bir Yaklaşım. *Verimlilik Dergisi*, 2, 29–52.
- Dent, M. (1995). The New National Health Service : A Case of Postmodernism ? *Organization Studies*, 16(5), 875–899.
- Devebakan, N. (2015). Sağlık İşletmelerinde Hizmet Kalitesi Standartlarının Çalışan Güvenliği Açısından Çalışanlar Tarafından Değerlendirilmesi : İzmir İlinde Bir Araştırma. *Hacettepe Sağlık İdaresi*, 18(2), 123–142.
- Devebakan, N., & Aksaraylı, M. (2003). Sağlık İşletmelerinde Algılanan Hizmet Kalitesinin Ölçümünde SERVQUAL Skorlarının Kullanımı ve Özel Altınordu Hastanesi Uygulaması. *Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi Cilt*, 5(1), 38–54.

- Dikili, A. (2014). Örgütlerde Güç Kavramı: Eleştirel Yönetim Çalışmaları İle Kaynak Bağımlılığı Yaklaşımı'nın Bakışlarına Dair Karşılaştırmalı Bir Analiz. *Yönetim Bilimleri Dergisi*, 12(23), 141–164. <http://www.imdb.com/title/tt0094226/quotes>
- Dikmetaş, E. (2008). Sağlık Kurumlarında Verimlilik ve Veri Zarflama Analizi. *Verimlilik Dergisi*, 1.
- Dizman, H. (2017). Hastane Yönetim Bilgi Sistemlerini Kullanan Sağlık Kurumlarında Personel Memnuniyetini Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. *Uşak Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 10, 85–115.
- Docteur, E., & Berenson, R. A. (2011). How Does the Quality of Health Care Compare Internationally? *SSRN Electronic Journal*, August. <https://doi.org/10.2139/ssrn.1482677>
- Doğan, C. K. (2015). Postmodernizmin Kamu Yönetimine Yansımaları: Ombudsman Ve Toplam Kalite Yönetimi Yaklaşımları. *Journal of Turkish Studies*, 10(Volume 10 Issue 14), 273–273. <https://doi.org/10.7827/turkishstudies.8791>
- Donahue, K. T., & Vanostenberg, P. (2000). Joint Commission International Accreditation: Relationship to Four Models of Evaluation. In *International Journal for Quality in Health Care* (Vol. 12, Issue 3).
- Dwivedi, S., Kasliwal, P., & Soni, S. (2016). Comprehensive study of data analytics tools (RapidMiner, Weka, R tool, Knime). *2016 Symposium on Colossal Data Analysis and Networking, CDAN 2016*, 1–8. <https://doi.org/10.1109/CDAN.2016.7570894>
- Efe, M. N. (2019). Yönetim Bağlamında Kıyaslama Tekniğinin İşletmeler İçin Önemi. *Anemon Muş Alparslan Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 7(2), 97–101. <https://doi.org/10.18506/anemon.526345>
- Eraslan, H., & Şengün, H. İ. (2018). Postmodernizm Akımı ve İşletme Yönetimine Etkileri. 2(2), 178–193.
- Erdemir, E., & Koç, U. (2012). Postmodernizm ve Komplekslik: Örgüt Kuramı Bağlamında Paradigmatik Bir Tartışma. *Osman Gazi Üniversitesi, İİBF Dergisi, Eskişehir*, 5(1), 25–48.
- Ergün, B., & Korkmaz, O. (2020). Öğrenen Örgütlerde İç Girişimcilik. *Gaziantep University Journal of Social Sciences*, 2020(3), 1166–1193. <http://dergipark.org.tr/tr/pub/jss>
- Erkılıç, T. A. (2017). Toplam Kalite Yönetimi İlkelerinin Yönetim Yaklaşımları Bağlamında Tatışılması. *GAU J. Soc. & Appl. Sci*, 4, 50–62.
- Ertaş, H., & Çelik, Ö. (2018). Sağlıkta Kalite Standartları Üzerine Nitel Bir Değerlendirme. *Sağlık Yönetimi Dergisi*, 2(1), 18–40.
- Farzianpour, F., Arab, M., Amoozagar, S., Fouroshani, A. R., Rashidian, A., Moghadam, M. N., & Hosseini, S. (2011). Evaluation of International Standards of Quality Improvement and Patient Safety (QPS) in Hospitals of Tehran University of Medical Sciences (TUMS) From The Managers' Point of View. *World Applied Sciences Journal*, 15, 647–653.
- Friebel, R., & Steventon, A. (2019b). Composite Measures of Healthcare Quality: Sensible in Theory, Problematic in Practice. *BMJ Quality and Safety*, 28, 85–88. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2018-008280>
- Fu, P. C., Rosenthal, D., Pevnick, J. M., & Eisenberg, F. (2012). The impact of emerging standards adoption on automated quality reporting. *Journal of Biomedical Informatics*, 45(4), 772–781. <https://doi.org/10.1016/j.jbi.2012.06.002>

- Futerman, A., & Block, W. (2021). A Critique of the Neoclassical Approach to Consumer Choice. *Dialogi Polityczne*, 0(30), 201–228.
- Gezen, A., & Becerikli, S. (2019). Gelenekselin Yeniden Üretimi: Postmodern Zamanın Bütünsel Yaklaşımı. *Anadolu Üniversitesi İletişim Bilimleri Fakültesi Uluslararası Hakemli Dergisi*, 27(3).
- Gronroos, C. (1984). A Service Quality Model and its Marketing Implications. *European Journal of Marketing*, 18(4), 36–44. <https://doi.org/10.1108/EUM0000000004784>
- Güdük, Ö., & Kılıç, C. H. (2017). Sağlık Hizmetleri Akreditasyonu ve Türkiye’de Gelişimi. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 7, 102–107.
- Güler, H., Öztürk, A., & Tarhan, D. (2010). Kalitenin yeni adı: Hizmet kalite standartları. *SD*.
- Gürsöz, H., Adil, M., Öztürk, A., Tarhan, D., Aksoy, H., Gündüz, Ş., Kayral, İ. H., Dilmaç, E., Özbay, H., Zergeroğlu, S., Akın, M., Karadayı, B., Tekin, K., Sarı, A., Yıldız, M. S., & Avcı, B. (2018). Türkiye Klinik Kalite Programı; Sağlık Hizmet Sunucuları, Hasta ve Hasta Yakınlarının Kalite Algısı. *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi*, 14(2), 73–86.
- Hani, M., & Gheith, M. M. (2020). *The Impact of Quality Management Practices on Innovation and Organizational Performance in Campania Region Universities* by. Department of Economics, Management, Institutions University of Naples Federico II Italy.
- Harker, B. (2006). *Quality in Higher Education*. May 2015, 37–41. <https://doi.org/10.1080/1353832950010103>
- Health Information Management System Society. (HIMSS) (2019). Maturity Models. <https://www.himssanalytics.org/about> (Erişim Tarihi: 21.04.2021)
- Hussey, P. S., Anderson, G. F., Osborn, R., Feek, C., McLaughlin, V., Millar, J., & Epstein, A. (2004). How does the quality of care compare in five countries? An international quality comparison shows that each country performs best and worst in at least one area of care. *Health Affairs*, 23(3), 89–99. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.23.3.89>
- Joint Commission International (JCI) (2019). Accreditation Process. <https://www.jointcommissioninternational.org/about-jci/> (Erişim Tarihi: 21.04.2021)
- Kalkan, A., & Murat Alparslan, A. (2010). Örgütsel Ekoloji Kuramından Stratejik Yönetim Anlayışına. *Doğuş Üniversitesi Dergisi*, 12(1), 17–31. <https://www.researchgate.net/publication/277030593>
- Kamacı, K., Ünüsan, Ç., & Gedik, H. (2020). Aile İşletmelerinde Kurumsallaşma Problemleri ve Pazarlamaya Etkisi. *Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 17, 358–379. <https://doi.org/10.33437/ksusbd.525689>
- Kaptanoğlu, A. (2011). *Sağlık Yönetimi*. Beşir Kitabevi, 2012, s: 241-261.
- Karacaoğlu, Ö. C. (2009). İhtiyaç Analizi ve Delphi Tekniği; Öğretmenlerin Eğitim İhtiyacını Belirleme Örneği. *I. Uluslararası Eğitim Araştırmaları Kongresi*.
- Karadal, H., Eser, F., & Saygın, M. (2014). Kaynak Bağımlılığı Üzerine Yapılan Çalışmaların İçerik Analizi Yöntemiyle İncelenmesi. *Organizasyon ve Yönetim Bilimleri Dergisi*, 6(2).
- Karakılıç, N. Y. (2019). Stratejik İttifak Oluşumunda Temel Yeteneklerin Önemi: Tariş Opet Stratejik İttifakı Balanced Scorecard Örneği. *Balıkesir Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 12(21), 200–214.

- Karpuz, E., & Sayılır, Ö. (2021). Kurumsal Yönetişim Kalitesinin Doğrudan Yabancı Yatırımlar Üzerindeki Etkisi: Orta Gelirli Ülkeler Üzerine Bir Araştırma. *Erciyes Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*. <https://doi.org/10.18070/erciyesiibd.930284>
- Kavas, E., & Şahin, R. (2016). *Örgütsel Adalet ile Örgütsel Bağlılık Arasındaki İlişkinin Belirlenmesinde Öğretmenlere Yönelik Bir Araştırma: Bayat Örneği**. 119–140.
- Kaygın, N. (2010). Sağlık Hizmetlerinde Kalite, Hasta Memnuniyeti ve Hasta Hemşire İlişkileri. In *Hepato-Gastroenterology*.
- Keleş, R., Göktaş, B., & Savaş, T. (2020). Kamu Özel İşbirliği Modeli Ankara Şehir Hastanesi Örneği. *Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi*, 22–31.
- Kemp, L. J. (2013). Modern to postmodern management: Developments in scientific management. *Journal of Management History*, 19(3), 345–361. <https://doi.org/10.1108/JMH-02-2011-0005>
- Keskin, B. (2018). Havacılık Endüstrisinde Stratejik Ortaklıklar: Vza Ve Güven Bölgesi Yaklaşımı İle Bir Etkinlik Analizi Çalışması. *Sakarya Üniversitesi İşletme Bilimi Dergisi*, 6(1).
- Keskin, H., Akgün, A. E., & Koçoğlu, İ. (2016). *Örgüt Teorisi*. Nobel Akademik Yayıncılık.
- Khosravi, F., Izbirak, G., & Adesina, K. A. (2019). An Exponentially Distributed Stochastic Model For Sustainability Measurement of a Healthcare System. *Sustainability (Switzerland)*, 11. <https://doi.org/10.3390/su11051285>
- Kibar, E. (2014). *Kalite ve Sağlık Hizmetlerinde Kalite Standartları Uygulamaları(Kocaeli Seka Devlet Hastanesi Örneği)*.
- Kiliç, Ş., & Aydınli, C. (2015). Sağlık Kurumlarında Süreç Yönetimi Uygulamaları. *İşletme Araştırmaları Dergisi*, 7(3), 143–172.
- Kıdak, L. B., Nişancı, Z. N., & Burmaoğlu, S. (2015). Sağlık Hizmetlerinde Kalite Ölçümü: Kamu Hastanesi Örneği. *Yönetim ve Ekonomi Celal Bayar Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 22, 483–500. <https://doi.org/10.18657/yecbu.23543>
- Kılıç, F. (2020). Örgütsel Ekoloji Teorisi Üzerinden Girişimcilik Ekosisteminin Girişimciler Üzerindeki Etkisi. *Beykoz Akademi Dergisi*, 154–173. <https://doi.org/10.14514/byk.m.26515393.2020.8/1.154-173>
- Klein, R. (2010). *The New Politics of the NHS: From Creation to Reinvention*. Radcliffe Publishing.
- Klein, R. (2013). *NoThe New Politics of the NHS*.
- Koç, H. (2009). Örgütsel Bağlılık Ve Sadakat İlişkisi. *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi*, 8(28), 200–211. <https://doi.org/10.17755/esoder.28203>
- Koçel, T. (2015). *İşletme Yöneticiliği* (17th ed.). Beta Yayınları.
- Koray, K. (2011). Sağlık Hizmetlerinin Örgütlenmesinde Kamu-Özel Ortaklığı. *Ankara Üniversitesi SBF Dergisi*, 66(3), 217–262. https://doi.org/10.1501/sbfter_0000002221
- Korkutan, M. (2021). Kaynak Bağımlılığı Teorisinin Sağlık Sektörü Açısından Değerlendirilmesi. In *Covid-19 Pandemisinin Sosyal Bilimlerdeki Yansımaları* (pp. 69–80). <https://www.researchgate.net/publication/357419975>
- Köseoğlu, M. A., & Karayormuk, K. (2009). *Örgüt Sağlığı Nedir: Yöneticiler Arasında Görüş Farklılığı Var Mıdır?* 175–193.

- Küçük, O., Yılmaz, E., Şen, İ., & Küçük, N. (2015). Toplam Kalite Yönetiminin İşletme Performansına Etkisi: Lojistik Sektöründe Bir Uygulama. *The Journal of Academic Social Science Studies*, 4(Number: 34), 53–53. <https://doi.org/10.9761/jasss2638>
- Labrague, L. J., Al Sabei, S., Al Rawajfah, O., AbuAlRub, R., & Burney, I. (2022). Interprofessional collaboration as a mediator in the relationship between nurse work environment, patient safety outcomes and job satisfaction among nurses. *Journal of Nursing Management*, 30(1), 268–278. <https://doi.org/10.1111/jonm.13491>
- Liu, C., Chen, H., Cao, X., Sun, Y., Liu, C. Y., Wu, K., Liang, Y. C., Hsu, S. E., Huang, D. H., & Chiou, W. K. (2022). Effects of Mindfulness Meditation on Doctors' Mindfulness, Patient Safety Culture, Patient Safety Competency and Adverse Event. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(6), 1–15. <https://doi.org/10.3390/ijerph19063282>
- Maiden, J. M. (1999). Essentials of managed health care, 2nd edition. *Journal for Nurses in Staff Development*, 15(3), 132. <https://doi.org/10.1097/00124645-199905000-00008>
- Marshall, M. N., Shekelle, P. G., McGlynn, E. A., Campbell, S., Brook, R. H., & Roland, M. O. (2003). Can Health Care Quality Indicators Be Transferred Between Countries? *BMJ Quality & Safety*, 12, 8–12. <https://doi.org/10.1136/QHC.12.1.8>
- Mete, M., Karakan, H. İ., & Toptaş, A. (2021). *İktisadi ve İdari Bilimlerde Araştırma ve Değerlendirmeler- II*. 2013–2015.
- Meydan, C. H. (2010). Kaynak Bağımlılığı, İşlem Maliyetleri, Örgütsel Ağ Ve Yeni-Kurumsal Kuram İle Örgütlerin İttifak Oluşturma Sebepleri Üzerine Bir İnceleme. *Savunma Bilimleri Dergisi*, 9(2), 17–40.
- Muhammad, F. (1978). Classical and Modern Management Approaches and Techniques in Public Administration: Patterns and Trends. *International Review of Administrative Sciences*, 44(1), 135–144. <https://doi.org/10.1177/002085237804400111>
- Naveh, E., Katz-Navon, T., & Stern, Z. (2005). Treatment Errors in Healthcare: A Safety Climate Approach. *Management Science*, 51(6), 948–960. <https://doi.org/10.1287/mnsc.1050.0372>
- Oğan, E., & Wolff, A. R. (2021). Belirsiz Çevre Koşullarına Esnek Çözümler: Sanal Organizasyon. 20. *Uluslararası İşletmecilik Kongresi*. <https://www.researchgate.net/publication/362223566>
- Öge, S. (2004). Postmodern İş Organizasyonlarına Ergonomi Perspektifinden Bakış ve Bir Değerlendirme. *Sosyal Ekonomik Araştırmalar Dergisi*, 4(8), 139–161.
- Önal, B. (2020). *Sağlıkta Kalite ve Verimlilik*. Bilim, Sanayi ve Teknoloji Bakanlığı.
- Örücü, E., & Hasırcı, I. (2020). Örgütsel Destek Algısı ve İşe Tutkunluk İlişkisi: Bankacılık Sektörü ile ilgili Bir Araştırma Örneği. *Ankara Üniversitesi SBF Dergisi*, 1–22. <https://doi.org/10.33630/ausbf.842760>
- Otokiti, A. (2019). Using Informatics to Improve Healthcare Quality. *International Journal for Healthcare Quality Assurance*, 32(2), 228–233.
- Ovretveit, J. (2000). Total Quality Management in European Healthcare. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 13(2), 74–80. <https://doi.org/10.1108/09526860010319523>

- Özdemir Aydın, Ç., & Tan, F. Z. (2019). Kurumsallaşma: Kavramsal Bir İnceleme. *Alinteri Sosyal Bilimler Dergisi*, 225–235. <https://doi.org/10.30913/alinterisosbil.514545>
- Özdemir, L. (2010a). Şebeke Organizasyon Nedir , Ne De ğ ildir ? What is Network Organization , What is Not ? *Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 26(1), 260–271.
- Özdemir, L. (2010b). Şebeke Organizasyon Nedir, Ne De ğ ildir? *Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 26.
- Özgener, Ş., & Küçük, F. (2008). Hastanelerde Modern Yönetim Felsefesinin Verimliliğe Etkisi: Gevher Nesibe Hastanesinde Bir Uygulama. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 20, 543–560.
- Özgülbaş, N., Koyuncugil, A. S., Duman, R., & Hatipoğlu, B. (2005). Özel Hastane Sektörünün Finansal De ğ erlendirmesi. *Muhasebe ve Finansman Dergisi*, 40.
- Öztuna, B., & Acer, H. (2016). *Postmodernizmin Çalışma Biçimlerine Etkisi*.
- Öztürk, S. A. (2000). Hizmet Kalitesi Ölçümünde Yeni Bir Yaklaşım: Kritik Olaylar Tekni ğ i. *Anatolia: Turizm Araştırmaları Dergisi*, 11, 57–68.
- Öztürk, Y. E., & Kıraç, R. (2017). Sağlık Hizmetlerinde Kalite Yönetimi. In *Scientific Developments* (pp. 402–411). Gece Akademi. <https://doi.org/10.2626/estudamhsd.v2i1>
- Öztürk, Z., & Demir, Ö. (2017). Klasik, Neo-Klasik Ve Modern Yönetim Yaklaşımlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bir Analiz. *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi*, 3(2). www.saysad.org
- Parasuraman, A., Zeithaml, V. A., & Berry, L. L. (1985). A Conceptual Model of Service Quality and Its Implications for Future Research. *Journal of Marketing*, 49(4), 41. <https://doi.org/10.2307/1251430>
- Petrovskaya, O. (2022). *Nursing Theory, Postmodernism, Post-structuralism, and Foucault* (1st ed.). Routledge.
- Poon, E. G., Wright, A., Simon, S. R., Jenter, C. A., Kaushal, R., Volk, L. A., Cleary, P. D., Singer, J. A., Tumolo, A. Z., & Bates, D. W. (2010). Relationship Between Use of Electronic Health Record Features and Health Care Quality: Results of a Statewide Survey. *Medical Care*, 48, 203–209. <https://doi.org/10.1097/MLR.0b013e3181c16203>
- Pope, C., van Royen, P., & Baker, R. (2002). Qualitative Methods in Research on Healthcare Quality. *Quality & Safety in Health Care*, 11, 148–152.
- Ramey, H. L., & Grubb, Æ. S. (2009). *Modernism, Postmodernism and (Evidence-Based) Practice*. 75–86. <https://doi.org/10.1007/s10591-009-9086-6>
- Roberts, J. P., B, T. R. F., C, M. J. T., & D, C. B. (2016). A design thinking framework for healthcare management and innovation. *Healthcare*, 4. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.hjdsi.2015.12.002>
- Robinson, J. C. (2003). Hospital tiers in health insurance: balancing consumer choice with financial incentives. *Health Affairs (Project Hope), Suppl Web*(May 2003). <https://doi.org/10.1377/hlthaff.w3.135>
- Rosa, W. E. (2019). Healthcare Decision-Making of African- American Patients : Comparing Positivist and Postmodern Approaches to Care. *Nursing Science Quarterly*, 32(2), 140–147. <https://doi.org/10.1177/0894318419826255>
- Sa ğ lık Bakanlığı. (2012). *Türkiye Sa ğ lık Sistemi Performans De ğ erlendirmesi 2011*.
- Sa ğ lık Bakanlığı. (2018). *Tam donanımlı Dijital Hastane Kılavuzu*. 1–51.

- Sağlık Bakanlığı. (2022). *Kalite ve Akreditasyon*.
<https://kalite.saglik.gov.tr/TR,24824/oecd-hcqi-turkiye-hakkinda.html>
- Şahin, A. E. (2001). Eğitim araştırmalarında delphi tekniği ve kullanımı. *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 20(20), 215–220.
- Şahin, B. (2011). Dış Kaynaklardan Yararlanma ve İşletme Fonksiyonlarına Uygulanabilirliği. *Sosyal Bilimler Araştırmaları Dergisi*, 11, 86–106.
- Şahin, D. (2020). *JCI Akreditasyonu ile Türkiye ' de Sağlık Hizmetlerinin Kalite ve Akreditasyonu İlgili Kuruluşların Çalışmalarına İlişkin Araştırma Derya Şahin Özet A Research on JCI Accreditation with Health Care Quality with Accreditation Organizations in Turkey Der.* 26, 16–26.
- Şahin, İ. (2008). Sağlık Bakanlığı Genel Hastaneleri ve Sağlık Bakanlığına Devredilen SSK Genel Hastanelerinin Teknik Verimliliklerinin Karşılaştırmalı Analizi. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 11(1).
- Salha, H., & Ulema, Ş. (2020). Personel Güçlendirmenin Örgütsel Bağlılık Üzerine Etkisi: Yiyecek İçecek İşletmeleri Üzerine Bir Araştırma. *Trakya Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 439–451. <https://doi.org/10.26468/trakyasobed.727758>
- Salihoğlu, G. H. (2014). Örgütsel Yabancılaşma. *Organizasyon ve Yönetim Bilimleri Dergisi*, 6(2), 1–11.
- Sarı, C. (2019). Kamu Kurumlarında Küçülme Yaklaşımı: Türkiye Ve Fransa Adalet Bakanlıkları Örneği. *Akademi Sosyal Bilimler Dergisi*, 6(17), 340–351.
- Sarıhan, M. (2021). Sağlık Hizmetleri ve Yenilikçi Sağlık Teknolojilerine Erişimde Eşitsizlikler. *European Journal of Science and Technology*, 22, 249–257. <https://doi.org/10.31590/ejosat.844085>
- Sarker, S. I. (2013). Classical and neoclassical approaches of management: An overview. *IOSR Journal of Business and Management*, 14(6), 01–05. <https://doi.org/10.9790/487x-1460105>
- Saroğlu, H. (2020). Çağdaş Yönetim Yaklaşımları İle Postmodern Yönetim Yaklaşımının Karşılaştırılması. *Öneri Dergisi* (pp. 217–222). <https://doi.org/10.14783/maruoneri.685801>
- Sarsenova, K. (2010). *Sağlık Sektöründe Performans Yönetimi : Kamu-Özel Hastanelerinin Değerlendirilmesi Üzerine Bir Uygulama*.
- Sebetci, Ö., Hanaylı, M. C., & Gürel Donük, G. (2017). Hastanelerin Dijitalleşme Sürecinde HIMSS-EMRAM Modeli Kullanımının Dünyada ve Türkiye'deki Genel Durumunun İncelenmesi. *Journal of Business Research-Turk*, 9, 360–374. <https://doi.org/10.20491/isarder.2017.336>
- Selimoğlu, S., & Yazıcı, R. (2021). Türkiye'de Kurumsal Yönetişim Ve Sürdürülebilirlik. *Muhasebe ve Finansman Dergisi*, 113–136.
- Semnani, F., & Asadi, R. (2016). Designing a Developed Balanced Score-card Model to Assess Hospital Performance Using the EFQM, JCI Accreditation Standards and Clinical Governance. *Journal of Business and Human Resource Management*, 2(1), 1–16.
- Sezer, H., & Şahin, H. (2015). *Sağlık Bilimleri Araştırmalarında Güncel Bir Yaklaşım: Kritik Olaylar Tekniği*. November 2017.
- Shafei, I., Walburg, J., & Taher, A. (2019). Verifying alternative measures of healthcare service quality. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 32(2), 516–533. <https://doi.org/10.1108/IJHCQA-05-2016-0069>

- Sökmen, A., & Bıyık, Y. (2016). Örgütsel Bağlılık, Örgütsel Özdeşleşme, Kişi-Örgüt Uyumu ve İş Tatmini İlişkisi: Bilişim Uzmanlarına Yönelik Bir Araştırma. *Bilişim Teknolojileri Dergisi*, 9(2), 221–0. <https://doi.org/10.17671/btd.99671>
- Songur, C., & Babacan, A. (2016). Sağlık Hizmetlerinde Afiliasyon ve Mali Yönetim Üzerine Etkisi. *Yönetim ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi*, 15(4).
- Stevens, E. L., Hulme, A., & Salmon, P. M. (2021). The impact of power on health care team performance and patient safety: a review of the literature. *Ergonomics*, 64(8), 1072–1090. <https://doi.org/10.1080/00140139.2021.1906454>
- Stilwell, W. G., Winterfeldt, D. Von, & John, R. S. (1987). Comparing Hierarchical And Nonhierarchical Weighting Methods for Eliciting Multiattribute Value Models. *Management Science*, 33(4), 442–450.
- Tabrizi, J. S., Gharibi, F., & Wilson, A. J. (2011). Advantages and Disadvantages of Health Care Accreditation Mod-els. *Health Promotion Perspectives*, 1(1), 1–31. <https://doi.org/10.5681/hpp.2011.001>
- Tak, B. (2010). Sağlık Hizmetlerinde Kalitenin Ana Unsuru Olarak Hasta Güvenliği Sistemlerinin Oluşturulması: Hastaneler İçin Bir Yol Haritası Önerisi. *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi*, 1, 72–113.
- Tamer, G., & Çetinkaya, H. (2018). Kalite yönetim sisteminin sağlık kurumlarına etkisi. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 5, 97–101.
- T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlıkta Kalite Standartları Hastane. (2020). SKS-Hastane. In *Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı*. https://kalite.saglik.gov.tr/content/files/duyurular_2011/2011/2014/sks_hastane_ versiyon_5_08.07.2015.pdf
- Telli, E., & Özdaşlı, K. (2020). Çevre Türünün Liderlik Tarzı Aracılığı ile Örgüt DNA'sına Göre Örgüt Tipleri Üzerine Etkisi: Tekstil Sektöründe Bir Araştırma. *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*. <https://doi.org/10.30798/makuiibf.798414>
- Tengilimoğlu, D. (2016). *Sağlık Hizmetleri Pazarlaması*. 2. Baskı, Siyasal Kitabevi, Ankara.
- Toma, M., Dreischulte, T., Gray, N. M., & Guthrie, B. (2019). A Balanced Approach To Identifying, Prioritising And Evaluating All Potential Consequences of Quality Improvement: Modified Delphi Study. *BMJ Open*, 9, 1–11. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-023890>
- Topçu, T., & Özata, M. (2019). Sağlık Çalışanlarının Afiliasyon Uygulamasına Yönelik Bilgi ve Tutumları: Karşılaştırmalı Bir Analiz. 4. *Uluslararası Sağlık Bilimleri ve Yönetimi Kongresi*, 146–162.
- Topuz, R. (2016). *Hastalarla İletişimin , Hasta Memnuniyetine Etkisi : Özel , Devlet ve Üniversite Hastanesi Karşılaştırılması*. 2015(9), 78–95.
- Tulum, S. (2020). Çok Boyutlu Performans Değerlendirme Yöntemlerinden Balanced Scorecard ve Performans Prizması Yöntemlerinin Karşılaştırılması. *Bartın Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 11(21).
- Turan, A. (2014). Temel Yetenek Ve Dış Kaynaklardan Yararlanma Tekniklerine Felsefik Bir Bakış: Dinamik Beceriler Ve İş Modeli Yaklaşımlarıyla İlişkilendirme. *Kafkas Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 5(7).
- Uğurluoğlu, Ö. (2015). Üniversite hastanelerinde uygulanan organizasyon yapılarının değerlendirilmesi. *İşletme Bilimi Dergisi*, 3(1), 52–63.

- Uler, E. (2020). *Tükenmişlik ve Örgütsel Tükenmişlik Üzerine Literatür Taraması*. 06(1981).
- Upadhyai, R., Jain, A. K., Roy, H., & Pant, V. (2019). A Review of Healthcare Service Quality Dimensions and Their Measurement. *Journal of Health Management*, 21, 102–127. <https://doi.org/10.1177/0972063418822583>
- Uysal, B., & Yorulmaz, M. (2018). Sağlıkta Kalite Standartları ve Bilişsel Mahremiyet. *Selçuk Üniversitesi Sosyal ve Teknik Araştırmalar Dergisi*, 16, 24–33.
- Uysal, K., Altan, Y., Aktel, M., & Eke, E. (2012). Sağlık Hizmetlerinde Kamu Özel Ortaklığı Uygulaması. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 17(3), 1–23.
- Uz, A. (2007). Kamu-Özel Ortaklığı/Public-Private Partnership (Ppp) (Kavram Ve Hukuksal Çerçeve). *Gazi Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi*, 11(1–2), 1165–1182.
- Virginio, L., & Dos Reis, J. C. (2019). Finding Relations Between Requirements for Healthcare Information Systems Use in Hospitals: A Study on EMRAM and JCI. *Proceedings - 2019 12th International Congress on Image and Signal Processing, BioMedical Engineering and Informatics, CISP-BMEI 2019*. <https://doi.org/10.1109/CISP-BMEI48845.2019.8965782>
- Walston, S. (2018). *Strategic Healthcare Management: Planning and Execution, Second Edition*. Health Administration Press.
- Wang, W.-J., & Luoh, L. (2000). Simple computation for the defuzzifications of center of sum and center of gravity. *Journal of Intelligent & Fuzzy Systems*, 9(1,2), 53–59.
- Wang, X., Jiang, S., & Zhang, J. (2018). Effect of the spatial linguistic symbol on the container metaphor of seniority rules. *Acta Psychologica Sinica*, 50(9), 953–964. <https://doi.org/10.3724/SP.J.1041.2018.00953>
- Webb, D., & Wright, D. (1996). *Postmodernism and health promotion Implications for the debate on effectiveness*.
- Yalçınsoy, A. (2017). Örgütsel Sessizlik ve Sonuçları. *The Journal of Social Science*, 1(1), 1–19. <https://doi.org/10.30520/tjsosci.342211>
- Yaralı, C. M., & Ergun, H. (2021). Balanced Scorecard'ın Kurum Performansına Etkisi. *Bucak İşletme Fakültesi Dergisi*, 4(1).
- Yavan, Ö. (2016). Örgütsel Davranış Düzleminde Adanmışlık. *Pamukkale Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, (25), 278-296.
- Yelkikalan, N., Doğan, S., Dalboy, Z., & Oflaz, A. (2020). Covid-19'un Maslow'un İhtiyaçlar Hiyerarşisi Kuramına Etkisi: Durumsallık Yaklaşımı Bağlamında Bir Araştırma. *Girişimcilik ve Kalkınma Dergisi*, 139–165.
- Yıldırım, A., & Şimşek, H. (2016). *Sosyal Bilimlerde Nitel Araştırma Yöntemleri*.
- Yıldırım, E., & Akın, M. (2018). Örgütlerde Dışlanma Sinizm Ve Pozitif Negatif Duygusallık Arasındaki İlişkiler; Pozitif Ve Negatif Duygusallığın Aracılık Rolü. *International Journal of Management Economics & Business*, 14(2), 427–449.
- Yousefian, S., Harat, A. T., Fathi, M., & Ravand, M. (2013). A Proposed adaptation of Joint commission international accreditation standards for hospital- JCI to the health care excellence model. *Advances in Environmental Biology*, 7(6), 956–967.
- Yürümez, Y., Yücel, M., & Ercan, B. (2018). Türkiyede ' ki afilyasyon modelleri. *Journal of Human Rhythm*, 4(1), 37–43.

- Zardosht, R. (2020). *Nursing Care and Postmodernism*. Report.
- Zeka, D. (2007). *Örgütsel Sapma Davranışının Kontrolünde Duygusal Zekânın Rolü : Konaklama İşletmelerinde Bir Araştırma* Mahmut Demir * *The Role of Emotional Intelligence on The Control of Organizational Deviance : A Survey in The Hospitality Enterprises*.
- Zeybek, K., & Koç, M. (2022). Sağlık Kurumları Ve Stratejik Ortaklıklar Üzerine Sistemantik Bir Derleme. *Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*. <https://doi.org/10.47147/ksuiibf.991821>

