

# HASTANELERDE MODERN YÖNETİM FELSEFESİNİN VERİMLİLİĞE ETKİSİ: GEVHER NESİBE HASTANESİNDE BİR UYGULAMA

Şevki ÖZGENER\*  
Fatma KÜÇÜK\*\*

## ÖZET

Bu çalışmanın amacı, hastanelerde hemşirelerin bakış açısıyla modern yönetim felsefesinin verimliliğe etkisini analiz etmektir. Araştırma bulgularına göre; hastanelerde verimliliğin iyileştirilmesinde ileri teknolojiden yararlanma, zaman yönetimi, nitelikli personel istihdamı, katılımcı yönetim felsefesi ve etkin maliyet yönetiminin en önemli faktörler olduğu gözlenmektedir. Ancak hasta tatmini ve hizmet kalitesinin verimliliğin iyileştirilmesine düşük düzeyde etki ettiği tespit edilmiştir. Ayrıca, hastanelerde verimliliği artırmak için en yaygın olarak kullanılan modern yönetim teknikleri, Toplam Kalite Yönetimi ve Dış Kaynaklardan Yararlanma (Outsourcing)'dır. Hemşirelerin hastanelerde verimliliğin iyileştirilmesine yönelik tutumları genel olarak değerlendirildiğinde; modern yönetim felsefesinin uygulanmasına hem taraftar oldukları hem de olmadıkları sonucuna ulaşılmıştır.

**Anahtar Kelimeler:** Verimlilik, Hastane, Modern Yönetim Felsefesi

## ABSTRACT

The purpose of this study is to analyze the effect of contemporary managerial philosophy on productivity with view point of nurses in hospitals. The findings of the research indicate that the use of advanced technology, time management, the employment of well-qualified staff, democratic managerial philosophy and effective cost management have high effect on improvement of productivity. But patient satisfaction and the quality of service are low effective on improving of productivity. Moreover, Total Quality Management and Outsourcing are contemporary managerial techniques which widely used to increase productivity. When attitudes of nurses concerning improvement of productivity generally are taken into consideration; it can be stated that they both favour and do not favour the implementation of contemporary managerial philosophy.

**Keywords:** Productivity, Hospital, Contemporary Managerial Philosophy

## GİRİŞ

Tarih boyunca hemen her toplumda sağlık, önemli sosyal faktörlerden biri olagelmıştır. Toplum açısından yüksek bir sağlık düzeyi, sosyal ve ekonomik yönden üretken yaşama adım atmak açısından gereklidir. Bundan dolayı sağlık sektörü birçok ülkede kamu fonlarından önemli ölçüde pay almaktadır. Dünya çapında sağlık hizmetlerinin artan maliyeti nedeniyle, hastalar açısından sağlık hizmetlerinin etkinlik durumu önemini korumaya devam etmektedir (Ramanathan, 2005: 39–54). Sağlık sektörü içerisinde ise kamu fonlarından en büyük payı, hastaneler almaktadır.

Hastaneler, bireylere sağlık hizmeti sunan sağlık sisteminin yapı taşlarıdır. İlk çağlarda sosyal ve dini kurumlar tarafından kurulan hastaneler, sadece düşkünlere bakan yardım kuruluşları iken bilgi çağının değişen koşulları,

---

\* Doç. Dr., Nevşehir Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi

\*\* Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi

hastanelerin toplumdaki konumlarını ve rollerini değiştirmiştir. Özellikle 1990'lı yıllarda bakteriyoloji, anestezi, cerrahi ve laboratuvar tekniklerindeki gelişmelerle birlikte sağlık hizmetleri sektöründe yaşanan paradigma değişikliğine paralel olarak hastane yönetiminde de radikal değişimler yaşanmıştır (Gupta, 1995: 31). Küresel rekabet, değişen müşteri beklentileri, kalite, maliyet bilinci ve hızlı teknolojik gelişmenin etkisiyle hastaneler, tedavi merkezi ve koruyucu sağlık hizmetinin yanı sıra kar amacı güden girişimler olarak da faaliyet göstermeye başlamıştır (Godiwalla, vd., 1997: 202–207).

Günümüzde Batı dünyasında sağlık bakım endüstrisi stratejik ve yönetsel açıdan radikal bir yeniden yapılanma içindedir. Bu yeniden yapılanma, Batı ülkelerindeki nüfusun yaşlanması, yeni patolojilerin ve teknolojilerin etkisi, vatandaşların sağlık ve bakım taleplerindeki artışlar, ulusal sağlık bakım sistemlerinin tasarımı ve işleyişinde varsayılan etkisizlikleri giderme gibi farklı yapısal ve demografik gereksinimlerden kaynaklanmaktadır. Bazı ülkelerde sağlık bakım hizmetlerini en az maliyetle en yüksek kalitede sunmak ve toplumdan gelen talepleri daha çok alıcıya yönlendirmek için *esnek hastane organizasyonları* teşvik edilmektedir (Naranjo-Gil and Hartmann, 2007: 30). Bu noktadan hareketle, hastanelerde sağlık ve bakım hizmeti sunmada verimliliğin iyileştirilmesindeki temel aktörlerden birinin *hemşireler* olduğu düşünülmektedir. Bu çalışmanın temel amacı, hastanelerde modern yönetim felsefesinin, verimliliğin iyileştirilmesine etkisinin olup olmadığı konusunda hemşirelerin tutumlarını analiz etmektir.

### **Hizmetler Sektöründe Bir Girişim Olarak Hastanelerin Yönetimi**

Hastane yönetimi, hastanelerin çok ileri düzeyde uzmanlaşmış işlevlerinden kaynaklanan karmaşık bir örgüt yapısına sahip olması nedeniyle diğer örgütlerin yönetiminden farklılıklar göstermektedir. Hastane yönetimi, tıbbi yönetim ve genel yönetim olmak üzere iki alt işleve ayrılmaktadır. *Tıbbi yönetim bölümü*, hasta bakım ve tedavi hizmetlerini sunan servis ve polikliniklerin yönetimi ile hemşirelik ve tıbbi personel yönetimini kapsamaktadır. *Genel Yönetim* ise diğer organizasyonlardaki yönetim işlevlerinin yanısıra büro yönetimi, mali yönetim, personel yönetimi ve hasta bakımına yardımcı olan diyet, yiyecek-içecek, ev idaresi, arşiv, çamaşırhane gibi destek hizmet birimlerini ihtiva etmektedir (Menderes, 1995: 63). Ayrıca Dünya Sağlık Örgütü, hastanelerin işlevlerini; hasta bakımı, toplum sağlığı hizmetleri, eğitim, tıbbi araştırma ve varlığını sürdürebilme şeklinde gruplandırmaktadır (Alpugan, 1995: 157–158).

Hastaneler profesyonel, yarı profesyonel ve profesyonel olmayan çeşitli meslek gruplarının çalıştığı karmaşık organizasyonlardır. Hastanelerin verimli bir şekilde faaliyet gösterebilmesi için nitelikli tıp, yardımcı tıp, mali, idari ve destek personel kadrolarına ihtiyaç bulunmaktadır (Özgen, 1995: 73). Son yıllarda kamu ve özel sağlık sigorta kuruluşlarının maliyet azaltma politikaları, hastaneler arasında artan rekabet, hasta ve yakınlarının değişen beklentileri, hızlı teknolojik değişim, sağlık hizmeti sunacak kadroların niteliklerindeki değişimler nedeniyle, sağlık bakım hizmetlerinin etkinliği konusundaki baskılar artmaktadır. Ayrıca gelişmekte olan ülkelerdeki hastanelerde fonların kıtlığı, hizmet kalitesi ile ilgili

### Hastanelerde Modern Yönetim Felsefesinin Verimliliğe Etkisi: Gevher Nesibe Hastanesinde Bir Uygulama

önceliklerin olmaması, bürokratik engeller, hastane yöneticiliği eğitiminin yetersizliği ve hastane hizmetlerinin kalitesine ilişkin düşük düzeydeki kamuoyu duyarlılığı, hastanelerin performansını iyileştirmenin önündeki temel engellerden bazılarıdır (Withanachchi, vd., 2004: 361). Özellikle sağlık-bakım maliyetleri arttıkça, birçok ülkede hastanelerin operasyonel etkinliğini değerlendirmeye yönelik çabalar da artmaktadır (Ramanathan, 2005: 39-54). Bu nedenle, bütün endüstrilerde olduğu gibi, bir girişim olarak hastanelerde de çevresel faktörler ve rekabetçi koşullara tepki göstermek amacıyla çeşitli adaptasyon ve yenilikçi stratejiler geliştirilmektedir (Meyer Goldstein, vd., 2002: 64).

Geleneksel olarak hastaneler, fonksiyonlarına göre, yani *bat temeline dayalı* olarak örgütlenmişlerdir. Modern hastaneler ise görevin gereksinimlerine göre şekil değiştiren, birçok koordinasyon merkezi olan, kendi kendini yöneten ve kontrol eden, şebeke tarzında çalışan heterojen ekipleri kapsayan bir postmodern organizasyon olarak düşünülmektedir. Daha doğrusu, modern hastaneler, daha çok *iş kolu ve uzmanlık alanı* haline gelmiş faaliyetleri yürüten organizasyon yapılarına dönüşmüştür. Bu yapılarda uzmanlaşmış görevler (specialized mandates); günlük cerrahi, ev bakım planlaması, ilk yardım, tahlil-tanı koyma ve destek faaliyetlerinin (çamaşırhane, temizlik, yiyecek vs.) tedarikçilere devredilmesi ve hatta AIDS gibi hastalıklarla ilgilenen özel birimlerin kurulmasını da kapsamaktadır (Madorrán Garcia and de Val Pardo, 2004: 11). Bu organizasyonlar, katı hiyerarşiler şeklinde değil, şebeke tarzında örgütlendiğinden verimlilik ve kalite sorunları sadece müşteriler ve tedarikçileri değil, bütün paydaşları etkilemekte ve dolayısıyla onları da ilgilendirmektedir.

Bir girişim olarak hastaneler, kamusal otorite ve toplumsal baskı grupları ile karşılıklı etkileşimde bulunan örgütlerdir. Bu özelliği nedeniyle hastanelerin yönetimi, hem karmaşık hem de güçtür. Ancak hızlı nüfus artışı, ortalama yaşam süresinin uzaması, sağlık bilincinin yükselmesi, hastaların/müşterilerin değişen talepleri, tıbbi uygulama gereksinimlerinin artması, aşırı rekabet, tıp alanında ileri teknolojilerin hızla yaygınlaşması nedeniyle hastanelerin etkin ve verimli bir şekilde yönetimi önem arz etmektedir (Chow-Chua and Goh, 2002: 54-66). Bu nedenle, hastanelerde verimlilik artışının nasıl sağlanabileceğine dair özgün bir perspektifin ortaya konmasına ihtiyaç bulunmaktadır. Hastanelerde verimlilik, toplam performansın boyutlarından sadece biridir. Hastanelerde performansın diğer boyutları etkinlik, yenilikçilik, ekonomiklik, karlılık, bütçeye uygunluk ve kalite olarak ifade edilebilir. Bu çalışmada, etkinlik ve kalite unsurları, hastanelerde verimlilik konusu ile doğrudan ilişkili olduğundan bunları kısaca açıklamakta fayda vardır.

Yönetim düşünürlerinden Peter F. Drucker etkinliği, *işlerin doğru yapılması* şeklinde tanımlar. Açıkçası, etkinlik, kaynaklardan ve potansiyelden yararlanma düzeyini ya da kaynakların nasıl kullanıldığını ölçen bir kavramdır (Doğan, 2006: 7-8). Etkinlik, organizasyonun, girdiler üzerindeki etkisini gösterir. Burada eldeki kaynakların ve olanakların optimum kombinasyonunu sağlayarak, en uygun yöntem veya teknikler vasıtasıyla onları kullanmak ve en yüksek çıktıyı elde etmek önemlidir (Akal, 2003: 2). Başka bir ifadeyle, etkinlik, amaca ulaşma derecesidir (Yamak, 1994: 20). Etkinlik, sonuçlarla (çıktılarla) ilişkililikten;

verimlilik, bu sonuçlara nasıl ulaşılabileceğini gösteren bir araç olarak ortaya çıkmaktadır (Genç, 1998: 28). Ancak, işletmede etkin çalışma koşullarının olmaması, verimliliği olumsuz biçimde etkilemektedir.

*Kalite ise;* bir ürün ya da hizmetin belirlenen veya olabilecek gereksinimleri karşılama yeteneğine dayanan özelliklerinin tümüdür (Özgener, 2005). Başka bir ifadeyle, kalite, *bir ürün ve hizmetin ihtiyaca uygunluk derecesidir*. Bu tanım, bir müşterinin tüm beklentilerini anlama üzerinde odaklanan ve organizasyonu bu beklentileri karşılamaya yönlendiren stratejik bir yaklaşımdır. Kaliteye dışardan (müşteri gözüyle) bakarak hedefleri saptamak, içerden bakarak saptanan hedeflere göre daha gerçekçi ve zorlayıcı olması açısından çok daha avantajlıdır (Ersun, 1994: 22). Hatta sağlık bakım hizmetlerinde standart performans *sıfır hata* olmalıdır. Philip. B. Crosby, sıfır hata kavramının hedeflenebileceğini ve hedeflenmesi gerektiğini savunmuştur. Şüphesiz her zaman sıfır hata için çabalayan bir hava yolunu ve sıfır yaşam kaybı için uğraşan bir cerrahı tercih edeceğimiz gibi, hatanın hiçbir oranda kabul edilmez olduğu birçok örnek gösterilebilir. Crosby, *“sıfır hata gidilecek bir yer değil, bir yolculuktur”* diyerek sıfır felsefesine ulaşmayı her gün adım adım sabırla yapılan bir yolculuğa benzetmektedir (Yıldız, 1994: 4).

Hizmet kalitesi, ürün kalitesinden farklılık göstermektedir. Hizmetlerin soyutluk, değişkenlik, heterojenlik, dayanıksızlık, ayrılmazlık (hizmet üretimi ve tüketiminin aynı anda gerçekleşmesi) gibi temel özellikleri hizmet üretimini, satışını, kalite algısını ve müşteri tatminini önemli ölçüde etkilemektedir (Devebakan, 2005: 8). Üretim sektöründe, ürünün belirlenen standartlara uyması önem kazanırken, hizmet sektöründe müşteri ya da kullanıcının beklentilerine yanıt vermesi önem taşımaktadır (Gürlek ve Gürol, 1993: 203). Hizmet kalitesi; *“bir kuruluşun müşteri beklentilerini karşılayabilme ya da geçebilme yeteneği”* olarak tanımlanabilir. Hizmet işletmelerinde kalitenin müşteriler tarafından nasıl algılandığı önemlidir. Hizmetlerin soyut olması hizmet kalitesinin de soyut olmasını beraberinde getirmektedir. Bu yüzden literatürde hizmet kalitesi kavramı yerine çoğunlukla *“algılanan hizmet kalitesi”* terimi kullanılmaktadır. Algılanan hizmet kalitesi ise; müşterinin, bir ürün ya da hizmetin üstünlüğü veya mükemmeliği ile ilgili genel bir yargısı” olarak tanımlanmaktadır. Hizmetin müşteriler tarafından nasıl alındığı önemlidir ve kalite konusunda müşterinin subjektif değerlendirmeleri söz konusudur (Devebakan, 2005: 9-10). Hizmet kalitesinde anahtar unsur müşterinin kalite konusundaki beklentisini aşabilmektir. Eğer gerçekleşen hizmet müşterilerin beklentisini aşıyorsa büyük bir ihtimalle müşteri tatmin olacak ve işletmenin sunduğu hizmetlerden yararlanmaya devam edecektir. Müşteri sürekliliği hizmet kalitesinin belki de en önemli göstergesidir (Akgemci, 2007). Bu nedenle hastanelerde hizmet verimliliği hesaplamalarında kalite faktörü temel unsurlardan biridir.

### **Hastanelerde Verimlilik**

Günümüzde verimlilik, iyileştirme programlarının uygulanmasına yönetim ve işgörenlerin (mevcut sisteme ilişkin her değişime karşı geleneksel bir tutum

**Hastanelerde Modern Yönetim Felsefesinin Verimliliğe Etkisi:  
Gevher Nesibe Hastanesinde Bir Uygulama**

takınan sendikalar dahil) direniş göstermesi nedeniyle hastanelerin verimliliği tatmin edici düzeyde değildir (Withanachchi, vd., 2004: 361). Verimliliği iyileştirme, işgören azaltmadan daha yapıcı bir stratejidir. Hastanelerde verimliliği iyileştirmek için aynı kaynaklarla, daha fazlasını yapmak; aynı çıktıyı, daha az kaynakla elde etmek ve çıktıyı kaynak artışından daha yüksek düzeyde artırmak gerekmektedir.

Verimlilik, bir üretim veya hizmet sürecinin belli bir döneminde üretilmiş olan ürün ve hizmetlerle (çıktı), bu üretimi gerçekleştirmek için kullanılan üretim kaynaklarının (girdi) birbirine oranıdır.

$$\text{Verimlilik} = \frac{\text{Çıktı}}{\text{Girdi}}$$

eşitliği ile gösterilebilir (Akal, 2003: 3). Başka bir deyişle, verimlilik, müşterilerin ürün ve hizmet gereksinimlerini toplam kaynakları en düşük düzeyde kullanarak karşılama yeteneğidir (Moseng and Rolstadas, 2001).

Mevcut verimlilik ölçüleri, daha çok girdilerin ve çıktılarının somut standardize edilmiş miktarlarının olduğu endüstrilerdeki verimliliği ölçmek için tasarlanmıştır. Bu ölçüler, hastane gibi hizmet organizasyonlarının verimliliğinin ölçülmesi için yeterli değildir (Nachum, 1999: 923). Verimliliğin hastaneler açısından iki boyutu önem arz etmektedir.

Somut ürünler üreten bir firmanın verimliliği, girdi ve çıktının fiziksel birimleriyle ölçülmektedir. Ancak bu temel yaklaşım, girdi ve çıktının kalitesindeki değişimi yansıtmamaktadır (Nachum, 1999: 924–925). Verimlilik kavramı, sağlık mesleğinin farklı grupları (sağlık ekonomistleri, hemşireler, hastane yöneticileri, yönetim mühendisleri, doktorlar, hasta bakım örgütleri, hastalar vs.) tarafından farklı şekillerde algılanmaktadır (Al-Darrab, 2000: 1998). Genelde hastanelerde toplam verimlilik aşağıdaki şekilde formüle edilmektedir:

$$\text{Verimlilik} = \left( \frac{\text{Çıktı}}{\text{Girdi}} \right) \times \text{Kalite Faktörü}$$

Verimlilik ve kalite, herhangi bir faaliyet veya dönüşüm fonksiyonunda kaynakların en iyi şekilde nasıl kullanılacağına dair değerlendirmelerdir. Verimlilik, girdiye ilişkin bir dönüşüm sürecinin çıktısı ile ilişkili iken, kalite içsel ve dışsal müşteriler tarafından süreç ve çıktılarının bir değerlendirmesini ifade etmektedir (Van Looy, vd., 1998: 360). Bir hizmet işletmesi olarak hastanelerdeki temel verimlilik göstergelerinden bazıları Tablo.1’de verilmiştir.

**Tablo 1.** Hastanelerdeki Temel Verimlilik Göstergeleri

Faaliyet	Göstergeler
Randevular	Danışmalar ve muayenelere ilişkin randevu sayısı
Hasta Kabul	Ziyaret eden hastaların sayısı veya hasta tipi (eski veya yeni)
Raporlama	Sayfa sayısı
Satınalma	Sipariş formu sayısı
Ameliyat Planlaması	Ameliyat sayısı
Bakım ve Temizlik	Metre kare, yüzey doğası

**Kaynak:** (Van Looy, vd., 1998: 365).

Ulusal sağlık sistemi kaynaklarının verimli kullanımının teşvik edilmesi hem hastalar hem de bu hizmeti verenler (doktor, hemşire, yönetici, hastabakıcı vs.) açısından hayati derecede önem arz etmektedir (Boussabaine and Kirkham,

2006: 325). Değer yaratan endüstrilerin gelişmesiyle sağlık bakım hizmetlerinin düzenlenmesi, ulusal sağlık hizmetlerinin maliyetleri de dikkate alınarak bütüncül (holistic) bir bakış açısıyla değerlendirilmelidir (Cardinaels, 2004: 239).

Kuruluş yerinin seçimi, teknoloji yatırımları (Meyer Goldstein, vd., 2002: 64), insan kaynaklarının nitelik durumu (Moody, vd., 1998: 322), sistemin mevcut durumu, işgören değişimi ve geçiş eğitimi, maliyet sistemi, kalite, algılanan karmaşıklık, yönetim-doktor çatışması, örgütsel destek, ücret politikası, bürokratik engeller, satınalma sözleşmeleri, hastane hacmi, departmanlar arası ekipler, kaynak tahsisi politikaları ve kaynak kullanım stratejileri/yöntemleri de hastanelerin verimliliğini etkilemektedir. Ayrıca örgüt kültürü de bir hastanenin uyum ve yenilikçi kapasitesine etki etmektedir. Yapıcı bir örgüt kültürü hakim olursa ekip çalışması, ortaklaşa rekabet, güven, bilgiyi paylaşma gibi ürünler ortaya çıkmaktadır (Caccia-Bava vd., 2006: 211).

*Bir girişim olarak hastanelerde verimliliği artırma stratejilerinden bazıları aşağıdaki gibi sıralanabilir:*

*1.Hastanelerde Modern Yönetim Tekniklerinin Uygulanması:* Son yıllarda artan rekabet, müşteri beklentilerindeki hızlı değişim nedeniyle hastaneler, sağlık bakım hizmetlerinin yönetimi ve hasta bakımı konusunda hem stratejik hem de operasyonel çıktılarını pozitif bir biçimde etkileyen yenilikçi örgüt felsefesi ve tekniklerin arayışı içerisinde (Yasin, 2002: 268). Ayrıca mevcut kaynaklarla daha çok ve yeni değer yaratma kapasitesi sağlama işlevleri nedeniyle modern yönetim tekniklerine gereksinim duymaktadırlar (Gürkan, 1995: 60). Müşteri gereksinimlerine odaklanmak, yeni bilgi ve teknolojiye doğrudan ve en kolay ulaşma yoludur. Dolayısıyla verimlilik ölçütünü hergün biraz daha ileriye taşımak, yeni teknik ve yöntemlerin benimsenmesiyle mümkün olabilir.

Geleneksel hastanelerde yönetimde tek yetkili kişi, asıl mesleği hekimlik olan "*Başbekim*"dir (Özgen,1995: 74). Günümüzde gelişmiş sağlık sistemlerine sahip bulunan ABD, İngiltere, Almanya ve Fransa gibi ülkelerdeki hastanelerde *süper liderlik*<sup>1</sup> (bir ekip yönetimi tarzı) olarak ifade edilen post-modern bir yönetim tarzı baskındır. Artan rekabetle birlikte modern hastane yönetiminde işbirlikçi planlama, yerinden yönetim ve uzun vadeli sözleşmeleri teşvik eden esnek rekabetçi modellere duyulan gereksinim artmıştır (Kirkman-Liff, vd., 1997: 208). ABD, Hollanda ve İngiltere'de gözlenen yeni adaptasyon stratejileri; hizmet farklılaşması, iyileştirilmiş yönetim bilgi sistemleri, pazarlama ve sözleşme yöneticilerinin istihdamı, klinik organizasyonu, vaka yönetimi, geçmiş ve mevcut hastane gözlemleri, kalite yönetimi, tahliye ve bakım planlaması, yönetime katılım (tıbbi kadrolarla işbirliği) alanlarını kapsamaktadır (Kirkman-Liff, vd., 1997: 207).

Hastanelerde verimliliğin iyileştirilmesi için Toplam Kalite Yönetimi, Dış Kaynaklardan Yararlanma (Outsourcing), Benchmarking ve Değişim

---

<sup>1</sup> Süper liderlik, bir liderin, kendi kendini yöneten gruplara derece derece yetkisini, iş yapma sorumluluğunu ve kontrolünü devreden, ekip çalışmasına yatkın, çalışanlara kendi tarzını oluşturması için bir koçtan veya kolaylaştırıcıdan daha fazla inisiyatif tanıyan ve personeli güçlendiren liderlik türüdür (Manz and Sims, 1991: 22).

### Hastanelerde Modern Yönetim Felsefesinin Verimliliğe Etkisi: Gevher Nesibe Hastanesinde Bir Uygulama

Mühendisliği en fazla uygulama alanı bulan çağdaş yönetim teknikleridir. Kaliteyi artırma, sektördeki en iyi uygulamalara ulaşma, temel süreçleri radikal bir şekilde yeniden tasarlama, elverişli kaynaklara ulaşma ve asıl faaliyet alanı üzerinde yoğunlaşma amacıyla sözkonusu tekniklerden yararlanılmaktadır.

Hastaneler açısından süreç yönetimi, akut hasta bakımını kapsamaması nedeniyle son derece kritiktir. Genellikle değişim yönetimi modelleri kaliteli hasta bakımını sağlamak için kullanılmaktadır. Kalite iyileştirme konusunda işbirlikçi bir tarz benimsendiğinde değişim süreci sayesinde hastaneler, kalite sorunlarını daha iyi kavrayabilir, kontrol edebilir ve böylece hasta bakım hizmetini iyileştirebilirler (Chow-Chua and Goh, 2000: 225).

Sağlık bakım endüstrisinin büyümesiyle birlikte, yüksek kaliteyi geliştirme ve verimliliği iyileştirme sorunu, *maliyet-etkin* sağlık bakım sistemlerinin önemini artırmaktadır. Sağlık bakım sistemlerinde kaliteyi iyileştirmenin sürekli bir süreç gerektirdiği konusunda bir konsensus vardır. Ancak bir sürecin etkinliği açısından hangi mekanizmaların kullanılacağı konusunda bir fikir birliği yoktur (Naveh and Stern, 2005: 249).

Birçok çalışmada kalite iyileştirme programlarının bir veya daha fazla departmanda işlemsel düzeyde kalite ve verimliliği iyileştirmeyi sağladığı ileri sürülmektedir. Bu iyileşme, hastanenin genel performansını yansıtmamaktadır. İşlemsel düzeydeki verimlilik iyileştirmelerinin dört nokta üzerinde yoğunlaştığı ifade edilebilir. Bunlar (Naveh and Stern, 2005: 251):

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

Yiyecek hazırlama ve çamaşır gibi hizmetlerle ilişkili maliyetleri azaltmak için hastaneler, tedarikçiler ve diğer hastanelerle uzun vadeli ilişkilere dayalı çoklu organizasyonlar ve ortaklıklar geliştirmektedir. Bu ortaklıklar sayesinde ölçek ekonomilerinden yararlanarak ve yeni kaynaklar elde ederek maliyetleri azaltabilmektedirler. Hastaneler daha iyi maliyet bilgisi ve olası tasarruf fırsatlarına imkân sağlayan ve yeni maliyetleme yöntemleri sayesinde değer yaratmayan faaliyetleri azaltabilirler. Bu nedenle envanter yönetimi, yönetim bilgi sistemi, tele-tıp, yiyecek hizmetleri, ulaştırma, evde bakım hizmetleri gibi faaliyetlerin yürütülmesi için *outsourcing* uygulamaları hastaneler tarafından sıkça benimsenmektedir (Aptel and Pourjalali, 2001: 67).

Sağlık bakım hizmetleri sektöründe çok hastaneli organizasyonların önem kazandığı yeni bir paradigma değişikliği yaşanmaktadır. Hastanelerde iletişim, çatışma yönetimi, politikaların belirlenmesinde işgören katılımı, etkin bilgi sistemleri, önleyici programlara yönelik kaynak yaratma, üyelerin rol ve sorumlulukları konusunda açık bir anlayışa sahip olduğu bir düşüncenin gelişmesiyle *hasta yönetimi düzeyine* doğru kayan yeni bir yönetim modeli benimsenmektedir (Yavas and Romanova, 2005: 198).

Kamu ve özel sektör hastaneleri, verimliliği veya hizmet kalitesini iyileştirebilmek için hasta tatminini dikkate almalıdır. Bütün hizmet şirketleri gibi sağlık bakım hizmetleri kaliteyi tanımlama, standartları belirleme ve

arzulanan verimlilik düzeylerini kontrol etme konusunda bazı sorunlarla karşı karşıya bulunmaktadır. Diğer hizmet örgütleri ile karşılaştırıldığında, sağlık bakım hizmetlerinin çıktılarını tanımlamak, ölçmek ve kontrol etmek daha güçtür. Ancak hasta tatmininin, sağlık bakım hizmetlerinin kalitesinin önemli bir göstergesi olduğu konusunda bir fikir birliği mevcuttur (Ramirez Valdivia and Crowe, 1997: 208).

*2.Etkin Bir Yönetim Bilgi Sistemi:* Etkin bilgi sistemlerinin çok miktarda bilgiyi analiz etmeye imkân sağlaması nedeniyle hastanelerde karar verme süreçlerinin kalitesi artmaktadır (Moreno, vd., 1999: 375). Şöyle ki, sağlık alanındaki kararların etkinliğini artırmak için bilgisayar destekli tıbbi veri işleme yöntemlerinin ve araçlarının kullanılması *hastane yönetimi düzeyinden hasta yönetimi düzeyine* doğru yönelen katılımcı bir yönetimi teşvik etmektedir (Kalogeropoulos, vd., 2003). Bu maksatla, hastane yöneticilerinin kaynakları uygun bir şekilde yeniden dağıtmasının yanı sıra doğru zaman ve doğru yerde kullanımını sağlayarak yeterli düzeyde verimliliği sürdürmek için gereksinim duyduğu bilgiler; hastane performansı, kaynakların elverişliliği ve kontrol eyleminin etkileridir (Moreno, vd., 1999: 376).

*3.Etkin Atık Yönetimi:* Hastanelerin, hem tıbbi hem de tıbbi olmayan faaliyetlerden dolayı oluşturduğu çeşitli atıklar; hastalar, hastane personeli (özellikle atıklar faaliyetlerinde çalışanlar), ziyaretçiler ve hatta çevre açısından potansiyel bir risk oluşturur (Chaerul and Tanaka, 2007: 3).

Hastane atıklarının önemli bir kısmı genel atık olarak ifade edilebilen, yani belediyelerin katı atıklarının doğası ile aynı niteliğe sahip olduğundan kolayca bertaraf edilebilir. Fakat mikrobik atıkların küçük bir kısmının toplum sağlığı açısından risk oluşturması nedeniyle uygun tarzda yönetilmesi gerekmektedir. Bu sistemde her bir faktörün ağırlığını ve rolünü saptamak, kapsamlı bir analizi zorunlu kılmaktadır. Bu nedenle toplumun sürekli olarak sağlık standartlarını iyileştirme arayışı içinde olması kaçınılmazdır. Hastane atık yönetimi bir istisna değildir. Bu konuda sürdürülebilir bir yaklaşımı geliştirmek ve bunu sürdürülebilir toplum stratejileriyle entegre etmek için yoğun toplumsal baskı söz konusudur (Chaerul and Tanaka, 2007: 1). Hastane atık yönetimi, atıkların dinamik doğası ve tahmin edilmeyen yan etkileri nedeniyle güç ve karmaşık bir görevdir. Ayrıca, ekonomik, teknik ve çevresel etkilerinin yanısıra insan sağlığı açısından riskleri de dikkate almak gerekir.

*4. Etkin Zaman Yönetimi:* Zaman; birey açısından tasarruf edilemeyen, ödünç alınamayan, kiralanamayan, çoğaltılamayan, sadece kullanılan ve kaybedilen bir aktif varlıktır (Şimşek, 2002: 108). Hastanelerde zaman, hem biyolojik hem de sosyal bir olgudur. Tanı koyma, tahlil yapma ve tıbbi müdahale konusunda zaman önemli bir kısıttır. Etkin müdahaleler, organizmanın içsel döngüleriyle de tutarlı olan ve zamanında yapılanlardır. Yine zaman, farklı şekillerde yapılandırılan sosyal bir olgudur. Hastanelerde belirli grupların sosyal faaliyetlerinin niteliğini de yansıtmaktadır (Walker and Adam, 1998: 540). Hastanelerde zamanın verimli yönetilmesi için etkin randevu sistemi, etkin raporlama, öncelikleri belirleme, yetki devri, etkin sekreterlik mekanizması ve ziyaretçi yönetimine önem verilmelidir (Güven ve Yeşil, 2004: 58-88).



## Hastanelerde Modern Yönetim Felsefesinin Verimliliğe Etkisi: Gevher Nesibe Hastanesinde Bir Uygulama

5. *Etkin Finansal Modellerin Benimsenmesi*: Hastane yönetiminin finansmanında kamu, özel ve karma modeller söz konusudur. Bu modellerin yapısı ülkeden ülkeye farklılık arz etmektedir. “Örneğin; hastanelerin verimliliğini artırmak için vergi gelirlerine bağlı olan ve İngiltere, İskoçya gibi ülkelerde benimsenen *Beveridge modeli* mi yoksa Almanya’da uygulanan sosyal sigorta modeli olarak ifade edilen *Bismarck modeli mi* benimsenmelidir” sorusuna kesin bir yanıt vermek güçtür. Hükümetler sağlık hizmetleri finansmanını belli ölçüde üstlenmelidir. Ayrıca sağlık alanında özel sektörün güçlendirilmesine yönelik politikalar geliştirilmelidir. Devlet sadece sosyal verimliliği ve eşitliği sağlamak ve korumak amacıyla piyasa koşullarına müdahale etmelidir (Uz, 1997: 152).

Sağlık hizmetlerinin finansmanında benimsenen modelin verimliliği artırması için gerekli koşullar şunlardır (Uz, 1997: 152–153; Özgener, 2004: 182-184):

- Kaynakların toplanması ve yönetimi maliyetlerinin düşük olması,
- Kaynak akışında devamlılığın sağlanması,
- Yeni kaynakların yaratılması,
- Risk yönetimi uygulamalarının benimsenmesi,
- Hizmet sunucular arasında rekabetin teşvik edilmesi,
- Kaliteli hizmet sunumunu teşvik etmesi,
- Hizmet sunucuların gereksiz hizmet sunumuna ve/veya hizmet kullanıcılarının gereksiz hizmet talebine yol açmaması,
- Etkin bütçe kontrol tekniklerinin uygulanması,
- Kurumsal yönetimin etkin hale getirilmesi.

### Metodoloji

Hastanelerde verimlilik artışının nasıl sağlanabileceğine dair özgün bir perspektifin ortaya konmasının amaçlandığı bu çalışmada örneklem, Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Gevher Nesibe Hastanesi’nde görev yapan hemşireler olarak tespit edilmiştir. Ayrıca hastane yönetimi konusu, çok kapsamlı bir süreçtir. Bu süreçlerin her biri ayrı bir çalışma konusu olabilir. Bu nedenle çalışmada hastanelerde verimliliğin iyileştirilmesi; modern yönetim teknikleri, yönetimin tutumu, zaman yönetimi, sağlık hizmetlerinin finansmanı, atık yönetimi, bilgi sistemleri ve hasta tatmini boyutlarıyla sınırlandırılmıştır.

Bu araştırmada veriler anket metodu yardımıyla toplanmıştır. Geçmişte Dünyada ve Türkiye’de hastanelerde verimlilik konusunda yapılmış bazı araştırmalar (Gupta, 1995; Alpugan, 1995; Uz, 1997; Ramirez Valdivia&Crowe, 1997; Aptel&Pourjalali, 2001; Yasin, vd, 2002; Meyer Goldstein, vd, 2002; Bailey, vd., 2002; Withanachchi, 2004 ve Ramanathan, 2005) referans alınarak ve Türk sağlık sisteminin içinde bulunduğu mevcut koşullar dikkate alınarak hastanelerde verimlilik konusunda bir anket formu oluşturulmuştur. Tasarlanan ankette öncelikle hastanelerde verimlilik artışının sağlanmasında etkili faktörleri tespit etmek için 23 ifadeden oluşan bir 5’li Likert ölçeği kullanılmıştır (1=Hiç etkili değil, 2=Etkisiz, 3=Ne etkili ne de etkisiz, 4= Oldukça etkili, 5=Çok etkili). Bu ölçeğin güvenilirliği 0,90’dır. Daha sonra, hastanelerde hemşirelerin verimliliğe ilişkin tutumlarına dair yargılarının bulunduğu bir 5’li Likert ölçeği geliştirilmiştir (1=Kesinlikle katılmıyorum; 2=Katılmıyorum; 3=Ne katılmıyorum

ne katılmıyorum; 4=Katılıyorum; 5=Kesinlikle katılıyorum). Bu ölçek ise 25 yargıdan oluşmaktadır. Hemşirelerin verimliliğe ilişkin tutumlarını ölçmek için geliştirilmiş olan bu ölçeğin güvenirliği ise 0,72'dir.

Ayrıca, anket formunda hastane yönetiminin, verimliliği artırmada kullandığı teknikler ve dış kaynaklardan yararlanma (outsourcing) alanları ile ilgili olarak bazı kategorik sorulara da yer verilmiştir.

Örnekleme oluşturan 390 hemşirenin tümüne anket formu ulaştırılmıştır. Bizzat araştırmacılar tarafından yapılan anketler arasından bilimsel açıdan kullanılabilir toplam 89 anket formu elde edilmiştir. Dolayısıyla, anketlerin geri dönüş oranı %22,8 olarak gerçekleşmiştir. Bu oran, bilimsel yeterlilik açısından kabul edilebilir düzeydedir (Lewin vd., 1995, 83-101). Araştırmada elde edilen veriler, SPSS for Windows 9.05 paket programı yardımıyla analiz edilmiştir.

### Araştırma Bulguları Hemşirelerle İlgili Demografik Özellikler

Araştırma kapsamında değerlendirilen hemşirelerin demografik özellikleri Tablo 1'de verilmiştir.

**Tablo 1.** Anketi Cevaplayan Hemşirelerin Demografik Özellikleri

Özellikler	f	%	Özellikler	f	%
<b>Eğitim Düzeyi</b>			<b>İş Deneyimi</b>		
Sağlık Meslek Lisesi	6	6,7	5 yıl ve aşağısı	28	31,5
Meslek Yüksekokulu	35	39,3	6-10 yıl	36	40,4
Hemşirelik Yüksekokulu	40	44,9	11-15 yıl	12	13,5
Lisans	6	6,7	16-20 yıl	11	12,4
Lisansüstü	2	2,2	20 yıldan fazla	2	2,2
<b>Medeni Durum</b>			<b>Servisteki Hemşire Sayısı</b>		
Evli	40	44,9	5'den az	5	5,6
Bekar	49	55,1	5-10	53	59,6
<b>Yaş Durumu</b>			11-15	21	23,6
21-30 yaş arası	60	67,4	16-20	7	7,9
31-40 yaş arası	24	27,0	25 ve daha fazla	3	3,0
41-50 yaş arası	5	5,6			

Anketi cevaplayan hemşirelerin çalıştıkları servislerde ortalama olarak en az 5 hemşirenin görev yaptığı anlaşılmaktadır. Araştırmaya konu olan hemşirelerin %44,9'u evli ve %55,1'i bekârdır. Hemşirelerin yaş durumlarına bakıldığında hemşirelerin %67,4'ünün 30 yaşın altında olduğu tespit edilmiştir.

Anketi cevaplayan hemşirelerin %6,7'si Sağlık Meslek Lisesi, %39,3'ü Meslek Yüksekokulu, %44,9'u Hemşirelik Yüksekokulu, %6,7'si Lisans ve %2'si Lisansüstü düzeyde eğitime sahiptir. Söz konusu hemşirelerin işteki deneyimleri incelendiğinde ise, %31,5'inin 5 yıldan daha az, %40,4'ünün 6-10 yıl arası, %13,5'inin 11-15 yıl arası, %12,4'ünün 16-20 yıl arası ve %2,2'sinin 20 yıldan fazla iş deneyimine sahip olduğu görülmektedir.

**Hastanelerde Modern Yönetim Felsefesinin Verimliliğe Etkisi:  
Gevher Nesibe Hastanesinde Bir Uygulama**

**Hastanelerde Verimlilik ile İlgili Temel Araştırma Bulguları  
Verimliliğin İyileştirilmesinde Hastane Personelinin Rolü**

Araştırmaya katılan hemşirelere göre hastanelerde verimliliğin iyileştirilmesinde etkin gruplar sırasıyla yöneticiler (%73), hemşireler (%69), hekimler (%61,8) ve yardımcı personelden (%50) oluşmaktadır. Hastanelerde müşterinin tercihlerinin verimliliğin iyileştirilmesinde etkin olabileceği düşüncesinin hâkim olmadığı söylenebilir. Çünkü araştırmaya katılan hemşirelerin sadece %18'i müşterilerin (hasta ve refakatçilerin) verimliliğe katkıda bulunabileceği görüşünü savunmaktadır.

**Hastanelerde Verimlilik Artışının Sağlanmasında Etkili Faktörler**

Hastanelerde verimliliğin iyileştirilmesinde ileri teknolojiye yararlanma, zaman yönetimi, nitelikli personel istihdamı, katılımcı yönetim felsefesi ve etkin maliyet yönetiminin en önemli faktörler olduğu gözlenmektedir (Tablo 2).

**Tablo 2.** Hastanelerde Verimlilik Artışını Etkileyen Faktörler

Faktörler	Aritmetik Ortalama	Standart Sapma
İleri Teknolojiye Yararlanma	4,52	0,65
Etkin Zaman Yönetimi	4,48	0,53
Nitelikli Personel İstihdamı	4,44	0,61
Katılımcı Yönetim Felsefesi	4,39	0,60
Etkin Maliyet Yönetimi	4,35	1,34
Tıbbi Atık ve Temizlik Yönetimi	4,01	0,70
Hasta Tatmini ve Hizmet Kalitesi	3,98	0,71
Rekabetçi ve Farklı Hizmet Anlayışı	3,94	0,64
Etkin Finansman Modeli ve Satın Alma Sistemi	3,92	0,78

Ölçek: 1=Hiç Etkili Değil, 5=Çok etkili. Cronbach's Alpha: 0,90

Ancak hasta tatmini ve hizmet kalitesinin yanısıra rekabetçi hizmet anlayışının diğer faktörlere göre düşük düzeyde kalması, araştırmaya konu olan hastanede geleneksel yönetim tarzının daha baskın olduğuna dair işaretler vermektedir.

**Hastanelerde Verimliliği Artırmada Kullanılan Yöntemler**

Hemşirelere göre hastane yönetiminin verimliliği artırmada kullandığı yöntemler arasında Toplam Kalite Yönetimi, Maliyet-Etkinlik-Performans Analizi ve Geleneksel performans değerlendirme yöntemleri yer almaktadır (Tablo 3). Hemşirelerin Toplam Kalite Yönetimi felsefesi konusunda sadece prosedürlerin uygulanması niteliğinde bir bilgiye sahip oldukları söylenebilir. Verimliliği artırmada hemşirelerin %18'i hiçbir yöntem kullanılmadığını ifade etmektedir. Batı ülkelerinde verimliliğin iyileştirilmesinde çok fazla kullanılan Değişim Mühendisliği ve Örnek edinme (Benchmarking) gibi yeni yönetim tekniklerinin uygulama alanı bulamadığı tespit edilmiştir.

**Tablo 3.** Hastanelerde Verimliliği Artırmada Kullanılan Yöntemler

Yöntemler	F	(%)
Toplam Kalite Yönetimi	43	48,3
Maliyet –Etkinlik- Performans Analizi	21	23,6
Geleneksel performans değerlendirme yöntemleri	20	22,5
Günlük Kontrol Çizelgeleri	12	13,5
İş Ölçümüne Dayalı Kadrolama	10	11,2
Bio-Medikal Mühendislik Hizmetleri	9	10,1
Hiçbir yöntem kullanılmıyor	16	18,0

**Not:** Denekler birden fazla seçeneği işaretlemiştir.

### Hastanelerde Verimliliğin İyileştirilmesinde Dış Kaynaklardan Yararlanma (Outsourcing)

Kurumların rekabet avantajı sağlamak ve verimliliği iyileştirmek için sadece kendi öz yeteneklerini esas alan işleri yapmak istemeleri veya öz yetenekleri ile ilgili olmayan işleri, organizasyon dışındaki başka tedarikçilere yaptırma eğilimi *outsourcing* uygulamalarının ortaya çıkmasını sağlamıştır (Koçel, 2003: 389). İlk olarak 19. yüzyılda İngiltere’de metal üretim işletmelerinde *outsourcing* uygulamalarına rastlanılmıştır. 1960’lı yıllara gelindiğinde güvenlik, temizlik yemek gibi hizmetlerde birçok işletmede/kurumda olduğu gibi hastanelerde de *outsourcing* uygulama alanı bulmuştur. 1980’li yıllardan sonra teknolojideki hızlı gelişmeler ve artan küresel rekabetin etkisiyle hissedilen esneklik gereksinimi, kurumları geleneksel yönetim tarzlarını terk etmeye zorlamıştır. Bu bağlamda, kurumlar/hastaneler de öz yetenekleriyle ilgili olmayan bazı destek faaliyetlerinin yönetimini dış kaynak sağlayıcılara devretmeye ve faaliyet alanlarını sınırlamaya başlamışlardır (Bailey, vd., 2002: 83–95).

Hemşirelere göre verimliliğin iyileştirilmesi için temizlik hizmetleri (%82), yiyecek-İçecek hizmetleri (%77,5), güvenlik hizmetleri (%63) ve bilgi-işlem hizmetlerinin (%56,2) *outsourc*e edilmesi gerektiği düşüncesi ön plana çıkmaktadır (Tablo 4). Hemşirelerin *outsourcing*’ten yararlanmaya ilişkin bakış açısı hem modern hastane yönetiminin yeni bir pazarlama disiplini gerektirdiği hemde küçülmenin de verimliliği iyileştirebileceği düşüncesiyle örtüşmektedir.

**Tablo 4.** Outsourcing’ten Yararlanma Alanları

Outsourcing’ten Yararlanma Alanları	F	(%)
Temizlik hizmetleri	73	82,0
Yiyecek-İçecek hizmetleri	69	77,5
Güvenlik hizmetleri	59	63,0
Bilgi-işlem hizmetleri	50	56,2

**Not:** Denekler birden fazla seçeneği işaretlemiştir.

### Hemşirelerin Hastanelerde Verimlilik Konusundaki Tutumları

Araştırmaya katılan hemşirelere göre; ekip çalışması (%85,3), biçimsel olmayan ödüller (%82), biçimsel ödüller (%78,6), katılımcı yönetim (%68,5), etkin döner sermaye uygulamaları (%66,2), üst yöneticilerle uyumlu çalışma

**Hastanelerde Modern Yönetim Felsefesinin Verimliliğe Etkisi:  
Gevher Nesibe Hastanesinde Bir Uygulama**

(%65,1) boyutlarının verimliliğin iyileştirilmesinde etkili olduğu tespit edilmiştir. Buna karşın, sorunların zamanında çözülmemesi (%63,5), vizite sisteminin uygun olmaması (%50,2), ambulans hizmetlerinin etkin olmaması (%49,4), otoriter hekimlik (%53,9), çalışan-yönetici uyumsuzluğu (%47) hususlarının, verimlilikte düşüşe neden olduğuna dair tutumlar gözlenmektedir (Tablo 5).

**Tablo 5. Hemşirelerin Hastanelerde Verimlilik Konusundaki Tutumları**

İfadeler	Kesinlikle Katılmıyorum (%)	Katılmıyorum (%)	Ne Katılmıyorum	Katılmıyorum (%)	Kesinlikle Katılmıyorum (%)	Aritmetik Ortalama	Standart Sapma
Verimliliğin ekip çalışmasıyla artırılacağını düşünüyorum.	3,4	4,5	6,8	27,3	58,0	4,31	1,02
Verimliliğin artırılmasında biçimsel ödüllerin (terfi, ücret, döner sermayeden pay alma vs.) etkin olduğunu düşünürüm.	6,7	9,0	5,6	34,8	43,8	4,00	1,21
Hastanelerde yönetimin tutumunun verimliliğin düşmesinde etkili olduğunu düşünüyorum.	3,6	8,4	10,8	38,6	38,6	4,00	1,08
Verimliliğin artırılmasında biçimsel olmayan ödüllerin (takdir etme, övgü vs) etkin olduğunu düşünürüm.	5,6	6,7	5,6	52,8	29,2	3,93	1,06
İleri teknolojileri kullanırsam verimliliğimin artacağını düşünürüm	2,2	9,0	16,9	38,2	33,7	3,92	1,03
Hastanelerde hemşirelerin yüksek motivasyona sahip olması durumunda verimliliğin artacağını düşünürüm.	4,5	12,4	13,5	31,5	38,2	3,86	1,18
Kendi kararlarımı verdiğimde daha verimli sonuçlara ulaşırm.	1,1	11,2	19,1	47,2	21,3	3,76	,95
Üst yöneticilerimle uyumlu çalıştıgımda verimliliğimi yükseltirim.	2,2	14,6	18,0	44,9	20,2	3,66	1,03
Hastanelerde malzemelerin kullanımında israfın önlenmesiyle verimliliğin sağlanacağını düşünüyorum.	2,2	16,9	19,1	36,0	25,8	3,66	1,10
Verimlilik düzeyimdeki artışın becerilerimi geliştirmekle olacağını düşünürüm.	2,2	14,6	19,1	46,1	18,0	3,62	1,01
Hastanelerde döner sermaye uygulamalarının verimliliğe katkı sağladığını düşünüyorum.	10,1	9,0	14,6	40,4	25,8	3,62	1,24
Hastanelerde verimliliğin artırılması için görevini aksatan personelin cezalandırılması gerektiğini düşünüyorum.	4,5	15,7	16,9	53,9	9,0	3,47	1,01
Hastanelerde malzeme satın alma sistemlerinin en az maliyet ilkesini uygulayarak çalıştığını düşünüyorum.	11,2	14,6	21,3	28,1	24,4	3,40	1,31
Hastanelerde hasta kayıt sisteminin etkin işlediğini düşünüyorum.	7,9	20,2	36,0	29,2	6,7	3,06	1,04
Hastanelerde haberleşme sisteminin etkin işlediğini düşünüyorum.	9,0	18,0	38,2	27,0	7,9	3,06	1,06

Şevki ÖZGENER – Fatma KÜÇÜK

Hastanelerde düşük müşteri memnuniyetinin kaynağının hasta ve yakınlarının davranışı olduğunu düşünüyorum.	8,0	29,5	19,3	35,2	8,0	3,05	1,13
Hastanelerde çalışan personelin zamanı etkin şekilde kullandığını düşünüyorum.	11,2	24,7	28,1	23,6	12,4	3,01	1,20
Hastanelerde rapor ve kayıt sistemlerinin hızlı ve zamanında tutulduğunu düşünüyorum.	9,0	29,2	33,7	24,7	3,4	2,84	1,01
Verimliliğin bireysel çabayla artırılabilceği inancını taşıyorum.	<b>16,9</b>	<b>31,5</b>	14,6	25,8	11,2	2,83	1,29
Hastanelerde verimliliğin hastaların isteklerine cevap vermekle sağlanacağını düşünüyorum.	9,1	35,2	28,4	20,5	6,8	2,80	1,08
Verimli çalışmak için üst yöneticiyle uyumlu çalışma şartı aramam.	<b>12,4</b>	<b>34,8</b>	19,1	29,2	4,5	2,78	1,13
Hastanelerde verimliliğin hekimlerin talimatlarına uymakla iyileştirilebileceğini düşünüyorum.	<b>24,7</b>	<b>29,2</b>	16,9	15,7	13,5	2,64	1,36
Hastanelerde ambulans hizmetlerinin en etkin şekilde sunulduğunu düşünürüm.	<b>19,1</b>	<b>30,3</b>	30,3	13,5	6,7	2,58	1,14
Hastanelerde vizite sisteminin en uygun şekilde işlediğini düşünüyorum.	<b>12,4</b>	<b>38,2</b>	30,3	18,0	1,1	2,57	,96
Hastanelerde sorunların zamanında çözüldüğünü düşünürüm	<b>24,2</b>	<b>39,3</b>	28,1	7,9	0,0	2,19	,90

**Ölçek:** 1=Kesinlikle Katılmıyorum; 5= Kesinlikle Katılıyorum; Cronbach's Alpha: 0,72

Hemşirelerin verimliliğin iyileştirilmesi ile ilgili tutumları genel olarak değerlendirildiğinde; hem katılımcı yönetim tarzına taraftar oldukları hem de taraftar olmadıkları söylenebilir. Özellikle hemşirelerin bürokratik işlemler ve engellerin (örneğin; vizite sistemi, zamanı etkin kullanamama, elverişli olmayan ambulans hizmetleri, uygun olmayan talimatlar vs) verimliliği olumsuz yönde etkilediğine dair bir tutum içinde oldukları şeklinde yorumlanabilir. Modern yönetim açısından hemşirelerin tutumları irdelendiğinde ise, *"Hastanelerde verimliliğin, hastaların isteklerine cevap vermekle sağlanacağını düşünüyorum"* ve *"Hastanelerde düşük müşteri memnuniyetinin kaynağının hasta ve yakınlarının davranışı olduğunu düşünüyorum."* ifadelerine ilişkin değerlendirmelerinin, modern yönetim anlayışının gerekleriyle örtüşmediği görülmektedir. Ancak *"Verimliliğin ekip çalışmasıyla artırılabilceğini düşünüyorum."* yargısına önemli ölçüde katılmaları, gelişmiş Batı ülkelerindeki hastanelerde hâkim olan *süper liderlik* anlayışı ile paralellik arz etmektedir.

### SONUÇ VE DEĞERLENDİRME

Hemşirelerin bakış açısıyla modern yönetim felsefesinin verimliliğe etkisinin analiz edildiği bu çalışmada, verimliliğin, daha çok yönetimin etkinliğine bağlı olduğu görülmektedir. Analiz sonuçları incelendiğinde;

### Hastanelerde Modern Yönetim Felsefesinin Verimliliğe Etkisi: Gevher Nesibe Hastanesinde Bir Uygulama

-Hastanelerde verimliliğin iyileştirilmesinde en etkin grupların; yöneticiler, hemşireler, hekimler ve yardımcı personel olduğu tespit edilmiştir. Hastanelerde müşterinin tercihlerinin, verimliliğin iyileştirilmesinde etkin olabileceği düşüncesinin hâkim olmadığı söylenebilir. Bu da dışarıdakilerin gözüyle veya üçüncü göz stratejisiyle verimliliğe yaklaşmayı engelleyici rol oynamaktadır.

-Hastanelerde verimliliğin iyileştirilmesinde ileri teknolojiden yararlanma, zaman yönetimi, nitelikli personel istihdamı, katılımcı yönetim felsefesi ve etkin maliyet yönetiminin en önemli faktörler olduğu gözlenmektedir. Ancak hasta tatmini ve hizmet kalitesinin yanısıra rekabetçi hizmet anlayışının, diğer faktörlere göre düşük düzeyde kalması hastanelerde geleneksel yönetim tarzının baskın olmasına bağlanabilir.

-Hastanelerde verimliliği artırmada kullanılan modern yönetim teknikleri arasında; Toplam Kalite Yönetimi ve Dış Kaynaklardan Yararlanma'nın (Outsourcing) en yaygın yöntem olduğu tespiti yapılmıştır. Hemşirelerin büyük çoğunluğu, verimliliğin iyileştirilmesi için temizlik hizmetleri, yiyecek-içecek hizmetleri, güvenlik hizmetleri ve bilgi-işlem hizmetlerinin outsource edilmesi gerektiği düşüncesini benimsemiştir.

-Hemşirelere göre ekip çalışması, biçimsel olmayan ödüller, biçimsel ödüller, katılımcı yönetim, etkin döner sermaye uygulamaları, üst yöneticilerle uyumlu çalışma verimliliğin iyileştirilmesinde etkili olmaktadır. Buna karşın, sorunların zamanında çözümlenmemesi, vizite sisteminin uygun olmaması, ambulans hizmetlerinin etkin olmaması, otoriter hekimlik, çalışan-yönetici uyumsuzluğun verimlilikte düşüşe neden olduğuna dair tutumlar gözlenmektedir.

Hemşirelerin verimliliğin iyileştirilmesi ile ilgili tutumları genel olarak değerlendirildiğinde hem katılımcı yönetim tarzına taraftar oldukları hem de taraftar olmadıkları söylenebilir. Müşterilerin(hastaların) istek ve beklentilerinin ikinci planda tutulması da bu anlayışın etkin olduğuna dair diğer bir tespittir. Özellikle hemşirelerin, bürokratik işlemler ve engellerin (örneğin; vizite sistemi, zamanı etkin kullanamama, elverişli olmayan ambulans hizmetleri, uygun olmayan talimatlar vs.) verimliliği olumsuz yönde etkilediğine dair bir tutum içinde oldukları ifade edilebilir.

Sonuç olarak sağlık bakım hizmetlerinde verimlilik göstergelerinin soyut olarak belirgin olmaması nedeniyle bu çalışmanın tam anlamıyla verimlilik konusunu irdelediğini söylemek güçtür. Ancak verimlilik göstergelerinin iyileştirilmesinde katılımcı yönetim, hasta tatmini, önce insan anlayışı, işbirliği stratejileri geliştirme ve dış kaynaklardan yararlanma stratejilerinin benimsenmesi önerilebilir.

Gelecekte araştırmacılara, kültürlerarası bir yaklaşımla hastanelerde süper liderlik yaklaşımının örgütsel etkinlik üzerindeki etkileri potansiyel araştırma konusu olarak önerilebilir.

#### **KAYNAKÇA**

Akal, Z. (2003), "Performans Kavramları ve Performans Yönetimi", Basbakanlık Yüksek Denetleme Kurulu, Ankara, Ocak. <http://www.ydk.gov.tr> (Erişim Tarihi: 02.06.2005).

- Akgemci, T. (2007), **Stratejik Yönetim**, Gazi Kitabevi, Ankara.
- Al-Darrab, I. A. (2000), “Relationships between productivity, efficiency, utilization, and quality”, *Work Study*, 49 (3): 97-103.
- Alpugan, O. (1995), “Hastane Yönetimi ve Ekonomik İlkeler”, *Hastane İşletmeciliği (Seçme Yazılar)*, (Editör: Hikmet Seçim), Eskişehir, ss.137-157.
- Aptel, O. & Pourjalali, H. (2001), “Improving activities and decreasing costs of logistics in hospitals: a comparison of US and French hospitals”, *The International Journal of Accounting*, 36: 65-90.
- Bailey, W., Masson, R. & Raeside. R. (2002), “Outsourcing in Edinburgh and the Lothians”, *European Journal of Purchasing & Supply Management* 8: 83–95.
- Boussabaine, A. H. & Kirkham, R. Jr. (2006), “Whole life cycle performance measurement re-engineering for the UK National Health Service estate”, *Facilities*, 24(9/10): 324-342.
- Caccia-Bava, M. C., Guimaraes, T. & Harrington, S. J., (2006), “Hospital organization culture, capacity to innovate and success in technology adoption”, *Journal of Health Organization and Management*, 20(3): 194-217.
- Cardinaels, E., Roodhooft, F. & Van Herck, G. (2004), “Divers of cost development in hospitals: results of a survey”, *Health Policy*, 69: 239-252.
- Chaerul, M. & Tanaka, M., (2007), “A system dynamics approach for hospital waste management”, *Waste Management* (in press)
- Chow-Chua, C.& Goh, M., (2002), “Framework for evaluating performance and quality improvement in hospitals”, *Managing Service Quality*, 12(1): 54-66.
- Devebakan, N. (2005), **Sağlık İşletmelerinde Algılanan hizmet Kalitesi ve Ölçümü**, Dokuz Eylül Üniversitesi, Sağlık Enstitüsü, İzmir.
- Doğan, N. Ö. (2006), **Veri Zarflama Analizi ile Belediyelerde Performans Ölçümü: Kapadokya Bölgesi Örneği**, Yüksek Lisans Tezi, Erciyes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı. Kayseri.
- Ersun, S. (1994), “Kalite Üstadları” *Önce Kalite Dergisi*, Sayı: 7, s.22.
- Genç, B. (1998), **Verimlilik- Verimlilik Ölçümleri ve Ankara Şeker Fabrikasında Verimlilik Ölçümü**, Yüksek Lisans Tezi, Ankara.
- Godiwalla, Y.H., Batra, H.C., Johnson, J. A. & Charleston, C., (1997), “Managing hospitals in dynamic environments”, *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 10/5: 202–207.
- Gupta, A. (1995), “Productivity measurement in service operations: a case study from the healthcare environment”, *Managing Service Quality*, 5(5): 31–35.
- Gürkan, Y. (1995), “Çağdaş Yönetim Anlayışı Doğrultusunda Örgütlerde Performans Kavramı ve Performans Yönetimi”, *Vergi Dünyası*, 169: 48-69.
- Gürlek, B. & Gürol, M. A. (1993), “Kaliteye Giden Yolda Etik Yapının Rolü”, *D.E.Ü. İ. İ. B. Fakültesi Dergisi*, 8 (1): 192-203.
- Güven, S. & Yeşil, S. (2004), “İşletmelerde Zaman Yönetimi”, *Çağdaş Yönetim Yaklaşımları*, (Editör: İsmail Bakan), İstanbul: Beta Basım Yayım, ss.58-91.



**Hastanelerde Modern Yönetim Felsefesinin Verimliliğe Etkisi:  
Gevher Nesibe Hastanesinde Bir Uygulama**

Kalogeropoulos, D., Carson, E.R. & Collinson, P.O., (2003), "Towards knowledge-based systems in clinical practice: Development of an integrated clinical information and knowledge management support system", *Computer Methods and Programs in Biomedicine*, 72: 65-80.

Kirkman-Liff, B.L., Huijsman, R., van der Grintenb, T.& Greg B., (1997), "Hospital adaptation to risk-bearing: managerial implications of changes in purchaser-provider contracting", *Health Policy*, 39: 207-223.

Koçel, T.(2003), **İşletme Yöneticiliği**, 9.Bası, İstanbul: Beta Basım-Yayım A.Ş.

Lewin, A.Y., Sakano, T., Stephens, C.U &Victor, B. (1995), "Corporate citizenship in Japan: Survey results from Japanese firms", *Journal of Business Ethics*, 14: 83-101.

Madorrán Garcia, C. & de Val Pardo, I. (2004), "Strategies and performance in hospitals", *Health Policy*, 67: 1-13

Manz, C. C.& Sims, H. P. Jr., (1991), "Superleadership: Beyond the Myth of Heroic Leadership", *Organizational Dynamics*, (Spring): 24-33.

Menderes, M. (1995), "Genel Sistem Kuramı ve Sağlık Sistemi, Hastane Sistemi ve Hasta Bakım Alt Sistemi", *Hastane İşletmeciliği (Seçme Yazılar)*, (Editör: Hikmet Seçim), Anadolu Üniversitesi Yayın No: 845, Açıköğretim Fakültesi Yayın No: 449, Eskişehir, ss.43-73.

Meyer Goldstein, S., Ward, P.T., Leong, G.K. & Butler, T.W., (2002), "The effect of location, strategy, and operations technology on hospital performance", *Journal of Operations Management*, 20: 63-75

Moody, D., Motwani, J.& Kumar, A. (1998), "Implementing quality initiatives in the human resources department of a hospital: a case study", *Managing Service Quality*, 8 (5): 320-326.

Moreno, L., Aguilar, R.M., Martin, C.A., Pineiro, J.D., Estevez, J.I., Sigut, J.F., Sanchez, J.L. & Jimenez, V.I. (1999), "Patient-centered simulation tool for aiding in hospital management", *Simulation Practice and Theory* 7: 373-393

Moseng, B. & Rolstadås, A. (2001), "Success factors in the productivity process", 10th *World Productivity Congress*, available at: [www.catriona.napier.ac.uk/resource/wpc10th/moseng.htm](http://www.catriona.napier.ac.uk/resource/wpc10th/moseng.htm), (Erişim Tarihi: 17.06.2007).

Nachum, L. (1999), "Measurement of productivity of professional services. An illustration on Swedish management consulting firms", *International Journal of Operations & Production Management*, 19 (9): 922-949.

Naranjo-Gil, D.& Hartmann, F. (2007), "How CEOs use management information systems for strategy implementation in hospitals", *Health Policy*, 81: 29-41.

Naveh, E.& Stern, Z. (2005), "How quality improvement programs can affect general hospital performance", *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 18 (4): 249-270.

Özgen, H. (1995), “Çağdaş Hastane Yönetimi Anlayışı ve Türkiye’deki Uygulamalar”, *Hastane İşletmeciliği (Seçme Yazılar)*, (Editör: Hikmet Seçim), Anadolu Üniversitesi Yayın No: 845, Açıköğretim Fakültesi Yayın No: 449, Eskişehir, ss.73-77.

Özgener, Ş. (2004), “Bir Yönetim Stratejisi Olarak Outsourcing”, *Çağdaş Yönetim Yaklaşımları* (Editör: İ.Bakan), İstanbul: Beta Basım-Yayım A.Ş., ss.171-207.

Özgener, Ş. (2005), “Toplam Kalite Yönetimi”, *Modern Yönetim Teknikleri* (Editör: Aykut Bedük), Gazi Kitabevi, Ankara. ss.1-81.

Ramanathan, R. (2005), “Operations assessment of hospitals in the Sultanate of Oman”, *International Journal of Operations & Production Management*, 25(1):39-54.

Ramirez Valdivia, M.T.& Crowe, T.J. (1997), “Achieving hospital operating objectives in the light of patient preferences”, *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 10/5: 208–212

Şimşek, M.Ş. (2002), **Yönetim ve Organizasyon**, 7.Baskı, Günay Ofset, Konya

Uz, M.H.(1997), “Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı ve Ödeme Modelleri”, *Hastane Yöneticiliği* (Editörler: Osman Hayran ve Haydar Sur), Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul, ss.151-157.

Van Looy, B., Gemmel, P., Desmet, S., Van Dierdonck, R.& Serneels, S.(1998) “Dealing with productivity and quality indicators in a service environment: some field experiences”, *International Journal of Service Industry Management*, 9 (4): 359-376.

Walker, R.& Adam, J.(1998), “Time-Sensitive clinical management: A Case study of acute asthma care”, *Soc. Sci. Med.* 46 (4-5): 539-547.

Withanachchi, N., Karandagoda, W.&Handa, Y. (2004), “Performance improvement programme at a public hospital in Sri Lanka: an introduction”, *Journal of Health Organization and Management*, 18 (5): 361-369.

Yamak, O. (1994), **Üretim Yönetimi**, Alfa Yayınevi, İstanbul.

Yasin, M.M., Zimmerer, L.W., Miller, P.&Zimmerer, T.W. (2002), “An empirical investigation of the effectiveness of contemporary managerial philosophies in hospital operational setting”, *International Journal of Health Care Quality Assurance*. 15/6: 268-276.

Yavas, U. & Romanova, N. (2005), “Assessing performance of multi-hospital organizations: a measurement approach”, *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 18 (3): 193-203.

Yıldız, G. (1994), **İşletmelerde Toplam Kalite Yönetimi**, Sakarya Üniversitesi, Yayın No: 10.