

# SAĞLIK SEKTÖRÜNDE TOPLAM KALİTE YÖNETİMİ VE İNSAN KAYNAKLARI İLİŞKİSİ

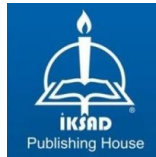
Dr. Öğr. Üyesi Harika ŞEN  
Prof. Dr. Emine Tuncay KAPLAN



**SAĞLIK SEKTÖRÜNDE TOPLAM KALİTE  
YÖNETİMİ VE İNSAN  
KAYNAKLARI İLİŞKİSİ**

**Dr. Öğretim Üyesi Harika ŞEN  
Prof. Dr. Emine Tuncay KAPLAN**

DOI: <https://dx.doi.org/10.5281/zenodo.10454377>



Copyright © 2023 by iksad publishing house  
All rights reserved. No part of this publication may be reproduced, distributed or transmitted in any form or by any means, including photocopying, recording or other electronic or mechanical methods, without the prior written permission of the publisher, except in the case of brief quotations embodied in critical reviews and certain other noncommercial uses permitted by copyright law. Institution of Economic Development and Social Researches Publications®

(The Licence Number of Publicator: 2014/31220)

TÜRKİYE TR: +90 342 606 06 75

USA: +1 631 685 0 853

E mail: [iksadyayinevi@gmail.com](mailto:iksadyayinevi@gmail.com)

[www.iksadyayinevi.com](http://www.iksadyayinevi.com)

It is responsibility of the author to abide by the publishing ethics rules.

Iksad Publications – 2023©

**ISBN: 978-625-367-610-0**

Cover Design: İbrahim KAYA

December / 2023

Ankara / Türkiye

Size = 16x24 cm

## **ÖNSÖZ**

İnsanoğlunun varlığından bu yana sağlık, en önemli önceliğimizdir. Sağlık hizmetlerinin verilmesinde temel amaç, bireylerin ve toplumun sağlığının korunmasıdır. Bununla birlikte bir toplumun sağlık seviyesinin yüksek olması o toplumun gelişmişlik düzeyini gösteren en önemli kriterlerden biridir.

Türkiye’de sağlık hizmetleri kamu ve özel sektör tarafından yürütülmektedir. Sağlık kurumları gibi hizmet sektörü içinde yer alan işletmelerde yaşanan gelişmelere uyum sağlayıp, başarılı olabilmek insan kaynağını önemsemekten geçmektedir. Karmaşık bir yapıya sahip olan sağlık kurumları, iyi bir yönetim sistemine sahip olmalıdır.

21. yüzyılda gelişen ve değişen dünya, sağlık kurumlarının yönetim anlayışını da değişime uğratmıştır. Bu değişimi özümsemek, yeni sistemlere adapte olmak ve yeninin imkanlarını avantaj haline getirebilmek insan kaynakları yönetiminin toplam kalite yönetimi felsefesi ile yoğrulmasını zorunlu kılmaktadır. Bu bağlamda hazırlanan bu kitap, sağlık sektöründe toplam kalite yönetimi ve insan kaynakları yönetimi konusunda ilgi duyan kişiler, kurumlar, akademisyenler ve öğrenciler için fikir oluşturması için kaleme alınmıştır. Bu kitap 10.06.2013 tarihinde doktora tezi olarak kabul edilen “Türkiye’de Sağlıkta Dönüşüm Programı Bağlamında Toplam Kalite Yönetimi ile İnsan Kaynakları Yönetimi İlişkisi: Kamu-Özel Hastane Uygulamaları” adlı doktora tezinden üretilmiştir.

## TEŞEKKÜR

Bu kitap çalışması fikri; insanoğlunun en değerli hazinesi olan sağlığı incelemek ve bu süreçte yoğun özveri ile çalışan sağlık işgücünün değişen ve gelişen yönetim sisteminde toplam kalite ve insan kaynakları yönetimiyle ilişkisini değerlendirmek amacıyla kaleme alınmıştır. Kitap çalışması süresince benden desteğini esirgemeyen, akıllı hocam Prof. Dr. Emine Tuncay KAPLAN' a teşekkürlerimi borç bilirim. Bu kitap; canım babam Hasan ŞEN'e ithaf olunur.

## İÇİNDEKİLER

<b>ÖNSÖZ</b> .....	<b>i</b>
<b>TEŞEKKÜR</b> .....	<b>ii</b>
<b>İÇİNDEKİLER</b> .....	<b>iii</b>
<b>TABLolar LİSTESİ</b> .....	<b>vi</b>
<b>ŞEKİLLER LİSTESİ</b> .....	<b>vii</b>
<b>GRAFİKLER LİSTESİ</b> .....	<b>viii</b>
<b>KISALTMALAR</b> .....	<b>ix</b>
<b>GİRİŞ</b> .....	<b>1</b>
<b>BİRİNCİ BÖLÜM</b> .....	<b>3</b>
<b>TOPLAM KALİTE YÖNETİMİ</b> .....	<b>3</b>
<b>1. TOPLAM KALİTE YÖNETİMİNİN KAVRAMSAL ÇERÇEVESİ ... 3</b>	
1.1. Kalite ve Toplam Kalite Yönetiminin Tanımı .....	3
1.2. Kalite ve Toplam Kalite Yönetiminin Gelişim Süreci .....	5
1.3. Toplam Kalite Yönetiminin İlkeleri.....	13
1.3.1. Müşteri Odaklılık/Müşteri Tatmini.....	14
1.3.2. Üst Yönetimin Liderliği .....	16
1.3.3. Tam Katılım ve Takım Çalışması.....	19
1.3.4. Çalışanların Eğitimi.....	20
1.3.5. Hata Önleme/Sıfır hata.....	21
1.3.6. Sürekli Geliştirme/İyileştirme .....	24
<b>II. SAĞLIK HİZMETLERİNDE KALİTE VE ÖZELLİKLERİ..... 25</b>	
2.1. Sağlık Hizmetlerinde Kalitenin Geçmişi .....	27
2.2. Sağlık Hizmetlerinde Kalitenin Boyutları.....	30
2.3. Sağlık Hizmetlerinde Kalitenin Önemi.....	34
<b>3. SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMI KAPSAMINDA TOPLAM KALİTE YÖNETİMİ VE AKREDİTASYON..... 34</b>	
<b>İKİNCİ BÖLÜM</b> .....	<b>42</b>
<b>İNSAN KAYNAKLARI YÖNETİMİ</b> .....	<b>42</b>

<b>1. GENEL OLARAK .....</b>	<b>42</b>
1.1. İnsan Kaynakları Yönetiminin Tanımı .....	42
1.2. İnsan Kaynakları Yönetiminin Gelişim Süreci .....	43
1.3. İnsan Kaynakları Yönetiminin Fonksiyonları .....	45
1.3.1. İnsan Kaynakları Planlaması .....	46
1.3.2. İş Analizi ve İş Tanımları .....	48
1.3.3. İşgören Bulma ve Seçme .....	49
1.3.4. İşgören Eğitimi ve Kariyer Geliştirme.....	51
1.3.5. Performans Değerlemesi .....	55
1.3.6. İş Değerleme ve Ücretlendirme .....	56
1.3.7. Endüstri İlişkileri.....	57
1.3.8. İş Sağlığı ve Güvenliği .....	58
<b>ÜÇÜNCÜ BÖLÜM .....</b>	<b>63</b>
<b>SAĞLIK HİZMETLERİNDE İNSAN KAYNAKLARI VE TOPLAM KALİTE YÖNETİMİ .....</b>	<b>63</b>
<b>1- SAĞLIK HİZMETLERİNDE İNSAN KAYNAKLARI VE ÖZELLİKLERİ.....</b>	<b>63</b>
1.1. Sağlık Hizmetlerinde İnsan Kaynakları ve Dönüşümü .....	63
1.1.1. 4/A Kadro.....	64
1.1.2. 4/B Kadro .....	65
1.1.3. 4/C Kadro.....	67
1.1.4. 4/D Kadro.....	67
1.2. Sağlık Hizmetlerinde İnsan Kaynakları Yönetiminin Boyutları .....	71
1.3. Sağlıkta Dönüşüm Programı Kapsamında İnsan Kaynakları Yönetimi.....	77
1.3.1. Sağlıkta insan kaynakları stratejisi oluşturmak üzere yapılan çalışmalar .....	79
1.3.2. Kilit Konumdaki Kuruluşların Görüş Birliğinin Sağlanması	79
1.3.3. Gelecekteki Stratejik Sağlıkta İnsan Kaynakları Planlarına Yönelik Çalışmalar .....	82
1.3.4. Kamu İşyerlerinde İnsan Kaynakları Birimi Oluşturulması..	83

1.3.5. Özel İşyerlerindeki İnsan Kaynaklarının İşlevleri .....	83
<b>2. SAĞLIK HİZMETLERİNDE TOPLAM KALİTE YÖNETİMİ VE İNSAN KAYNAKLARI YÖNETİMİ İLİŞKİSİ .....</b>	<b>87</b>
2.1. Toplam Kalite Yönetiminde İnsan Kaynaklarının İşlevi.....	90
2.2. İnsan Kaynakları Toplam Kalite İlişkisi .....	92
2.3. Toplam Kalite Yönetimi ve İnsan Kaynakları İlişkisinde Seçme ve Yerleştirme .....	93
2.4. Toplam Kalite Yönetimi ve İnsan Kaynakları İlişkisinde Eğitim ...	96
2.5. Toplam Kalite Yönetimi ve İnsan Kaynakları İlişkisinde Performans Değerlendirme .....	99
2.6. Toplam Kalite Yönetimi ve İnsan Kaynakları İlişkisinde Kariyer	100
2.7. Toplam Kalite Yönetimi ve İnsan Kaynakları İlişkisinde Yetkinlik .....	102
2.8. Toplam Kalite Yönetimi ve İnsan Kaynakları İlişkisinde İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği .....	103
2.9. Toplam Kalite Yönetimi ve İnsan Kaynakları İlişkisinde Stratejinin Oluşturulması .....	104
2.10. Toplam Kalite Yönetimi ve İnsan Kaynakları İlişkisinde Üst Yönetimin Desteği.....	105
2.11. Toplam Kalite Yönetimi ve İnsan Kaynakları İlişkisinde Müşteri Odaklılık.....	106
2.12. Toplam Kalite Yönetimi ve İnsan Kaynakları İlişkisinde Tam Katılım .....	107
2.13. Toplam Kalite Yönetimi ve İnsan Kaynakları İlişkisinde Takım Çalışması .....	108
2.14. Toplam Kalite Yönetimi ve İnsan Kaynakları İlişkisinde Sürekli İyileştirme .....	109
<b>SONUÇ.....</b>	<b>111</b>
<b>KAYNAKÇA .....</b>	<b>116</b>
<b>ÖZGEÇMİŞ.....</b>	<b>132</b>



## TABLolar LİSTESİ

Tablo1: Literatürdeki Bazı Çalışmalar ve TKY'nin Başarısını Etkileyen Faktörler.....	8
Tablo 2: Müşteri ve İşletme Açısından Kalite Anlayışı .....	15
Tablo 3: Donabedian Yapı, Süreç, Sonuç Modeli.....	33
Tablo 4: Personel Yönetimi ve İnsan Kaynakları Yönetimi Arasındaki Farklar.....	46
Tablo 5: XX-XXI Yüzyılda Kariyer Yönetiminde Paradigma Kayma.....	57
Tablo 6: Sağlık Kurumlarında Risk Faktörleri.....	62
Tablo 7: Sözleşmeli ve Kadrolu Personel Karşılaştırması.....	66
Tablo 8: İBBS-1'e ve Sektörlere Göre Hastane Sayısı, 2021.....	70
Tablo 9: Seçili OECD Ülkelerinde Her 1000 Kişiyeye Düşen Sağlık Personeli ve Hasta Yatağı Sayısı.....	73
Tablo 10: Sektörlere ve Ünvanlara Göre Sağlık Personelinin Dağılımı, 2021.....	75
Tablo 11: Geleneksel Yaklaşım-Toplam Kalite Yönetimi Yaklaşımı Karşılaştırması.....	92
Tablo 12: Sektörlere Göre Hastane Sayısı, 2020.....	102

## ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1. Liderlerin Özellikleri .....	17
Şekil 2. Problem Çözmede Sistemik Yaklaşım.....	23
Şekil 3. Deming Döngüsü.....	24
Şekil 4. Kalitenin Tarihsel Gelişimi.....	29
Şekil 5. Donabedian Sağlıkta Hizmet Kalitesi Özellikleri .....	31
Şekil 6. Sağlık İnsan Kaynakları İhtiyacı ve Arzı Projeksiyon Modeli.....	95

## **GRAFİKLER LİSTESİ**

Grafik 1. Personelin Öğrenim Durumuna Göre Dağılımı, 2022 (%).....98

## KISALTMALAR

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
ANSI	: Amerikan Ulusal Standartlar Enstitüsü
AR-GE	: Araştırma ve Geliştirme
ASQC	: Amerikan Kalite Kontrol Derneği
DMK	: Devlet Memurları Kanunu
EA	: Avrupa Akreditasyon Birliği
EFQM	: Avrupa Kalite Yönetimi Vakfı
EOQC	: Avrupa Kalite Kontrol Organizasyonu
HKS	: Hastane Kalite Standartları
IAF	: Uluslararası Akreditasyon Forumu
ILAC	: Uluslararası Laboratuvar Akreditasyonu Birliği
IOHC	: International Occupational Health Commission
ILO	: International Labour Organization
ISO	: International Organization for Standardization
İK	: İnsan Kaynakları
İKY	: İnsan Kaynakları Yönetimi
JCAHO	: Joint Commission for Accreditation of Health Care Organizations
JCI	: Joint Commission International
JIT	: Tam Zamanında Üretim
KALDER	: Türkiye Kalite Derneği
KHK	: Kanun Hükmünde Kararname
KÖO	: Kamu Özel Ortaklığı
KPSS	: Kamu Personel Seçme Sınavı
MBA	: Master of Business Administration
MBQNA	: Malcolm Baldrige Ulusal Kalite Ödülü
MHRS	: Merkezi Hastane Randevu Sistemi
MLA	: Çok Taraflı Anlaşma

M.Ö.	: Milattan Önce
M.S.	: Milattan Sonra
NIOSH	: National Institute for Occupational Safety and Health
OECD	: Organisation for Economic Co-Operation and Development
OHSAD	: Özel Hastaneler ve Sağlık Kuruluşları Derneği
OSHA	: Occupational Safety and Health Administration
SASAM	: Sahipkıran Stratejik Araştırmalar Merkezi
SDP	: Sağlıkta Dönüşüm Programı
SGK	: Sosyal Güvenlik Kurumu
SHRM	: The Society for Human Resource Management
SSK	: Sosyal Sigortalar Kurumu
SSGSSK	: Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu
T.C.	: Türkiye Cumhuriyeti
TKY	: Toplam Kalite Yönetimi
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
TÜRKAK	: Türk Akreditasyon Kurumu
TÜSEB	: Türkiye Sağlık Hizmetleri Kalite ve Akreditasyon Enstitüsü
WHO	: World Health Organization
YÖK	: Yükseköğretim Kurulu
YY	: Yüz Yıl

## GİRİŞ

Çalışma hayatına son yüzyıla damgasına vuran küreselleşme süreci teknolojik gelişmelerle birlikte rekabeti farklı bir boyuta taşımıştır. Bilgi çağı olarak adlandırılan bu süreçte işletmeler ayakta kalabilmek adına büyük bir değişim sürecinden geçmek zorunda kalmış, bu değişimin beraberinde getirdiği yeni yönetim anlayışları etkin hale gelmiştir. Bu yönetim anlayışlarının başında ise Toplam Kalite Yönetimi ve İnsan Kaynakları Yönetimi yer almaktadır.

Sağlık kurumları hizmet sektörü içerisinde yer alan, hizmetin yedi gün yirmidört saat verildiği işletmelerdir. Sağlık kurumlarında yürütülen hizmette meydana gelebilecek bir hata hastanın ciddi olarak sağlığını etkileyebilmekte hatta geri dönüşü olmayan bir süreç yaşanmasına neden olabilmektedir. Bu durum sağlık kurumlarını diğer işletmelerden önemli ölçüde ayırmakta, verilen hizmetin kalitesi büyük önem taşımaktadır.

Sağlık kurumları bünyesinde farklı meslek gruplarının istihdam edildiği işletmelerdir. Hekim, hemşire, ebe, odyolog, fizyoterapist, diyetisyen, ilk ve acil yardım teknikeri, anestezi teknikeri, ameliyathane teknikeri, tıbbi görüntüleme teknikeri, tıbbi laboratuvar teknikeri, patoloji teknikeri vb. sağlık ekibinden oluşurken, insan kaynakları uzmanı, muhasebe uzmanı, halkla ilişkiler uzmanı, hasta hizmetleri personeli, santral birimi vb. idari ekibi, güvenlik hizmetleri, kat personeli, elektrik teknikeri, otomasyon teknikeri vb. destek ve teknik hizmetler birimini oluşturmaktadır. Bu kadar farklı meslek grubunu bünyesinde barındıran sağlık kurumları işletmelerinde insan kaynakları yönetiminin etkinliği büyük önem taşımaktadır.

Ülkemizde sağlık kurumlarında istihdam edilen personelin özlük hakları kamuda zaman içinde değişiklik göstermiştir. Özellikle Sağlık Dönüşüm Programı sonrası Sağlık Bakanlığı teşkilat yapısında da bir takım değişimler yaşanmış, bu durum personelin görev, yetki ve sorumluluğunu etkilemiştir.

Bununla birlikte kamuda istihdam imkanı bulamayan personel, özel sektöre yönelmiş, özel sektörde de bu bağlamda personelin görev, yetki ve sorumluluklarının çerçevesi değişmiştir. Sağlıkta Dönüşüm Programının önemli bileşenlerinden biri olan kaliteli hizmet anlayışı hem toplam kalite yönetimi hem de insan kaynakları yönetimi ilişkisini gündeme getirmiştir.

Sağlıkta Dönüşüm Programı sağlık alanında birçok değişikliğe ön ayak olurken; bu değişikliklerden etkilenen önemli alanların başında insan kaynakları gelmektedir. Bu bağlamda hazırlanan bu kitapta, insan kaynakları yönetiminin özellikleri ve toplam kalite yönetiminin ilkeleri üzerinde durulmuştur. Toplam kalite yönetiminin felsefesini anlayabilmemiz için kitabın birinci bölümünde toplam kalite yönetimi sağlık sektörü bağlamında değerlendirilmiştir. Toplam kalite yönetimini sistem içerisinde uygulayacak olan aktörlerin, sektör içinde çalışan işgücü olduğu göz önüne alınarak ikinci bölüm insan kaynakları yönetiminin ilkelerini ve özelliklerini ortaya koymayı hedeflemiştir. Her iki yönetim anlayışının birbiriyle bağlantılı birçok bileşeni bulunmaktadır. Bu bağlamda kitabın üçüncü bölümü toplam kalite yönetimi ve insan kaynakları yönetimi ilişkisini ortaya koymak üzere kaleme alınmıştır.

## BİRİNCİ BÖLÜM

### TOPLAM KALİTE YÖNETİMİ

#### 1. TOPLAM KALİTE YÖNETİMİNİN KAVRAMSAL ÇERÇEVESİ

Toplam kalite yönetimi, öncelikle basit sistemlerin bir araya getirilişi gibi algılansa da daha geniş yelpazede sürekli gelişmeyi ve rekabet avantajını sağlamak için bütünleşik bir yaklaşımı kullanan, tümüyle bir kültürün içine yayılan felsefedir (Kovancı, 2007:14).

Toplam kalite kavramıyla, kurum içindeki tüm işlerde yönetim, insan, gerçekleşen iş, ürün ve hizmet kalitesinin, bir sistem yaklaşımı çerçevesinde, tüm çalışanların katılımı, amaç ve fikir birlikleri sağlanarak ele alınması ve geliştirilmesi ifade edilmektedir (Şimşek, 2007: 78).

Kronolojik olarak bir değerlendirme yapıldığında; toplam kalite yönetiminin köklerinin çok eskiye dayandığı görülmekte olup, bu tarihi seyirdeki gelişmeleri ele almak için öncelikle kavramın tanımı üzerinde durmak, ardından ilkeleri ve yönetimin iskeletini oluşturan özelliklerini incelemek gerekmektedir.

##### 1.1. Kalite ve Toplam Kalite Yönetiminin Tanımı

Kalite (qualitas) kavramı latince kökenli bir kelime olan “qualis” kelimesinden türemiştir (Solmaz, 2015:43, Şimşek, 2007:5). Toplam kalite Yönetiminin doğuşunun Amerika’da ortaya çıktığını söylemek mümkündür. Gelişimi ise Japonya’da hayat bulan toplam kalite yönetimi, müşteri memnuniyeti üzerine inşa edilen ve rekabet üstünlüğü elde etme amacı taşıyan bir yönetim felsefesidir.



Açık bir şekilde tanımlaması yapılamayan kalite kavramının ilk kez 1930'larda Shewart tarafından kullanıldığı bilinmektedir (Aktan, 2000:17). Daha ziyade “en mükemmel, en iyi, en büyük, en pahalı ve en olağanüstü” karşılığında kullanılmakta olan kalite kavramı genelde “doğru işi doğru yapmak biçiminde” algılanmaktadır (King J, Cichy RF, 2006:300).

Juran kaliteyi kullanıma uygunluk olarak tanımlarken; (Kovancı, 2007:2) Çoruh'a göre üretilen mal ve hizmetin müşterinin ihtiyaçlarına uygun olması ve onun beğenisini kazanması şeklinde tanımlanan kalite, Feigenbaum'a göre kullanılmakta olan ürünün ya da hizmetin müşterilerin beklentilerine cevap verebilmesini olanak veren pazarlanabilir, üretim ve bakım özelliklerinin toplamıdır (Pırnar, 2007:39).

Kalite kavramı birçok alanda kullanılmasına karşın yoğun olarak kullanıldığı alanlardan bir tanesi de pazarlamadır. Bu anlamda kalite kavramı “müşteri istek ve beklentilerinin karşılanması” olarak tanımlanmaktadır (Kavuncubaşı & Yıldırım, 2010:453). Kalite olgusunun temelinde hizmeti alanların istekleri ile üretilen mal ve hizmetlerin bu istekleri karşılayabilme yeterliliği vardır. Kalite, bir ürün veya hizmete önceden belirlenmiş bazı standartlara göre atfedilen veya yüklenen bir özelliktir (Şimşek, 2010:49).

Amerikan Kalite Kontrol Derneği (ASQC) kaliteyi bir mal ya da hizmetin belirli bir gerekliliği karşılayabilme becerilerini ortaya koyan karakteristiklerin tümüdür şeklinde tanımlarken; Avrupa Kalite Kontrol Organizasyonu (EOQC) ise kaliteyi bir malın ya da hizmetin tüketicinin arzularına uygunluk derecesidir şeklinde tanımlamaktadır. (Ulaş, 2002:13). Ngambi ve Nkemkiafu (2015) tarafından sağlanan bir diğer yaygın TKY tanımı, bir kurumun üretkenliğini ve kalitesini artırmak amacıyla kullanılan yönetim stratejileridir. Amerikan Kalite Derneğine göre ise kalite, “mal ve

hizmetlerde, özellikle de ihtiyaçlara uygunluk ve müşterileri tatmin etme derecesidir” (American Society for Quality , 2020).

Kalite Amerikan Ulusal Standartlar Enstitüsü (ANSI) ve Amerikan Kalite Kontrol Derneği (ASQC) tarafından, “bir mal veya hizmetin belli ihtiyaçları karşılama yeteneğine dayanan özelliklerinin toplamı” olarak tanımlanmaktadır (ASQC, 2022). İngiliz Standartlar Enstitüsüne göre kalite; mal veya hizmetin belirlenen veya ihsas edilen ihtiyaçları karşılama yeteneğiyle ilişkili, mal veya hizmeti diğerlerinden ayıran özellik ve vasıflarının toplamıdır (Taner&Kaya, 2005:34). ISO’nun hazırlamış olduğu 8402 Kalite sözlüğünde “Bir mal veya hizmetin belirlenen veya muhtemel gereksinimleri karşılama yeteneğine dayanan özelliklerin toplamı” şeklinde tanımlama yapıldığı görülmektedir (Taner&Kaya, 2005:34).

Kalite; bir ürünün tasarım, kullanım, teslimat ve çevre bakımından müşterilerin dahil ve öngörülebilir isteklerinin tamamını karşılayacak şekilde bir araya getirilmiş olan bütün özelliklerinin bir bileşimidir (Küçük, 2020).

Kalite çalışmaları, özellikle soyut olan hizmetlerin somutlaştırılması açısından önem taşımaktadır. Bunun için tüm faktörlerin belirlenmesi hayati öneme sahiptir. Bundan dolayı hizmet ve kalite kavramları birbirinden ayrı düşünülmemesi gereken iki husustur (Seyran, 2004:36).

## **1.2. Kalite ve Toplam Kalite Yönetiminin Gelişim Süreci**

Kalite ile ilgili ilk kayıtların çok eskilere dayandığını söylemek mümkündür. En bilinen kalite belgelerinin M.Ö. 2150 yılında Hammurabi Kanunlarında yer aldığı görülmektedir. En çarpıcı örneklerden bir tanesi kanunda tanımlanmış olan yetersizlik ve işin gereği gibi yapılmaması üzerine verilen cezalardır. Hammurabi Kanunlarında “inşaat ustasının yaptığı bir ev ustanın yetersizliği ve işini gereği gibi yapmaması nedeniyle yıkılarak ev sahibinin

ölümüne yol açarsa, evi yapan usta öldürülecektir” şeklinde bir düzenlemenin yer aldığı görülmektedir (Bozkurt. 2010:45).

Selçuklular döneminde Ahilik, 13. Yy’ da Osmanlı döneminde çıraklık ve esnaf loncaları; özellikle bazı meslek gruplarının oluşturulmasını sağlamıştır. Bugünkü meslek odaları ve işleyişlerinin temellerinin bu dönemlerde atıldığı görülmektedir. Meslek grupları sayesinde çalışanlar haricinde müşterilerin de hakları korunmakta ve o dönem şartlarına göre kalite prensipleri de yerine getirilmiştir (Parlak, 2020:10).

Günümüzdeki kalite anlayışının gelişimi yakın tarihimize dayanmaktadır. 1900’lü yılların başlarında Frederick Taylor’un Bilimsel Yönetim Okulunda kalite anlayışının büyük bir yol katettiği görülmektedir. İşçilerin yaptığı planlama, dizayn ve koordinasyondan oluşan zihinsel faaliyetle, bir işin fiziksel olarak gerçekleşmesini birbirinden ayıran ve planlama işlevinin yöneticilere ve işin fiziksel bölümünün de düz işçilere verilmesini öneren Taylor, bu yolla verimlilikte önemli artışlar yapılmasının yolunu açmıştır (Ersoy&Ersoy, 2011:3).

1980’lerin ortalarına doğru W. Edwards Deming, Joseph Juran ve Kaoru Ishikawa tarafından TKY’nin temel fikirleri oluşturulmuştur (Joiner, 2007: 618). Özellikle sanayi devrimi ve devrim sonrası gerçekleşen Birinci ve İkinci Dünya Savaşları sonucunda kalite teknolojisinde büyük ilerlemeler meydana gelmiştir. Ardından kalite teknolojisindeki ilerlemeler baş döndürücü bir ivme kazanmıştır. Bu dönemlerdeki gelişmeler neticesinde, kalitenin sürekli yükselen bir trend izleyerek, dar anlamda kaliteden, kalite kontrolüne, toplam kalite kontrolüne, kalite güvencesine ve günümüzde de “Toplam Kalite Yönetimi”ne kadar uzanan bir gelişim gösterdiği görülmektedir (Reynolds, 1994:12).

TKY kavramının büyük kısmı W. Edward Deming, Joseph M. Juran'ın ve Philip Crosby'nin 1950'lerde ABD'de başlattıkları çalışmalara dayanmaktadır (Günaydın, 2012). ABD'de Bell Telefon Şirketi sanayi kalite denetiminde öncü rolü oynamıştır (Ersoy&Ersoy, 2011:4). Bu şirket kendisine bağlı Western Electric Şirketi'nde bir kalite muayene bölümü oluşturmuş ve aralarında kalite denetiminin ilk öncüleri olan Walter A. Shewhart, Harold Dodge, Joseph Juran ve Edward Deming'in yer aldığı bir grup kurarak kalite iyileştirmesi ve sürdürmesi konusunda yeni teoriler ve yöntemler geliştirmeye başlamıştır (Ersoy&Ersoy, 2011:3).

Zaman içinde kalite bütüncül bir yaklaşıma kavuşarak öncelikle Japonya gibi savaş sonrası sıkıntı çeken ve iflas noktasına gelmiş ülkelere uygulanmıştır. Böylelikle evrensel bir boyut kazanan yaşam felsefesi haline gelmiş ve yaygınlaşmıştır. Bu felsefe, tüm paydaşlarda memnuniyet yaratma ve yaratılan memnuniyet çitasını aşma ilkesinden hareketle gerçekleştirilmesi gereken bu uygulama ile sorunlar başlamadan önlemler alınmalı, müşteri odaklı bir memnuniyet hedefi ile taleplerde esneklik ve verimlilik sağlamalı ve tüme varan katılımla, işleri doğru ve vaktinde yapma alışkanlığı getirilmelidir şeklindeki temel kuramları içermektedir (Topal, 2000:206).

**Tablo1:** Literatürdeki Bazı Çalışmalar ve TKY'nin Başarısını Etkileyen Faktörler

<b>Yazar</b>	<b>Yapılan Çalışma</b>	<b>TKY'nin Başarısını Etkileyen Faktörler</b>
Alrabeah vd. (2020)	Suudi hastanelerindeki TKY olgunluk seviyesi ve işgücü ulusal kültürel çeşitliliğine etkisi araştırılmıştır.	TKY kritik başarı faktörleri: <ul style="list-style-type: none"> <li>•Müşteri odaklılık</li> <li>•Sürekli iyileştirme</li> <li>•Üst yönetimin bağlılığı</li> <li>•Çalışan katılımı ve yetkilendirme</li> <li>•Eğitim ve öğretim</li> <li>•Organizasyon kültürü</li> <li>•Kalite ölçümü</li> <li>•Takım çalışması ve iletişim.</li> </ul>
Aksaraylı vd. (2019)	Yükseköğretimde TKY kritik başarı faktörleri, Bulanık DEMATEL yöntemi ile değerlendirilmiştir.	TKY kritik başarı faktörleri: <ul style="list-style-type: none"> <li>•Üst yönetimin liderliği</li> <li>•Kalite temelli stratejik planlamanın etkinliği</li> <li>•Etkin kalite organizasyonunun mevcudiyeti</li> <li>•Çalışan katılımı ve ekip çalışması etkinliği</li> <li>•Etkin kalite eğitimlerinin verilmesi</li> <li>•Tasarım kalite yönetimi</li> <li>•Etkin bir süreç yönetimi</li> <li>•Tedarikçi kalitesi yönetimi</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>•Kalite verisi ve raporlama</li> <li>•Müşteri odaklılık ve memnuniyet</li> </ul>
Lüleci vd. (2019)	Sağlık kurumlarında TKY ve personel performansını etkileyen faktörlerle ilgili çalışmada, Bolat'ın belirttiği, başarılı bir TKY uygulaması için gerekli temel ilkeler verilmiştir.	<p>Başarılı bir TKY uygulaması için gerekli temel ilkeler:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>•Müşteri odaklılık</li> <li>•Önleyici yaklaşım</li> <li>•Grup çalışması</li> <li>•İstatistik ve analizden yararlanma</li> <li>•Çalışanların eğitimi</li> <li>•Üst yönetimin liderliği</li> <li>•Tedarikçilerle iş birliği</li> <li>•Sürekli gelişme ve iyileştirme</li> </ul>
Jusoh vd. (2018)	Konaklama sektöründe TKY kritik başarı faktörleri, çok kriterli karar verme yaklaşımı ile değerlendirilmiştir.	<p>Dikkate alınan TKY kritik başarı faktörleri:</p> <p>Esnek Faktörler:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>•liderlik</li> <li>•müşteri odaklılık</li> <li>•iç/dış iş birliği</li> <li>•çalışan doyumu</li> <li>•öğrenme</li> <li>•süreç yönetimi</li> <li>•işbirlikçi tedarikçi ilişkileri</li> <li>•örgüt kültürü</li> <li>•örgütsel güven</li> </ul> <p>Katı Faktörler:</p>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>•kalite kontrol</li> <li>•kalite iyileştirme</li> <li>•kalite güvencesi</li> <li>•ISO 9000 serisi</li> <li>•pareto analizi</li> <li>•kıyaslama (benchmarking)</li> <li>•tam zamanında</li> <li>•bilgi geri bildirim</li> <li>•kalite verisi ve raporlama</li> <li>•tasarım süreç yönetimi</li> <li>•ürün/hizmet tasarımı</li> </ul>
Salleh vd. (2018)	Yükseköğretimde TKY kritik başarı faktörleri değerlendirilmiş ve faktörlerin performans üzerindeki etkisi araştırılmıştır.	TKY kritik başarı faktörleri: <ul style="list-style-type: none"> <li>•Yönetim bağlılığı ve liderlik</li> <li>•Toplam müşteri memnuniyeti</li> <li>•Çalışanların katılımı</li> <li>•Sürekli iyileştirme</li> <li>•Eğitim</li> <li>•İletişim</li> <li>•Takım çalışması</li> </ul>
Farzadnia vd. (2017)	MBQNA (Malcolm Baldrige Ulusal Kalite Ödülü) modelinin hastaneler için önemi ve bu TKY modelinin gerekliliği vurgulanmıştır.	MBQNA modelinin vurguladığı yedi kalite boyutu veya kritik başarı faktörleri: <ul style="list-style-type: none"> <li>•Liderlik</li> <li>•Stratejik planlama</li> <li>•Müşteri odaklılık</li> <li>•Ölçüm-analiz ve bilgi</li> </ul>

		<p>yönetimi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>•İşgücü odaklılık</li> <li>•Süreç yönetimi (operasyonlar)</li> <li>•Organizasyonel performans sonuçları.</li> </ul>
Aygar ve Önsüz (2017)	Sağlık hizmetlerinde kalite yönetiminin önemi vurgulanmıştır.	<p>TKY ilkeleri: •Müşteri odaklı olma</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>•Süreç yönetimi</li> <li>•Bölümler arası iş birliğine dayalı yaklaşım</li> <li>•Personel katılımı ve ekip yaklaşımı</li> <li>•Sürekli geliştirme</li> <li>•Standardizasyon</li> <li>•Veri ve araçların kullanılması</li> <li>•Eğitim</li> <li>•Değişkenlik ve istatistiğin kullanımı</li> <li>•Önleme</li> <li>•Ölçme ve izleme.</li> </ul>
Salaheldin vd. (2015)	Ürdün sağlık sektöründe Toplam Kalite Yönetimi uygulamasının kritik başarı faktörleri üzerinde, yeniliklerin	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Araç ve tekniklerin seçici uygulaması</li> <li>•Tedarikçileri iyileştirme faaliyetlerine dahil etmek</li> <li>•Bir kalite güvence sistemi ve/veya akreditasyon</li> </ul>



	ortaya konması gibi kavramların rolleri ile ilgili araştırma yapılmıştır.	benimsemek Yeterli mali kaynaklar •Üst yönetim/personel eğitimi •Çalışanların eğitimi •Uygun çalışma ortamı ve kültürü.
Öztürk (2013)	Toplam Kalite Yönetimi ile ilgili görüşler ve yöntemler incelenerek, TKY'nin verilen on iki faktörü içerdiği vurgulanmıştır.	TKY'nin içerdiği faktörler özetle: •Liderlik •TKY'nin kabul edilmesi ve misyon vb. araçlar •Müşterilerle yakın ilişki •Tedarikçilerle sıkı ilişki •Kıyaslama (benchmarking) •Açık bir organizasyon •Eğitimin artırılması •Çalışanın yetkilendirilmesi •Sıfır hata düşüncesi •Esnek imalat •Süreç iyileştirme •Ölçme
Ustasüleyman ve Perçin (2012)	Bulanık AHP ile Toplam Kalite Yönetimi uygulamalarında kritik başarı faktörlerinin önem dereceleri	TKY uygulamalarının dayandığı kriterler ve alt kriterler: Sistem ve Teknikler: •kalite sistemi •süreç kontrolü ve geliştirme

	belirlenmiştir.	<ul style="list-style-type: none"> <li>•tedarikçi kalitesi yönetimi</li> <li>Kültür ve İnsan: •</li> <li>•çalışanların katılımı</li> <li>•kültür değişimi,</li> <li>•mevcut organizasyonel kültür</li> <li>•eğitim</li> <li>Politika Geliştirme:</li> <li>•stratejik planlama</li> <li>•liderlik</li> <li>•ölçüm ve raporlama sistemi</li> <li>•üst yönetimin katılımı</li> <li>Müşteriler:</li> <li>•müşteri odaklılık</li> <li>•müşteri ilişkileri yönetimi</li> <li>•ürün ve pazar stratejisi</li> <li>•iç müşterilere odaklanma</li> </ul>
--	-----------------	--

Kaynak: Savaş ve Yacan, 2022: 280.

Son yıllarda kalitenin öneminin anlaşılması ile birlikte tüm dünyada işletmelerin ürettikleri mal ve hizmetlerin kalitesini geliştirebilmek amacıyla çok çeşitli yöntemler kullandıkları bilinmektedir (Rigby, 2001:40). Günümüzde işletmeler arasındaki rekabet ortamı, beraberinde daha kaliteli mal ve hizmet üretme yarışını ortaya çıkarmaktadır (İlğan vd,2008:74).

### 1.3. Toplam Kalite Yönetiminin İlkeleri

Toplam kalite yönetimi geçmişten günümüze evrilip bugün çağdaş bir yönetim modeli haline gelirken, sistem içerisinde bir takım ilkeler çerçevesinde şekillenmiştir. Bu ilkeler;

- Müşteri odaklılık/müşteri tatmini,

- Üst yönetimin liderliği,
- Tam katılım/takım çalışması,
- Çalışanların eğitimi,
- Hata önleme/sıfır hata, sürekli geliştirme/iyileştirme (Tekin, 2007:140).

### **1.3.1. Müşteri Odaklılık/Müşteri Tatmini**

Müşteri odaklılık ya da müşteri tatmini (memnuniyeti) olarak da adlandırılan bu ilkeye göre kaliteye yön verecek ve karar verecek odak noktası müşterinin kendisidir. Burada önemli olan müşteri tanımının doğru şekilde yapılmasıdır. Müşteri, bir işletmenin ürettiği mal veya hizmetlerden haberdar, bunları satın alma ihtimali bulunan ve satın almış olan herkes olarak tanımlanmaktadır. Zira müşterilerin ve tüm paydaşların mevcut ve gelecekteki ihtiyaç ve beklentilerini anlamak, kurumun başarısının sürekliliğine katkıda bulunmaktadır (ISO-Quality Booklet, 2015).

Müşteri tanımı ilk başta sadece ürünü veya hizmeti satın alan ve kurum dışındaki kişiler olarak tanımlanan dış müşteri olarak algılansa da zaman içerisinde müşteri kavramının daha geniş bir perspektife sahip olduğu görülmüştür. Müşteri ilişkileri müşterilerle uzun vadeli ilişkiler kurmak, müşteri şikayetlerini yönetmek, müşteri memnuniyetini sağlamak ve müşteri memnuniyetini artırmak amacı ile yapılan tüm uygulamaları kapsamaktadır (Yayla&Ulğan, 2019:6).

Toplam kalite yönetimi müşteri kavramını iki boyutta ele almaktadır. Bunlar iç müşteri ve dış müşteridir. Şirket çalışanlarının, kendi (iç veya dış) müşterilerine hizmet etmek için diğer çalışanların veya bölümlerin çıktıklarına bağlı olarak iç müşteriler olarak kabul edilmesi kavramı, 1980'lerin ortalarında ortaya çıkmıştır. Çalışanların iç müşteriler olduğu ve dolayısıyla

bir müşteri bileşeni olduğu fikrinin yaygın bir şekilde yokluğu ile karakterize edilmektedir (Lukas and Maignan, 1996). Dış müşteri, çalışan dışındaki tüm müşterilerdir (Doğan ve Kılıç, 2008).

**Tablo 2:** Müşteri ve İşletme Açısından Kalite Anlayışı

<b>Müşteri Açısından Kalite Anlayışı</b>	<b>İşletme Açısından Kalite Anlayışı</b>
Müşteri memnuniyeti	Düşük maliyet
Mal ve Hizmette mükemmellik	Düşük sayıda sorun ve şikayet
Mal ve Hizmette güvenilirlik	Transfer işlemlerinin sorunsuz olması
Algılanan kalite sunumunda müşteri mutluluğu	Ürün hata oranlarında en düşük seviye ve kazanç elde etme
İhtiyaç ve beklentilerin karşılanabilmesi	Ürün ve Hizmet garantisinin sağlanması

Kaynak: (Parlak, 2020:7-8)

Toplam kalite yönetimi yaklaşımına göre müşterilerin tatmin edilmesi, en önemli başarı kriteridir (Kavuncubaşı&Yıldırım, 2010:466). Müşteri odaklı yönetimde önemli dayanak noktalarından biri hem müşteriyi hem de müşterinin ihtiyaçlarını anlamaktır. Dünya genelinde yaşanan değişimler ve gelişmeler, müşteri ihtiyaçlarında da köklü değişimlerin yaşanmasına neden olmuştur. Teknolojinin her geçen gün daha da ilerlediği, bilgiye erişimin kolaylaştığı günümüzde müşterilerin bilinç düzeyinin de aynı ekseninde arttığı görülmektedir. Bu noktada müşteriler, bilgili, istekli, güvensiz, fiyat bilincine sahip ve güçlü duruma gelmektedir (Gronstedt, 2000:25). Bu nedenle toplam

kalite yönetiminin bu ögesi, uygulanması en zor olan ancak, uzun dönemde en fazla yarar getirecek öğelerden biridir (Şirvancı, 1992:13).

20. yüzyılda hasta memnuniyetini artırma ve tedavi sonuçlarını iyileştirme vaadi ile sağlık sistemlerinin merkezinde yer etmiş olan “hasta odaklı” yaklaşımın tanımı, ilk defa Balint tarafından, “hastayı benzersiz bir varlık olarak anlamak” şeklinde yapılmıştır (Gemae vd, 2018: 302). Sağlık kurumları açısından bir değerlendirme yaptığımızda; sağlık kurumunun tercih edilme nedenlerinin başında müşteri ihtiyaçlarının karşılanması birinci sırada yer almaktadır. Ayrıca müşteri tanımı içerisinde sadece hastaların yer almadığı, aynı zamanda refakatçi ve ziyaretçilerin de müşteri olarak kabul edildiği görülmektedir. Bu nedenle sadece hasta odaklı bir memnuniyet yeterli olmamakta aynı zamanda hasta ile birlikte hizmet sürecinden yararlanan refakatçi ve ziyaretçiyi de aynı oranda memnun etmek gerekmektedir. Ayrıca hasta odaklı yaklaşımda hem dış müşteri olarak tanımladığımız grubu hem de iç müşteri olarak tanımlayabileceğimiz kurum çalışanlarını, paydaşları da sisteme dahil etme gerekliliği doğmaktadır.

### **1.3.2. Üst Yönetimin Liderliği**

Toplam kalite yönetiminin önemli bir ilkesi olarak değerlendirebileceğimiz üst yönetimin liderliğinin özelliklerine değinmeden önce lider tanımlamasının yapılması önem arz etmektedir. En genel anlamıyla lider; ait olduğu grubun amaçlarını belirleyerek, o gruptaki kişileri ilgili kurumun amaçlarının arkasından sürükleyen kişidir (Ersen, 2003:77). Liderin öncelikli amacı, kurum içinde çalışan kişilerin hatalarını bulmaktan ziyade, hataların nedenlerini ortadan kaldırmaktır.

Toplam kalite yönetimi üst yönetimin liderliğine ihtiyaç duymaktadır. Üst yönetimin toplam kaliteye inancının ve desteğinin sürdürülmesi açısından liderlik yapacağı konular aşağıdaki şekilde sıralanabilir (Ersen, 2003:77);

- Arzu ve beklentilerin oluşturulması,
- İşlerin analiz edilerek yeniden şekillenmesi,
- Çalışanların yönlendirilmesi amacıyla rol ve sorumlulukların belirlenmesi,
- Disipline edilmiş bir stratejik yönetim iş planı yapılması ve uygulanması,
- İstenilen sonuçlara ulaşılabilmesi adına yöneticilere gerekli desteğin, eğitimin bununla birlikte yetki ve sorumlulukların verilmesidir.



**Şekil.** Liderlerin Özellikleri

Kaynak: smartbusiness-turkey.com

Bu noktada tepe yöneticisinin yöneticilikten ziyade lider özelliğine sahip olması ve bu doğrultuda kurumu daha üst bir seviyeye getirmek için vizyon geliştirmesi olmazsa olmaz koşuldur. Lider, işletmenin var oluş nedenlerini, gelecekte de var olabilmesi için belirlemekte ve bunu tüm organizasyon tarafından paylaşılan ortak değerler haline getirmektedir. Liderin temel işlevi, stratejik planlar yapmak ve bunu en alt düzeydeki çalışana kadar indirgeyerek organizasyonu yönlendirmektir (Kuruşçu, 2003:33; Güngören ve Orhan, 2013). Liderin bahsedilen stratejileri hayata geçirebilmesi için en önemli özellik çalışanların yüksek motivasyona sahip olmasıdır. Gerçekten de başarılı, yüksek rekabet gücüne sahip kurumlar incelendiğinde temel ögenin “yaratıcılık”, bunu sağlayan özelliğin de “motivasyon” olduğu görülmüştür (Walton,1990:222).

Kurum içinde çalışanları en çok motive eden araçların başında maddi motivasyon gelmektedir. Maddi motivasyonun yanı sıra çalışma hayatında kişi takdir edilme, tanınma, yaptığı görev ve bulunduğu pozisyonda yükselme isteğindedir. Bunlar kişiyi motive eden diğer önemli araçlar olarak karşımıza çıkmaktadır. TKY’de başarıya ulaşılabilmesi için çalışanlara yetki ve sorumluluk da verilmesi gerekmektedir (Ersen, 1997:127). Çünkü hiç bir şey “işe yarama” duygusundan daha etkili olamaz (Yenersoy, 1997:88).

Sağlık kurumlarındaki yöneticilerin göstermiş oldukları olumlu liderlik davranışlarının artması, çalışanların performansı, iş doyumunu ve devamında hizmet kalitesi üzerinde pozitif yönde bir ilerleme yaratmaktadır. Yönetimsel süreçler ve politikalar, başarılı liderlik davranışlarıyla sağlık çevresine yeni bir bakış açısı getirmekte, sağlık kurumlarında kaliteyi arttırarak, hastalar ve çalışanlar için yararlı ortamlar oluşturabilmektedir (Lombardi, 2017:96).

### 1.3.3. Tam Katılım ve Takım Çalışması

Takım çalışması, sorunların çözümü ve süreç (proses) iyileştirmesinin en etkin yolu olarak tanımlanabilir. Toplam kalite yönetimi felsefesinde kurum çalışanlarının tam katılımıyla sürekli geliştirme faaliyetlerine katılmak yer almaktadır. Tam katılımı genel olarak çalışanların tam katılımıyla sorunların çözümünde tüm çalışanların enerjilerinden ve önerilerinden yararlanılması amaçlanmaktadır (Tekin, 2007:154). İşgörenlere ekip çalışmasının bireysel çalışmalara göre sağlayacağı yararlar hakkında bilgi verilmelidir (Bozkurt, 1998:29).

Joseph Juran Japon şirketlerinin başarılarında, çalışanlarına sorumluluk vermelerinin, onların bilgi, yaratıcılık ve sorun çözme becerilerinden yararlanmalarının önemli bir rol oynadığını ifade etmiştir (Ersoy&Ersoy, 2011:28). Günümüzde çalışanlar kendilerini ilgilendiren her türlü kararın görüşülmesine ve sonuçlandırılmasına aktif olarak katılıp, düşüncelerini ifade etmek istemekte, bu konularda fikirlerinin alınmasını talep etmektedirler (Tekin, 2007:155). Bu durum değişikliğinin başlıca nedeni, kültür düzeyi ve bilgi seviyesi yükselen çalışanların “başkaları tarafından yönetilen bir araç” durumunda olmak istememeleridir (Peker, 1996:51-52).

Toplam kalite yönetiminde tam katılımın hedefi, sadece üstün düşünüp, astın bu düşüncelere katkıda bulunarak uygulaması değildir (Tekin, 2007:158). Hedef, katılımcı bir yönetim anlayışıyla takımlar kurularak işletmedeki her birey için hem “düşünmenin” hem de “uygulamanın” birleştirilerek örgütsel uyum, kalite ve verimliliğin sağlanmasıdır (Tekin, 2007:155).

Sağlık kurumları ekip çalışmasının yoğun olarak görüldüğü yerlerdir. Yapılan işin özü gereği ekibin her üyesi tam bir bütün olmak zorundadır. Örneğin cerrahi bir operasyonda ilgili uzman doktor, hemşire, anestezi teknikeri, ameliyathane teknikeri vb. bir takım olarak yer almaktadır. Her bir çalışanın



sorumluğunun bilincinde olması hatayı önleme açısından hayati öneme sahiptir.

Bu durum sadece tıbbi hizmetler için geçerli değildir. Aynı zamanda sağlık kurumları işletmelerinde önemli bir grubu idari personel oluşturmaktadır. Bir hastanın hastaneye yatış sürecinde bile hasta kayıt kabul birimi, cerrahi ekip, yatan hasta birimi, otelcilik hizmetleri, taburculuk birimi koordineli bir şekilde çalışıp verilen hizmetin kalitesini belirlemektedir. Bu nedenle takım çalışması hem çekirdek gruplar içinde hem de daha büyük ekipleri kapsayacak şekilde gerçekleşmektedir.

#### **1.3.4. Çalışanların Eğitimi**

Eğitim; toplumun yaratıcı gücünü ve verimliliğini arttıran, kalkınma çabasının gerçekleşmesi için gerekli nitelik ve nicelikte elemanların yetiştirilmesini sağlayan ve toplumdaki bireylere; yeteneklerine göre yetiştirme olanağı veren etkili bir araçtır (Sabuncuoğlu, 2000:125).

Toplam kalite yönetiminin ilkelerinden bir diğeri de sürekli eğitim faaliyetlerinin gerçekleştirilmesidir. Toplam kalite yönetiminin başarıyla uygulanması için gerekli koşullardan birisi, çalışanların toplam kalite yönetimi felsefesi ve toplam kalite yönetimi araçlarının kullanımı konusunda eğitilmesidir (Kavuncubaşı & Yıldırım, 2010:469). Burada önemli konuların başında toplam kalite felsefesine yönelik eğitimlerin yanında temel eğitimlerin de verilmesi gerekliliğidir. Kurumlarda öncelikle oryantasyon eğitimi ilk basamakta yer almaktadır. Ardından temel eğitimler ve hizmet içi eğitimler verilmeli; belirli bir bilinç oluştuktan sonra toplam kalite yönetimi eğitimlerine devam edilmelidir. Çalışanların geliştirilmesi, iş becerilerini artıracak eğitim programlarının hazırlanması, iş başarılarının

değerlendirilmesi ve gerektiğinde danışmanlık sağlanmasıyla mümkün olabilecektir (Yüksel, 2007:198).

20. yüzyılın en belirgin özelliklerinden bir tanesi de, bilgi çağı oluşudur. Toplam kalite yönetimi sistemi kurulması ve sağlıklı bir şekilde çalışarak istenilen sonuçların alınabilmesi eğitimle başlar, eğitimle devam eder ve eğitimle sona erer (Tekin, 2007:171). Eğitim de diğer süreçler gibi sürekli izlenmesi, yeterliliğin ölçülmesi ve geliştirilmesi gereken bir konudur. Ayrıca eğitimde sadece sürekli eğitimin yanı sıra yeniden eğitim de önemli bir faktördür. Toplam kalite yönetimi sistemi içerisinde kalite amaçlarının sağlanabilmesi her şeyden önce tüm çalışanların eğitim düzeyine ve toplam kalite yönetimi konusunda aldıkları eğitime bağlıdır (Tekin, 2007:171).

Personelin, kuruluşun felsefesini ve hedeflerini paylaşmalarını, işlerini doğru olarak yapmaları için özel prosedürleri anlamalarını sağlayacak eğitimler verilmesi ve tamamlanan eğitimlerin değerlendirilmesi yöntemi ile kalitede iyileştirmeleri sağlanması önem taşımaktadır. Bu süreçte tüm personel yaptığı işin istatistiksel olarak kontrol altında olduğunu bilmelidir. Uygun eğitimin diğer yararları personele güvence, gurur, rahatlık ve daha iyi moral sağlamasıdır. Bu şekilde organizasyonel iklim iyileşmekte ve çalışma ilişkileri iyi yönde gelişmektedir (Bozkurt,1998:28).

Geleceğin başarılı işletmeleri, statik düşünceli ve tutucu örgütler yerine öğrenen organizasyonlar olacaklardır (Kovancı,2007:206). Brian LJoiner'e göre öğrenme, kalite ve verimlilik gelişiminin pasaportu, hiçbir işletmenin gözden kaçırmaya dayanamayacağı stratejik bir gereçtir (Kovancı,2007:206).

### **1.3.5. Hata Önleme/Sıfır hata**

Hata önleme ya da diğer adıyla sıfır hata ABD Hava kuvvetlerinde hata oranını azaltmak ve sıfıra indirmek amacıyla 1960'lı yıllarda Crosby

tarafından ortaya konulmuştur. Toplam kalite yönetiminin temelinde “hataları ayıklamak” yerine “hata yapmamak yaklaşımı” vardır. Nitekim sanayide kalite evrimi de son muayene ile başlamış, tasarımda kalite aşamasına gelmiştir. Önlemeye dönük yaklaşımın genel bir anlatımı planlamanın doğru yapılması şeklinde özetlenebilir. Her yönü ile düşünülmüş, kapsamlı titiz bir planlama çalışması ile sonradan oluşabilecek hataların çok büyük bir bölümü ortadan kaldırılabilmektedir. Tüm hata kaynaklarını öngörmek mümkün değilse de olası sürprizlere önceden hazırlanmak, tamamen hazırlıksız yakalanmaya kıyasla büyük avantaj sağlamaktadır (Kıngır,2006:64-65). Sıfır hata, genel bir anlatımla, planlamanın doğru yapılması olarak özetlenebilir (Zeyrekli Yaş, 2021:29).

Toplam kalite yönetimi yaklaşımı; hataları sıfıra indirmek ve ürün-hizmet karması ile müşteri doyumunu arttırmak için bir firmanın içsel ve dışsal performansını müşteri odaklı ve çevre odaklı analizlerle ölçmeyi sağlamaktadır. Kısaca; toplam kalite yönetimi, sosyal sorumluluk çerçevesinde firmanın tüm performansının bir yansımasıdır (Doğan&Eriş, 2010).

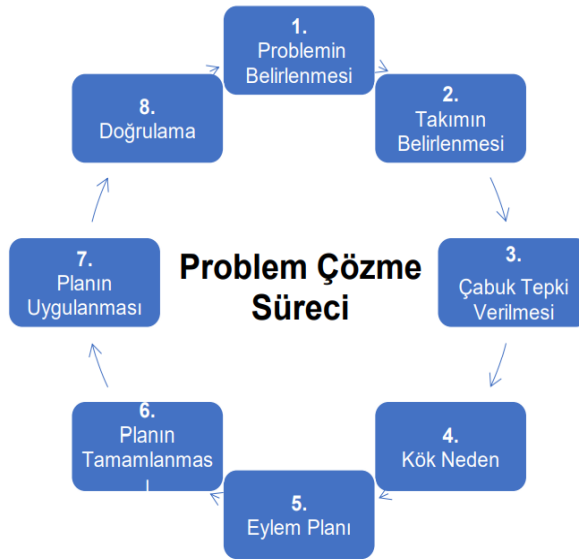
Sağlık kurumları hataya yer olmayan işletmelerin başında geldiği için kalitenin bu ilkesi ayrı bir önem taşımaktadır. Çünkü bahse konu olan insan hayatıdır. Bu nedenle sıfır hata ilkesinin benimsenmesi ve bu doğrultuda sağlık personelinin gerekli süreçleri izlemesi çok önemlidir. Konuyla ilgili oluşturulan prosedürlerin her adımı hatayı önlemek için dizayn edilmelidir.

Hasta güvenliği başlı altında değerlendirebileceğimiz bu ilke gereğince;

- Tıbbi hata (medical error)
- Ramak kala olay, (neredeysse hata) (near-miss, close-call)

- Vahim olay (sentinel event)
- Malpraktis, tıbbi malpraktis, hatalı tıbbi uygulama, (medical malpractice)
- İstenmeyen olay, olumsuz olay (adverse event) konuları kalite kapsamında sağlık kurumlarının sürece daha profesyonel bir perspektiften yaklaşması imkanını doğurmaktadır.

Hasta güvenliği kapsamında, tıbbi hataları önleme, ramak kala olay bildirim formlarının düzenlenmesi, vahim olay bildirimleri, malpraktis, istenmeyen olaylar için oluşturulan düzenleyici –önleyici faaliyetler daha kaliteli hizmet vermek için önemli araçlardır. Bu nedenle sağlık kurumlarında problem çözmede sistematik yaklaşımla hareket etmek gerekmektedir.

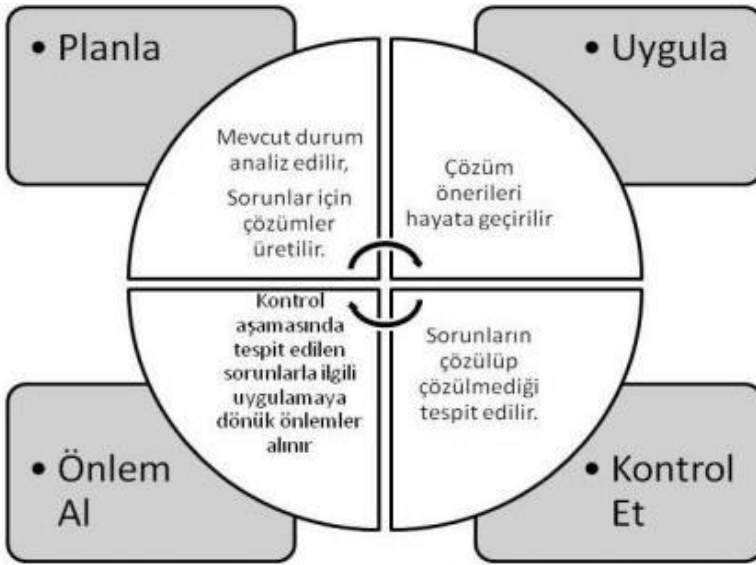


Şekil 2. Problem Çözmede Sistematik Yaklaşım

Kaynak: Rodriguez, 2016

### 1.3.6. Sürekli Geliştirme/İyileştirme

Toplam kalite yönetimi, sürekli gelişmeyi esas almaktadır (Kavuncubaşı&Yıldırım, 2010:467). Kalite iyileştirmeye yönelik sorun çözümede kullanılan bu yöntemi ilk kez Shewhart ortaya atmış, “Planla–Uygula–Denetle–Önlem al” aşamalarından oluşan Deming döngüsünü, Amerikalı bilim adamı Edward Deming geliştirmiştir (Kavuncubaşı&Yıldırım, 2010:467).



**Şekil 3.** Deming Döngüsü

Kaynak: Baltacı, 2020.

Edward Deming 1950'lerde Japonya'da daha kaliteli ürünlerin üretimi konusunda Japonlara yol gösterirken sürekli iyileştirmenin önemini vurgulamıştır (Ersoy&Ersoy, 2011: 33).

Japonca “Kai” yani “değişim” ve “Zen” yani “iyi” sözcüklerinin bir araya getirilmesinden oluşan Kaizen kavramı; sürekli iyileştirme, sürekli gelişme olarak dilimizde kullanılmaktadır. Kaizen, Toplam kalite yönetiminin ardındaki bir yaşam tarzını, bir felsefeyi anlatır (Özveren, 2000:36). KAIZEN, Japon yönetiminde başlı başına önemli bir kavram olup Japonya'nın rekabetteki başarısının anahtarıdır (Kovancı, 2007:294). Sürekli gelişme kavramı Japonya'da o denli yerleşmiştir ki, hemen her faaliyet için KAIZEN (sürekli geliştirme) grupları kurulmuştur. Genel felsefesi ise, mevcut durulma yetinmeyip küçük küçük de olsa sürekli gelişme ile daha iyisini yapmak ve “yeterince iyi yeterli değildir” yaklaşımından hareketle her faaliyetin sürekli iyileştirilmeye ihtiyacı olduğunu vurgulamaktadır (Kovancı, 2007:294).

Günümüz dünyasında rekabette başarılı olan işletmelerin toplam kalite yönetiminin “değişmeyen ölür” ilkesi ışığında sürekli olarak kendilerini yenileyen ve hızla değişen işletmeler olduğu görülmektedir (Tekin, 2004:150). Kaliteden söz edildiğinde, akla ilk gelen genellikle ürün kalitesi olmaktadır. Oysa Toplam kalite yönetiminde, insan kalitesi her şeyden önce gelir (Kovancı,2007:299). İşletmede kalite takımları oluşturarak tüm çalışanların katılımı ile sağlanan “sürekli süreç geliştirme “ ilkesi, Toplam kalite yönetiminin temel felsefesi olan “Kaizen”in işletmedeki önemli ve vazgeçilmez bir parçasıdır (Tekin, 2004:153).

## **II. SAĞLIK HİZMETLERİNDE KALİTE VE ÖZELLİKLERİ**

Sağlık, insan yaşamının sürdürülmesinde, yaşam kalitesinin yaratılmasında ve korunmasında özel bir öneme sahiptir. Sağlık hizmeti sunumu, kişilerin yaşam kalitesini ve mutluluğunu doğrudan etkileyen önemli bir alandır. Bu

kapsamda değerlendirildiğinde sağlık, ülkelerin gelişmişlik düzeyinin önemli bir göstergesi olarak kabul edilmektedir.

Günümüzde sağlık kurumlarında kalite, birçok kuruma göre öncelikli ve hayati bir öneme sahiptir (Küçük, 2010:32). Sağlık hizmetlerinde kalite, “Kabul edilen standartlara uygun bakım vermek, hastaların ve sağlık personelinin yetkide ve karar vermede eşit olmaları, hastaların güvenliğine önem verilmesi” şeklinde tanımlanabilir (Kiyim,1995). Sağlık hizmeti sunan kuruluşlar yoğun emek, yüksek teknoloji ve sermaye gerektirmektedir. Bu üç faktörde sağlık hizmet kalitesini etkilemektedir (İnam, 2017:111).

Toplam kalite yönetiminin sağlık sektöründeki karşılığı hasta mutluluğu olarak tarif edilebilir. Doğru teşhis, doğru tedavi, hastayı bekletmeden güler yüzlü bir şekilde hizmet vermek büyük önem arz ederken; hastanenin hijyenik olması, ortamın rahat ve konforlu olması uygun fiyat, vb. sağlıkta toplam kalitenin unsurları olarak değerlendirilebilir (Morgil&Küçükçirkin, 1995:32).

Kalite, literatürde iş kollarının türüne göre farklılık göstermektedir. 1980’li yıllarda sağlık kuruluşlarında sağlığına kavuşma düzeyi, mal üreten işletmelerde hata ve eksikliklerin oranı olarak tanımlanırken; hizmet üreten işletmelerde bu kriter, müşteri tatmin seviyesi gibi değişik şekillerde tanımlanmıştır.

Sağlık sektöründe hastalara etik açıdan bakıldığında; müşteri gözüyle bakılması tartışılan bir konu olmuştur. Ancak genel olarak hizmet sektörü olan sağlık sektöründe hastaların ve çalışanların müşteri olarak görülmesinin işin doğası gereği olduğu ve etik sakıncasının bulunmadığı sonucuna varılmıştır (Hayran&Sur,1998:29). Sağlık hizmetleri hastalıkların tanı, tedavi, iyileştirme ve önlenmesi, birey ve toplumun sağlık düzeyinin geliştirilmesi amacıyla yapılan tüm etkinliklerdir (Aydın ve Hatırlı, 2003: 132).

Hizmet kalitesinin nesnel olarak verilen hizmetin hastanın sağlık durumunda yarattığı gelişme (teknik kalite) temel alınarak ölçülebileceği ileri sürülebilir (Kavucubaşı&Yıldırım,2010:453). Bu açıdan kalite kavramını, verilen hizmetin bilimsel standartlara uygunluk derecesi olarak tanımlamak olanaklıdır (Kavucubaşı&Yıldırım,2010:453).

Dinamik bir yapıya sahip olan sağlık kurumlarındaki hızlı değişim, kalite çalışmalarının da hızlı değişimini ve gelişimini zorunlu kılmaktadır. Sağlık kurumları kalite çalışmalarını yürütürken; güvenli, etkili, hakkaniyetli, hasta merkezli, israftan kaçınan ve zamanında verilen hizmet koşullarının sağlanmasını hedef almalıdırlar (Sağlık Bakanlığı,2009:9).

Kişilerin bilgi düzeylerinin ve ihtiyaçlarının artması, sağlık alanında beklentileri değiştirmiştir. Bilgisi ve sosyal ağları nispeten daha gelişmiş bulunan bireyler, aldıkları her türlü hizmeti sorgulamakta ve değerlendirmektedir. Bu çerçevede, bilgisi ve birikimi artan ve bununla birlikte sağlık talebi de artan bireylerin yüksek kalitede hizmet ve kapsamlı bilgi ile doyurulmaları gerekmektedir (Asunakutlu,2007:449).

## **2.1. Sağlık Hizmetlerinde Kalitenin Geçmişi**

Sağlık hizmetlerinde kalitenin geçmişinin Hammurabi Kanunları'na kadar uzandığını söylemek mümkündür. Hammurabi kanunlarının bazı maddelerinin, özellikle doktor-hasta ilişkileri içerisinde yapılan tıbbi müdahalenin başarılı veya başarısız olma durumları ile ilgili uygulanacak bir takım yasal düzenlemeleri içerdiği görülmektedir. Hammurabi Kanunlarının 215 ve 220. maddeleri arasında yer alan bir maddede “eğer bir cerrah bronz bıçağı ile özgür bir adamda kesik yapar, adamın yaşamını kurtarır ya da apsesini açıp iyileştirirse, bronz bıçağı ile girişimde bulunup özgür adamın gözünü iyileştirirse ona 10 gümüş şekel verilecektir” denilmektedir (Eren, 1996:12).



Hammurabi Kanunlarının bir başka maddesinde ise, “eğer bir cerrah, bronz bıçağı ile özgül bir adama derin bir kesik yapıp ölümüne neden olursa ya da gözünü kör ederse, cerrahın sağ eli kesilecektir” denilmektedir (Eren, 1996:12).

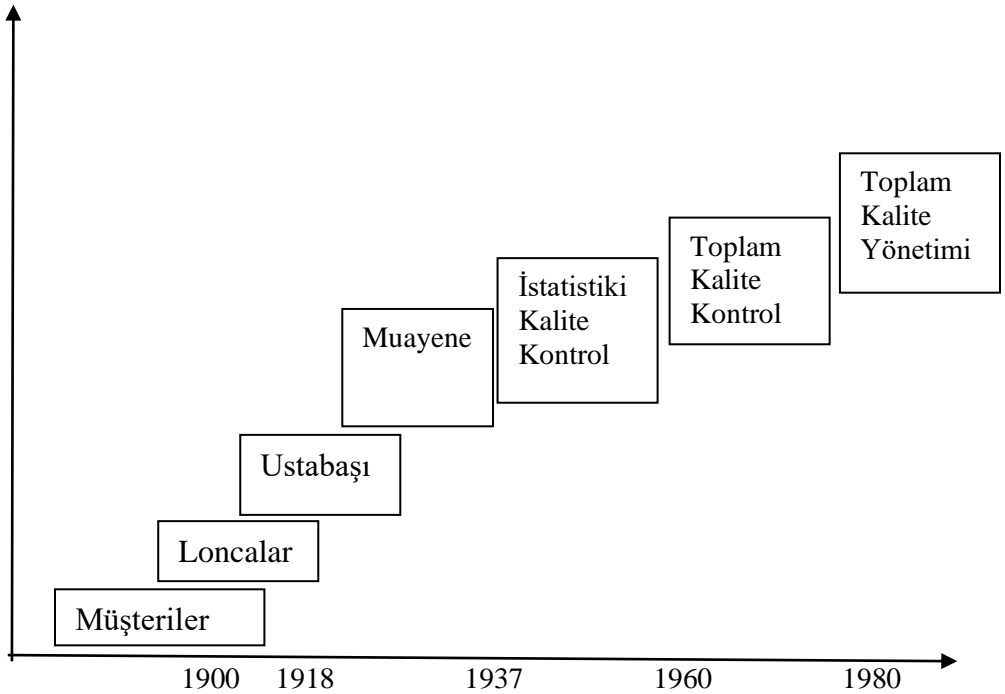
Sağlık hizmetlerinde kalite anlayışının çok eskilere dayanan başka örnekleri de bulunmaktadır. M.Ö. beşinci yüzyılda Hipokrat’ın yazılı mesleki davranış kuralları, M.S. 1000’de İran’da tıbbi uygulama yapan herkesin bilgisinin sınavla değerlendirilmesinin istenmesi uzak geçmişteki önemli gelişmelerden bazılarıdır (Kaya, 2005:17-18).

Sağlık hizmetlerinde kalitenin İngiltere’de IX. Yüzyılın sonlarında Florence Nightingale ile başladığı da söylenmektedir. Nightingale, özellikle sağlık hizmetlerini daha iyi bir seviyeye getirmek ve iyileştirmek adına bir takım istatistiklerin toplanmasını ve değerlendirilmesini içeren bir sistem kurmuştur. Bu sayede hastaların bakım sürecini ve bakım aşamasındaki eksikleri tespit etmenin ne kadar önemli olduğu saptanmıştır. Sağlık hizmetlerinde kalitenin önemli isimlerinden bir diğeri de Dr. Ernest A.Codman’dır. Ernest Codman, 1914 yılında Massachusset General Hospital’ın tıbbi kayıtlarını inceleyerek tedavi sonuçlarını değerlendirmesi ile hastane standardizasyonunda sonuçlara dayalı bir sistemin ilk adımları atılmış, sağlıkta kalite kontrol yaklaşımı uygulanmaya başlanmıştır. Ayrıca “Nihai Sonuç” olarak adlandırdığı süreçte tüm hastalarını sistematik olarak takip etmiştir (Mueller,2019).

1913 yılında ABD’de hasta bakım kalitesi ve güvenilirliğinin izlenmesi ve denetlenmesi konusu üzerine durulmaya başlanmış ve bu konuda bir standart oluşturma gerekliliği gündeme gelmiştir. 1951 yılında Amerikan tıp, diş hekimliği ve hastane derneklerinin bir araya gelmesiyle Amerikan sağlık kuruluşlarını akredite eden ve kendi misyonunu; toplumun nitelikli sağlık hizmeti beklentilerini karşılamak olarak tanımlayan Sağlık Kurumları

Akreditasyon Komitesi (Joint Commission for Accreditation of Health Care Organizations – JCAHO) kurulmuştur (Devebakan, 2006:133). 1998 yılında JCAHO bağlı bir kuruluş olarak uluslararası alanda akreditasyon amacıyla JCI kurulmuştur. 2007 yılında ise JCAHO ismi “The Joint Commission” olarak kısaltılmıştır (Akdu, 2009: 27).

Uluslararası Birleşik Komisyon (JCI), Sağlık Kuruluşlarının Akreditasyonu Birleşik Komisyonu (JCAHO)“nun bir alt kuruluşu, bir alt bölümü olarak kurulmuştur. JCI misyonu, akreditasyon hizmetlerini dünya çapında sağlayarak uluslararası sağlık hizmetlerinin kalitesini iyileştirmek olarak özetlenebilir.



**Şekil 4.** Kalitenin Tarihsel Gelişimi

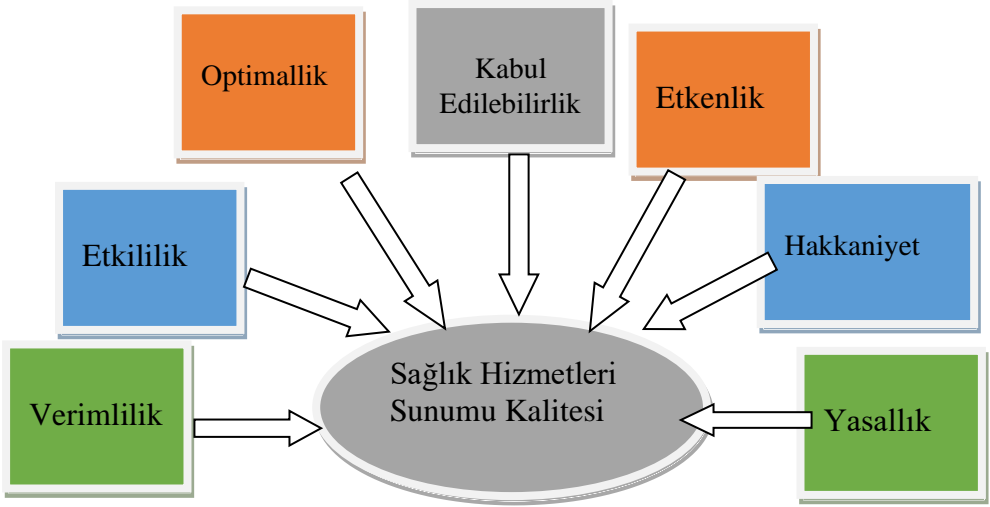
Kaynak: Şimşek, 2001: 17.

Öncelikle Amerika’da ortaya çıkan ama çalışmaları istenilen düzeyde başarı sağlayamayan organizasyonlar, sağlıkta toplam kalite yönetimine dönük benzer uygulamalar neticesinde diğer dünya ülkelerine de yayılmaya başlamıştır. Bu organizasyonlar vasıtasıyla; bilimsel tıbbın gelişmesi, mesleki örgütlenmelerin ve meslek standartlarının eleştirilmesi, toplumun bilinçlenmesi, sağlık hizmetlerinin artması ve yasal düzenlemeler, sağlık kurumlarını verdikleri hizmetin kalite boyutu ile daha yakından ilgilenmeye yöneltmiştir (Akgün, 2005:75).

Kalite, sağlık sektöründe farklı paydaşlar için farklı anlamlar içermektedir. Kaliteyi sisteme entegre etmenin en önemli aracı ise, farklı paydaş beklentilerinin dikkate alınması ve izlenmesidir. Tedarikçilerin, hastaların ve doktorların farklı beklentileri arasında mutlaka denge kurulmalı ve hesap verebilir (accountable) niteliklere sahip bir sistem tasarlanmalıdır (McGlynn, 1997:7).

## **2.2. Sağlık Hizmetlerinde Kalitenin Boyutları**

Sağlık hizmetlerinde kalitenin üç tanımına sıklıkla atıfta bulunmaktadır. Bu tanımlar Donabedian, Amerikan Tabipler Birliği ve ABD Tıp Enstitüsünün tanımlarıdır (Kaya,2005:3). Avedis Danobedian, yüksek kaliteli hizmeti, “hizmet sürecinin bütün kısımlarındaki beklenen kazançlar ve kayıplar dengesi hesaba katıldıktan sonra, hastanın iyilik halinin kapsamlı bir ölçüsünü en üst düzeye çıkarması beklenen hizmet” olarak tanımlamaktadır (Kaya,2005:3, Coşkun ve Gülhan, 2017:411). Donabedian’ a göre, sağlıkta sunulan hizmetin kalitesi önemlidir ve bu kaliteyi etkileyecek kavramları; verimlilik, etkililik, optimallik, kabul edilebilirlik, etkenlik, hakkaniyet ve yasallık olarak 7 özelliğe belirtmektedir (Kaya ve Işık, 2013:4).



**Şekil 5.** Donabedian Sağlıkta Hizmet Kalitesi Özellikleri

Kaynak: Kaya ve Işık, 2013

Amerikan Tabipler Birliği (American Medical Association) 1984 yılında yüksek kaliteli hizmeti “yaşam kalitesini ve/veya süresini iyileştirmeye veya sürdürmeye sürekli olarak katkıda bulunan hizmet” olarak tanımlarken, ABD Tıp Enstitüsü sağlık hizmetlerinin kalitesini “bireylere ve topluma sunulan sağlık hizmetlerinin, arzulanan sağlık sonuçlarına ulaşma olasılığını artırma ve şimdiki profesyonel bilgiyle tutarlı olma derecesi” olarak tanımlamaktadır (Kaya,2005:14-15).

Vincent K. Omachonu (1990) tarafından geliştirilen sentezci yaklaşım, kalitenin teknik (bilimsel norm ve standartlara uygunluk) ve sanatsal (müşteri istek ve beklentilerinin karşılanması) boyutlarını bir arada ele almaktadır. Bu yaklaşıma göre sağlık hizmetlerinin kalitesi, teknik kalite ve tedavi sanatı (uygulama sanatı) tarafından belirlenmektedir. Taylor (1994), hizmet kalitesini aşağıdaki gibi formüle etmektedir (Kavucubaşı&Yıldırım ,2010:453):

Sağlık Hizmetlerinin Kalitesi = Teknik Kalite+Tedavi Sanatı

Hizmet kalitesinin nesnel olarak verilen hizmetin hastanın sağlık durumunda yarattığı gelişme (teknik kalite) temel alınarak ölçülebileceği ileri sürülebilir. Bu açıdan kalite kavramını, verilen hizmetin bilimsel standartlara uygunluk derecesi olarak tanımlamak olanaklıdır (Kavucubaşı&Yıldırım,2010:453). Örneğin bir hastaneye muayene olmak için gelmiş hastanın muayenesinin yapılıp, doğru tedaviye yönlendirilmesi teknik kaliteyi ifade etmektedir. Verilen hizmetin teknik kalitesini değerlendirmede kullanılan yaklaşımlardan en önemlisi, Danobedian tarafından geliştirilen ve üç ögeyi içeren “Yapı-Süreç- Sonuç” yaklaşımıdır (Kavucubaşı&Yıldırım,2010:454).

Bunlardan birinci öge teknik hizmetin kalitesidir. Burada iki noktanın vurgulanması gerekmektedir. Birincisi, teknik kalite hakkındaki kararlar mevcut en iyi bilgi ve teknolojiye bağlıdır (Kaya,2005:4). İkincisi, karar zaten meydana gelmiş olaylara değil, gelecekteki beklentilere dayalıdır (Kaya,2005:4).

Kalitenin ikinci ögesi, hizmetlerle ilgili herkes arasındaki, fakat özellikle hasta ve sağlık hizmeti sunan kişi arasındaki, kişilerarası ilişkinin iyiliğidir. Üçüncü ve son öge ise, hizmetin rahatlık ve konfor sağlayan yönleridir (amenities). Bunlar, hizmetin sunulduğu yerin istenilen özellikleridir ve uygunluk, rahatlık, sessizlik, mahremiyet, konfor ve hatta estetik özellikleri içermektedir (Kaya,2005:4).

**Tablo 3:** Donabedian Yapı, Süreç, Sonuç Modeli

YAPI	SÜREÇ	SONUÇ
Hastane ortamı	Hizmet sunum	Tedaviden alınan sonuç
Fiziki olanaklar	faaliyetleri	Etkin ve faydalı tedavi
Çalışan sayısı	Teşhis ve tedavi	Kaliteli hizmet
Hizmet politikaları	Bakım hizmetleri	Hasta memnuniyeti
	Yatarak tedavi ve bakım	

Kaynak: Yıldız,2014.

Günümüzde, sağlık hizmetlerinde değişimi zorunlu kılan üç temel gelişmeye odaklanılmaktadır (Kiyim,1997:178). Birinci gelişme, nüfus artışının yanı sıra, her on yılda ortalama yaşam süresinin üç yıl uzaması ve sağlık bilinci düzeyinin yükselmesine paralel olarak hizmetlerden yararlanma sıklığının artması sonucu tıbbi uygulama ihtiyaçlarının artışıdır. İkinci gelişme, her dört yılda, tıp teknolojilerindeki birikimin iki kat artması ve ileri teknoloji ürünü pahalı uygulamaların günlük işlemlerde hızla yaygınlaşmasıdır. Üçüncü gelişme ise, epidemiyolojik spektrumdaki değişiklik sonucu, akut hastalıkların önem kazanmasıdır. Bu üç gelişmede maliyetlerin artmasına odaklanılmaktadır. (Kiyim,1997:178).

Sağlık hizmetlerinde kalite için, doğru teşhis, insan kaynakları ve maddi altyapı olarak yeterli ve uygun koşulların sağlanması gerekmektedir. Tüm unsurların doğru ve uygun bir biçimde, zamanında bir araya getirilmesi, doğru teşhisi ve ardından uygun tedavi yöntemini geliştirmeyi mümkün kılmakta; bu durum hastalarla kurulan iyi ilişkilerle birleştirilince sağlıkta kaliteye erişmek mümkün olmaktadır (Asunakutlu,2007:441).

### 2.3. Sağlık Hizmetlerinde Kalitenin Önemi

Sağlık hizmetleri kesintisiz olarak devam etmesi gereken, oluşacak olan hataların telafisinin mümkün olmadığı bir yapıya sahiptir. Bu durumun en büyük nedeni insan sağlığı üzerine yapılan bir hizmet olmasıdır. Sağlık hizmetlerindeki toplam kalite yönetiminin amacı; bireylere sağlık hizmeti sunmak ve toplumsal sağlık düzeyini geliştirmek amacıyla kalite standartları doğrultusunda tam katılımı hasta ve yakınlarının beklenti ve ihtiyaçlarının karşılanması olarak tanımlanabilmektedir (Marşap, 2014, s. 443).

Önceleri sadece hasta ihtiyaç ve beklentilerinin ön planda tutulduğu kalite yaklaşımı, zamanla daha geniş bir grubun ihtiyaç ve beklentilerini karşılamak amacıyla dönüşmüştür. Bunun en önemli nedeni başta müşteri olarak tanımladığımız hasta kavramının genişlemesidir. Günümüzde hasta olarak kabul ettiğimiz grup; hasta, hasta yakını, hasta refakatçisi olarak genişlemiştir. Bu noktada sadece hastaya kaliteli hizmet verme anlayışı terk edilerek; hastanın yanında hasta yakınları, ziyaretçileri ve refakatçileri de memnun etme üzerine bir yönetim anlayışı benimsenmiştir.

Her hastanın hastaneden beklentileri değişmektedir. Kimi hasta sadece hekimlik hizmetinden kalite beklerken; kimileri hemşirelik hizmetlerinin ya da otelcilik hizmetlerinin ön planda olmasını isteyebilmektedir. Ayrıca sadece hastanın memnuniyeti tek başına beklentileri karşılamamakta; hastaya eşlik eden refakatçilerin de verilen hizmetten beklentileri gün geçtikçe artmaktadır.

### 3. SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMI KAPSAMINDA TOPLAM KALİTE YÖNETİMİ VE AKREDİTASYON

Dünyada çeşitli ülke örnekleri incelendiğinde, sağlık hizmetlerinde kaliteye yönelik uygulamaların daha çok ulusal düzeyde gerçekleştiği görülmektedir (Sağlık Bakanlığı,2012:4). Her ülkenin kendine özgü sağlık sistemlerinin

bulunması, maddi olanakların farklılığı vb. nedenler bu duruma sebebiyet vermektedir.

Türkiye’de kaliteyle ilgili anlayış ve çalışmalar, Osmanlı dönemiyle başlamaktadır daha sonrasında da sırasıyla Cumhuriyet’in ilanından 1932 yılına kadar olan dönem, sanayileşmeyle beraber 1933-1950 yılları arası dönem, 1950-1960 arası dönem ve son olarak 1960 ve sonrası dönem ile günümüz olarak birbirini takip eden dönemlerden oluşmaktadır (Sarp, 2017:35).

Türkiye’de kalite ve akreditasyon ile ilgili çalışmaları Türk Akreditasyon Kurumu (TÜRKAK) üstlenmiş durumdadır. Dışişleri Bakanlığı’na bağlı olarak 1999 yılında Ankara merkezli olarak kurulmuş olup 2001 yılında faaliyete başlamıştır. “Çok Taraflı Anlaşma (MLA)”larla; “Avrupa Akreditasyon Birliğinin (EA)”, “Uluslararası Akreditasyon Forumunun (IAF)” ve “Uluslararası Laboratuvar Akreditasyonu Birliğinin (ILAC)” tam üyesi olmuştur (TÜRKAK, 2019). Bununla birlikte Avrupa Kalite Yönetimi Vakfı (EFQM) mükemmellik modeli konusunda da çalışan sağlık kuruluşları bulunmaktadır. Bu konudaki çalışmaları Türkiye Kalite Derneği (KALDER) yürütmektedir.

1980’li yıllardan itibaren özellikle gelişmiş ülkelerde sağlık sektöründe TKY uygulamaları başlamıştır. Ülkemiz sağlık sektöründe ise 1990’lı yıllardan itibaren ISO 9000 Kalite Yönetim Sistemi kullanılmaya başlanmış, 2000’li yıllardan itibaren de bu yönetim sistemine göre yapılanma çalışmaları yaygınlaşmıştır.

2000 yılında Toplam kalite yönetimi çalışmaları kamu sağlık kurumlarında üniversite hastanelerinin ardından Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK) tarafından başlatılmıştır. SSK hastaneleri ISO 9000 Kalite Yönetim Belgesi sistemine sahip olurken; çalışan personele kalite eğitimi verilmeye başlanmış, hasta



işlem süreçlerin daha hızlı ilerlemesi konusunda çalışmalar ivme kazanmıştır. Sağlık sektöründeki kuruluşların yaklaşık %10 ‘u ISO 9000 Kalite Yönetim Sistemi belgesine sahip olmuştur.

2001 yılında “Yataklı Tedavi Kurumları Kalite Yönetimi Hizmet Yönergesi (Sağlık Bakanlığı,2013)’nin valiliklere duyurulmasıyla Sağlık Bakanlığı’na bağlı yataklı tedavi kurumlarında da Toplam kalite yönetimi uygulamaya konulmuştur. Bakanlığa bağlı 110 tedavi kurumunda yönerge uyarınca kalite konseyleri oluşturulup kalite temsilcileri seçilmiştir. Sağlık Bakanlığı tarafından, hastanelerinin hizmet kalitesinin değerlendirilmesi amacıyla 2005 yılında “Hizmet Kalite Standartları Ölçeği geliştirilmiş ve uygulanmaya başlanmıştır (Sağlık Bakanlığı,2013).

15 Ekim 2003’de Sağlık Bakanlığı tarafından düzenlenen “Sağlık Tesislerinde Hasta Hakları Uygulamalarına İlişkin Yönerge” 2005 yılında yenilemiştir. Yönergenin temel yaklaşımı “kurum veya çalışan odaklı hizmet sunumundan, hasta odaklı hizmet sunumuna geçilmesi” olarak belirtilmektedir (Tengilimoğlu&Atilla,2010:167).

Son yıllarda Türkiye’deki sağlık kuruluşlarının, sağlık hizmetlerinin özellikli yönlerini dikkate alan uluslararası akreditasyon standartlarını uygulama konusundaki çalışmalarının arttığı görülmektedir. Bu artışta Sağlık Bakanlığı’nın kalite ile ilgili politikalarının etkisi büyüktür.

Akreditasyon; bir organizasyonun (sağlık kurumunun), programın veya grubun standartlar veya kriterler ile uyumunun yetkili bir otorite tarafından incelenmesi ile başlayıp onaylanma süreci ile sonuçlandırılmasını içeren resmi süreçler bütünüdür (Sağlık Bakanlığı,2011). Joint Commission International, Akreditasyon tanımını şu şekilde yapmıştır; “Sağlık kuruluşundan ayrı ve müstakil, çoğunlukla resmi kimliği olmayan bir birimin, sağlık kuruluşunun

hizmet kalitesini iyileştirmek için tasarlanmış bir dizi gereksinimi karşılayıp karşılamadığının değerlendirdiği bir süreçtir” (JCI,2011).

TÜSEB’e göre akreditasyon; “organizasyonların kalite, etkinlik ve verimliliğini artırmak için kullanılan, belirlenmiş standartlara uygunluğun etkili bir kurum tarafından değerlendirilerek onaylanmasını içeren, genellikle gönüllülük esasına ve uluslararası kabul görmüş ilkelere dayanan bir programdır (Tuseb, 2023). Akreditasyon sistemlerin değerlendirildiği bir çalışmada, Türkiye’de birçok akreditasyon sisteminin bulunduğu, bu sistemlerden en çok ilgilenilen sistemin JCI olduğu belirlenmiştir (Şahin, 2020).

Türkiye’de 34 sağlık kurumu dünyanın önde gelen ve en güvenilir sağlık standartları kurumu olan Joint Commission International (JCI) tarafından akredite edilmiştir. Türkiye sahip olduğu JCI akredite hastane sayısı ile dünyada yedinci sırada yer almaktadır (healinturkiye,2022).

Sağlık hizmetlerinin akreditasyonu; hastanın değerlendirilmesi, bakımı, tedavi sürecine etkisi olan hasta ve yakınlarının eğitimi, hasta hakları ve yönetimle ilgili süreçlere kadar uzanan oldukça geniş bir alanı kapsamaktadır. Sağlık hizmetlerinin kalitesini geliştirerek sürekliliğini sağlamak ve Türk toplumunun sağlık hizmetinin kalitesine olan güvenini arttırmak için sağlık akreditasyon sisteminin kurulması gündeme gelmiştir. Sağlık akreditasyon sisteminin yapılandırılması;

- Türkiye için sağlık hizmetlerinin standartlarının belirlenmesi ve geliştirilmesi,
- Bakım kalitesinin geliştirilmesi,
- Sağlık sonuçlarını ölçebilmek için performans ölçüm sisteminin geliştirilmesi,

- Ulusal klinik kalite göstergelerinin belirlenmesi,
- Sonuçların karşılaştırılması için veri tabanının oluşturulması,
- Hasta ve çalışan güvenliğini ölçmek ve geliştirmek için sistem geliştirmesi,
- İnsan kaynakları standartlarının oluşturulması, gibi ihtiyaçlardan kaynaklanmaktadır (Sağlık Bakanlığı).

Türkiye’de sağlık akreditasyon sisteminin yapılandırılma sürecinde Sağlık Bakanlığı önderlik görevini yürütmektedir. Sağlık Bakanlığı, sağlık akreditasyon sisteminin kurulmasına yönelik olarak birtakım faaliyetler gerçekleştirmiştir. Sağlık akreditasyon sisteminin yapılandırılması sürecinde Sağlık Bakanlığı’nın iki temel sorumluluğu bulunmaktadır:

1. Sağlık sektöründeki paydaşların katılımını sağlayarak sağlık akreditasyon sisteminin yapılandırılması sürecine önderlik etmek,
2. Kamu ve özel sektör kuruluşlarının sağlık akreditasyon sürecine hazırlanmalarını sağlamak.

Sağlık Bakanlığı’nın birinci sorumluluğu kapsamında; akreditasyon konusunda paydaşlar arasında görüş birliği oluşturmak amacıyla toplantılar düzenlemiştir. Sağlık sektörünün tüm temsilcilerinin de katılımıyla gerçekleştirilen toplantılar sonucunda Türkiye’de sağlık akreditasyon sisteminin kurulması konusunda tüm taraflar arasında mutabakat sağlanmıştır.

Akreditasyon sisteminin uluslararası deneyimler ışığında kurulması amacıyla Sağlık Bakanlığı ve “Joint Commission International (JCI)” arasında; sistemin yapılandırılması, standart geliştirme, kalite izleme ve ölçme sistemlerinin geliştirilmesi, veri tabanı oluşturulması konularını kapsayan bir iş birliği protokolü imzalanmıştır.

Sağlık Bakanlığı sağlık sektörü temsilcilerinin katılımıyla, sağlık akreditasyon sisteminin yapılandırılması sürecinde etkin rol oynayacak Yönlendirme Komitesi ile Politika - Metod ve Organizasyon - Kaynaklar adlı çalışma gruplarını oluşturmuştur. (Sağlık Bakanlığı,2011).

Yönlendirme Komitesi ve çalışma grupları; sistemin temel stratejilerini ve hedeflerini belirlemek, akreditasyon sisteminin kurulması sürecinin teknik ve hukuki altyapısını oluşturmak için gerekli çalışmaları tamamlamıştır. Bu konudaki ikinci sorumluluğu kapsamında Sağlık Bakanlığı, hastanelerin akreditasyon sürecine hazırlanmalarını sağlamak amacını da taşıyan bir mevzuatı yürürlüğe koymuştur. “Yataklı Tedavi Kurumları Kurumsal Kaliteyi Geliştirme ve Performans Değerlendirme Yönergesi” içerisinde JCI’ın hastane akreditasyon standartlarından yararlanılarak hazırlanan “Kalite Geliştirme ve Değerlendirme Kriterleri” yer almaktadır (Sağlık Bakanlığı,2011).

100 sorudan oluşan kalite kriterleri, 2007 yılı başında Sağlık Bakanlığı tarafından yapılan revizyonla birlikte 150 soruya çıkarılmıştır (Sağlık Bakanlığı,2011:3). 2008 yılında ise bu kriterler hem yapısal, hem dizayn hem de metodolojik açıdan yeniden düzenlenmiştir. 2009 yılı içinde ise, özel hastane ve üniversite hastanelerine yönelik olarak toplam 388 standart ve yaklaşık 1.450 alt bileşenden oluşan “Özel Hastaneler Hizmet Kalite Standartları” hazırlanıp yayınlanmıştır. Böylelikle kamu ve özel hastaneler için aynı standart seti ve aynı denetim maddelerinin geçerliliği gündeme gelmiştir.

17.03.2012 tarih ve 28236 sayılı Resmi Gazete ile yayınlanan Bakanlar Kurulu Kararı ile Kamu idaresi sağlık hizmeti sunucuları dışındaki vakıf üniversiteleri dahil sözleşmeli sağlık hizmeti sunucuları tarafından, Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonunca belirlenen sağlık hizmetleri bedeline

ek olarak alınabilecek tavan ilave ücretin belirlenmesine ilişkin Kararın 1 inci maddesinin birinci fıkrasında yer alan “% 70’ine” ibaresi “% 90’ına” olarak değiştirilmiştir (Resmi Gazete,2011).

Kalite ve Akreditasyon çalışmalarını yürütülmesi, hasta ve çalışan güvenliği kültürünün oluşturulması, kurum ve kuruluşların verimliliğinin sağlanması ve bu iyileştirmelerin kurum ve kuruluşlarda devamlılığın sağlanabilmesi için sağlık kurum ve kuruluşlarına rehberlik üzere 2007 yılında Sağlık Bakanlığı bünyesinde Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı kurulmuştur (Öztürk,2011). 663 sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile birlikte Sağlık Bakanlığı’nda yeni bir teşkilat yapılanmasına gidilmiş olup, bu süreçte Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı bünyesinde yürütülen görevler için farklı bir organizasyon yapısı öngörülmüştür. 19 Mart 2012 tarihinden itibaren Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı biriminin varlığı sona ermiş olup Sağlık Bakanlığı merkez teşkilatı bünyesindeki Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü çatısı altında “Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı” kurulmuştur (Sağlık Bakanlığı,2012).

Sağlık Bakanlığı sosyal devlet anlayışı gereği koruyucu ve birinci basamak tedavi hizmetleriyle birlikte, sağlık politikalarını hazırlamak, sektörel öncelikleri belirlemek, kalite ve akreditasyon yaklaşımı çerçevesinde denetim görevini yerine getirmeyi önceleyen yeni “Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname” 02.11.2011 tarihli resmi gazetede yayımlanmıştır (Resmi Gazete,2011).

Özel ve kamu sağlık hizmet sunucularının kalitesinin değerlendirilmesi gibi önemli bir görevin objektif kriterlere sahip olması gerekmektedir. Bunun için Sağlık Bakanlığı, denetimi yapacak değerlendiricilerini profesyonel eğitime

tabi tutmuştur. Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı'nca, 12-16 Mart 2012 tarihleri arasında ikincisi gerçekleştirilen HKS Okulu'nun üçüncüsü 02 - 06 Nisan 2012 tarihleri arasında Antalya ilinde gerçekleştirilmiştir. Okula 81 ilden İl Performans ve Kalite Koordinatörlükleri, Kamu Hastaneleri, Ağız Diş Sağlığı Merkezleri ve Üniversite Hastanelerinden sağlık yöneticileri, kalite yönetim direktörleri, bölüm kalite sorumluları, sağlık çalışanları ve akademisyenler olmak üzere 450 kişi katılmıştır (Sağlık Aktüel, 2012). Böylece sağlık kurumlarında kalite denetimleri de amacına uygun işlerlik kazanmıştır.

5. Versiyon 2016 yılında hazırlanmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2016). 6. Versiyona yeni eklenen sekiz bölüm için görüş ve öneriler 27 Aralık 2019 tarihine kadar alınmış (Sağlık Bakanlığı, 2019a) ve 26 Haziran 2020 tarihinden kullanım için hazır hale gelmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2020).

“Türkiye Sağlık Hizmetleri Kalite ve Akreditasyon Enstitüsü (TÜSEB)” (2019), 2015 yılında, Sağlık Bakanlığı ile ilgili olup, merkezi İstanbul olmak üzere, kamu tüzel kişiliğe sahip, özel bütçeli, bilimsel ve idari özerkliğe sahip olarak kurulmuştur. 4 Nolu Cumhurbaşkanlığı Kararnamesi (2018)'nin 366.md./f göre, “... ulusal ve uluslararası düzeyde sağlık kuruluşlarını akredite etmek, uluslararası ve bölgesel akreditasyon birlikleri ve örgütleri ile diğer ülkelerin akreditasyon kuruluşlarıyla karşılıklı tanıma anlaşmaları yapmak” görevi tanımlanmış ve “Sağlıkta Akreditasyon Standartları” TÜSEB'e devredilmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2019b). Sağlık Hizmet Standartlarının geliştirilmeye devam ediliyor olması, akreditasyon standartlarının belirlenmesi, TURKAK'ın uluslararası kuruluşlara tam üye olarak kabulü, sağlık hizmetlerinde kalitenin ve verimliliğin gelişmesinde önemi adımlar olmaya devam etmektedir.

## İKİNCİ BÖLÜM

### İNSAN KAYNAKLARI YÖNETİMİ

#### 1. GENEL OLARAK

İnsan Kaynakları Yönetimi, yönetim faaliyetinin insani ya da personel yönü ile ilgili olarak yürütülmesi gereken politikalara ve uygulamalara yönelik bir işletim işlevidir (Dessler,2000:2). Yani insan kaynakları yönetimi, bir işletme bünyesinde bulunan çalışanların birbirleriyle olan ilişkileri ve işletmeyle olan ilişkilerinin düzenlenmesi, iyileştirilmesi doğrultusunda geliştirilen tüm faaliyetleri kapsamaktadır.

Bir organizasyondaki üst, orta ve alt kademe yöneticiler, teknik ve destek personel, danışman olarak istihdam edilen personel, tam-sürelili ya da kısmi-sürelili çalışan personel, işçi ve memurlar ve diğer şekillerde istihdam edilen tüm çalışanlar örgütün insan kaynaklarını oluşturmaktadır (Aktan,1999:27).

#### 1.1. İnsan Kaynakları Yönetiminin Tanımı

İnsan kaynakları yönetimi kavramı yeni gelişen ve geçiş süreci yaşayan bir kavram olduğundan genel kabul gören bir tanımın yapılmasının kolay olmadığı; özellikle geçiş süreci yaşayan bilim dallarında ortak bir terminolojinin bulunmayışının tanım yapmayı daha da zorlaştırdığı bir kavramdır (Mathis&Jackson,1999:27).

İnsan kaynakları yönetimi ortaya atıldığı ilk yıllarda, "eski şarabın yeni bir şişe ve etikette sunulması" olarak nitelendirilmiştir. Arkasından "yeni bir endüstri ilişkileri sistemi" nin adı olduğu söylenmiş, ancak tüm bu tanımlamalar insan kaynakları yönetiminin genel çerçevesini çizmekte yetersiz kalmıştır (Büyükeluslu,1998:77). İnsan kaynakları yönetimi ile ilgili

birçok tanım mevcuttur. Ancak, tanımlar farklı olsa bile tüm yorumlardaki ortak unsur İnsan Kaynakları Yönetiminin endüstri ilişkilerine önemli boyutlar kazandırmış ve çalışma ilişkilerini değiştirmiş yeni bir disiplin olduğudur (Büyükkuluslu,1998:77).

İnsan Kaynakları Yönetimi; örgütsel hedeflere ulaşabilmek amacıyla insan kaynaklarının etkili ve verimli bir biçimde kullanılmasını sağlayacak şekilde, bir sistem bünyesinde örgütün tasarlanması olarak tanımlanabilir (Mathis&Jackson,2000:4). Başka bir tanıma göre İnsan Kaynakları Yönetimi; "İşletmelerin hedeflerine ulaşabilmeleri için gerekli olan işlevleri gerçekleştirecek yeterli sayıda vasıflı elemanın işe alınması, eğitilmesi, geliştirilmesi, motive edilmesi ve değerlendirilmesi işlemidir" (Boone& Kurtz,1998:266). İnsan Kaynakları Yönetimi, en geniş anlamıyla bir organizasyonun en değerli varlığının, yani orada çalışan insanların, etkin yönetimi için geliştirilen stratejik ve tutarlı bir yaklaşım olarak tanımlanabilir (Barutçugil,2004:32).

Genel anlamda İnsan Kaynakları Yönetimi'nin, insana odaklanmış, çalışanların ilişkilerini yönetsel bir yapı içinde ele alan, kurum kültürüne uygun çalışan, politikalarını geliştiren ve bu yönüyle kurum yönetiminde kilit işlev görevi gören bir fonksiyona sahip bulunduğu söylenebilir (Fındıkçı, 2000:14). İnsan kaynakları yönetimi kavramı, "organizasyonlarda çalışan işgücünün istihdamı, gelişimi ve refahı için stratejik, bütünlük ve istikrarlı bir süreç" olarak açıklanmaktadır (Armstrong 2009).

## **1.2. İnsan Kaynakları Yönetiminin Gelişim Süreci**

Personel yönetiminin konusu, yönetimde insan kaynağının etkili biçimde sağlanmasının, istihdamının ve geliştirilmesinin ilkelerini, yol ve yöntemlerini araştırmak ve göstermektir (Tutum,1979:1) Personel yönetimi, örgütün insan kaynağının performansını iyileştirilerek, hem örgütün performansına katkıda



bulunmakta hem de örgütten elde edeceği kazanımların artmasını hedef almaktadır.

Personel yönetiminden insan kaynakları yönetimine geçiş ve insan kaynakları yönetiminin bugünkü anlayışla gelişebilmesi uzun bir dönemde, çeşitli aşamalardan geçtikten sonra mümkün olabilmektedir. Personel yönetiminde hizmet kapsamının genişletilmesi, insan kaynakları yönetimi yaklaşımına yönelmeyi gerektirmiştir. 1927 yılında Elton Mayo tarafından gerçekleştirilen Hawthorn deneyleri işçilerin psikolojik yönüne de değer verilmesi gerektiğini sonucuna vararak insan kaynakları yönetimi (İKY)'nin temelini atmıştır.

İnsan kaynakları yönetimi 40 yılı aşkın bir süredir kullanılan bir deyim olmakla beraber, akademik olarak 1980'lerin başında ilk defa ABD'de Harvard ve Michigan/Columbia üniversitelerinde MBA programlarının bir dersi olarak karşımıza çıkmaktadır. Özellikle ABD'deki şirketlerin, işgücü ihtiyaçlarına karşılık vermek üzere akademisyenler tarafından ele alınmıştır ve başlarda sendikalaşmamış şirketler arasında popülerlik kazanmıştır. ABD'li şirketler üzerindeki olumlu etkilerinin sonrasında İngiltere başta olmak üzere Batı Avrupa ülkelerince de insan kaynakları yönetimi uygulamalarına başlanmıştır (Monir, 2005:5).

Yeni açılımların ve büyük umutların egemen olduğu 1980'li yılların arkasından 1990'lı yıllar, birçok organizasyon için oldukça zor geçmiştir (Barutçugil,2004:17). Özellikle değişimi fark etmeyen, gelişmeye uyum sağlayamayan ve kendi değişimlerini gerçekleştiremeyen organizasyonlar, ciddi tehdit ve tehlikelerle karşı karşıya kalmışlardır (Barutçugil,2004:17).

21. yy'da ise örgütlerde belki de en hızlı değişimin yaşandığı süreç olmuştur. Özellikle yönetim anlayışında benimsenen yapılar ve süreçler büyük bir

dönüşüm geçirmiştir. Teknolojinin akıl almaz bir hızla ilerlemesi çalışanları ve kurumları değiştirmiştir.

**Tablo 4:** Personel Yönetimi ve İnsan Kaynakları Yönetimi Arasındaki Farklar

<b>PERSONEL YÖNETİMİ</b>	<b>İNSAN KAYNAKLARI YÖNETİMİ</b>
İş odaklı	İnsan Odaklı
Operasyonel faaliyet	Danışmanlık hizmeti
Kayıt sistemi	Kaynak anlayışı
Statik bir yapı	Dinamik bir yapı
İnsan maliyet unsuru	İnsan önemli bir girdi
Kalıplar, normlar	Misyon ve değerler
Klasik yönetim	Toplam Kalite Yönetimi
İşte çalışan insan	İş yönlendiren insan
İç planlama	Stratejik planlama

Kaynak: Sabuncuoğlu,2000:11.

### **1.3. İnsan Kaynakları Yönetiminin Fonksiyonları**

İnsan kaynakları yönetimi, bir organizasyon ile çalışanları arasındaki ilişkileri etkileyen tüm yönetim kararları ve uygulamalarıdır. İnsan kaynakları yönetimi, rekabetçi kalabilmek için organizasyonların ihtiyaç duydukları bilgilerin, becerilerin ve tutumların tümünü ilgilendirir. İnsan kaynaklarının seçiminden eğitim ve geliştirilmesine, çalışanlar arasındaki ilişkilerden ücretlendirme ve ödüllendirmeye kadar uzanan bir dizi yönetim konusunu ve uygulanmasını kapsamaktadır (Barutçugil,2004:33).

Amerikan İnsan Kaynakları Yönetimi Demeği (SHRM – The Society for Human Resource Management) İnsan Kaynakları Yönetimi için altı temel fonksiyon tanımlamaktadır (Acar,1999:10):

- İnsan Kaynakları planlaması, personel seçimi ve işe alma,
- İnsan Kaynaklarının geliştirilmesi,
- Ücret ve diğer ödemeler,
- Güvenlik ve sağlık,
- İşçi – işveren ilişkileri,
- İnsan Kaynakları araştırmaları

Amerikan İnsan Kaynakları Belgelendirme Enstitüsü ise, İnsan Kaynakları uygulamacılarının aşağıdaki altı alanda bilgi ve deneyime sahip olması gerektiğini vurgulamıştır ( Ernst&Young,2003:34) Bunlar;

- Yönetim becerileri,
- Seçme ve yerleştirme,
- Eğitim ve geliştirme,
- Ücret ve diğer ekonomik yararlar,
- İş ve çalışan ilişkileri,
- İş güvenliği konularıdır.

### **1.3.1. İnsan Kaynakları Planlaması**

Sosyal politikaların etkisi ile 1960’lardan itibaren işgücü maliyetlerinin artması, işgücünden daha efektif yararlanma gereğini doğurmuştur. Böylelikle işletmelerin insan kaynakları planlamasına ilgisinin artması bu alandaki çalışmaların çoğalmasına neden olmuştur.

İnsan Kaynakları Yönetiminin en önemli işlevlerinden biri İnsan Kaynakları Planlamasıdır. İnsan Kaynakları Planlaması örgütün gelecekte ihtiyaç duyacağı personelin nitelik ve nicelik açısından önceden belirlenmesi ve bu ihtiyacın nasıl ve ne derecede karşılanabileceğinin saptanması faaliyetlerinin tümüdür (Tengilimoğlu&vd.,1012:309).

İnsan Kaynakları Planlamasının işletmenin diğer planlama faaliyetleri ile korele olması gerekir. İnsan Kaynakları Planlamasının en can alıcı noktalarından biri mevcut işgücünü korumak ve geliştirmektir (Sabuncuoğlu,2000:56). İnsan kaynakları planlaması ya da diğer bir deyişle istihdam planlaması, kurum ve kuruluşların gelecekteki işgücü talebini ve emek arzını ortaya koyarak uluslararası büyüme stratejilerini belirleyen bir sistem yaklaşımıdır (Şeneri,2000:3).

İnsan Kaynakları Planlaması geleceğe yönelik bir çalışma olduğu için büyük ölçüde örgüt içi ve örgüt dışı değişkenlere ilişkin tahminlere dayanmaktadır (Tengilimoğlu&vd.,2012:310). Örgüt içi değişkenler personel hareketleri (emeklilik, terfi, işten ayrılmalar, yer değiştirmeler vb.) örgütün geleceğe ilişkin yatırımı, büyüme ve küçülme planları, ürün/hizmet çeşitlendirmesi, insan kaynaklarının istihdamı ve gelişmesi için finansal kaynaklardan ayrılabilen pay, vb. örgüte yeni başlayacak ya da örgütten ayrılacak personeli etkilemektedir (Tengilimoğlu&vd.,2012:310). Buna karşılık, emek piyasasındaki arz ve talep durumu, eğitim düzeyinde meydana gelen gelişmeler, teknolojik yenilikler, genel ekonomik durum, rekabet koşullarındaki değişimler gibi çeşitli makro ekonomik ve soysa-kültürel değişkenler örgütün insan kaynakları planlamasını etkilemektedir (Yüksel,2007:69).

### 1.3.2. İş Analizi ve İş Tanımları

İş analizleri, işletmede yapılacak her işin niteliğinin ve o işin görüldüğü çevre koşullarının gözlem ve inceleme yolu ile belirlenerek, bunlara ilişkin bilgilerin yazılı olarak hazırlanması işlemidir (Alpugan vd,1995:401). O işin başarılı bir şekilde yapılabilmesi için istenilen beceri, deneyim ve eğitim gibi çalışandan istenilen yetenek ve işin yapıldığı ortamla ilgili bilgileri içerir (Akdemir ve Demirkaya, 2016:91).

En genel biçimiyle iş analizi, "“iş oluşturucu ödev ve görevlerin tanımlanması için işle ilgili bilgilerin toplandığı bir süreç”" olarak tanımlanabilir (Mary,2001:50). İş analizi, bir işin niteliği, inceliği, gerekleri ve çalışma koşullarını çeşitli yöntemlerle araştıran bilimsel bir çalışmadır (Sabuncuoğlu,2000:60). İş analizi, iş gerekleri hakkındaki bilgilerin ortaya çıkmasını sağlar ki bu bilgiler daha sonra iş tanımlarının ve iş şartnamelerinin yapılmasında kullanılmaktadır (Dessler,2000:89). İş analizi, bir işin kapsadığı görevlerin, işin yapıldığı fiziksel ve sosyal koşulların ve kapsanan görevleri, başarılı bir şekilde gerçekleştirebilmek için çalışanlarda bulunması gereken temel özelliklerin belirlendiği bir süreç olarak tanımlanmaktadır (Çalışan &Altınel,2018:115).

İnsan kaynakları işlevlerinin yerine getirilmesinde temel tekniklerden biri olan iş analizi, kurumda yapılan işlerin genel ve spesifik özellikleri hakkında bilgi edinebilmek ve daha sonra bu işlerin hangi süreçler içerisinde ve hangi boyutlarda yapıldığını ortaya çıkaran çalışma sürecidir (Ersen,2003:146).

İş tanımları ise; iş analizi ile elde edilen bilgilerin sistematik ve bilinçli bir şekilde sunulmasıdır (Sabuncuoğlu,2000:88). İş tanımı, işi yapan kişinin gerçekten ne yaptığının, işi nasıl yaptığının ve işin hangi koşullarda yapıldığının ifadesinin yazılı halidir (Tengilimoğlu&vd.,2012:313). İş

tanımlarında önemli olan, iş tanımının işi yapan kişiyi değil, işin kendisini tanımlaması ve bu tanımlamaların açık ve anlaşılır ifade ile yapılmasıdır.

Çağın gerektirdiği değişim ve gelişim sağlık sistemini de etkilemektedir. Bu durum sağlık alanındaki iş tanımlarını ve iş tanımlarının kapsamını da genişletmiştir. Bu nedenle işlerin tekrar analizinin yapılması gerekliliği doğmuştur. Özellikle sağlık sektöründe yeni işlerin tanımlanması, sağlık profesyonelleri olarak tanımladığımız yardımcı sağlık sınıfının genişlemesi yeni iş analizlerinin yapılmasını zorunlu kılmıştır. Ayrıca sağlıkta kalite çalışmaları kapsamında nitelikli sağlık hizmeti vermek amacıyla iş tanımlarının netleşmesinin, bu tanımlar çerçevesinde kuraların belirlenmesinin ve iş bölümünün etkin şekilde yapılmasının önemi de artmıştır.

### **1.3.3. İşgören Bulma ve Seçme**

Bir işletmenin insan kaynakları süreci, statik anlamda planlama ile başlar, iş analizi ve tanımları ile şekillenir ve dinamik bir fonksiyon olarak personel bulma ve seçme ile devam eder (Özgen&vd.,2002:95).

Bir işletmenin verimlilik ve etkinliğini sağlayan temel faktörlerden biri, işgörenlerin işe ve işletmeye uygunluğunun sağlanması ve işletmenin amaçlarına yöneltilmesidir. Günümüz işletmelerinin, değişen koşullar çerçevesinde, farklı nedenlerle yeni işgören ihtiyacı yaşaması oldukça doğal bir süreçtir.

İzlediği insan kaynakları politikası açısından işletmenin iyi bir izlenim bırakmasının önemli koşullarından biri, sağlam temellere ve ilkelere dayalı bir işgören seçim sistemine sahip olmasıdır (Sabuncuoğlu,2000:107). Sağlık kurumları açısından bir değerlendirme yaptığımızda; uzman bir kadro ile çalışmanın önemli olduğu hastanelerde, işgören seçimi daha stratejik

yöntemlerle yapılması gerekli bir süreçtir. Aday araştırma ve bulma kavramı, işletmelerin insan kaynakları planlaması yoluyla ortaya çıkmış olan gereksinimlerin yönlendirdiği gibi gerekli nitelik ve özelliklere sahip insanların kurumun aday havuzuna katılımı şeklinde tanımlanabilmektedir (Öğüt ve Kocabacak, 2013).

İşgören bulma yöntemleri arasında;

- İşletme içerisinde çalışan işgörenlerin önerileri,
- İşyerlerine kişisel olarak yapılan başvurular,
- İlanlar ve duyurular,
- İş ve işçi bulma konusunda etkinlik gösteren kurumlar,
- Eğitim kurumları,
- Özel istihdam büroları yer almaktadır (Kozak, 1999).

İşgören bulma yöntemleri arasında öncelikle tercih edilenlerin başında işletme içi kaynaklar gelmektedir. İşletme içi duyurular, terfi, nakil (iç transfer), iş zenginleştirme, iş genişletme, rütbe indirimi şeklinde sıralanabilir (Öge, 2016: 131; Budak, 2016: 164-165; Ergeneli vd., 2016: 135). İşletmenin farklı biriminde bulunan ve daha önce bu süreçten geçmiş olan işgücünün daha ziyade terfi olarak da adlandırabileceğimiz yöntemle farklı bir birime geçmesi olarak tanımlayabileceğimiz bu yöntem ayrıca bir motivasyon aracı olarak da kullanılabilir. Örneğin, işletmede uzun süredir hasta danışmanı/rehberi ya da hasta kayıt olarak farklı çalışan idari personelin poliklinik sorumluluğu pozisyonu açılması durumunda tercih edilmesi, bir taraftan işletme içi kaynaktan yararlanma olarak adlandırılırken; diğer taraftan önemli bir motivasyon aracı olarak görülebilir. Bu yöntemle işletme içinde çalışan ve mevcut pozisyonda çalışan diğer işgörenler, başarılı bir performans gösterdikleri takdirde terfi edebileceklerini bilirler.

Ancak, belirli işler için uygun niteliklere sahip eleman işletme içerisinde bulunmayabilir ya da özel eğitim görmüş iş görenlere ihtiyaç olabilir. Bu durumda dış kaynaklara (resmi kurumlar, profesyonel şirketler, doğrudan başvurular, internet, ilanlar vs.) başvurulabilir (Sayan & Uluç, 2013:69).

Öksüz tarafından 2011 tarihinde yapılan bir araştırma ise insan kaynakları yönetiminin teknolojiden fazlasıyla faydalandığından söz etmektedir. Bunların başında gelen en önemli sistemlerden biri “e-işe alım” adıyla anılan yöntemdir. E-işe alım, aday bulma sürecinin çevrimiçi siteler ve elektronik ortamlar üzerinden yapılmasını ön gören bir yöntem olarak tanımlanabilmektedir. Bu süreç elektronik ortamda veya web tabanlı bir ortamda hazırlandığı için otomasyon sistemine sahip bir sistem olarak değerlendirilmelidir. E-işe alımın ilk örnekleri, 90’lı yılların ortalarında ortaya çıkmıştır (Öksüz, 2011:274). Denizli (2019) ise, sosyal medya ve paylaşım sitelerinin etkili bir şekilde kullandığından bahsetmektedir. Değişen topluma, işgören temini süreci de zaman içerisinde ayak uydurmuştur.

### **1.3.4. İşgören Eğitimi ve Kariyer Geliştirme**

Eğitim en kısa anlatımla değişim sürecidir. Bu değişim bireylerin bilgi, düşünce, yetenek ve davranışlarda görülen gelişimdir (Sabuncuoğlu, 2000:124). Eğitim, işle ilgili yetkinliklerin personelce öğrenilmesini kolaylaştırmada şirket tarafından planlanmış çabayı ifade eder (Raymond,1999:4). İşletmede uygulanan eğitim hem iş gören hem de işveren açısından fayda saylayan bir süreçtir.

İşletmelerin sürekli dinamik bir yapıya sahip olması nedeniyle değişim yaşamaları doğaldır. Bu değişim ekonomik, sosyal, teknolojik ve organizasyonel alanda gerçekleşirken değişime uyarlanmanın en geçerli yolu sürekli ve planlı eğitimidir (Sabuncuoğlu,2000:124).



Sağlık kurumlarında eğitim ise sistemin devamlılığı açısından olmazsa olmaz bir koşuldur. Her işletmede olduğu gibi sağlık kurumlarında da eğitim süreci oryantasyon eğitimi ile başlamaktadır. Kelime anlamı ile oryantasyon “yönelme; çevre şartlarına uyma veya uydurma, alışma; yeni bir ortama alıştırma” (Fidanoğlu, 2021:6) anlamına gelmektedir. İşgörenler yeni başladıkları iş hayatına adapte olmanın yanı sıra her kurum değiştirdiğinde yeni kurumunda da baştan başlamış olacaklarından oryantasyon eğitimine dahil olmak zorundadırlar.

Oryantasyon programlarının temel amaçları;

- Kuruma yeni katılan işgörenleri; hem işletmeye hem de işe alıştırmak, ayrıca işgörenlerin sosyabilitesini arttırmak
- İşgörenlerin kendilerine güvenlerini ve yetkinliklerini arttırmak
- Personel devir oranını azaltarak toplam maliyeti düşürmek
- Yeni işgörenlerin bilgilendirilerek olası belirsizlik durumları nedeniyle oluşabilecek sorunlara engel olmak
- İşe yeni alınan işgörenlerin iş ortamı ile ilgili pozitif algı geliştirmelerine destek olmak
- İşe yeni başlayan işgörenleri görev ve sorumlulukları hakkında bilgilendirerek olası zaman kaybı ve buna bağlı oluşabilecek sorunları engellemek (Kocabacak, 2010:20-22)

Oryantasyon eğitiminin ardından işletmelerin genel olarak uyguladığı önemli bir eğitim türü hizmet içi eğitimlerdir. Gelişen teknoloji ve değişen çalışma koşulları her geçen gün mevcut sistem içerisindeki bilgilerin ilerlemesine ve değişmesine neden olmaktadır. Belirli aralıklarla verilmesi gereken hizmet içi eğitimler, özellikle sağlık kurumlarında çalışan işgörenler için önem arz etmektedir. Hizmet içi eğitimden yeterli etki ve verimi alabilmek için eğitimin

bir plan program dahilinde hazırlanmış olması gerekmektedir. Eğitimin kime hitap edeceği ve hangi konuların işleneceğine, eğitimin yönteminin ne olacağı ve süresinin ne kadar olacağı belirlenmelidir. Süreç birbiriyle uyumlu bir şekilde ilerlemelidir (Doğançay, 2018: 13).

Kariyer kavramı 1900'lerin başında sıklıkla kullanılmaya başlayan bir kavramdır. Kariyer işgörenlerin çalışma hayatındaki eylemleri ve bu eylemlerine özgü tutum ve davranışlarını içermektedir. Sağlık kurumları çok farklı meslek gruplarının bir arada çalıştığı işletmelerdir. Bu nedenle kariyer geliştirme ve süreçleri daha karmaşık bir yapı sergilemektedir. Kariyer geliştirme, çalışma hayatında işgörenin ve işletmenin önemli karar anlayışını ifade etmektedir.

Bireysel anlamda kariyer gelişimi yaşamda ve iş yerinde aşamalara bağlıdır. Kariyer aşamaları kendini tanıma, kurma, orta ve geç kariyer ve iniş olarak sınıflandırılabilir (Tengilimoğlu&vd.,2012:322). Sağlık kurumları daha önce de değindiğimiz gibi sürekli değişimin yaşandığı işletmelerdir. Sağlık kurumlarında çalışanlar da bu nedenle sürekli niteliksel olarak kendilerini geliştirmek ve yenilemek zorunda kalmaktadır. Özellikle kariyer geliştirme noktasında işgörenler gerekli ve özellikli eğitimler alarak, kariyerlerini hedefleri doğrultusunda geliştirmek durumundadırlar. Bazı örgütler kariyer geliştirme ile sadece yönetim kadrosunu ilişkilendirmektedirler. Ancak yönetici olmayan kadrolarında gelişme ve yükselme istekleri olduğu düşünülürse bu tür programlara dâhil edilmeleri, organizasyonun başarısını olumlu etkileyecektir (Ata, 2006:32).

**Tablo 5: XX-XXI Yüzyılda Kariyer Yönetiminde Paradigma Kayması**

Gösterge	90'lara kadar 21. Yüzyıl	90'lardan sonra 21. Yüzyıl	2010-2035 yılları	Süregelen Zaman
<b>İstihdam Çeşidi</b>	Uzun süre	Geçici	Geçici	Ekonomik durumların ve yasal normların değiştirilmesi
<b>İstihdam Garantisi</b>	Tam	Garanti edilmez	Garanti edilmez	
<b>İş Yeri</b>	Yerleşik	Yerleşik	Yerleşiksiz	
<b>Çalışma Takvimi</b>	Biri tarafından ayarlanmış	Koordinasyon	Esnek	
<b>Uzmanlık</b>	Dar	Geniş	Yok	Amaç istihdam sağlamaktır
<b>Kariyer Gelişimi</b>	Dikey	Dikey Yatay	Yatay	
<b>Personel Gelişimi</b>	İşverenin görevi	Çalışan ve işveren arasında koordineli görev	Çalışanın görevi	
<b>Personelin Alım Kaynağı</b>	İçten	Dışarıdan ve İçeriden	Dışarıdan	Hareketlilik
<b>Personel Rotasyonları</b>	Tahmin edilebilir	İş ilişkisine taraflarca kararlaştırılan	Öngörülebilir değil	

Kaynak: Minevra vd., 2020: 144.

### 1.3.5. Performans Değerlemesi

Performans değerlendirme, birey yeteneklerinin işin nitelik ve gereklerine ne ölçüde uyduğunu araştıran ya da bireyin işteki başarısını saptamaya çalışan objektif analizler olarak tanımlanabilir (Akyüz,2001:82).

Performans değerlendirme, gerçek anlamda ortak bir çalışmaya, bilgi alışverişine, gerek hatalar ve gerekse başarılar açısından sorumluluğun paylaşılmasına ve eğitimi geliştirmeye olanak sağlayan dinamik bir sistemdir (Barutçugül,2002:178). Performans değerlendirme çalışanların işlerinin gereklilikleri olan standartları iyi yapıp yapmadıklarını belirleme ve daha sonra bu bilgileri çalışanlara iletme sürecidir (Mathis ve Jackson, 2011: 320).

Örgütlerde başarı değerlendirme, en kısa şekliyle çalışanların belirli bir dönemde fiili başarı durumlarını ve geleceğe ilişkin gelişme potansiyellerini belirlemeye yönelik çalışmalardır. Değerlendirme sonuçlarından çalışanlara ait çeşitli kararların alınmasında yararlanılır (Tortop&vd.,2006:217). Sağlık hizmetlerinde klinik kalitenin geliştirilmesi, ulaşılabilirliğin artırılması, maliyetlerin azaltılması, pazardaki rekabet, vb. sağlık sistemlerinde performansın izlenmesi ve ölçülmesini gerekli kılmıştır (Scott vd., 2018:123).

Sağlık sistemi içinde yer alan sağlık kurumlarında performans (Tanrıverdi ve Çiğdem, 2010, s. 116);

1. Öncelikli hedeflerin gerçekleştirilmesi, hedeflerin başarıya ulaşır ulaşmadığı ve nasıl başarıya ulaşıldığının ölçülmesi ,
2. Hedefleri gerçekleştirme sırasında yararlandıkları kaynakların ölçümü,
3. Kullanılan kaynakların verimli bir şekilde kullanılıp kullanılmadığının tespiti,
4. Sağlık kurumlarının işlevlerinin ve hedeflerinin verimli bir şekilde başarıya ulaşmasındaki etkilerinin değerlendirilmesidir.

Sağlık hizmetlerine olan taleplerin her gün daha da artması neticesinde, bu talebe doğru orantılı olarak sağlık kurumlarının sayısı da artmaktadır. Hem niceliksel olarak hem de niteliksel olarak meydana gelen bu değişim, sağlık kurumlarının performans yönetiminin etkin olması zorunluluğunu da gerektirmektedir. Bu durum kurum içinde çalışanların da yüksek performans sergilemesini gerekliliğini doğurmaktadır.

### **1.3.6. İş Değerleme ve Ücretlendirme**

İş değerlemesi, iş analizleri ile başlar ve genellikle ücretleme çalışmasıyla son bulur. İş analizlerinin ve iş tanımlarının yapılmış olması iş değerlemesinin ön koşuludur (Ersen,2003:148). İş değerlemesi bir işin diğer işlere göre değerini belirlemek için biçimsel ve sistematik olarak karşılaştırılmasını içerir. İş değerlemesi kişiyi değil işi diğer işlerle karşılaştırarak göreceli bir değerlendirme yapmayı amaçlar (Sabuncuoğlu,2000:228).

İş değerlemenin genel ilkelerini aşağıdaki şekilde sıralayabiliriz (Benligiray, 2007: 103):

1. Personelin yerine işin değerlendirilmesi gerekmektedir.
2. Eşit işe eşit ücret verilmesi gerekmektedir.
3. Doğruluğun ve dürüstlüğün esas alınması gerekmektedir.
4. Gizliliğin olmamasına özen gösterilmelidir.
5. Çalışmaların ilgili taraflarca benimsenmesi önem arz eder.
6. İş değerlendirme sonucunda ulaşılan bilgilerin ücretlendirmeye ilgili kararlarda kullanılması gerekmektedir ve
7. İş değerlendirme verileri periyodik olarak güncellenmelidir.

Ücret çalışanların belirlenen çalışma standartları sonucunda elde ettikleri bedeldir (Ersen,2003:144). Ücretleme ise doğrudan ve dolaylı ödüllerin eşit ve hakça dağıtımını sağlamak amacıyla personelin katkılarının değerlendirilmesi faaliyetleridir (Akdemirle,1996:239). Ücretlemede belirli ilkelere uymaya, belirli hedefleri gerçekleştirmeye özen gösterilmelidir. Temel amaç, uygun ücret sistem ve uygulamaları yoluyla işgörenlerin daha verimli olma konusunda motive edilmesi böylece örgütün de performansının iyileştirilmesidir (Sabuncuoğlu,2000:245).

### **1.3.7. Endüstri İlişkileri**

Endüstri ilişkileri kavramı, geniş ve dar anlam olmak üzere iki şekilde kullanılmaktadır. Dar anlamda, yalnızca endüstri sektöründe çalışanların çalışma koşullarının belirlenmesi biçiminde kullanılırken, geniş anlamda tüm ücretli çalışanların çalışma koşullarını kapsamına almaktadır (Sabuncuoğlu,2000:288).

Endüstri ilişkileri ister geniş ister dar anlamda kullanılsın, daha çok kurumsallaşmış ilişkileri kapsamaktadır. Sendikalar, toplu pazarlıklar devletin çalışma yaşamındaki rolü, uyuşmazlık çözüm yolları gibi konuları inceleme alanına alan endüstri ilişkilerinde örgütlenmeler ve örgüt aracılığıyla oluşturulan kurumsallaşmış ilişkiler ağırlıklı yer tutmaktadır (Sabuncuoğlu,2000:289).

İnsan Kaynakları Yönetiminin işçi-işveren ilişkileri alanında önemli bir işlevi, işletme içinde sendikal ilişkileri düzenlemek ve toplu pazarlık sürecini sağlıklı biçimde gerçekleştirmektedir (Tengilimoğlu & vd., 2012:324). Örgütsel kurumsallaşma çerçevesinde insan kaynakları birimi çalışanın gelişiminin gerekliliğinin farkında olarak hareket etmekte olup bu çerçevede sendikalarla bu alanda ortak amaçlara sahiptir (Pelit ve Katırcıoğlu, 2019: 33).

Günümüzde işletmelerin hem İKY hem de endüstri ilişkilerine bakış açısının stratejik bir perspektikten yaklaşması gerekmektedir. Değişen çalışma koşulları ve şekilleriyle birlikte örgütsel performans, bağlılık, maliyet, rekabet, hizmet kalitesi, verimlilik ve esneklik gibi kavramlar daha fazla önem kazanmıştır. Bu nedenle söz konusu kavramlara yönelik politikaların uygulanması da kaçınılmaz bir hale gelmiştir (Aykaç ve Balcı, 2016: 23).

### 1.3.8. İş Sağlığı ve Güvenliği

Dar anlamda işçi sağlığı ve iş güvenliği kavramı, işçinin sağlık ve emniyetinin işyeri sınırları ve iş dolayısıyla doğan tehlikeler karşısında korunmasını kapsamaktadır (Sabuncuoğlu,2000:310).Geniş anlamda işçi sağlığı ve iş güvenliği kavramı işyeri ile sınırlı sağlık ve emniyet tedbirlerinin yeterli koruma sağlayamayacağını kabul eden ve işçinin sağlığını ve güvenliğini etkileyen ve ilgilendiren ve işyeri dışından kaynaklanan riskleri de kapsamına dahil eden bir kavramdır (Arıcı,1999:52).

İş görene işçi sağlığıyla ilgili bilgi verilmeli, meslek hastalıkları, çevrede oluşan fiziksel-kimyasal zararlılar, radyasyon kavramları öğretilmeli, gürültü, titreşim, basınç, patlayıcılar, yanıcı-zararlı gazlar, zehirli madde ve partikülleri tanıtılmalıdır. İş kazalarını önlemeye yönelik temel bilgiler verilmeli, makine ve teçhizatın, yeni teknolojik sistemlerin tehlikeli noktaların neler olabileceği öğretilmelidir. İnsan davranışları sonucu olabilecek kaza ve hatalar ana hatları ile belirtilip iş kazalarına karşı bilinçlenme sağlanmalıdır (Pakdil,1996:72).

Personelin etkin ve verimli çalışabilmesi için kurumda İş Sağlığı ve Güvenliği önlemlerinin alınmış olması çok önemlidir. Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO)'nün tahminlerine göre; dünyada her yıl 317 milyon kişi iş kazası

yaşanmaktadır (ilostat.ilo,2023). ILO rakamlarına göre; Dünya' da her 15 saniyede 153 çalışan iş kazası geçirmektedir.

SGK verilerine göre; Türkiye'de günde; yaklaşık 200 iş kazası olmakta, iş kazaları sonucu, 4 kişi hayatını kaybetmekte, 6 kişi ise iş göremez hale gelmektedir. Ülkemiz iş kazalarında Avrupa ve Dünya' da ilk sıralarda; ölümlü iş kazalarında ise Avrupa'da birinci, Dünya' da üçüncü sırada yer almaktadır. İş kazalarının önemli bir bölümünün kayda alınmadığı gerçeği bir yana, meslek hastalıkları hemen hemen hiç kayda alınmamaktadır (Makine Mühendisleri Odası, 2013). SGK 2021 yılı verilerine göre 5510 Sayılı Kanunun 4-1/a Maddesi Kapsamındaki Sigortalılardan Yıl İçinde İş Kazası sonucu 1382 kişi hayatını kaybederken, aynı yıl 35 kişi meslek hastalığı sonucu yaşamını yitirmiştir. (SGK,2021).

Türkiye'de çoğu işveren personelinin etkin ve verimli çalışmasını istemekte; ancak gerekli önlemleri almak konusunda üzerine düşen görevlerini yerine getirmemektedir. İş sağlığı ve güvenliği ile ilgili alınan bir çok önlemin, çoğu kağıt üzerinde kalmakta ya da yapılıyor gibi gözükmektedir.

30.06.2012 tarih ve 28339 sayılı Resmi Gazetede Yayımlanan 6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanununun İşverenlerin Genel Yükümlülüğü başlıklı 4. Maddesine göre İşveren, çalışanların işle ilgili sağlık ve güvenliğini sağlamakla yükümlü olup bu çerçevede;

a) Mesleki risklerin önlenmek, eğitim ve bilgi verilmesi dâhil her türlü tedbirin alınmak, organizasyonu yapılmak gerekli araç ve gereçleri sağlanmak, sağlık ve güvenlik tedbirlerinin değişen şartlara uygun hale getirilmek ve mevcut durumun iyileştirilmesi için çalışmalar yapmak,



- b) İşyerinde alınan iş sağlığı ve güvenliği tedbirlerine uyulup uyulmadığını izlemek, denetlemek ve uygunsuzlukların giderilmesini sağlamak,
- c) Risk değerlendirmesi yapmak veya yaptırmak,
- ç) Çalışana görev verirken, çalışanın sağlık ve güvenlik yönünden işe uygunluğunu göz önüne almak,
- d) Yeterli bilgi ve talimat verilenler dışındaki çalışanların hayati ve özel tehlike bulunan yerlere girmemesi için gerekli tedbirleri almak zorundadır.

Ayrıca işyeri dışındaki uzman kişi ve kuruluşlardan hizmet alınması, işverenin sorumluluklarını ortadan kaldırmamaktadır. (madde 2/2)

Yeni İş Sağlığı ve Güvenliği Kanununun getirmiş olduğu düzenlemeye göre iş kazası ve meslek hastalıklarının kayıt ve bildirimini ile ilgili işveren;

- a) İş kazalarını kazadan sonraki üç iş günü içinde,
- b) Sağlık hizmeti sunucuları veya işyeri hekimi tarafından kendisine bildirilen meslek hastalıklarını, öğrendiği tarihten itibaren üç iş günü içinde bildirmek zorundadır. (madde 14/2)

İş Sağlığı ve Güvenliği Kanununa göre İşyeri hekimi veya sağlık hizmeti sunucuları; meslek hastalığı ön tanısı koydukları vakaları, Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından yetkilendirilen sağlık hizmeti sunucularına sevk etmek zorundadır. (madde 14/3)

Ayrıca sağlık hizmeti sunucuları kendilerine intikal eden iş kazalarını, yetkilendirilen sağlık hizmeti sunucuları ise meslek hastalığı tanısı koydukları vakaları en geç on gün içinde Sosyal Güvenlik Kurumuna bildirir. (madde 14/3)

Yeni İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu getirmiş olduğu idari para cezaları, işverenlerin yerine getirmediği uygulamaların yapılmasını sağlayabilir. Ancak kurumsallaşmış işyerlerinin İnsan Kaynakları birimleri sayesinde kanunla getirilen yükümlülükleri eksiksiz olarak yerine getirmeleri mümkün olabilir. Güçlü ve gelişmiş İnsan Kaynakları bölümlerine sahip işyerleri için geçiş döneminin "kaçınılmaz sorunları" daha az maliyetle giderilebilir. Sosyal Güvenlik Reformu İnsan Kaynakları birimlerine önemli görevler yüklerken, işyeri organizasyonu içinde bu bölümlerin önemini de artırmaktadır.

Sağlık kurumları iş sağlığı ve güvenliği açısından yüksek riskli grupta yer almaktadır. Hizmetin devamlılığı ve sürdürülebilirliği açısından mevcut risklerin çok iyi tanımlanması gerekmektedir. Bu nedenle risk yönetiminin çok iyi düzenlenmesi büyük önem taşımaktadır. Sağlık kurumlarında iş görenlerin iş sağlığı ve güvenliğini tehdit eden genel faktörlerin yanı sıra hizmetin doğası gereği ayrı bir çok risk faktöründe yer aldığı görülmektedir. Bu riskler aşağıda özet olarak verilmiştir.

**Tablo 6:** Sağlık Kurumlarında Risk Faktörleri

<b>Risk Sınıf</b>	<b>Risk Tanımı</b>	<b>Sağlık Kurumları İçin Risk Örnekleri</b>
Biyolojik	Enfeksiyonlar/biyolojik ajanlar; bakteriler, virüsler, mantarlar, parazitler, bulaşıcı vücut sıvıları.	HIV, Hepatit B, Hepatit C virüsleri ve tüberküloz gibi etmenler.
Kimyasal	Vücut sistemini zehirleyen veya tahriş eden çeşitli kimyasallar, solüsyonlar ve ilaçlar.	Formaldehit, glüteraldehit, tehlikeli ilaçlar (Sitotoksik ajanlar), etilen oksit, kullanılmış anestetik gazlar, pentamidine ribavirin.

Psikolojik	Bir kişinin işi veya çalışma ortamı ile ilgili konularda, stres, duygusal zorlanma veya diğer kişiler arası problemler yaratan durum veya etkenlerle karşı karşıya kalması.	İş stresi, işyerinde şiddet, vardiyalı çalışma, yetersiz personel, ağır iş yükü ve hastaların ortalama iyileşme sürelerinin uzaması.
Fiziksel	Çalışma ortamında doku incinmelerine neden olan ajanlar.	Radyasyon, lazer, gürültü, elektrik, çok soğuk veya çok sıcak hava, işyerinde şiddet
Çevresel, Mekanik ve Biyomekanik	Çalışma ortamında muhtemel kazalara ve yaralanmalara veya sıkıntıya neden olan faktörler	Tökezleme riskleri, güvensiz/tedbirsiz donanımlar, hava kalitesi, kaygan zeminler, güvensiz alanlar, düzensiz veya çalışmaya engel çalışma alanları, geçit yerleri, uygunsuz vücut duruşları (postur bozuklukları), titreşim, çok sıcak ya da çok soğuk hava, devamlı hareket etme veya sürekli bir faaliyet içinde olma, kaldırımlar ve hastaların taşınması.

Kaynak: Kahn, A. P. (2004). The Encyclopedia of work-related illnesses, injuries, and health issues, Infobase Publishing, p.173

## ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

### SAĞLIK HİZMETLERİNDE İNSAN KAYNAKLARI VE TOPLAM KALİTE YÖNETİMİ

#### 1- SAĞLIK HİZMETLERİNDE İNSAN KAYNAKLARI VE ÖZELLİKLERİ

İnsan kaynakları, sağlık kurumunda üretim faaliyetlerini doğrudan veya dolaylı biçimde gerçekleştiren kişileri ifade etmektedir (Kavuncubaşı & Yıldırım,2010:339). İnsan Kaynakları Yönetimi ise sağlık kurumunda işgörenlerin efektif bir biçimde çalıştırılmasıyla ilgili faaliyetler bütünü veya sistemi olarak tanımlanabilir. Diğer hizmet kurumları gibi sağlık kurumları da -her ne kadar gelişmiş teknik ekipmanlardan yararlınsa da- emek yoğun üretim üzerine kurulu işletmelerdir ve teknolojiyi kullanarak amaçlarına ulaşırlar (Kavuncubaşı& Yıldırım,2010:339).

Sağlıkta toplam kalite yönetimi felsefesi, uygun koşullarda çalışan, mutlu ve sağlıklı bir personel gerektirir. Hastanelerde toplam kalite yönetimi, hastane personelinin ve hastaların mutluluğu çerçevesinde sağlanabilir (Morgül & Küçükçirkin,1995:33). Çünkü sağlık kurumlarında insan kaynaklarının özellikleri diğer kurumlara göre farklı dinamikler sergilemektedir.

#### 1.1. Sağlık Hizmetlerinde İnsan Kaynakları ve Dönüşümü

Sağlık hizmetlerindeki insan kaynağı kamusal alanda gün geçtikçe farklılaşmaktadır. 1980'den önce güvenceli istihdam biçimi yerini yavaş yavaş esnek istihdam biçimine bırakmaya başlamıştır. Sağlık hizmetlerinde yaşanan dönüşüm, personel istihdamında da dönüşümü beraberinde getirmiştir.

1961 Anayasası ile 657 sayılı Devlet Memurları Yasası ve 624 sayılı Devlet Personel Sendikaları Yasası ile oluşturulan güçlü memur güvencesi, 1970

yılında çıkarılan 1327 sayılı yasa ile değiştirilmiş Devlet Memurları Yasasında yalnızca yabancılara ait geçici ve geçici bir istihdam biçimi olan sözleşmeli personel kategorisinin sınırları genişletilmeye başlanmıştır.

1980'lerden itibaren ise sözleşmeli personel statüsü memurluğa alternatif ve memurluğu çözen bir istihdam biçimi haline gelmiştir. Böylece sağlık personelinin istihdamı: (a) 657 sayılı Yasa'nın 4/A hükmüne göre memur, (b) aynı yasanın 4/B hükmüne göre sözleşmeli, (c) 4924 sayılı yasaya göre sözleşmeli, (d) aile hekimliği hizmet sözleşmesine bağlı sözleşmeli, (e) hizmet satın alınması yoluyla gerçekleştirilen işlerde geçici (f) vekil ebe ve hemşire statülerinde son derece parçalı bir karaktere büründürülmüştür. Bu nedenle kamuda çalışan personelin buldukları kadroların ayrı ayrı değerlendirilmesinde fayda bulunmaktadır.

### **1.1.1. 4/A Kadro**

1982 Anayasası'nın "Kamu hizmeti görevlileriyle ilgili hükümler" üst başlıklı 128. maddesinde, Devletin, kamu iktisadi teşebbüsleri ve diğer kamu tüzel kişilerinin genel idare esaslarına göre yürütmekle yükümlü oldukları kamu hizmetlerinin gerektirdiği asli ve sürekli görevlerin, memurlar ve diğer kamu görevlileri eliyle görüleceği belirtilmiştir.

Mevcut kuruluş biçimine bakılmaksızın, Devlet ve diğer kamu tüzel kişiliklerince genel idare esaslarına göre yürütülen asli ve sürekli kamu hizmetlerini ifa ile görevlendirilenler, bu Kanunun uygulanmasında memur sayılır (DMK ;4.md).

### 1.1.2. 4/B Kadro

Sözleşmeli Personel istihdamı 657 sayılı DMK'nin 4/B maddesi başlığı altında düzenlenmiştir. 4/B maddesinin 1. Fıkrasında sözleşmeli personelin zaruri durumlarda ve geçici işlerde istihdam edileceği ifade edilmiştir.

657 sayılı DMK'nda 19/1/2023 - 7433/2 md. ile değişiklik yapılmıştır. “Bu fıkranın diğer paragraflarındaki hükümler ile özel kanunlarındaki hükümler saklı kalmak kaydıyla, bu Kanuna tâbi kamu idarelerinde Cumhurbaşkanınca belirlenecek pozisyon unvanlarında çalıştırılmak üzere işin geçici olması şartı aranmaksızın sözleşmeli personel istihdam edilebilir. Bu kapsamda istihdam edilen sözleşmeli personelden aynı kurumda üç yıllık çalışma süresini tamamlayanlar bu sürenin bitiminden itibaren otuz gün içinde talepte bulunmaları hâlinde buldukları yerde aynı unvanlı memur kadrolarına atanır. Buldukları pozisyon unvanı ile aynı unvanlı memur kadrosu bulunmayanların atanacağı kadrolar Cumhurbaşkanınca belirlenir” hükmü getirilmiştir.

**Tablo 7.** Sözleşmeli ve Kadrolu Personel Karşılaştırması

	<b>Sözleşmeli Personel</b>	<b>Kadrolu Personel</b>
<b>İş Güvencesi</b>	Sözleşme süresi mali yıl ile sınırlıdır. Sözleşme sonunda sözleşmenin yenilenmemesi idarenin tasarrufundadır.	Disiplin hükümleri hariç görevine son verilememektedir.
<b>Sosyal Güvence</b>	Sözleşmeli personel sosyal güvenlik açısından 5510 sayılı Kanunun 4/a maddesine tabi (eski SSK) tabidir ve sözleşme ücretinin tamamı prime esas kazanç	Memurlar ise 5510 sayılı Kanun'un 4/c maddesine ve 5434 sayılı Kanun'a tabidir (Emekli Sandığı). Memurlara yapılan

	kapsamında olduğu için prim kesintisi yapılmaktadır.	ödemelerin sadece bazılarında prim kesintisi yapılmaktadır.
<b>Vergi Dilimi</b>	Tüm sözleşme ücreti gelir vergisine tabidir.	Sadece bazı maaş/aylık kalemleri gelir vergisine tabidir.
<b>Kademe/Derece İlerlemesi</b>	Kademe ve Derece ilerlemesine tabi değildir.	Kademe ve Derece ilerlemesi bulunmaktadır.
<b>Görevde Yükselme</b>	Görevde Yükselme Sınavına Katılamamaktadır.	Görevde Yükselme Sınavlarına Katılabilmektedir.
<b>Unvan Değişikliği</b>	Unvan Değişikliği Sınavlarına Katılamamaktadır.	Unvan Değişikliği Sınavlarına Katılabilmektedir.
<b>Mazerete Bağlı Yer Değişikliği</b>	Sadece eş durumu mazereti hakkı tanınmış durumdadır. Bu da her iki eşin sözleşmeli öğretmen olmasına bağlıdır.	Eş, sağlık ve özel durumlara bağlı olarak diğer eş kamu personeli olmasa dahi eş durumu mazeret hakkı tanınmış durumdadır.
<b>Yurt Dışında Eğitim veya Görevlendirme</b>	Yurt dışında eğitim veya öğretim görevlendirme hakkı tanınmamıştır.	Yurt dışında eğitim veya görevlendirme hakkı bulunmaktadır.

Kaynak: Memur-Sen, 2021:32

### **1.1.3. 4/C Kadro**

1 Ocak 2018 itibarıyla 657 sayılı Kanunun 4/C Maddesine Göre Atanan ve Geçici Personel olarak da adlandırılan Personel Kamu Kurum ve Kuruluşlarında Personel Çalıştırılmasına Dayalı Hizmet Alımı Sözleşmeleri Kapsamında Çalıştırılmakta Olan İşçilerin Sürekli İşçi Kadrolarına veya Mahalli İdari Şirketlerinde İşçi Statüsüne Geçirilmesine İlişkin 375 sayılı KHK'nın Geçici 23 ve Geçici 24 üncü Maddelerinin Uygulanmasına Dair Usul ve Esaslar Hakkında Tebliğ ile 4B kadrosuna geçirilmiştir.

### **1.1.4. 4/D Kadro**

Sağlık hizmetleri istihdamında yaşanan dönüşümün bir sonraki aşaması, hizmet alımı ve taşeronlaştırma uygulamalarıdır. 318 sayılı kanun hükmünde kararname (KHK) ile hemşire, laboratuvar ve radyoloji teknisyenleri kâğıt üzerinde temizlik personeli biçiminde gösterilerek istihdam edilmeye başlanmıştır.

657 Sayılı DMK'nın 4/D Maddesine Göre Atanan Personel (İşçiler) 657 Sayılı DMK'nın (A), (B) ve (C) fıkralarında belirtilenler dışında kalan ve ilgili mevzuatı gereğince tahsis edilen sürekli işçi kadrolarında belirsiz süreli iş sözleşmeleriyle çalıştırılan sürekli işçiler ile mevsimlik veya kampanya işlerinde ya da orman yangınıyla mücadele hizmetlerinde ilgili mevzuatına göre geçici iş pozisyonlarında altı aydan az olmak üzere belirli süreli iş sözleşmeleriyle çalıştırılan geçici işçilerdir. (SASAM Enstitüsü, 2018: 12).

Kamu kurumlarında taşeron işçi çalıştırılmasındaki en önemli neden, insan kaynakları maliyetlerinin ve kadroya bağlı çalışan personel sayısının düşürülmek istenmesidir (Özkal Sayan, 2016: 682).

Türkiye'de Şehir Hastaneleri modeline geçilmesiyle birlikte Kamu Özel Ortaklığı (KÖO) modeli olmuştur. Türkiye bu anlamda sağlık kampüsleri ile



şehir hastaneleri olarak uygulamaya girmiştir (Küçük, 2017: 361-362). KÖO'lar Dünya'da ve Türkiye'de çeşitli sektörlerde uzun yıllardır başvurulan bir geçmişe sahiptir. Sağlık sektöründe ise hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde aktif bir şekilde kullanılmış ve kullanılmaya da devam edilmektedir. Son zamanlarda ise Türkiye'de de sağlık sektöründe yoğun bir şekilde uygulanmaktadır (Gökkaya&Erdem,2021:75). Ülkemizde bu sistem için öngörülen faaliyette olan, inşaatı devam eden, ihale boyutunda olan 34 hastane bulunmaktadır. Bu hastaneler için devlet hastanelerinde kamu personeli tarafından görülen iş firmaya verilmiştir.

Buna göre görüntüleme, laboratuvar, sterilizasyon gibi hizmetler dış firma tarafından hizmet alımı şeklinde gerçekleştirilmektedir. Sağlık Bakanlığı tarafından ataması gerçekleştirilen röntgen ve laboratuvar teknisyeni ve teknikerinin yapacakları işleri özel firma kanalıyla onların belirlediği kişiler yapmaktadır (SASAM Enstitüsü, 2018: 13).

Son yıllarda özel hastanelerin sayısında bir artış yaşanmaya başlamış, buna paralel olarak da kamudan özel sektöre hem doktor hem de yardımcı sağlık personelinin transferi gündeme gelmiştir. Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün 2021 yılı verilerine göre Türkiye'de Sağlık Bakanlığı'na bağlı 908, Üniversitelere bağlı 68 hastane bulunmaktadır. Yine aynı verilere göre 571 özel hastane hizmet vermektedir. Hastanelerin illeri göre dağılımı aşağıda sunulmuştur.

**Tablo 8.** İBBS-1'e ve Sektörlere Göre Hastane Sayısı, 2021

İBBS-1	Sağlık Bakanlığı	Üniversite	Özel	Toplam
İstanbul	54	16	164	234
Batı Marmara	55	4	21	80
Ege	124	7	72	203
Doğu Marmara	81	4	54	139
Batı Anadolu	71	13	51	135
Akdeniz	84	8	88	180
Orta Anadolu	78	4	22	104
Batı Karadeniz	97	3	18	118
Doğu Karadeniz	70	1	12	83
Kuzeydoğu Anadolu	50	2	4	56
Ortadoğu Anadolu	61	3	17	81
Güneydoğu Anadolu	83	3	48	134
<b>Türkiye</b>	<b>908</b>	<b>68</b>	<b>571</b>	<b>1.547</b>

Kaynak: Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2021:3.

15 Şubat 2008 tarih ve 26788 sayılı Resmi Gazete ile yürürlüğe giren Özel Hastaneler Yönetmeliğinde Değişiklik yapılmasına Dair Yönetmelik ile özel hastanelerin doktor kadroları dondurulmuş olsa da özel sektöre olan geçişler yıllar itibariyle devam etmektedir. Özellikle Tam Gün Yasası ile emekli olan ve özelde çalışmayı tercih eden hekimler, kamudan ayrılmıştır.

Özel Hastaneler Yönetmeliği'nin Ek-1. Maddesi gereği;

- Her beş hasta yatağı için en az bir hemşire veya sağlık memuru
- Ameliyathanelerde her ameliyat masası için en az iki,
- Yenidoğan yoğun bakım da dahil yoğun bakımlarda, Bakanlıkça belirlenen yoğun bakım sınıflandırmasına uygun sayıda,

- Doğum kliniğinde beş bebek hasta yatağı için en az iki (Başlangıçta Neonatal Resüsitasyon Programı eğitimi almış en az bir kişi olması gerekir. Burada çalıştırılacak personel, faaliyet izin belgesinin düzenlenmesinden itibaren en geç bir ay içinde olmak kaydıyla, sırasıyla neonatal resüsitasyon programı eğitimine gönderilir),
- İlave her üç bebek yatağı için en az bir,
- 25/A. maddeye oluşturulan gözlem ünitesinde her üç gözlem yatağına en az bir hemşire veya sağlık memuru,
- Her doğum yatağı için en az bir ebe zorunluluğu bulunmaktadır.

Türkiye’de istihdamında sıkıntı çekilen yardımcı sağlık personeli sırasıyla hemşire ve ebelerdir. İlgili okullardan mezun olan hemşire ve ebeler yeni mezun olduklarında atanma sayılarından dolayı daha çok özel hastaneleri tercih etmektedir. Devlet yılda iki kere yardımcı sağlık personeli ataması yapmaktadır. 2023 yılının 2. Personel alımı için KPSS ile 6.069 hemşire, 1.530 ebe, 1.494 sağlık lisansiyeri, 798 sağlık teknisyeni ayrıca 21.709 sağlık teknikeri olmak üzere, toplam 31.600 sözleşmeli sağlık personeli alınması planlanmaktadır. Bu sayılar mezun sayıları ile karşılaştırıldığında, özel sektöre olan talebin artması çok doğaldır. Bununla birlikte özel sektörün çalışma saatleri ve koşulları göz önüne alındığında, devlete geçme eğilimi yardımcı sağlık personeline hala devam etmektedir. Yardımcı sağlık personeli özel hastaneleri okul sonrası eğitim basamağı olarak görmektedir. Haliyle özel hastaneler yönetmeliği gereği istihdamında sayısal zorunluluk bulunan yardımcı sağlık personeli için seçme işleminden çok yerleştirme uygulaması, özel hastanelerin kalitesini etkilemektedir.

## 1.2. Sağlık Hizmetlerinde İnsan Kaynakları Yönetiminin Boyutları

Sağlık insan kaynakları, sağlık sisteminin en önemli unsuru olarak görülebilir ve sağlık bütçesinin en önemli payını oluşturur (Ministry of Health, 2011:2). Sağlık sektörü uzay sektörünü takiben teknolojik gelişmenin en fazla gerçekleştiği sektör olmasına rağmen sağlık hizmetlerinin üretilmesi ve sunulması büyük oranda bireysel olarak gerçekleştiği için emek ağırlığını ve değerini korumaktadır (Ateş,2011:3).

Her alanda olduğu gibi sağlık sektöründe de etkili hizmet sunmanın en önemli şartı gerekli özelliklere sahip yeterli insan gücünün bulunmasıdır (Kurtulmuş,1998:183). Hangi sağlık sistemi kurgulanmış olursa olsun, sistemi çalıştıracak olan esas önemli yapı insan gücüdür (Kılıç,2007:504). Sağlık insan gücü, sağlık hizmetleri sunumundaki en önemli kaynaklardan biridir. Bu nedenle sağlık insan gücünün temini uygulanacak olan bütün politikaların temel noktasını oluşturmaktadır.

Sağlık kurumlarında faaliyetler, eğitim ve deneyimi birbirinden çok farklı personel grubunun eşzamanlı çalışmalarıyla yürütülür. Makine ve teknik donanıma oldukça bağımlı olan endüstriyel kurumların tersine, sağlık kurumları, yeterli sayı ve nitelikte insan gücüne sahip olmadan faaliyetlerini gerçekleştiremez. Örneğin hastanenin yatan hasta servisinde yüksek teknolojiye sahip cihazlar, her hastanın başında izleme monitörleri olsa dahi yeterli sayı ve nitelikte hemşire istihdam edilmediği takdirde, hasta bakımını tam ve eksiksiz olarak verebilmek mümkün değildir.












Sağlık kurumları yenilikleri anında izlemek ve kendilerini yeni koşullara uyarlamak durumundadır. Sağlık kurumlarında yaşanan hızlı teknolojik değişim ve gelişim karşısında örgün eğitim kurumlarında veya iş başında edinilmiş olan mesleki bilgiler ya değişmekte ya da yetersiz kalmaktadır. Bu

sebeple, sağlık personeli, çağı yakalamak için yeni gelişmeleri izlemek ve öğrenmek zorundadır (Kavuncubaşı, 2000:228).

Sağlık personelinin istihdamında çeşitli sorunlarla karşılaşmaktadır. Sağlık kurumları istediği nitelik ve nicelikte sağlık personelinin kolay biçimde istihdam edememektedir. Bunun temel nedeni, sağlık personelinin hem nicelik hem de nitelik yönünden yetersiz oluşudur (Kavuncubaşı&Yıldırım, 2010:341).

Son yıllarda Türkiye’de sağlık personeli sayısı hızla artmaktadır. Ancak bu artışa rağmen gelişmiş ülkelerle karşılaştırıldığı zaman özellikle hekim sayısının halen çok düşük olduğu görülmektedir (Tengilimoğlu&vd., 2012:325). OECD Ülkelerinde her 1000 kişiye düşen hekim sayısına bakıldığı zaman Türkiye’nin hala en son sıralarda yer aldığı görülmektedir.

**Tablo 9.** Seçili OECD Ülkelerinde Her 1000 Kişiye Düşen Sağlık Personeli ve Hasta Yatağı Sayısı

Seçili OECD Ülkelerinde Her Bin Kişiye Düşen Sağlık Personeli ve Hasta Yatağı Sayısı			
	 Doktor	 Hemrişe	 Hasta Yatağı
 Belçika	3,2	11,07	5,6
 Şili	2,6	2,87	2
 Türkiye	2	2,4	2,9
 Danimarka	4,2	10,1	2,6
 Fransa	3,2	11,07	5,8
 Yunanistan	6,2	3,38	4,2
 Japonya	2,5	11,76	12,8
 OECD Ortalaması	3,6	8,83	4,4

Kaynak: OECD Sağlık İstatistikleri, 2021.

Toplam hekim sayısı 2019 yılında 160.810 iken %6,5 artış göstererek 2020 yılında 171.259 olmuştur. Toplam personel sayısı ise 1.033.767'den 2020 yılında 1.142.469'a yükselmiştir. Hemşire, Ebe ve Diğer Sağlık Personelini kapsayan Yardımcı Sağlık Personeli sayısı bir önceki yıla göre %12,8 artarak 492.435 olarak gerçekleşmiştir. (Sağlık Bakanlığı,2021:9).

Sağlık kurumlarında çalışan personelin niceliksel ve niteliksel yönden yetersizliği, bu konuda ciddi adımlar atılması gerekliliğini gündeme taşımıştır. 12.07.2012 tarih ve 28351 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanarak yürürlüğe giren Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname İle Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun'un Geçici 3. Maddesi ile "maddenin yürürlüğe girdiği tarih itibariyle ebelik diplomasına sahip olduğu halde en az üç yıldan beri yataklı tedavi kurumları ile ağız ve diş sağlığı merkezlerinde fiilen hemşirelik görevi yaptığını resmi belge ile belgelendiren ve bu maddenin yürürlüğe girdiği tarihten itibaren üç ay içerisinde talepte bulunanlar, hemşirelik yetkisiyle görevlerine devam eder" (Resmi Gazete,2012). hükmü getirilmiştir. 2010 yılı itibariyle toplamda 114.772 olan hemşire sayısı, ebelere bu yetkinin tanınmasıyla hem sayısal anlamda hem de nitelik anlamında arttırılmaya çalışılmıştır.

Ayrıca aynı maddenin ikinci fıkrası gereğince; "Üniversitelerin hemşirelik programlarında ülke ihtiyacını karşılayacak yeterli kontenjanlar oluşturulmak üzere bu maddenin yürürlüğe girdiği tarihten itibaren 5 yıl süre ile sağlık meslek liselerinin hemşirelik programlarına öğrenci alınmasına devam olunur ve bu programlardan mezun olanlara hemşire unvanı verilir" (Resmi Gazete,2012) denilmektedir. Böylelikle ülke ihtiyaçları göz önüne alınarak, sayının arttırılması da hedeflenmiştir.

2011 yılında toplam hemşire sayısı 124.982 iken, Sağlık Bakanlığı 2021 yılı Sağlık İstatistikleri Yıllığı verilerine göre; toplam hemşire sayısı 232.442'ye yükselmiştir (Sağlık Bakanlığı 2021 Sağlık İstatistikleri Yıllığı). Bununla birlikte üzerinde durulması gereken bir diğer konuda aktif hekim sayısının kurumlara göre dağılımıdır.

**Tablo 10.** Sektörlere ve Ünvanlara Göre Tüm Sağlık Personelinin Dağılımı, 2021.

	Sağlık Bakanlığı	Üniversite	Özel	Toplam
Uzman Hekim	45.672	16.228	31.617	93.517
Pratisyen Hekim	47.216	807	5.012	53.035
Asistan Hekim	14.360	22.657	.	37.017
<b>Toplam Hekim</b>	<b>107.248</b>	<b>39.692</b>	<b>36.629</b>	<b>183.569</b>
Uzman Dış Hekimi	1.077	2.125	3.337	6.539
Dış Hekimi	10.528	362	19.841	30.731
Asistan Dış Hekim	30	2.551	.	2.581
<b>Toplam Dış Hekimi</b>	<b>11.635</b>	<b>5.038</b>	<b>23.178</b>	<b>39.851</b>
Eczacı	4.033	728	32.450	37.211
Hemşire	155.588	37.021	39.833	232.442
Ebe	54.178	925	2.805	57.908
Diğer Sağlık Personeli	142.712	21.617	55.301	219.630
Diğer Personel ve Hizmet Alımı	252.626	73.338	155.347	481.311
<b>Toplam Personel</b>	<b>728.020</b>	<b>178.359</b>	<b>345.543</b>	<b>1.251.922</b>

Kaynak: Sağlık Bakanlığı 2021 Sağlık İstatistikleri Yıllığı

İnsan kaynakları yönetiminin temeli personelin istihdamıdır. İşe uygun personelinin nitelikleri belirlenemez ve personel istihdamı rastgele yürütülürse, “adama göre iş” yaratılmasına çalışılır ki, böylesi bir davranış kesinlikle rasyonel değildir (Kavuncubaşı & Yıldırım,2010:359). Bunun için bir işletmede işgücü planlamasının çok iyi yapılması şarttır ve bazı adımların gerçekleştirilmesi gereklidir. Bunlar;

- İşletmenin misyon ve stratejilerinin belirlenmesi,
- Belirlenen misyon ve stratejilere göre örgüt yapısının oluşturulması,
- Belirlenen örgüt yapısındaki birimlerin görev tanımlarının en ince detayına kadar ortaya konulması,
- Bu görevler için çalıştırılacak kişinin eğitim, ihtisas, özel beceri ve yeteneklerinin tespiti,
- Her bir iş için gerekli olan birim zaman ve birim işgücünün hesaplanmasıdır (Özdemir,2011).

Sağlık işgücü planlamasının yapılmaması işgücünden yeterli verimin alınamamasına neden olmaktadır. Dünyada sağlık insan gücü planlama çalışmalarında yaşanan deneyimler aşağıdaki maddelerle özetlenebilir (Bloor&Maynard,2003:17-18);

- a) Bütün ülkelerde sağlık çalışanlarının işbirliği göz ardı edilmekte kısmi yaklaşımlar kullanılmaktadır. Bu durumun en önemli nedeni farklı hizmet kategorilerinin ayrı ayrı planlanmasıdır.
- b) Sağlık işgücü piyasasında, rekabeti düzenleyici politikalar önemli bir yere sahiptir.
- c) Çoğu ülke merkezi bir yaklaşımla gerekli sayılar üzerinde çalışmayı tercih etmekte ancak çalışanların uygun dağılımına yönelik bir dikkat gösterilmemektedir.



- d) Planlama çabalarının var olmasına rağmen tüm ülkelerde insan gücü açığı ve fazlalığı yaşanmaktadır.
- e) Bazı ülkeler kısa vadede açığı kapatmak için yabancı hekim çalıştırma, tıp fakültesi öğrencilerinin kontenjanları artırma, hizmet sunum özelliklerini değiştirme gibi yöntemler kullanmaktadır.
- f) Sağlık çalışanlarının performans yönetimi sıklıkla yapılamamakta, zayıf yönetim, sistematik sürekli eğitim ve akreditasyonun yokluğu göze çarpmaktadır.

Sağlık sektöründe insan kaynakları yönetiminin en önemli fonksiyonlarından biri de iş analizidir (Ofloğlu&Bircan,2007:76). İş analizi sayesinde işin başarılması için gerekli olan nitelikler toplanır. Bunun için iş için gerekli nitelik, deneyim, alınması gereken eğitim gibi kriterlerin belirlenmesi sağlanmaktadır. Sağlık kurumları insana hizmet veren örgütler olduğundan, hedeflerine ulaşabilmeleri ve amaçlarını gerçekleştirebilmeleri personel sisteminin başarısına bağlıdır (Ofloğlu&Bircan,2007:76).

İş analiziyle elde edilen bilgiler yalnızca İnsan Kaynakları Yönetimi'nde değil, aynı zamanda üretim, pazarlama ve finans gibi temel işletme fonksiyonlarına ilişkin planlama, örgütleme, yürütme ve kontrol işlemlerinin temel dayanağını oluşturur. İş analiziyle elde edilen bilgilerin kullanım yoğunluğu aşağıdaki şekilde sıralanabilir.

- İK bölüm yöneticisi ve diğer İK uzmanları,
- Başta üretim yöneticisi olmak üzere tüm birim yöneticileri,
- Yetkili işçi sendika yöneticisi ve temsilcileri. (Tahiroğlu,2004:2).

İş analizi, amaçları bakımından incelendiğinde sağlık sektöründeki yeri daha iyi anlaşılabilir. Bu amaçlar;

- Gelecekte duyulabilecek çalışan ihtiyacını ve bu çalışanların ihtiyacını saptayarak insan kaynakları planlamasına yardımcı olmak,
- İş alımında açık ve kesin kriterler oluşturmak,
- Şu andaki ya da gelecekte ortaya çıkabilecek eğitim ihtiyacını tespit etmek,
- Performans standartlarını belirlemek,
- Kariyer planının sağlıklı bir şekilde yapılmasını sağlamak,
- Olumsuz çalışma koşullarını ortadan kaldırmak,
- İş değerlendirmesi için her bir işin göreceli önemini ortaya koymayı sağlayacak temel bilgilere ulaşmak
- İş ve işçilerin yasal düzenlemelerinin yapılmasında gerekli verileri sağlamaktır (Tahiroğlu,2004:2).

Üretim faktörlerinin etkinliğini artırabilmek için aralarındaki ilişkilerin bilinmesi, düzenlenmesi ve ölçülmesi gerekir. Çünkü ölçülemeyen bir işin iyileşmesi ve gelişmesi mümkün değildir. Bu nedenle toplam kalite yönetiminin geniş yer verdiği uygulamalardan birisi de iş analizi çalışmalarıdır.

### **1.3. Sağlıkta Dönüşüm Programı Kapsamında İnsan Kaynakları Yönetimi**

Sağlık işletmelerinde hizmet üretimi, insan gücünün (zihinsel ve bedensel) malzemeleri (taşınırlar ve taşınmazlar) kullanması sonucu yapılmaktadır. Bu nedenle sağlık işletmelerinin yönetiminde başarılı olunabilmesi için bu iki kaynağın kesinlikle çok verimli kullanılması gerekmektedir (Özdemir,2011).

Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın temel ilkeleri arasında değinilen sağlık işgücü planlamasına ilişkin konular, Sağlıkta Dönüşüm Programına Destek Projesi'nin çeşitli bileşenlerinde yer almış ve D bileşeninde "Bilgi ve beceri ile donanmış, yüksek motivasyonla çalışan sağlık insangücü" şeklinde açık bir

şekilde ifade edilmiştir (Sağlık Bakanlığı,2003:81). Temel hedefi, yurtttaşların sağlığa erişiminde kısıtlamaya yol açmadan, sağlık alanında artan harcamaları azaltmak ve verimliliği arttırmak olan program, neo-liberal piyasa dinamikleri ekseninde sağlık alanının yeniden yapılandırılması üzerine oluşturulmuştur (Sağlık Bakanlığı, 2012a: 51; Elbek ve Adaş, 2009: 33-34).

Sağlıkta Dönüşüm Programı çerçevesinde Sağlık Bakanlığı tarafından sağlıkta insan kaynaklarının mevcut durumunun ve politikalarının gözden geçirilmesi ile politika ve strateji geliştirilmesi konusunda bir süreç başlatılmıştır. Sağlık Bakanlığı uzun süreden beri var olan sağlıkta insan kaynaklarına ait sorunlarının niteliğini kabul etmektedir. Ve bu sorunların çözümleri için de önemli adımlar atmaktadır. Bu adımlardan bir tanesi de sağlıkta insan kaynaklarının dağılımı ve performansı ile ilişkili sorunların çözümü ile ilgili düzenlemelerdir.

Yetkinin (dar-orta-genis) yerel otoritelere bırakılabileceği sağlık alanlarından biri de işgücü planlamasıdır. Sağlık Bakanlığı tarafından yayınlanan ve 2003-2010 yıllarını kapsayan Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu'nda Türkiye'de hekim ve hemşire sayısı başta olmak üzere sağlık insan kaynaklarında eğitim kalitesinden taviz vermeden sağlık işgücünün sayısının artırılması üzerinde durulmaktadır (Sağlık Bakanlığı,2003:189).

Sağlık Bakanlığı tarafından yapılan ve halen uygulaması sürmekte olan bu politikaların yanı sıra, gelecekte sağlıkta işgücü planlamasına ait yapılması planlan ve bir kısmı gerçekleşme imkânı bulan bir takım çalışmalar da mevcuttur.

Sağlıkta dönüşüm kapsamında sağlık bakım insan kaynağının geliştirilmesi konusunda politika hedefi konmuştur (OLC, 2010:516). Bu bağlamda; insan kaynağı yönetiminde yeni yaklaşımların uygulanması, insan kaynağı arzının

artırılması, insan kaynağı eğitiminin ve öğretiminin güçlendirilmesi, insan kaynağının desteklenmesi, birinci basamakta görevlendirilecek insan kaynağı gelişiminin desteklenmesi ve sağlık bakım hizmetlerine erişimin iyileştirilmesi çerçevesinde çalışmaların yapılması karara bağlanmıştır (OLC, 2010:516).

### **1.3.1. Sağlıkta İnsan Kaynakları Stratejisi Oluşturmak Üzere Yapılan Çalışmalar**

Modern organizasyonlarda insan kaynakları ile ilgili konuların stratejik bir yaklaşımla ele alınması bir zorunluluktur (Barutçugil,2004:56). Günümüzde stratejik yönlendirme yaklaşımı, insan kaynaklarının özünü oluşturan temel unsurlardan biri haline gelmiştir. Değişen iç ve dış çevre koşulları, ortaya çıkan kapsamlı ve karışık sorunlar ve yeni yönetim –organizasyon anlayışı-, en önemli rekabetçi üstünlük kaynağı olan insana stratejik bir önem vermeyi kaçınılmaz kılmaktadır (Barutçugil,2004:56).

Sağlık sektörünün temel kurumlarından olan hastaneler, sürdürülebilirlik ve rekabet gücü sağlama ve hastaların, sağlık personelinin ve paydaşların ihtiyaçlarına daha iyi yanıt verebilme düşüncesiyle yenilikçi olmak durumundadırlar (Çalışkan, 2019: 344). Yapılan çalışmalar incelendiğinde; genel sağlık politikaları ve planlarıyla tutarlı bir sağlıkta insan kaynakları belgesi oluşturmanın gerekliliğine dikkat çekildiği görülmektedir. Stratejik insan kaynakları planlaması, yaşanan ve yaşanılacak bir takım zorlukların çözümlenmesi için çok önemlidir.

### **1.3.2. Kilit Konumdaki Kuruluşların Görüş Birliğinin Sağlanması**

Sağlık Bakanlığı dışındaki kuruluşların eğitim konusunda ciddi etkileri olabileceği düşüncesi ile SDP ile özellikle okulların, meslek birliklerinin işbirliği içinde olmaları gerekliliği gündeme gelmiştir.

Tam Gün Kanunu İle Getirilen Yeni Bir Uygulama “Kamu Hastanelerinin Ortak Kullanımı ve İşbirliği” Sağlık Bakanlığı ile Üniversite hastanelerin ortak kullanımı Sağlık Bakanlığı hastaneleri ile üniversite hastanelerinin işbirliğine ve ortak kullanımına yönelik Tam Gün Kanununa istinaden bir yönetmelik çıkarılmıştır. Ortak kullanım modeli ile tıp fakültesinin akademik personeli ile diğer personel, Sağlık Bakanlığı hastanesinde çalışabilecek ve bu çalışmalarının karşılığı ek ödeme alabilecektir. Ayrıca ortak kullanılan hastane üniversitenin AR-GE çalışmaları için gelirinden %2,5’lik payı Tıp Fakültesine aktaracaktır. İşbirliği modeli ile sadece akademik personel Sağlık Bakanlığının hastanelerinde çalışabilecek ve ek ödeme alabilecektir (Sağlık Bakanlığı,2003:195). Yönetmeliğin Danıştay tarafından iptali üzerine iptal gerekçeleri de göz önüne alınarak 12.07.2012 tarih ve 28351 sayılı Resmi Gazetede yayımlanan 6354 sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname İle Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanununun 8. maddesi ile 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu’nun ek 9. maddesi değiştirilerek “Sağlık Bakanlığı ve bağlı kuruluşlarına ait kurum ve kuruluşlar ile üniversitelerin ilgili birimleri, karşılıklı olarak işbirliği çerçevesinde birlikte kullanılabilir” ifadesi altında yukarıdaki hususları da kapsayacak şekilde ayrıntılı olarak geliştirilmiş “birlikte kullanım ve işbirliğine ilişkin usul ve esaslar ile ilgili mevzuat hükümleri çerçevesinde döner sermaye gelirlerinden personele yapılacak ek ödemelere ilişkin diğer hususlar Maliye Bakanlığı’nın uygun görüşü alınarak Sağlık Bakanlığı ve Yüksek Öğretim Kurulu tarafından müştereken çıkarılacak yönetmelikle belirlenir” hükmü getirilmiştir.

2012 yılında kalite çalışmaları kapsamında büyük adımla atılmıştır. Öncelikle sistemin daha kurumsal işlemesi adına Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire

Başkanlığı kurulmuştur. Ardından E- reçete pilot uygulaması başlatılmış, MHRS uygulaması tüm ülkede hizmet vermeye başlamıştır.

Tam gün yasası ile birlikte gelen önemli bir düzenleme de özel hastane veya tıp merkezinde tam zamanlı çalışan hekimlerin en fazla iki özel sağlık kuruluşunda daha yarı zamanlı (kadro dışı geçici) çalışmasına izin verilmesidir. Bu durumda olan hekimler, tam zamanlı çalıştıkları sağlık kuruluşlarından izin alarak, tam zamanlı çalıştıkları sağlık kuruluşu dışında iki yerde daha çalışabilme imkanına kavuşmuşlardır.

Özel hastaneler yönetmeliğinin geçici ek-5. Maddesine göre çalışma belgesi düzenlenerek yarı zamanlı çalışabilen hekimlerin, çalışma saatleri ise her bir sağlık kuruluşu ile ayrı zaman aralıklarını kapsayacak ve birbiri ile çakışmayacak şekilde düzenlenmektedir. Bunun takibi için, hekimin çalıştığı ildeki tabip odası her sağlık kuruluşundan çalışma saatlerini belirten sözleşmelerini istemekte ayrıca Sosyal Güvenlik Kurumu da aynı sözleşmenin bir nüshasını hekimin medulladaki provizyon işlemini açmak için talep etmektedir. Böylelikle yarı zamanlı çalışacak olan hekimin, hangi sağlık kuruluşunda hangi saatler arasında çalışacağı da açık bir şekilde görülmektedir.

Sağlık Bakanlığı, Özel Hastaneler Yönetmeliği'nde 7 Nisan 2011 tarihinde yayımlanan Resmi Gazete ile bir değişiklik daha yapmıştır. Özel Hastaneler Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik, hekim sıkıntısı çeken özel hastanelere Bakanlıkça ilan edilecek dönemlerde ve belirlenen uzmanlık dallarında ek kadro imkanı getirmiştir (OHSAD,2011).

Bu kadrolar, kamu ve özel sağlık kurum ve kuruluşlarında uzmanlık dallarına göre mevcut uzman hekim sayıları, bunların kamu ve özel sektördeki oransal dağılımları, özel hastanelerin yatak kapasiteleri ve doluluk oranları, ameliyathane, yoğun bakım ve özellikli üniteleri ile bu birimlerin verimliliği,

İlgili alanda ve bölgedeki ihtiyaç çerçevesinde ve hizmet biriminin devamlılığı için gerekli asgari kadro talepleri dikkate alınarak, Planlama ve İstihdam Komisyonunun görüşü alınmak suretiyle belirlenmektedir (OHSAD,2011).

Diğer bir düzenleme de muayenehanesi olan hekimler için getirilmiştir. Muayenehane hekimleri, kendilerine müracaat eden hastalarının teşhis ve tedavisini özel hastanelerde yapabileceklerdir (OHSAD,2011). Ancak, faaliyet izin belgesinde yazılı uzmanlık dallarında hekim bulundurmayan özel hastanelerin ilgili birimlerinin faaliyeti, eksiklikleri giderilene kadar durdurulacaktır.

Belirlenen uzman hekim kadroları, kadrolu uzman sayısı toplam yatak sayısının beşte ikisini geçmeyen özel hastaneler öncelikli olmak üzere ve toplam kadrolu uzman sayısının her bir dönemde yüzde 10'unu geçmeyecek sayıda verilebilecektir. Bu kadrolar hastane hekim kadrosu olarak değerlendirilecektir (OHSAD,2011).

Ayrıca 27.06.2012 tarihinde Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Özel Sağlık Kuruluşlarına 2012-2013 yılı için verilecek ek kadro dağıtım ilanını yayınlamıştır. Yüz yatağın üzerinde olan ve olmayan olarak hastanelerin talep edecekleri uzmanlık dalları belirlenmiştir (OHSAD,2011).

### **1.3.3. Gelecekteki Stratejik Sağlıkta İnsan Kaynakları Planlarına Yönelik Çalışmalar**

Sağlık Bakanlığı'ndaki Sağlık Yönetimi Bilgi Sistemi, performansa dayalı ödeme uygulamasının gerçekleştirilmeye başlanmasından bu yana giderek iyileşen ve daha da ayrıntılı hale gelen verileri rutin şekilde toplamaktadır.

Mevcut veriler ile ülkede var olan analitik kapasite, gelecekteki sağlıkta insan kaynakları stratejilerine yönelik olarak, uygulamalarda işe yarayan ve yaramayan noktaların neler olacağı konusunda faydalı bilgiler elde etme bakımından çok önemlidir. Sağlıkta insan kaynakları kapasitesinin daha iyi anlaşılması amacıyla diğer veri kaynaklarının incelenmesi gerekliliği doğmaktadır.

#### **1.3.4. Kamu İşyerlerinde İnsan Kaynakları Birimi Oluşturulması**

Son on yıldır kamu çalışanlarının özel sektör çalışanları ile aynı sosyal güvenlik rejimine tabi olması kamu işyerlerinde de insan kaynakları bölümlerinin oluşturulmasını gündeme taşımıştır.

2010 yılı içerisinde şu andaki mevcut yapıda kamu kurumlarının personel veya özlük işleri birimlerinde çalışanlar açısından dönüşümler başlamıştır. Bazı kamu kurumları personel birimlerini lav ederek insan kaynaklarına dönüştürmüştür. Bu alandaki ilk değişiklik üç sosyal sigorta kurumunu birleştiren SGK' nın yeni organizasyon yapısı içinde gerçekleştirilmiş ve "İK Daire Başkanlığı" 02.03.2007'de Kurumun yardımcı hizmet birimlerinden biri olarak kurumsal yapı içinde yerini almıştır (SGK İnsan Kaynakları Daire Başkanlığı,2011).

#### **1.3.5. Özel İşyerlerindeki İnsan Kaynaklarının İşlevleri**

Yaşanan değişimler ışığında özel sektör insan kaynakları birimleri de kendilerini değişime hızla adapte etme zorundadır. Bunun en önemli nedeni ise son dönemde getirilen düzenlemelerin işverene yüklediği idari para cezalarıdır. Her değişen işlem için değişimi yakalayamadığında yaptırımla karşılamamak adına birim çalışanlarının dikkatli olma zorunluluğu vardır.

5510 sayılı Kanunla getirilen; İşyeri, işveren, sigortalı, prime esas kazançlar, prim belgeleri, sigorta kolları, asgari işçilik uygulaması, primlerin ödenmesi



ve gecikme cezaları gibi konulardaki tanım ve işleyiş esasları özel sektör insan kaynakları birimine çok yabancı olmasa da kamu sektörü işyerleri için çok yenidir. Bu nedenle sistemin oturması belirli bir zaman alabilir.

Sosyal Güvenlik Kurumları son yıllarda bilgi akışını hızlandıran kapsamlı bir veri tabanını ve bilgi sistemini devreye sokmuştur. Özellikle SGK uygulamalarından e-bildirge, e-borcu yoktur, e-işgöremezlik, v.b. uygulamalar ciddi anlamda hızlı veri akışı sağlamaktadır. SSGSSK ile kuruma, "her türlü belge ve bilginin internet ve elektronik ortamda gönderilmesi konusunda zorunluluk getirme yetkisi" verilmiştir (m.100).

İşletmelerin işlem maliyetini azaltacak ikinci önemli gelişme, Kurumun nüfus, sigortalı ve işyeri sayılarını dikkate alarak il ve ilçelerde oluşturacağı Sosyal Güvenlik Merkezlerinin etkin olarak faaliyete geçmesi ile gerçekleşmesidir. Bahse konu merkezler, bilgisayar ve insan gücü donanımı yüksek olan sigortalı, işveren ve üçüncü kişilerin, sağlık hizmetleri de dahil olmak üzere sosyal güvenlik sistemi ile ilgili bütün işlemlerini, tek birimde ve kısa zamanda gerçekleştirebilecek, çok başlıktan kaynaklanan yazışmalar ve bunlardan kaynaklanan zaman kaybı ve hataların ortadan kalkmasını sağlayabilecektir. Sistem öngörüldüğü gibi işlemekte; her işverenin ayrı işverenler servisinde işlem gördüğü bir düzen getirildiği görülmektedir.

Önemli bir değişiklik de sağlık hizmetinden faydalanma sürecinde yaşanan gelişmelerdir. Bu durum insan kaynakları birimlerini yakından ilgilendirmektedir. Eski düzenlemede sağlık hizmetinden faydalanma işlemlerinde sağlık karnesi, vizite kağıdı ve sevk yönetimi mevcutken; şu andaki uygulamada sadece T.C. Kimlik numarası ile sağlık hizmeti alabilme olanağı sağlanmıştır.

Sigortalı ile kurum arasındaki bilgi akışını çabuklaştıran her işlem, sosyal güvenlik işlemleri için izin alma ve devamsızlık yapma durumunda kalan sigortalıların sayısını azalttığı ölçüde işletmelerin İK bölümlerinin çalışma düzenini ve işe devamlılığı sağlamaya yönelik tedbirlerini daha etkin hale getirmektedir. Bu durum işgücü verimliliğini arttırabilir.

5510 sayılı Kanun büyük ölçüde 506 sayılı Kanunun esaslarını içerse de üç ayrı kurum ve beş farklı sosyal sigorta rejiminin birleştirilmesi, gerek SGK, gerekse işverenler için ciddi anlamda bir geçiş sürecini beraberinde getirmiştir. SSGSSK toplam olarak 1200 maddeyi aşan beş farklı sosyal sigorta kanununu birleştirerek 109 esas ve 48 geçici olmak üzere toplam 157 maddeye indirmiştir. Bu, gerçekte sosyal güvenlik mevzuatının sadeleşmesi anlamına gelmekle birlikte birçok madde bir veya daha fazla sayfa uzunluğunda, çok zaman paragraf ve bentlerin takibini güçleştiren bir niteliği de beraberinde getirmektedir.

Özellikle kamu çalışanlarına ve bağımsız çalışanlara yönelik istisnai düzenlemelerin varlığı insan kaynakları birimlerinin yeni kanunu özümsemesini gerektirmektedir. Mesele bununla bitmemekte; işletmede çalışan personelin de uygulamalarla ilgili bilgilendirilmesi gündeme gelmektedir. İnsan kaynakları biriminin konuya çok iyi hakim olması, ayrıca personeli bilinçli bir şekilde bilgilendirebilmek için eğitim vermesi de şart olmaktadır.

Bu programlar, özellikle çalışanlar için yalnızca bilgilendirme amaçlı olmayacaktır. Sosyal güvenlik gibi kişinin hem çalışma, hem de emeklilik dönemini etkileyen düzenlemeler, yanlış ve yetersiz bilgiler dolayısı ile çalışanların "kafalarının karışmasına" çok zaman da "erken emekli olma" gibi hayati ancak yanlış kararlar vermelerine yol açabilmektedir. Özellikle yeni sistemin aylık hesaplama yöntemlerinin ve bunların sigortalılara etkilerinin

çalışanlara aktarılması iş düzenleri ve verimlilikleri bakımından önemli olacaktır.

İşyerleri açısından getirilen bir diğer düzenleme de esnek çalışma sisteminin devreye girmiş olmasıdır. Esnek çalışma şekillerinin sosyal güvenlik sisteminin kapsamına alınmasına yönelik düzenlemeler işletmelerin bu kapsamda çalışanlarla ilgili politikalarını ister istemez etkileyecektir. Bu durum beraberinde işyerindeki çalışma saatlerinin ve sürelerinin düzenlenmesi konusunu gündeme taşıyacaktır.

İşyeri çalışma saatleri ve sürelerinin yeniden düzenlenmesi konusunda insan kaynakları biriminin üzerine ciddi görevler düşmektedir. Çünkü, olay sadece çalışma saatleri ve sürelerinin düzenlenmesi gibi dar bir çerçevede cereyan etmemekte; aynı zamanda yeni düzenlemeye tabi olan çalışanların ücret, prim ödeme gün sayısı, bireysel iş sözleşmeleri, sağlık sigortasından yararlanma şartları v.b. konuları da içine almaktadır.

Diğer bir husus da emekli olma yaşında yaşanan değişikliklerdir. Emekli olma yaşının kademeli olarak yükseltilmesi, zaman içinde işgücünün yaş ortalamasını yükseltecek, İK birimlerinin yaşı ilerlemiş işgücünün işyerinde istihdamını ve verimli çalışmalarını sağlayacak faaliyetlere ağırlık vermesini zorunlu hale getirecektir. Bu durumda İK birimleri aktif yaşlanma politikalarını da şimdiden gündeme almaları gerekecektir.

Sosyal güvenlik reformunun başarıyla hayata geçirilmesi konusunda insan kaynakları birimine ciddi görevler düşmektedir. Türkiye'deki küçük ve orta büyüklükteki işyerlerinin sayısı göz önüne alındığında sancılı bir dönem yaşanacağını söylemek pek de yanlış olmaz.

## 2. SAĞLIK HİZMETLERİNDE TOPLAM KALİTE YÖNETİMİ VE İNSAN KAYNAKLARI YÖNETİMİ İLİŞKİSİ

Küreselleşme süreci ile tüm dünyada hizmet sektörünün akıl almaz bir hızla geliştiği görülmektedir. İnsan ömrünün uzaması, insanların beklentilerinin artması, teknolojik gelişmelerin bunu desteklediği ve insanların daha kaliteli yaşama isteği içinde oldukları sektör hızla gelişerek yükselmektedir. Hizmet sektörünün en önemlisi olan sağlık kuruluşlarında toplam kalite yönetimi felsefesi benimsenmiş ve bu doğrultuda sağlık kalitesini güvence altına alacak çalışmalar giderek önem kazanmıştır.

İşletmeleri değişime zorlayan faktörler, küreselleşme ve rekabet, uluslararası ve bölgesel entegrasyonların önem kazanması, bilgi teknolojilerindeki gelişmeler, bilgisayar kullanımı ve otomasyonun gelişmesi, telekomünikasyon alanındaki hızlı gelişmeler olarak özetlenebilir.

Bugün artık organizasyonlarda değişimin gerekliliğinden çok örgütlerin yeterli hızda değişip değişmediği sürekli değişimin nasıl sağlanabileceği, örgütlerin kendilerini nasıl öğrenen örgüt haline getirebilecekleri, tartışılmaktadır. Günümüzde sağlık işletmeleri, yaşamlarını sürdürebilmeleri ve büyüme sağlayabilmeleri için değişen iç ve dış şartlara uyum sağlayabilecek esnek bir yapıyı oluşturmak durumundadırlar (Tarcan,2001:30).

Genel olarak değişim, her hangi bir şeyi bir düzeyden başka bir düzeye getirmek olarak ifade edilebilir. Örgütlerde değişim ise, yönetimin dinamik yapısı ve niteliği açısından başka bir biçim verme veya başka bir forma girme olarak tanımlanabilir. Örgütlerde değişim sürecinin en zor adapte edildiği departmanlardan biri de insan kaynakları departmanıdır. Kişiler için alışılmış kalıplardan sıyrılmak ya da başka bir deyimle kabuğunu değiştirmek kolay değildir.

İnsanlar normal hayatlarında bile bir değişim çok zor kabul ederken; iş hayatında yaşanan değişimi hemen kabul etmeleri çok kolay bir süreç değildir. Bu nedenle değişimin kısa vadede kabul edilmediği, uzun vadede değişimin yaşandığı görülmektedir.

Her kurumun kendine özgü bir kültürü olduğu bilinen bir gerçektir. Mevcut kültür ve kültürün değişimi insan kaynakları yönetimi ile mümkündür. Değişimin tam olarak anlaşılıp, uygulamaya konulması ise eğitimler yoluyla sağlanabilir.

Sermaye, teknoloji veya kuruluş yeri gibi geleneksel kaynaklar, rekabet avantajı için temel faktörler olma özelliklerini kaybetmekte, işletmeler de bu kaynakların yerine yeni kaynaklara yönelmektedirler. Bu kaynakların başında ise insan kaynakları yönetimi gelmektedir (Filizöz,2003:165).

Toplam kalite Yönetiminin öncülerinden Deming, organizasyonlarda değişim için on dört ilkedden söz eder. Bunlar;

- Organizasyonun ürün ve hizmet kalitesini geliştirmek için amaçlarını tespit etmek,
- Organizasyon faaliyetlerinde alışılmış olan gecikme ve hatalara, kalifiye olmayan işgücüne, kalitesiz mal ve hizmet üretimine tolerans göstermeyen yeni bir yönetim felsefesine sahip olmak,
- Organizasyonun kalitesinin kütle muayenesi ile değil de istatistiksel yöntemlerle ölçümlerle belirlemek,
- Sadece ürün etiketlerindeki fiyatlardan değerlendirmeyi bırakmak,
- Düşük kalitenin düşük fiyata olmasını başarı olarak görmemek,
- Sürekli gelişmeyi sağlamak;
- Çalışanların işbaşında eğitimini sağlamak,
- Liderliğin kurumsallaşmasını sağlamak;

- Çalışanların korkuyla değil güvenle işlerini yapmalarını sağlamak;
- Departmanların birlikte çalışmasını sağlamak,
- Sloganlara vermek sayısal hedef ve kotaları kaldırarak, kalite üretimi sağlamak,
- Çalışanların iş yapmalarını engelleyecek uygulamaları ortadan kaldırmak,
- Çalışanları geliştirmeyi hedefleyen eğitim programları uygulamak değişime herkesin katılımını ve katkı vermesini sağlamak gerekir (Yatkın,2004:10).

Sürekli değişim; kişi veya organizasyonlarla ilgili her konuda devamlı farklı hale getirme, yeni konum ve durumlara getirme, eskisinden farklı kılma anlamındadır. Organizasyonlar sürekli olarak “daha ucuz, daha kaliteli ve daha çabuk” yapmak zorundadırlar (Koçel,2005:688).

Toplam kalite yönetimi, sunulanların ve çağrıştırdığının ötesinde anlamlar içermektedir ve çok yönlü bir bütünün sadece bir parçasıdır. Toplam kalite yönetimi kavramı ile aynı dönemde gündeme gelen Esnek Üretim, Tam Zamanında Üretim (JIT), İnsan Kaynakları Yönetimi (İKY) gibi kavramlar ve yöntemler birbirinden bağımsız gibi görünse de her biri zincirin birer halkalarıdır.

Çalışanların büyük bir çoğunluğu çalışmakta oldukları işyerinin kariyer planları açısından katkı sağlayıp sağlamayacağı konusunda tereddütler yaşamaktadırlar. Bu nedenle çalışanların iş değiştirme eğilimleri söz konusu olmaktadır. Yeniden yapılanma çalışmaları, şirket içi küçülmelere gidilmesi sonucunda çoğu çalışan mesleklerini kendi iradeleri dışında değiştirmek zorunda kalmıştır. Bu faktörler bir kuruluşun toplam kalite yönetimi çerçevesinde insan kaynaklarının geliştirilmesi ve zenginleştirilmesi konusunun gerekliliğini ortaya çıkartmıştır (Acar,1999:8).

Hem nitelik, hem de nicelik bakımından birbirinden farklı birçok personeli içeren ve karmaşık bir organizasyon yapısına sahip sağlık kurumlarında, çalışma uyumunun sağlanması, yönetimin etkinliğinin artırılması, hizmet sektörünün diğer kurumlarına oranla daha karmaşık ve güçtür.

Sağlık hizmetlerinde; hasta hakları, etik, sağlık hizmetlerinin planlanarak uygulanması, çalışanların motivasyonu, kalite yönünden sunulan hizmetlerin değerlendirilmesi hususunda hasta, çalışan, tedarikçi ve denetleyici beklentilerine kalite yönetimi anlayışı ile cevap vermek mümkündür.

Araştırmalar, kalitenin geliştirilmesi ile müşteri doyumunun sağlanması, müşteri kayıplarının azaltılması, müşteri bağlılığının yaratılması, iş gören devir hızının azaltılması, iş görenlerin iş doyumlarının sağlanması, iş görenlerin işe geç kalma veya işe devamsızlık sorunlarının önüne geçilmesi, pazarlama faaliyetleri için katlanılan maliyetlerin azaltılması, işletme imajının korunması ve geliştirilmesi konularında kazanımlar elde edilebildiğini göstermektedir (Kimes, 2001:32). Buradan çıkarılan önemli bir sonuç da kalitenin gelişmesi için insan kaynaklarının üzerine ciddi görevler düştüğüdür.

Uygulanacak toplam kalite sistemi, çalışanların davranış ve tavırlarını etkileyebilecek unsurların geliştirilmesi ve uygulanması ile ilgili kültürel değişikliklerin yönetilmesi açısından gerekli deneyime sahip olmalıdır. Toplam kalite yönetimi programlarının tasarlanması ve teşkilatlandırılmasında kullanılan davranışlar, tutum ve tavırlar, gelenekler bu konudaki araştırmalar ve analizlere dayandırılmalıdır. Bunların hepsi insan kaynakları yönetimi kapsamında olan şeylerdir (Kıngır,2006:140).

## **2.1. Toplam Kalite Yönetiminde İnsan Kaynaklarının İşlevi**

Toplam kalite anlayışının insan kaynakları yönetimi yaklaşımının gelişmesine sağladığı katkı, söz konusu anlayışın; insan kaynağının, işletme

performansının temel unsuru olduğu bilincini yerleştirmesi ile açıklana bilmektedir (Güler,2006:18).

**Tablo 11.** Geleneksel Yaklaşım-Toplam Kalite Yönetimi Yaklaşımı Karşılaştırması

İnsan Kaynağı Süreçleri Açısından	Geleneksel Yaklaşım	Toplam Kalite Yaklaşımı
İletişim	Yukarıdan - aşağıya	Yukarıdan-aşağıya yatay,yanal Çok yönlü
İfade etme ve katılma	İsteğe bağlı Öneri sistemleri	Süreç gereği Kalite çemberleri Tutum araştırmaları
İş dizaynı		Kalite Müşteri isteği Yenilik Geniş kontrol alanı Otonom iş ekipleri Yetkilendirme
Eğitim	İş ile ilgili ustalıklar Fonksiyonel, teknik	Geniş ustalık alanları Çapraz-fonksiyonel Teşhis, problem çözme Verimlilik ve kalite
Performans ölçme ve değerlendirme	Bireysel amaçlar Nezarete dayalı değerlendirme	Ekip amaçları Müşteri, iş arkadaşları ve nezaretçinin değerlemesi Kalite ve hizmeti öne çıkar
Ödüller	Bireysel ödüller	Ekip bazlı ödüller Finansal ödüller ve finansal olmayan ödüller (takdir gibi)
Sağlık ve güvenlik	Problemlerle uğraşmak	Problemleri önlemek Güvenlik programları İşgören asistanlığı Huzur programları
Seçme/Terfi kariyer geliştirme	Yöneticiler tarafından seçilir Dar iş ustalıkları Bireysel başarmaya dayalı terfi Doğrusal kariyer basamağı	İş arkadaşları tarafından seçilir Problem çözme ustalıkları Grup başarısına dayalı terfi Yatay kariyer basamağı

Kaynak: Zeyyat Sabuncuoğlu, İnsan Kaynakları Yönetimi, İstanbul, Beta Basım, 2011, s.28.

İnsan Kaynakları Yönetimi, toplam kaliteye ulaşmak isteyen bir organizasyon için çok yönlü bir fonksiyon niteliğindedir. Bu durumun en önemli nedeni günümüzde rekabetin dayandığı temel noktanın insan kaynağı olmasıdır. Organizasyonlar, insanların özellikle düşünsel becerilerinden oluşan fikri



sermayeyi, örgütsel performansı artırmanın en önemli aracı olarak görmektedir. Bu doğrultuda toplam kaliteye ulaşmada insan kaynakları yönetimi, modelin omurgasını oluşturan, insan faktörüne yönelik olarak tüm diğer organizasyonel birim ve düzeylere entegre biçimde çalışması gereken çok fonksiyonlu bir araç konumuna gelmektedir (Sabuncuoğlu,2000:20).

## **2.2. İnsan Kaynakları Toplam Kalite İlişkisi**

İnsan kaynakları yönetimi boyutunda toplam kalite yönetiminin temel amacı kaliteli mal ve hizmet için işgücünün potansiyelini belirlemek, geliştirmek ve kullanmaktır. Bu amaçla toplam kalite yönetimi tüm işgörenleri ile birlikte ortak bir örgütsel kültür oluşturmayı amaçlar. Bu nedenle de işgörenlerin üretim ve yönetim sürecine katılımını, eğitimini ve güdülenmelerini önemser (Coffey&CookCW,1994).

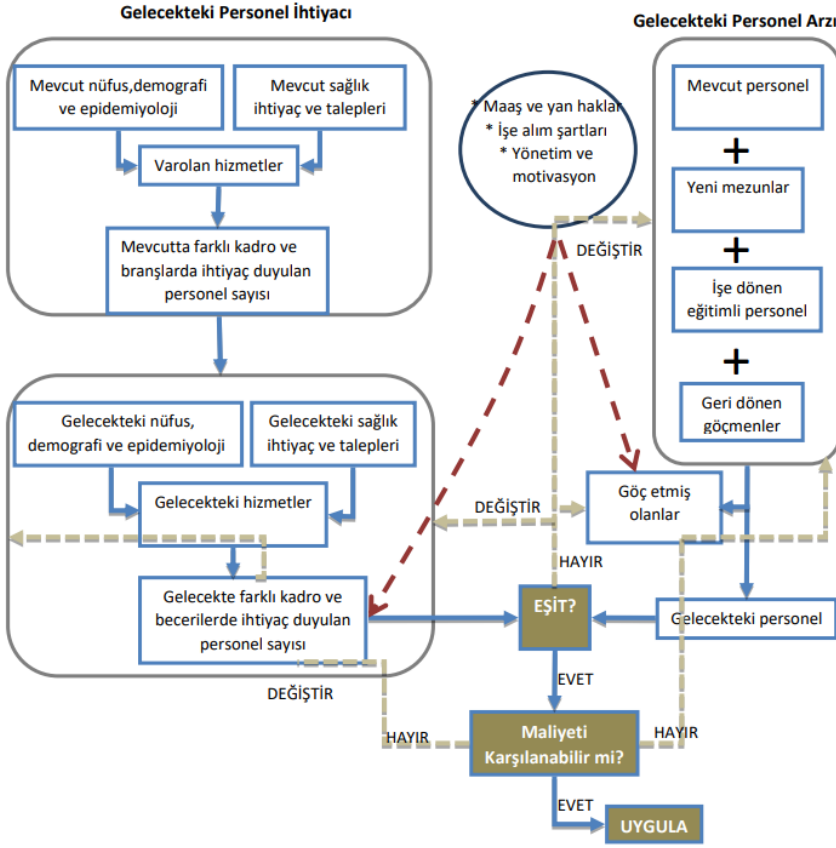
İnsan kaynakları yönetimi, sağlık kurumlarının ihtiyaç duyduğu eleman sayısının belirlenmesi, belirlenen sayıdaki elemanların ilanlarının verilmesi ve adaylar arasından uygun olanların seçilmesi, seçilen elemanların hastane kültürüne alıştırılması, çalışanların motivasyonu ve performanslarının değerlendirilmesi, ortaya çıkan sorunların çözüme ulaşmasının sağlanması, bireyler ve gruplar arası ilişkilerin ve iletişimin oluşturulması, çalışanların eğitimini ve onların gelişmesine kadar birçok uygulamayı kapsamaktadır (Fındıkçı,2000:13).

Sağlık kurumlarında insan kaynakları yönetiminin değişen koşullar ve gelişen teknolojiye adapte olabilmesi için toplam kalite ilkeleri çerçevesinde işlemesi önem arz etmektedir.

### **2.3. Toplam Kalite Yönetimi ve İnsan Kaynakları İlişkisinde Seçme ve Yerleştirme**

Genel olarak ilgili iş için uygun niteliklere sahip adayların araştırılması ve seçilmesi olarak tanımlanan insan kaynakları seçim süreci, bir organizasyonun yaşaması ve gelişmesi açısından oldukça önemlidir. Seçme süreci yetenekleri, becerileri, tutumları ve ilgileri işletmenin ihtiyaçlarına en uygun olan adayların sistematik bir şekilde belirlenmesi çalışmalarını ifade eder (Barutçugil,2004:257).

Doğru insan kaynağının seçiminin gerçekleştirilebilmesi için ilk önce insan kaynağının yapacağı işlerin belirlenmesi gerekir. Bu gereklilik, bir iş analizi ve iş tanımı çalışması ile sağlanabilir. İş analizi faaliyetleri; işlerin içerdiği görev, sorumluluk ve çalışma koşullarını belirlemeye yönelik çabalardan oluşmaktadır. Bu çalışmalarda işleri yapacak olan kişilerde bulunması gereken bilgi, beceri ve yetenekler de belirlenmeye çalışılmaktadır (Uyargil,2008:56). Seçime dönük iş analizinin temel yaklaşımı ise, işi yapacak olan kişinin bu işleri başarabilecek niteliklere sahip olmasını gerektirmektedir (Özgen,2005:85). Çalışanların seçiminde dikkat edilmesi gereken konu, seçim politikasının toplam kalite felsefesine uygun nitelikler taşımasıdır. Bu nedenle çalışanların seçiminde özellikle takım çalışmasına uygun, kurum kültürünü benimseyen nitelikler taşıması önem arz etmektedir.



**Şekil 6.** Sağlık İnsan Kaynakları İhtiyacı ve Arzı Projeksiyon Modeli

**Kaynak:** WHO, Models and tools for health workforce planning and projections; 2010d.

Seçim süreci, doğru görev ve insan eşleştirmesini sağlaması açısından önemlidir (Çetin,2001:100). Sağlık kurumlarına başvuran adayların öncelikle, mesleki yeterlilik ve niteliklerinin dikkatli bir şekilde incelenmesi, gerekmektedir. Sağlık kurumlarında doğru görev ve insan eşleşmesini çoğu meslek grubu için yapmak kolaydır. Bunun en önemli nedeni ise belirli yetkinliklere sahip olmayan kişilerin işe başvurmasının dahi imkansız

olmasından kaynaklanmaktadır. Örneğin sağlık kurumuna alınacak olan bir Dahiliye uzmanının Tıp Fakültesi mezunu olması ve dahiliye ihtisası yapmış olması zorunludur. Aynı şekilde hemşire, ebe, anestezi teknikeri, acil tıp teknikeri, tıbbi görüntüleme teknikeri, tıbbi laboratuvar teknikeri, ağız ve diş sağlığı teknikeri, diş protez teknikeri, protez-ortez teknikeri vb. meslek gruplarının da diplomaları olmadan ve bağlı buldukları illerdeki sağlık müdürlüklerinden çalışma belgesi almadan istihdam edilmeleri mümkün değildir.

Kalite standartları gereğince sadece diploma ile bazı özellikleri birimlerde çalışmalarının da yeterli olmadığı görülmektedir. Örneğin yoğun bakım bölümünde çalışacak olan hemşirelerin diploma ile yeterlilikleri tek başına yeterli olmamakta; belirli sertifikaların da alınması gerekmektedir. "Yoğun Bakım, kısmen veya tamamen fonksiyonlarını yitirmiş olan organ veya organ sistemlerinin bu fonksiyonlarının yerlerinin geçici olarak doldurulması ve hastalığı oluşturan temel nedenlerin tedavi edilebilmesi için kullanılan yöntemlerin tamamıdır" şeklinde tanımlanmaktadır. Diğer yandan akreditasyon standartları kapsamında hastaneler sertifikalı hemşireyi önemli bir kalite göstergesi olarak kabul etmektedir.

İnsan kaynakları faktörüne verilen önem, tüm sektörlerde ve sağlık sektöründe gittikçe artmakta ve kurumun en önemli sermayesi olarak kabul görmektedir. İnsan Kaynakları Yönetiminin işlevlerinden biri olan ve insan kaynaklarının diğer işlevlerinin etkili bir şekilde yerine getirilmesine ve de bunların örgüt amacıyla bütünleştirilmesine katkıda bulunan "işe alma" organizasyon açısından ayrı bir önem taşımaktadır (Özçelik,2000:17). Hızla değişen çevre koşulları ve rekabet ortamında işletmeler daha kayda değer katkılar sağlayacak olan insan kaynağını aramaktadırlar. Yani insan kaynağından hayat ve rekabet kaynağı olmalarını beklemektedirler (Geylan,2009:26).

## **2.4. Toplam Kalite Yönetimi ve İnsan Kaynakları İlişkisinde Eğitim**

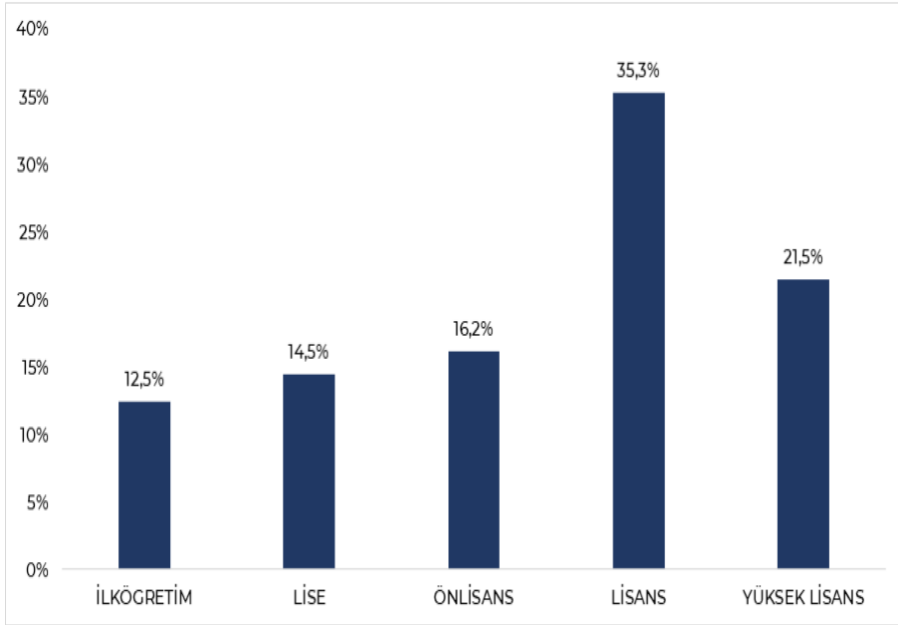
Sürekli değişim ve gelişmeyi içeren Toplam kalite yönetiminde, öncelikle insan davranışlarının değiştirilmesi öngörülmektedir. Bu değişimde ancak eğitimle sağlanabilir (Tekin,2004:283). İnsan kaynakları yönetiminin iki temel amacı bulunmaktadır. İnsan kaynakları yönetimi bir yandan işgörenlerin bilgi, tecrübe ve yeteneklerinden üst düzeyde yararlanarak işletmeyi amaç ve hedeflerine ulaştırmaya çalışırken, diğer yandan işgörenin organizasyondan beklentilerine cevap verebilmeyi amaçlamaktadır (Filizöz,2003:162).

TKY' ni örgüt kültürüne adapte etmek uzun ve zor bir süreçtir. Bu yüzden, ilk birkaç yılda yapılan kültür değişimi çabaları ve bu konuda yapılan yatırımlar tepki ile karşılanmaktadır. İşte bu değişime karşı olan direnç sürekli eğitim yoluyla kalite kültürünün kazanılması ve çalışanların tam katılımının sağlanmasıyla kırılabilir (Korkusuz, 2005:65). Her geçen gün artan teknolojik yenilikler, bilgiyi gerekli kıldığı için eğitim öncelikli hedef haline gelmiştir. Sürekli ve yeniden eğitimlerin planlaması, uygulanması için İnsan Kaynakları Yönetiminin üzerine ciddi görevler düşmektedir.

Sağlık sektöründe örgüt kültürü hastanın tedavisini gerçekleştirme ekseninde gerçekleştiği için sürece katılan tüm personelin eğitimi ve güdülenmesi daha karmaşık bir yapı sergilemektedir. Sağlık kurumlarında hizmetler çok farklı eğitim ve yetenek gerektiren kişilerin oluşturduğu birimler tarafından yerine getirilmektedir. Örneğin ABD'de Department of Labor tarafından yapılan bir araştırmada 287 hastanede 800 değişik iş unvanı saptanmıştır (Seçim,1994:22, Tengilimoğlu&vd.,2012:336). Bu derece ayrı uzmanlıklara bölünmüş olan personel, birbirlerine göre çok farklı seviyelerde ve farklı alanlarda eğitim

görmüş olması nedeniyle farklı ihtiyaçlara, değerlere ve tutumlara sahiptir (Tengilimoğlu&vd.,2012:336).

Türkiye’de uzmanlık eğitimi 73 uzmanlık ve üst uzmanlık alanında verilmektedir. Her meslek grubuna ve uzmanlık dalına göre ihtiyacın belirlenmesi ve bu ihtiyacın hangi öğretim kurumlarıyla ne kadar zamanda karşılanabileceğinin tespiti yapılmalıdır (Şimşek,2012:25). Bu veriler ışığında işgücü planlaması yapılması çok önemlidir (Şimşek,2012:25).



**Grafik 1:** Personelin Öğrenim Durumuna Göre Dağılımı, 2022 (%)

Kaynak: Sağlık Bakanlığı,2022.

Türkiye’de sağlık personeli planlamasında kurumlar arası iş birliği önem arz etmektedir. Sağlık Bakanlığı bu kurumlar ile daha çok eğitim, planlama ve veri oluşturma aşamasında bilgi alışverişinde bulunmaktadır. İyi bir personel yapısı oluşturmanın başat yolu eğitimden geçmektedir. YÖK ve Milli Eğitim

Bakanlığı'nda şu an lise, ön lisans, lisans, yüksek lisans, doktora, tıp ve tıpta uzmanlık olmak üzere çeşitli alanlarda personel yetiştirilmektedir.

İşletmelerde verimliliği artırmak için yapılan faaliyetlerden en önemlisi olan eğitim, doğru yerde ve doğru zamanda gerçekleştirildiğinde toplam kalite yönetiminin yerleşmesi ve gelişmesi için gereken kabiliyet ve deneyimi kazandırmaktadır. Eğitim olmadan, çalışanların değişimin niçin gerekli olduğunu, toplam kalite yönetiminin, toplam kalite yönetimi felsefesinin ve ilkelerinin ne anlama geldiğini anlaması beklenemez.

Hastanelerde doktor ve yardımcı sağlık personelinin eğitimi kadar önemli olan bir diğer konu bilgilendirmedir. Hekim dışı sağlık personelinin bilgilendirilmesi hastanın tedavisindeki süreklilik açısından çok önemlidir. Tedavi sürekliliğinin sağlanması aynı zamanda işlemlerin kalitesini de etkiler. Hastaya uygulanan tedavinin tutarlı bir şekilde devam edebilmesi vardiya ile değişen sağlık personelinin birbirlerini bilgilendirmesi doğrultusunda tedavinin sürekliliği sağlanmaktadır. Yardımcı sağlık personelinin bilgilendirmesi, sürekli eğitimlerle sağlanabilir. Bu çalışmaların temel amacı ise hastanın memnuniyetini sağlayıp hastane kalitesini arttırmaktır.

Toplam kalite yönetiminin önemli bir işlevi olan sürekli eğitim, insan kaynaklarının eğitim ilkesi ile büyük bir bağlantı içindedir. Aynı şekilde sağlık kurumları hataya yer olmayan öğütlerin başında yer almaktadır. Hatayı önlemenin en önemli anahtarı ise sürekli eğitimden geçmektedir. Bunun yanı sıra akreditasyon standartları gereğince her personelin almasının zorunlu olduğu eğitimler olmakla birlikte; bahse konu eğitimlerin belirli aralıklarla sürekli olarak tekrar edilmesi gerekmez. Bu durum eğitim alanında toplam kalite yönetiminin insan kaynakları içinde olmazsa olmaz koşulları arasında yer almaktadır.

## 2.5. Toplam Kalite Yönetimi ve İnsan Kaynakları İlişkisinde Performans Değerlendirme

İnsan Kaynakları Yönetiminin önemli bir aşaması da performans değerlendirmedir. Uygulamada çok az kurum tarafından yapılan performans değerlendirme kriterlerinin objektif olarak belirlenmesi gerekir. Performans değerlendirme, işgörenin işindeki başarısını, işe karşı tutum ve davranışlarını ve bireysel özelliklerini bütünleyen ve işgörenin organizasyonun başarısına olan katkılarını değerlendiren sistematik bir araçtır (Barutçugil,2004:179).

İşi değil, işi yapan işgöreni ve onun başarısını ya da işteki başarısızlığını değerlendiren performans değerlendirme tekniğinin bazı kaynaklarda “başarı değerlemesi”, “yetkinliğin ölçümü”, “verimliliğin değerlendirmesi”, ya da kamu kurum kuruluşlarında olduğu gibi, “tezkiye”, “sicil” gibi isimler kullanıldığına tanık olunmaktadır (Sabuncuoğlu,2000:184). Değişik biçimlerde kullanılmakla birlikte, performans değerlendirme sistemi kurmak ve özellikle kurulan sistemi işletmek kolay değildir (Sabuncuoğlu,2000:188).

Performans değerlendirme bir süreç olarak, belirli zaman periyodunda üst yönetim tarafından belirlenmiş görevlerin, çalışanlarca ne kadar gerçekleştirilip gerçekleştirilmediğinin tespit edilmesi olarak tanımlanır. Bu tespit ise önceden belirlenmiş standartlara dayanarak çalışanın işteki performansının ölçülmesi yoluyla gerçekleşir (Barutçugil,2004:178).

Performans değerlendirmesinde işletmenin ya da değerlemenin uygulandığı bölümün koşullarına en uygun yöntemi seçmek kadar bu yöntemi amaçlarından saptırmaksızın ve işgörenler arasında duygusal kökenli ayırma ve kayırma yapmaksızın değerlendirmeyi gerçekleştirmek gerekmektedir (Sabuncuoğlu,2000:199).

Sağlıkta kalite kontrol yaklaşımını başlatan Codman’ın değerlendirdiği “mortalite oranı” karşılaştırmaları, gerek doktorların performanslarının



kontrolü gerekse hastaneler ile ilgili kalite değerlendirmelerinin önemli bir kriteri olarak günümüzde de kullanılmaktadır.

Sağlık kurumlarında hekim performans değerlendirilmesi, kalite, hasta güvenliği ve hekim sorumlulukları açısından önem taşımaktadır. Hekim performansı, sağlık kurumunun performansını doğrudan etkilemektedir. Bilindiği gibi hekimler sağlık üretim ve sunum sürecini başlatan, bu süreçte, insan gücü dahil, kullanılacak kaynaklar, (ilaç, tıbbi malzeme) planlayan ve tedavi sürecinin sonuçlarını değerlendiren profesyonellerdir (Kavuncubaşı&Yıldırım,2010:395). Bununla birlikte JCI denetiminin önemli bir kriteri de performans değerlendirmesidir. Denetim aşamasında performans değerlendirme ve değerlendirmenin içeriği kontrol edilmektedir. Bu nedenle insan kaynaklarının önemli bir aracı olan performans değerlendirme kalitenin de önemli bir işlevidir.

## **2.6. Toplam Kalite Yönetimi ve İnsan Kaynakları İlişkisinde Kariyer**

Kariyer, “bir insanın çalışabileceği seneler boyunca herhangi bir iş alanında adım adım ve devamlı olarak ilerlemesi, tecrübe ve yetenek kazanması” şeklinde ifade edilebilmektedir (Güney,2000:136). Yeni mezunlar için standart bir kariyer gelişimi planında 5 basamak bulunmaktadır:

1. Birey kendi kendini değerlendirmeli.
2. Olanaklarını araştırmalı.
3. Bunlar doğrultusunda kendine bir plan oluşturmali.
4. Planı doğrultusunda harekete geçmeli
5. Çıktıları değerlendirmeli (Ernst & Young,2003:141)

Kariyer, hem çalışan hem de işletme için önemlidir. Çalışanlar açısından baktığımızda; kişilerin güçlü ve zayıf yönlerinin farkına varmalarını sağlarken, işletmeler açısından kurumun hedeflerine ulaşmasına olanak verir.

Günümüzde sağlık kurumlarında her alanda hızlı bir değişim yaşanmaktadır. Bu değişimden yönetim sistemlerinin ve personelin etkilenmemesi mümkün değildir. Bu etkilenme sonucunda personelin bilgileri yeterliliğini yitirmektedir. Böyle bir durumla karşılaşmamak için personellerin sürekli bir eğitim sistemi içinde olmaları ve kendilerini geliştirmeleri gerekmektedir. Sağlık kurumları bunu kariyer geliştirme ve eğitim ve geliştirme adı altında yapmaktadır (Topal,2000:64). Bunun yanı sıra terfilerde dikkate alınan kriterler, önem verilen yetkinliklerin de bir göstergesi olmaktadır (Biçer&Düztepe,2003:16).

**Tablo 12:** Sektörlere Göre Hastane Sayısı, 2020

İBBS-1	Sağlık Bakanlığı	Üniversite	Özel	Toplam
İstanbul	54	16	162	232
Batı Marmara	55	4	20	79
Ege	122	7	71	200
Doğu Marmara	80	4	54	138
Batı Anadolu	71	13	51	135
Akdeniz	84	8	88	180
Orta Anadolu	77	4	22	103
Batı Karadeniz	97	3	19	119
Doğu Karadeniz	68	1	12	81
Kuzeydoğu Anadolu	50	2	4	56
Ortadoğu Anadolu	58	3	17	78
Güneydoğu Anadolu	84	3	46	133
<b>Türkiye</b>	<b>900</b>	<b>68</b>	<b>566</b>	<b>1.534</b>

Kaynak: Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü,2021.

## 2.7. Toplam Kalite Yönetimi ve İnsan Kaynakları İlişkisinde Yetkinlik

Yetkinlik, “kişinin işteki rolü ile sorumluluklarının önemli bölümünü etkileyen, işteki performansı ile bağlantılı, kabul edilen standartlarla ölçülebilen, eğitim ve gelişim yolu ile iletilebilen bilgi, beceri ve özellik gruplarıdır” (Biçer&Düztepe,2003:14).

Klemp tarafından yapılan ve Boyatzis tarafından benimsenen tanıma göre ise yetkinlik, bir bireyin üstün ya da etkin performansa ulaşmasını sağlayan temel özelliği olarak tanımlanmaktadır (Tak&vd.,2007:244).

Yetkinlikler, sadece mükemmel performansı ortaya çıkaran davranışları içerirler. Bu nedenle, yetkinlik kavramı çerçevesinde, bilgi değil de, bilginin başarı yaratacak şekilde “uygulanmasını” sağlayan davranışlar ele alınır. Aynı şekilde becerilerin de başarı sağlamak için nasıl ortaya konacakları önem kazanır. Diğer taraftan, yetkinlikler her ne kadar kendileri iş motifleri olmasalar da, motiflerle ilgili belirgin davranışları ortaya çıkarırlar (Acar,1999:51).

İşverenler, işleri genellikle bir roldeki üstün performansa götüren davranışların bileşimi, yani “yetkinlikler” olarak tarif etmektedir. Temel yetkinlikler şöyle sıralanmaktadır (Biçer&Düztepe,2003:14):

- Bilgi,
- Beceri ve deneyim,
- Yetenek,
- Stil ve motivasyon

İşletmelerde yetkinliklerin kullanıldıkları yerler insan kaynakları uygulamalarıdır. İnsan kaynakları uygulamaları, bir işletmenin hangi yetkinliğe öncelik verdiğini, pozisyonlar için hangi yetkinliklerin gerekli

olduğunu ortaya koymaktadır. Uygun bir düzen gerçekleştirildiğinde ise yetkinlikler; çalışanların gelişimini ölçme ve değerlendirmenin yanında, değerlere ve hedeflere dayanan sistem düşüncesinin gelişiminde de kullanılmaktadır (Biçer&Düztepe, 2003:14).

Sağlık kurumlarında insan kaynağını, doktorlar, sağlık personeli ve idari personel olarak gruplandırmak mümkündür. Bahse konu gruplar alanında uzmanlaşmış ve gerekli eğitimleri almış kişilerden oluşmaktadır. Ancak, bu kişilerin sadece kendi alanlarında uzmanlaşmış olmaları yetmemekte; bunun yanı sıra empati kurabilen, sosyal ilişkileri güçlü, sabırlı kişiler olmaları da gerekmektedir.

Sağlık kurumları işletmelerinin diğer işletmelerden farklı özellikler sergilemesi, hastane yöneticilerinin de nitelik bakımından farklı özellikler taşıması sonucunu da beraberinde getirmektedir. Sağlık kurumları bu bağlamda profesyonel sağlık yöneticilerine ihtiyaç duymaktadır. Sonuç itibarıyla gerek sağlık kurumları yöneticisi, gerekse sağlık kurumu çalışanı kadrolarına kişisel özellikleri ve eğitimleri bakımından uygun insan kaynağına gereksinim duyulmaktadır.

## **2.8. Toplam Kalite Yönetimi ve İnsan Kaynakları İlişkisinde İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği**

İş sağlığı ve güvenliğinin temel amacı, bir işletme içerisinde çalışan bütün kişilerin güvenliklerini sağlayarak, dolaylı olarak onların işlerinden memnun olmalarını sağlamaktır. Çalışanların kendilerini rahat ve güvende hissettikleri bir ortamda çalışmaları, sağlıklarını iş ortamındaki sebeplerden ötürü kaybetmemeleri de önemli bir amaçtır. Sağlıklı ve güvenli bir ortamda çalışanların verimliliklerinde gerçekleşen artışların, çalışanları tatmin etmesi kadar işverenleri de memnun etmesi iş sağlığı ve güvenliğinin bir diğer önemli amacıdır (Güçlü,2007:9).

İşyerinde çalışanların fiziksel olarak çok iyi düzenlenmiş bir yere sahip olması koruma işlevinin temel hedefidir. Son yıllarda insan kaynakları departmanları bu alanda büyüyen bir sorumluluk almıştır (Sabuncuoğlu,2000:310). İşletmelerde sağlık ve güvenliğe yönelik yapılan çalışmalar, düzenleyici ve önleyici tedbirlerin yanı sıra verimliliğin artmasına, işe devamsızlıkların ve işçi değişimlerinin azalmasına ve kalitenin artmasına neden olmaktadır

Sağlık sektöründeki yapısal değişikliklerle birlikte ILO 1970’li yılların başlarında OSHA, NIOSH, Amerikan Hastane Birliği ve sağlık sendikaları “sağlıklı olma hakkını”, ILO 1985 yılında her bir ülkede sağlık çalışanlarına yönelik işçi sağlığı ve güvenliği hizmetlerinin kurulması ve geliştirilmesini, Uluslararası Mesleki Sağlık Komisyonu (International Occupational Health Commission) 1990 yılında, sağlık çalışanlarının sağlığının işçi sağlığı yaklaşımı ile ele alınması ve bunun için hastanelerde ilgili birimin kurulması gerektiği önerisinde bulunmuştur (Kıran,2003, Özkan&Emiroğlu,2006:45). ABD’deki Sağlık Kurumları Akreditasyon Komisyonu 1990’lı yılların başında hastanelerde sağlık ve güvenlik komitesinin bulunması koşulunu getirmiştir (Özkan&Emiroğlu,2006:45).

Toplam Kalite Yönetimi’nin temel ilkelerinden olan “tam katılım” ilkesi, çalışanların işçi sağlığı ve iş güvenliği konusundaki önerilerinin dikkate alınması, tüm çalışanlarda güvenlik bilincinin oluşturulması ve geliştirilmesini, işletmelerde sağlık ve güvenlik yükümlülüklerinin etkin bir şekilde yerine getirilmesini sağlamaktadır.

## **2.9. Toplam Kalite Yönetimi ve İnsan Kaynakları İlişkisinde Stratejinin Oluşturulması**

Üst yönetimin işletmede toplam kalite yönetiminin temel amaçlarının yerine getirilebilmesi için İnsan Kaynakları Yönetiminden beklentileri vardır. İnsan Kaynakları Yönetimi’nin bir uygulama stratejisi olarak, kendisine bağlı tüm

alt işlevlerin faaliyet konuları ve planları ile birlikte, örgütsel strateji ile tam bir bütünlük içinde olması gerekmektedir (Sabuncuoğlu,2000:21).

Sağlık hizmetlerinin sunumunda, finansal açıdan sağlık çalışanları, çoğunlukla bir yük olarak dikkate alınmış, bunun bir sonucu olarak da birçok ülke, başarısız insan kaynakları yönetimi ve düzenlemeleri sebebiyle arz-talep ilişkisinde, sağlık çalışanlarının dağılımında, sağlık çalışanlarının beceri karmasında görülen dengesizliklerinin ve kötü çalışma koşullarının neden olduğu kronik sorunlar ile mücadele etmek zorunda kalmıştır. Oysaki sağlık sektörünün hizmet yoğun bir sektör olduğu hep göz ardı edilmiştir (Şimşek,2012).

Genelde çalışanların kalite ile ilişki kurmasını sağlamak amacıyla, iş planlamasında çalışanların kontrolü ve katılımına en üst düzeyde yer vermek gerekebilir. İşler, bu işleri yerine getirenler için bir anlam taşıyacak biçimde planlanmalı, değişik beceriler geliştirme, yapılan işle bütünleşme, işin önemli olması ve işlerin çalışanlar açısından bir anlam taşıması düşünülmelidir. Planlamalar, çalışanların yaptığı işin sonucunu görmesine ve gerektiğinde düzeltici faaliyetlerde bulunmasına imkan vermek amacıyla, zamanında ve anlamlı geri bildirim sağlayacak biçimde yapılmalıdır (Ersen,2003:90). Sağlık akreditasyon sisteminde düzeltici faaliyetler önemli bir kalemi oluşturmaktadır. Her adımda düzenleyici önleyici faaliyetler oluşturularak hata payı en aza indirgenmeye çalışılmaktadır.

## **2.10. Toplam Kalite Yönetimi ve İnsan Kaynakları İlişkisinde Üst Yönetimin Desteği**

Kalite çalışmaları ekseninde, gerekli dönüşümü sağlayabilmek için İnsan kaynaklarının üzerine ciddi görevler düşmektedir. İnsan kaynakları yönetiminin, yaşanan dönüşümde var olan engelleri aşacak stratejiyi oluşturması ve bu noktada üst yönetimin desteği çok önemlidir.

Sağlık kurumlarında idari ve sağlık alanında birçok yönetici bulunmaktadır. Bu yöneticilerin astlarını yönlendirme becerisine ve kendi alanlarıyla ilgili yetkinliklere sahip olmaları gerekmektedir. İnsan kaynakları yönetimi, personel seçme, eğitim, performans değerlendirme gibi kendi sorumluluğu altındaki faaliyetleri gerçekleştirirken toplam kalite ile uyumlu sistemler kurarak üst yönetimin bu konudaki kararlılığını yansıtmalıdır.

İnsan kaynakları yönetiminin toplam kaliteyi tamamlayıcı hatta iç içe geçmiş sistemler olduğu düşünülmektedir. Bu durumda kaçınılmaz olarak üst yönetimin insan kaynakları yönetiminden beklentileri bulunmaktadır. Bu beklentiler şunlardır (Ersen,2003:92):

- Kurum kültürü yaratmak,
- Çalışanları kalite konusunda bilgilendirmek,
- İnsan kaynakları sistemlerini kurmak,
- Açık iletişimi sağlamak,
- Ortak amaç birliğini ve uyumunu meydana getirmek.

## **2.11. Toplam Kalite Yönetimi ve İnsan Kaynakları İlişkisinde Müşteri Odaklılık**

Toplam kalite yönetiminde müşteri odaklılık ilkesi iki boyutta ele alınmaktadır. İç müşteri işletme içinde çalışan personel, dış müşteri ise, işletme dışındaki müşterilerdir (Tetik,2012:6). Çalışanları müşteri gibi gören bu anlayış üretimi, çalışanların ihtiyaçlarına göre ayarlamakta ve bu ürünlerin kalitesi çok yüksek olmaktadır (Tetik,2012:6). İç müşteriler olarak adlandırdığımız çalışanların doyumu çok önemlidir. Bu durum, ancak çalışanların motive edilmesi ile sağlanır. Motivasyon ise insan kaynakları yönetimiyle doğrudan bağlantılıdır. Çalışanların motivasyonu; ücret, terfi, sosyal haklar v.b. araçlarla sağlanabilir.

Bilindiği üzere sağlık çalışanları özveri gerektiren mesleklerini yerine getirirken yaşadıkları pek çok sorun ve memnun olmadıkları noktalar vardır. Bunlardan bazıları ücret dağılımındaki adaletsizlik, yoğun çalışma saatleri, iş yükü, nöbet sayılarının fazlalığı, uygulanan performans sistemi olarak sayılabilir. Tüm bu olumsuzluklar birleştiğinde ortaya çıkan tablo sağlık çalışanlarının iş motivasyonunu düşürmekte ve “Tükenmişlik Sendromu” olarak kişiye yansımaktadır (Demiray,2012:60).

Gerek sağlık sektöründe gerekse diğer sektörlerde çalışanların işletmeden beklentileri, istek ve ihtiyaçları olacaktır. İnsan kaynakları yönetimi diğer fonksiyonlarla ilişkilerini müşteri odaklı düşünmeye dayalı biçimde kurarak ve onlarla tam bir bütünlük ve koordinasyon içinde çalışarak bu ilkenin hayata geçirilmesini sağlar (Sabuncuoğlu,2000:22).

Hastanelerde dış müşteri olarak adlandırabileceğimiz hastaların memnuniyeti müşteri odaklılık ilkesinin ikinci ayağını oluşturur. Hasta memnuniyeti için hastane odaların yeterli sayıda olması, rahatlık bakımından hasta ve hasta yakınlarını memnun edecek nitelikte olması ve tedavinin uygun şekilde gerçekleşmesi için gerekli şartlara uygun olması gerekmektedir. Bu nedenle hastanelerin fiziki ortamları ve otelcilik hizmetleri de hastayı tatmin edecek düzeyde olmalıdır.

## **2.12. Toplam Kalite Yönetimi ve İnsan Kaynakları İlişkisinde Tam Katılım**

Toplam kalite yönetimini ilkelerinden biri olan çalışanların tam katılımının sağlanması, işletme içerisinde sürekli iyileştirme ve sorun çözme açısından doğrudan ilişkilidir. İnsan kaynakları yönetimi daha işe alma aşamasında sorumluluk ve yetki almaya eğilimli, iş bilgisine sahip, kendini geliştirmeye açık elemanlar seçerek katılımı sağlamada uygun bir zemin yaratmaya yardımcı olabilir (Sabuncuoğlu,2000:22).



Toplam kalite yönetimi felsefesinin yayılması, iyi eğitilmiş ekiplerle mümkündür. Bu ekipler içinde farklı fonksiyon gruplarında kişiler bulunması önemlidir. TKY uygulamasının sağlık sektöründe başarıya ulaşabilmesi için doktorların katılımının sağlanması önemli bir etkidir. Bunun en önemli nedeni, sağlık ekibini yöneten kişilerin doktorlar olmasıdır.

Sağlık kurumlarında çalışanları gelişmelerden sürekli haberdar edecek toplantıların düzenlenmesi, verilen eğitimlere, etkili iletişime açık bir ortamın sağlanması tam katılımın gerçekleşmesinde önemli bir araçtır. Bu araçların etkin bir biçimde kullanılmasında insan kaynakları yöneticileri ödüllendirme sistemlerini devreye sokarak daha etkili sonuçlara ulaşabilir.

### **2.13. Toplam Kalite Yönetimi ve İnsan Kaynakları İlişkisinde Takım Çalışması**

Toplam kalite yönetiminin önemli ilkelerinden biri olan takım çalışması, insan kaynakları yönetiminde yetki genişlemesine neden olmuştur. Toplam kalite yönetimi açısından takım çalışması çok önemlidir. Takım çalışmasındaki takımdan bir grup insan kastedilmemektedir. Takım olabilmek için bundan daha fazlasına ihtiyaç vardır. Takım çalışmasındaki kişiler, bir hedefe ulaşmak için birbirine oldukça bağımlı kişilerdir. Bu nedenle de işgücünün katılımı ve yetkilendirilmesi sağlanmalıdır. Katılım ve özellikle de yetkilendirme işlevi insan kaynakları yönetimi ile mümkündür.

Toplam kalitede takım çalışmasına dayalı düşünmek ve çalışmak esastır. Her düzeydeki takımlar içinde sorunlar görüşülür, çözümler üretilir, projeler gerçekleştirilir ve başarılar paylaşılır. Sonuçta tüm organizasyon ve onun yarattığı iş sonuçlarına karşı herkesin bir sahiplilik duygusu ve sorumluluk hissetmesi gereklidir. Bunun için de yine organizasyonun ve davranışsal yapıların birlikte değişmesi gerekmektedir (Sabuncuoğlu,2000:23).

Sağlık kurumlarında sağlık ekibi, ortak kararların alındığı, alınan kararların ortak uygulandığı bir platformda çalışmaktadırlar. Sağlık çalışanlarının hastaya kaliteli sağlık bakımı vermesi öncelikli hedeftir. Bununla birlikte, sağlık ekibinin yaptığı iş tam bir takım çalışmasını gerektirmektedir. Örnek olarak hastaya cerrahi işlem planlanması hekimlik hizmetleri, hemşirelik hizmetleri, hasta hizmetleri birimlerinin takım çalışmasıyla gerçekleşir. Takım üyelerinden birinin eksikliğinde ya da hatasında ciddi sorunlar yaşanabilir.

Tüm bunların yanı sıra hastane içi sağlık ekibi ve idari birimler arası bilgi paylaşımı da takım çalışmasının önemli bir ayağını oluşturmaktadır. Birimler arası bilgi paylaşımı hastanenin kalitesinin sürekli kontrolünü sağlamaktadır. Çünkü bilgi akışının sağlıklı bir şekilde sağlanması, birimler arası işlemlerde hata payını en aza indirirken; aynı zamanda hasta işlemlerinin daha kısa sürede bitmesini sağlayarak, hasta memnuniyetini arttırmaktadır.

#### **2.14. Toplam Kalite Yönetimi ve İnsan Kaynakları İlişkisinde Sürekli İyileştirme**

Süreç esaslı ve sürekli iyileştirme, toplam kaliteye ulaşmada temel faaliyetlerdir. Sağlık hizmetlerinde Florence Nightingale tarafından oluşturulan istatistiklerin toplanması ve değerlendirilmesi sistemi aslında süreç esaslarını ve sürekli iyileştirmeyi kapsamaktadır. Eğer sonuçların iyileştirilmesi isteniyorsa, o sonucu sağlayan süreçleri iyileştirmek gerekmektedir. Sürekli gelişimde yaptığı işi gözlemleyerek, müşteri memnuniyetini ve hedeflenen örgütsel amaçları bilerek çalışan, yapılan her faaliyetin nasıl daha etkili olacağını düşünen bir iş gören profilini gerekmektedir.

Sağlık hizmeti farklı yapılanmalarla ve farklı sistemler içinde sunulabilir. Ancak tüm sağlık hizmeti yapılanmalarında ortak amaç "... doğru işlemleri, doğru kişilere, doğru zamanda uygulamak ve ilk defasında doğru yapmak"tır.

Bu da kaliteyi sürekli iyileştirmek ve geliştirmekle mümkün olacaktır. Bu amaç doğrultusunda hareket edebilmek ve kaliteli hizmet sunumunu sağlayabilmek için ilk önce sistemin nitelik ve nicelik olarak bu hedefin neresinde olduğunu görmek gerekmektedir (Sağlık Bakanlığı,2013).

JCI Akreditasyonu, topluma sağlık hizmet kuruluşlarının değerlendirilmesi için standartlara dayalı objektif bir süreci sunmayı amaçlamaktadır. Bu programın hedefi, uluslararası konsensus standart ve göstergeleri uygulayarak sağlık hizmet kuruluşlarında sürekli, kalıcı bir iyileştirmenin hayata geçirilmesidir. Bir sağlık kuruluşu, misyonunu gerçekleştirmek ve hasta ihtiyaçlarını karşılamak için uygun bir çeşitlilikte becerikli, nitelikli kişilere gereksinim duymaktadır. Bu gereksinim ise, işe alım sürecinden başlayarak doğru nitelikte eleman teminini sağlayan, çalışanlara sürekli iyileştirme prensibi çerçevesinde gerekli eğitimin verilmesini sağlayan insan kaynakları yönetimi ile mümkündür.

## SONUÇ

Türkiye’de 1963 yılından beri kalkınma planlarında yer alan konuların başında sağlık gelmektedir. Günümüzde hizmet sektörünün büyümesi, bu alanda kaliteye verilen önemin artmasına neden olmuştur. Rekabette başarıyı yakalayabilmek adına sağlık sektöründe de hizmet kalitesinin sağlanması ve geliştirilmesi önemli bir strateji haline gelmiştir.

Hizmet kalitesinin arttırabilmesi personelinin yenilikleri ve değişimleri yakalayabilmesine bağlıdır. Bu da kurumların hizmet içi eğitimleri ile mümkündür. Hastaneler çok farklı meslek gruplarının bir arada çalıştığı kurumlardır. Her meslek grubu için ayrı eğitim konuları ve ayrı eğitim metotları mevcuttur. Eğitimler, içerikleri bakımından kimi zaman teorik, kimi zaman da pratik olmak zorundadır. Bu noktada hizmet içi eğitimleri verecek olan eğitmenler devreye girmektedir. Eğitmenlerin kişileri eğitecek niteliklere sahip olması, yapılan eğitimin etkinliğini önemli derecede etkilemektedir. Ancak eğitmenlerin yetkinliğinin atlanmaması gerekir. Özel hastaneler bahse konu eğitimler için eğitim danışmanlık firmalarından profesyonel destek almaktadır. Hizmet içi eğitimlerin daha etkin hale getirilmesi için profesyonel desteğin kamu hastanelerini de kapsayacak şekilde daha geniş çapta yapılması sağlanabilir.

Her geçen gün yeni bir sistemin eklendiği sağlık bilgi sisteminin iyi işleyebilmesi için kullanıcıların bilgilendirilmesi ve aktif kullanımın sağlanması zorunluluk haline gelmiştir. Her hastanenin sistemi iyi özümseyip; hekim, insan kaynakları, bilgi işlem, halka ilişkiler, hasta hizmetleri, satınalma ve faturalama birimlerinin gerekli eğitimleri almaları ve koordineli çalışmaları çok önemlidir.

Hastane Kalite Standartları gereği, ister kamu, ister üniversite ve özel hastaneler olsun belirli yönetim sistemleri üzerinden denetime tabi

tutulmaktadır. Kurumsal Hizmet Yönetimi (Yönetim ve Bilgi Sistemleri, Enfeksiyonların Kontrolü ve Önlenmesi, Acil Durum ve Afet v.b.) Sağlık Hizmet Yönetimi, (Laboratuvar Hizmetleri, Ameliyathane ve Yoğun Bakımlar, Özellikli Tedavi Hizmetleri v.b.) Hasta Hakları, Hasta ve Çalışan Güvenliği başlıklarının altında incelenen her bir yönetim sisteminde genel ve meslek gruplarına göre özellik arz eden eğitimlerin verilmesinin zorunluluğu dikkat çekmektedir. Bu noktada hastanelerin Kalite Koordinatörlüğü ile İnsan Kaynakları ve Eğitim Müdürlüğünün koordineli olarak çalışması ve eğitimleri planlaması gerekliliği devreye girmektedir.

Sağlıkta Dönüşüm Programının ana hedeflerinden biri de sağlık hizmetlerinde sürekli kalite gelişimini sağlamaktır. Toplam kalite yönetimi ilkelerinden takım çalışması, uygulanması gereken ilkelerin başında gelmektedir. Takım çalışmasının tam anlamıyla işlerlik kazanabilmesi ise birimlerarası bilgi paylaşımıyla mümkün olabilir. Birimler arası bilgi paylaşımının hastanenin kalitesinin sürekli kontrolünü sağladığını göz önüne alacak olursak; bilgi akışının sağlıklı bir şekilde sağlanması, birimler arası işleyişlerde hata payını en aza indirmesi, aynı zamanda hasta işlemlerinin daha kısa sürede bitmesini sağlayarak, hasta memnuniyetini de arttırmaktadır. Takım çalışmasının tam olarak gerçekleşebilmesi ise, insan kaynağının etkinliği ile mümkündür

Sağlık kurumları 24 saat kesintisiz hizmetin verildiği yerlerdir. Sağlık kurumlarının bu özelliği, çalışanların çalışma saatlerinin diğer sektörlerde çalışanlara oranla daha fazla olması sonucunu da beraberinde getirmektedir. Kamu ya da özel sektör sağlık kuruluşları hizmetin devamlılığı için çoğu sağlık çalışanlarını, özellikle asistan doktor gibi, fazla çalıştırmak durumunda kalmaktadır. Sayısal anlamda sağlık personeli yeterliliği sağlanmadığı sürece de bu uygulamaların devam edeceği bir gerçektir.

Kamu hastanesine oranla özel hastanede yardımcı sağlık personelinin sayısal yeterliliğini sağlamak daha güçtür. Konuyla ilgili sağlık insangücü planlamalarının üniversite-işgücü piyasası kapsamında yapılması çok önemlidir. Eğitim, sağlık insan gücü planlaması ve istihdamının yaşamsal konularından biridir. Türkiye'nin eğitim kurumlarından yeterli eğitimi alarak mezun olan hekim, diş hekimi, eczacı, hemşire, ebe, paramedik, anestezi teknikeri, ameliyathane teknikeri, diyetisyen, fizyoterapist başta olmak üzere tüm sağlık meslek gruplarının istihdamı planlanmalı ve insan gücü planlaması yaparken buna göre tıp fakültesi, sağlık bilimleri fakültesi ve sağlık meslek okulları açılarak sağlık insan gücü yetiştirilmelidir.

Kişilerin aldıkları sağlık hizmetinden memnun kaldıklarında, daha sonra aynı hastaneyi tercih edeceği, çevrelerindeki kişilere tavsiye edeceği bir gerçektir. Ancak, sağlık hizmetinden memnun kalmamaları halinde çevresindekilere de olumsuz düşüncelerini aktaracakları da göz ardı edilmemelidir. Ayrıca hasta memnuniyetinin yanı sıra sağlık çalışanları, kimi zaman hasta ve hasta yakınlarının sözel ve fiziksel şiddetine maruz kalmaktadır. Sağlık Bakanlığı'nın 2012 yılında devreye soktuğu beyaz kod uygulaması, sağlık çalışanlarının şiddete maruz kalmaları halinde yapılacak olan prosedürleri yerine getirmektedir. Fakat tüm bu prosedürler, sağlık çalışanlarının stresli bir çalışma ortamında işlerini yapmak zorunda kaldıkları gerçeğini değiştirmemektedir. Bu noktada insan kaynaklarının stresle baş etme yöntemlerini iyi belirlemesi ve bu yöntemleri tüm personeli kapsayacak şekilde devreye sokması gerekmektedir.

Sağlıkta Dönüşüm Programının kalite kriterlerinin önemli bir kısmını oluşturan iş kazası tespiti ve tesis güvenliği, sadece kalite standartları açısından değil, aynı zamanda iş sağlığı ve güvenliği bakımından da çok önemlidir. Sağlık kurumları tehlike sınıfı bakımından yüksek riskli sınıfta yer almaktadır. Özellikle hekimler ve yardımcı sağlık personeli, hastayla direkt

temas nedeniyle bulaşıcı hastalıklar, enfeksiyon riski, delici kesici alet yaralanmaları vb. iş kazalarına maruz kalma ve meslek hastalığına yakalanma açısından yüksek risk altındadırlar (Aksay ve Orhan, 2013). İş kazası ve meslek hastalıkları bakımından çalışanların fiziksel olarak çok iyi dizayn edilmiş bir yere sahip olması koruma işlevinin temel hedefidir. Son yıllarda insan kaynakları birimleri bu alanda büyüyen bir sorumluluk almıştır (Sabuncuoğlu,2000:310). Toplam kalite yönetimi kapsamında ise düzenleyici ve önleyici faaliyetler bu sorumluluğun ayrı bir sacayağını oluşturmaktadır.

Ülke ekonomisi içinde önemli bir paya sahip olan sağlık sektörü, bilgi gelişiminin süreklilik arz ettiği ve teknolojik gelişmelerin en hızlı yaşandığı sektördür. Sağlıkta Dönüşüm Programı ile hastalara daha iyi ve kaliteli hizmet vermek için ülke genelindeki yoğun bakım yatak kapasitesi arttırılmış, hasta odalarında koğuş sisteminden vazgeçilerek tek ve çift kişilik oda anlayışı benimsenmiştir. Kaliteli hizmeti yerine getirmenin yanı sıra hastanelerin başlıca iş tanımının “insan sağlığı” olduğu göz önüne alındığında; hataya yer yoktur. Bu nedenle Sağlıkta Dönüşüm Programının uygulamalarında toplam kalite yönetimi ilkelerinden sıfır hata prensibi olmazsa olmaz koşul olarak yerine getirilmelidir.

Sağlık kurumları çeşitli kalite yönetim modellerini uygulamaya koyarak kalite sertifikalarına sahip olmaktadır. Hastanelerde kalite yönetimi uygulanması; kıt olan hastane kaynaklarının etkin bir şekilde kullanılması, maliyetlerin düşürülmesi, rekabet gücünün artırılması önemli katkılar sağlamaktadır.

Toplam kalite anlayışıyla birlikte sağlık hizmetinde yaşanan gelişmelerde hastane yöneticilerine de önemli görevler düşmektedir. Her şeyden önce sağlık yöneticileri, sağlıkla ilgili hayata geçirilen ve geçirilecek olan uygulamaları, artan rekabeti, değişen teknolojik altyapıları dikkate alarak; insan kaynakları sistemi oluşturmalıdır. Sağlık hizmetleri emek yoğun

hizmetlerdir ve emeğin yoğun olduğu sektörlerde işgücünün niteliği çok önemlidir.

Sağlık kurumlarında insan kaynakları ve toplam kalite yönetimi birbirini tamamlayan bir bütünün en önemli parçalarıdır. Sağlık sektörünün geçirmiş olduğu hızlı değişim dikkate alındığında; toplam kalite yönetimi felsefesini benimseyen, çalışanlarının gelişmelere uyumunu sağlamak adına ne yönde eğitim almaları gerektiğini saptayan, bu doğrultuda planlama yapan İnsan Kaynakları yöneticilerine ihtiyaç vardır. Her gelişim beraberinde bir değişimi, çoğu değişim de uygun koşullar sağlandığında dönüşümü beraberinde getirmektedir. Bu nedenle, sağlık kurumlarında yaşanan dönüşümü süzgeçten geçirip özümseyen, şartların gerektirdiği koşulları benimseyip uygulayabilen yapılar ayakta kalabilir.



## KAYNAKÇA

Acar, N. (1999). İnsan Kaynakları Yönetimi. Milli Prodüktivite Merkezi Yayınları, Ankara.

Akdemir, A. ve Demirkaya, H. (2016). İnsan Kaynakları Yönetimi, Orion Kitapevi, Ankara.

Akdu, S. A. (2009). Sağlık turizmi kapsamında medikal turizm ve Türkiye'deki uygulamalar üzerine bir araştırma: İstanbul ve Ankara örneği. (Yayınlanmamış yüksek lisans tezi). Gazi Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Ankara

Akgün, S. (2005). "Sağlık Hizmetlerinde Sürekli Kalite İyileştirme". *Standard Ekonomik ve Teknik Dergisi*, Yıl.44, Sayı.527, İstanbul.

Aksay, K. & Orhan, F. (2013). Hastanelerde İnovasyon Sürecinin Risk Yönetimi Bağlamında Değerlendirilmesi: Bir Model Önerisi. *Dicle Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 2 (3). 10-23. Retrieved from <https://dergipark.org.tr/en/pub/duibfd/issue/32249/357890>

Aktan, C.C. (1999). 2000'li Yıllarda Yeni Yönetim Teknikleri: 3 İnsan Mühendisliği. TÜGİAD Yayınları, İstanbul.

Akyüz, Ö.F. (2001). Değişim Rüzgarında Stratejik İnsan Kaynakları Planlaması. 1.b., Sistem Yayınları, İstanbul.

Aldemirler, C.M. (1996). Personel Yönetimi, Fakülteler Kitabevi, İzmir.  
Alpugan, O. ve Diğerleri. (1995). İşletme Ekonomisi ve Yönetimi. 4. b., Beta Yayınları, İstanbul.

American Association of Critical-Care Nurses. (2019). Certification Exam Policy Handbook. Available from: <https://www.aacn.org/certification/preparationtoolsandhandbooks/~media/aacnwebsite/certification/getcertified/handbooks> (Erişim Tarihi: 08.01.2023)

American Society for Quality . (2020). Quality Resources. <https://asq.org/quality-resources>. (Erişim Tarihi: 02.04.2023)

Arıcı, K. (1999). İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği. Ankara.

ASQC Kalite Sözlüğü <https://asq.org/quality-resources/qualityglossary/q> (Erişim Tarihi: 10.02.2023)

Asunakutlu, T. (2007). “Sağlık Kurumları Yönetiminde Kalite ve Kültürel Değişim”. Sağlık Ekonomisi ve Sağlık Yönetimi, Editörler: Coşkun Can Aktan, Ulvi Saran, Aura Kitapları, İstanbul.

Ata N.(2006). Bilgi Çağında Kariyer Ve Liderlik (Yüksek Lisans Tezi). Selçuk Üniversitesi, Konya.

Ateş, M. (2011). Sağlık Sistemleri. Beta Basım A.Ş., İstanbul.

Aykaç, B. (1999). İnsan Kaynakları Yönetimi ve İnsan Kaynaklarının Stratejik Planlaması. Nobel Yayın Dağıtım, Ankara.

Aykaç, M., Balcı, B. (2016). “Endüstri İlişkileri ve İnsan Kaynakları Yönetimi: Tamamlayıcı Mı, İkame Mi?” Kırklareli Üniversitesi İktisadi Ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, Cilt 5, Sayı 1, s. 1-25. ISSN: 2146-3417.

Aydın, S., Hatırlı, Y. (2003). *Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde TKY*. Türk Aile Hekimliği Dergisi, 7 (3), 131-134.

Barutçugil, İ. (2002). Performans Yönetimi. 2.b., Kariyer Yayıncılık, İstanbul.

Barutçugil, İ. (2004). Stratejik İnsan Kaynakları Yönetimi. Kariyer Yayıncılık, İletişim, Eğitim Hizmetleri Ltd. Şti., İstanbul.

Benligiray, S. (2007). Ücret Yönetimi, Beta Yayınevi.

Bloor, K. and Maynard,k. (2003). Planning human resources in health care,Towards an economic approach. An International comparative review. Ottawa, Candian Health Services Research Foundation.

Biçer,G. & Düztepe, Ş. (2003). *Yetkinlikler ve Yetkinliklerin İşletmeler Açısından Önemi*. Havacılık ve Uzay Teknolojileri Dergisi, 1(2).

Bridgford J, Carls K. (2012). Social Dialogue. [http:// www.ilo.org/global/standards/introduction-to-international-labour-standards/conventions-andrecommendations/lang--en/index.htm](http://www.ilo.org/global/standards/introduction-to-international-labour-standards/conventions-andrecommendations/lang--en/index.htm) (Erişim Tarihi: 01.07.2018).

Boone, LE. & Kurtz, DL. (1998). Contemporary Marketing Wired. 9 th ed. FL: The Dryden Press, Orlando,

Bozkurt, R. (1998). Kalite İyileştirme Araç ve Yöntemleri. Milli Produktivite Merkezi Yayınları, No:630, Ankara.

Bozkurt, R. (2001). *Örgütsel Mükemmellik Anlayışı, Toplam Kalite Yönetimi*. Verimlilik Dergisi, M.P.M. Yayını.

Budak, G. (2016). *Yetkinliğe Dayalı İnsan Kaynakları Yönetimi*, 3. Baskı, Nobel Yayıncılık, Ankara.

Büyükuluslu, A.R. (1998). *Globalizasyon Boyutunda İnsan Kaynakları Yönetimi*. İstanbul.

Cahit Tutum, C. (1979). *Personel Yönetimi*. TODAİE, Ankara.

Cavide Uyargil, C. (2008). *İş Analizi ve İş Dizaynı. İnsan Kaynakları Yönetimi*. Beta Basım Yayım Dağıtım, İstanbul.

Coffey, KE. & CookCW, Hunsaker (1994). *Management and organizatonal behaviour*. Austen Press, Sydney.

Coşkun C.A. (2000). *Devlet Yönetiminde Kalite*. Ankara. Tosiöv Yayınları.

Coskun S, Gülhan Y. (2017). TS EN 15224 Sağlık Hizmetleri Kalite Yönetimi Standardının, Sağlık Hizmetlerindeki Diğer Kalite Standartları ile Karşılaştırması. *ResearchJournal of Business and Management*, 4(3) : 410-416.

Çalışkan, A., & Altınel, Ç. (2018). *Stratejik İnsan Kaynakları Yönetiminde İş Analizi ile Norm Kadro Oluşturulmasına Yönelik Bir Uygulama*, İİSBF Sosyal Bilimler Dergisi, 5(9), 110-129.

Çalışkan, H. (2019). *“Sağlık Kurumlarında Stratejik İnsan Kaynakları Yönetiminin Örgütsel İnovasyona Etkisi”*, Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 2019; 22(2): 341-358

Çetin, C., Besim Akın, B., Erol, V. (2001). *Toplam Kalite Yönetimi ve Kalite Güvence Sistemi*. Beta Yayınları, İstanbul.

Çetin Güler, E. (2006). *“İşletmelerin E-İnsan Kaynakları Yönetimi ve E-İşe Alım Süreçlerindeki Gelişmeler”*. Ege Akademik Bakış Dergisi. 6(1).

Demiray, F.N. (2012). *Türkiye’de Sağlık Çalışanları Tükenmişlik Araştırması*, Sağlık ve Sosyal Politikaya Bakış, Sayı:16.

Denizli, U. (2019). “İşe Alım Sürecinde Sosyal Ağ Siteleri ve İşveren Markası”, Doktora Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir.

Dessler, G. (2009). Human Resource Management. 8 th Edition Prentice Hall, Inc.

Devebakan, N. (2006). Sağlık Hizmetlerinde Teknik ve Algılanan Kalite. *Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, Cilt:8, Sayı: 1, İzmir.

Doğançay, Ö. S., (2018). Hizmet içi eğitim ile iş tatmini arasındaki ilişki: Banka personeli üzerinde bir araştırma. (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi, Erzincan.

ELBEK, O., ADAŞ, E.B. (2009). Sağlıkta Dönüşüm: Eleştirel Bir Değerlendirme, Türkiye Psikiyatri Derneği Bülteni, 12(1), 33-44.

Ergeneli vd., (2016). İnsan Kaynakları Yönetimi, 2. Basım, Nobel Yayınevi, Ankara.

Eren, N. (1996). Çağlar Boyunca Toplum. Sağlık ve İnsan, Somgür Yayınları, Ankara.

Ersen, H. (1997). Toplam Kalite ve İnsan Kaynakları Yönetimi İlişkisi. 2.Basım, Alfa Basım Yayım, İstanbul.

Ersen, H. (2003). Topyekün Mükemmelleşme Sürecinde İnsan Kaynakları ve Kalite, Maestro Yayınları, İstanbul.

Ersoy Saat, M. & Ersoy, A. (2001). Kalite Yönetimi Toplam Kalite Yönetimi ve Kalite Denetimi. Ankara, İmaj Yayınevi.

Ernst&Young. (2003). Düşünceden Sonuca İnsan Kaynakları. 2.b., Hayat Yayınları, İstanbul.

Fındıkcı, İ. (2000). İnsan Kaynakları Yönetimi, 2. Baskı, Alfa, İstanbul.

Fındıkcı, İ. (2018). İnsan kaynakları yönetimi. Alfa Basım Yayım Dağıtım.

Fidanoğlu, A. (2021). Kurumsal Sürdürülebilirlik Oryantasyonunun İşletme Performansına Etkisinde Sürdürülebilir Tedarik ve Ürün Tasarımının Aracılık

ile Tedarikçilerle Entegrasyonun Düzenleyici Rolü. Yayınlanmamış Doktora Tezi, Hasan Kalyoncu Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü.

Filizöz, B. (2004). “İnsan Kaynakları Yönetiminde Uluslararası Yaklaşım Gerekliliği”, C.Ü. İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi, Cilt 4, Sayı 1,

Gemmae M. Fix vd.(2018). “Patient-Centred Care is a Way of Doing Things: How Healthcare Employees Conceptualize Patient-Centred Care”, Health Expectations, 21/1:300-307.

Geylan, R. (2009). İşletmelerde İnsan Kaynakları Yönetimi. (1. Basım). Anadolu Üniversitesi Açıköğretim Fakültesi, Eskişehir.

Gökkaya,D & Erdem, R. (2021). Türkiye’de Kamu Özel Ortaklığı Bağlamında Şehir Hastanelerinin Değerlendirilmesi: Nitel Bir Araştırma, <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/1209521>

Gronstedt, A. (2000). Müşteri Yüzyılı. Kalkay, T. (çev.), Media Cat Kitapları, İstanbul.

Güçlü, M. (2007). *OHSAS 18001 İş Sağlığı ve Güvenliği Yönetim Sistemi*, Sakarya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Sakarya.

Günaydın, M.H. (2012). “Toplam Kalite Yönetimi”, (Erişim Tarihi: 04.03.2012) <http://www.iyte.edu.tr/~muratgunaydin/TKY3.doc>.

Hayran, O. & Sur, H.(1998). Sağlık Hizmetleri El Kitabı. Yüce Yayım, İstanbul.

Güngören, M., & Orhan, F. (2013). Sağlık hizmetleri sektörünün rekabetçilik analizi: 5 güç modeli çerçevesinde Ankara ili'nde bir uygulama. Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 10(1), 201-218.

International Organization for Standardization, Quality Management Principles, ISOQuality Booklet, ISO, 2015.

İlğan, A., Erdem, M., Taşdan, M., & Memduhoğlu, H. B. (2008). *Örgütsel Gelişim Araçları Olarak Toplam Kalite Yönetimi ile Stratejik Yönetim ve Planlama Yaklaşımları*. Çukurova Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, 35(3), 72-92.

İnam, Ö., Tütüncü S. K., (2017), “Türkiye’de Sağlık Alanında Toplam Kalite Yönetimi Konusunda Yapılmış Tez Profillerinin İncelenmesi (2012-2016)”, İstanbul Gelişim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2, 109-122.

Joiner, T. A. (2007). *Total Quality Management and Performance*. International Journal of Quality and Reliability Management. 24(6), 617- 627.

Kavuncubaşı, Ş.(2000). Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi. Siyasal Kitabevi, Ankara.

Kavuncubaşı, Ş. & Yıldırım, S. (2010). Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi. Siyasal Kitabevi, Ankara.

Kaya, S. (2005). Sağlık Kurumlarında Sürekli Kalite İyileştirme. Pelikan Yayınları, Ankara.

Kahn, A. P. (2004). The Encyclopedia of work-related illnesses, injuries, and health issues, Infobase Publishing.

Kılıç, B. (2007). Türkiye için Sağlık İnsangücü Planlaması ve İstihdam Politikaları, *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*.

Kıran, S. (2003). Aktaran: Özkan, Ö. & Emiroğlu, N.O. (2006). *Hastane Sağlık Çalışanlarına Yönelik İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği Hizmetleri*, Cumhuriyet Üniversitesi, Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi.

King J, Cichy RF. (2006). Managing for quality in the hospitality industry. Upper Saddle River, New Jersey. Prentice Hall, Pearson Education, Inc.

Kiyim, B. (1995). “Sağlık Kuruluş Kalite Yönetimi. 1. Ulusal Sağlık Kuruluşları ve Hastane Yönetimi Sempozyumu, 4-7 Mayıs 1994, Kuşadası. Aydın, Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir.

Kiyim, B. (1997). Hastane Yönetiminde Toplam Kalite Yönetimi Modeli Sağlık Yönetiminde Devamlı Kalite İyileştirme. Ankara.

Kocacık, F. (2001). Şiddet Olgusu Üzerine. C.Ü. İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi, Doç.Dr. Feramuz AYDOĞAN’ın Anısına 2(1) 1-7.

Koçel, T. (2005). İşletme Yöneticiliği (Yönetim ve Organizasyon - Organizasyonlarda Davranış- Klasik-Modern-Çağdaş ve Güncel Yaklaşımlar), 10. Bası, Arıkan Basım Yayım Dağıtım Ltd. Şti., İstanbul.

Korkusuz, D. (2005). ‘Toplam Kalite Yönetimi Ve Kamu Yönetiminde Uygulanabilirliği: Sakarya Defterdarlığı Örneği’, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Sakarya Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sakarya.

Kovancı, A. (2007). Toplam Kalite Yönetimi Fakat Nasıl? İstanbul, Sistem Kitabevi, 4. Basım.

Kuruşçu, M. (2003). Toplam Kalite Yönetimi ve Kalite Ödülleri. IQ Kültür Sanat Yayıncılık, İstanbul.

Kurtulmuş, S. (1998). Sağlık Ekonomisi ve Hastane Yönetimi. Değişim Dinamikleri Yayınları, İstanbul.

Küçük, O. (2020). İşletmecilik, lojistik ve toplam kalite yönetimi alanında teoriler ve bilimsel araştırma ölçekleri. Sonçağ Yayıncılık.

Küçük, F. (2010). Toplam Kalite Yönetiminde Sorunların Önemsizleşme Düzeyinin Belirlenmesine Yönelik Bir Araştırma. Kamu- İş, C:11, S:3, Ankara.

L. R. Mahtis, , H. J. Jackson, Human Resource Management. South-Western College Publishing, Cincinnati, OH Ninety Edition.

Lombardi, J. (2017). The road to leadership in SPN. Journal of Pediatric Nursing, 34, 96-97.

Lukas, B. A., Maignan, I., (1996). “*Striving for Quality: The Key Role of Internal and External Customers*”, Journal of Market Focused Management, 1, 175- 187.

Mathis R.L. and Jackson, J. H. (2011). Human resource management: Essential perspectives. Canada: South Western Congage Learning.

Marşap, A. (2014). Sağlık İşletmelerinde Kalite. 1. Basım, İstanbul. Beta Basım A.Ş.

McGLYNN, E. (1997). “A Six Challenges in Measuring the Quality of Health Care”, Health Affairs.

Memur-Sen. Sözleşmeli Kamu Görevlilerinin Sorun ve Beklentilerinin Araştırılması, (Erişim Tarihi: 10.04.2022), <https://www.memursen.org.tr/yayinlar/raporlar/sozlesmelilik.pdf>.

Ministry of Health, (2011). Human Resources For Health Strategic Plan 2011-2016. Rwanda.

Mineva, O., Alikaeva, M. ve Minev, V. (2020). Transformation of Career Management Approaches in The Digital Society. MEST Journal. 8: 143-150.

Morgil, O., & Küçükçirkin, M. (1995). “TOBB'un Sağlıkta Toplam Kalite Yönetimine Bakışı”. 1.Basamak Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi Sempozyumu, Haberal Eğitim Vakfı Yayınları, Ankara.

Mueller, K. (2019). Commentary: Ernest Codman and the Impact of Quality Improvement in Neurosurgery: A Century Since the Idea of the “End Result”, [https://journals.lww.com/neurosurgery/Fulltext/2019/02000/Commentary\\_\(Er\\_ishiM\\_Tarihi:24.12.2022\).](https://journals.lww.com/neurosurgery/Fulltext/2019/02000/Commentary_(Er_ishiM_Tarihi:24.12.2022).)

Ngambi, M. T. & Nkemkiafu, A. G., (2015). *The impact of total quality management on firm's organizational performance*. American Journal of Management, 15(4), 69.

Ofluoğlu, G.& Hasan Bircan,H. (2007). *Sağlık Hizmetlerinde İş Analizinin Etkileri ve Zonguldak Atatürk Devlet Hastanesi Uygulaması*, Kamu-İş, C:9, S:2.

Öge, H. S. (2016). İnsan Kaynakları Yönetimi, 8. Baskı, Eğitim Yayınevi, Konya

Özçelik, O. (2000). İşletmelerde İnsan Kaynaklarına İlişkin Bazı Kriterlere Göre İşe Alma Uygulamalarındaki Farklılıkların Belirlenmesine Yönelik Bir Araştırma, 8. Ulusal Yönetim ve Organizasyon Kongresi, Erciyes Üniversitesi, Nevşehir.

Özdemir, A. Sağlık İşletmelerinde İnsan Kaynakları Yönetimi. [http://www.ab\\_saglik.com/saglik\\_ik\\_yonetimi.pdf](http://www.ab_saglik.com/saglik_ik_yonetimi.pdf), (Erişim Tarihi:12.01.2011).

Özgen, H. Öztürk, A. Ve Yalçın, A. (2002). İnsan Kaynakları Yönetimi. Nobel Kitabevi, Adana.

Özgen, H. (2005). İnsan Kaynakları Yönetimi. Nobel Kitabevi, Ankara.

Özlem İpekgil Doğan, Ö.& Eriş, E. D. (2010). “Stratejik Toplam Kalite Yönetimi”, (Erişim Tarihi: 24.06.2010.) <http://www.sbe.deu.edu.tr/Yayinlar/dergi/dergi05/dogan.htm>,



Öksüz, B. (2013). “Elektronik İşe Alım Sürecinde Kurumsal Web Sitelerinin Kullanımı ve Konu Üzerine Bir Araştırma”, Karaelmas Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, C:7, S:14, 2013, ss. 267-283.

Öztürk, A. (20119). Sağlık Hizmetlerinde Kalite Uygulamaları: Türkiye Modeli, [http://www.Performans.saglik.gov.tr/content/files/yayinlaryeni/performans\\_ve\\_kalite\\_uzerine\\_yazilar/asm\\_ao.pdf](http://www.Performans.saglik.gov.tr/content/files/yayinlaryeni/performans_ve_kalite_uzerine_yazilar/asm_ao.pdf),(ErişimTarihi:03.07.2011).

Özveren, M. (2000). Toplam Kalite Yönetimi Temel Kavramlar ve Uygulamalar. Alfa Yayınları, İstanbul.

Pakdil, F. (1996). “İnsan Kaynakları Yönetiminde Toplam Kalite Yönetimi”, Yayınlanmamış Master Tezi, Uludağ Üniversitesi, Bursa.

Parlak, S. (2020). Toplam Kalite Yönetimi ve Kalite Yönetim Sistemi Standartları, 3.Baskı, Bursa. Ekin Basım Yayın Dağıtım.

Peker, Ö. (1996). Toplam Kalite Yönetimi ve Kamu Hizmetinde Kalite. Çağdaş Yerel Yönetimler, Cilt 54, Sayı:6.

Pınar, İ. (2007). Kalite Kavramı ve Önemi. (Editörler: Şevkinaz Gümüšoğlu, İge Pınar, Perran Akan ve Atilla Akbaba). Hizmet Kalitesi: Kavramlar, Yaklaşımlar ve Uygulamalar, Ankara, Detay Yayıncılık.

Rodriguez, J. (2016). Root Cause Analysis (Step 6: Part I). In J. Rodriguez (Ed.), CAPA in the Pharmaceutical and Biotech Industries (pp. 101-141): Woodhead Publishing.

Raymond A. N, (2009). İnsan Kaynaklarının Eğitim ve Gelişimi. Çev: Canan Çetin, Beta Yayım.

Reynolds, L. (1994). Beyond Total Quality Management. Seldon Business Boks, Cambridge.

Rigby,D. (2001). “Management Tools and Techniques: a Survey”. California Management Review, 43(2).

Robert L. Mathis, R.L& Jackson, J.H. (1991). Personel/Human Resource Management. Sixth Edition, St.Paul, West Publishing Company.

Sabuncuoğlu, Z. (2000). İnsan Kaynakları Yönetimi

Sağlık Bakanlığı, (2003). Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı, Değerlendirme Raporu. Ankara.

Sağlık Bakanlığı (2003). Sağlıkta Dönüşüm Projesi Konsept Notu.T.C. Sağlık Bakanlığı Proje Yönetimi Destek Birimi, Ankara.

Sağlık Bakanlığı. (2004). Hastane Hizmet Kalite Standartları. Ankara.

Sağlık Bakanlığı. (2009). Sağlık Bakanlığı Performans Yönetimi. Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı, Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi, Cilt 2, Antalya.

Sağlık Bakanlığı. (2011). Sağlık Bakanlığı Performans Yönetimi Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı, Hastane Hizmet Kalite Standartları. Ankara,

Sağlık Bakanlığı. (2012a). Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu (2003-2011). (Ed) AKDAĞ, R. Sağlık Bakanlığı Yayınları, Ankara.

Sağlık Bakanlığı'na Bağlı Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Kaliteyi Geliştirme ve Performans Geliştirme Yönergesi, <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-2496/eski2yeni.html>, (Erişim Tarihi: 24.05.2011).

Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü (2021). Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2021 Haber Bülteni, <https://sbsgm.saglik.gov.tr/Eklenti/44131/0/saglik-istatistik-leri-yilligi-2021-haber-bultenipdf.pdf>, (Erişim Tarihi: 20.12.2022).

Said Kınır, S. (2006). Toplam Kalite Yönetimi. Nobel Yayınları, Ankara.

Salih Güney, S. (2000). Yönetim ve Organizasyon El Kitabı. Nobel Yayın Dağıtım, Ankara.

Sarp, N. (2017). "Toplam Kalite Yönetimi Uygulamaları" 2. Basım, Ankara. Siyasal Kitabevi.

Savaş, H. & Yacan, İ. (2022). Özel Hastaneler İçin Toplam Kalite Yönetimi Uygulamalarında Kritik Başarı Faktörlerinin Bulanık FUCOM Yöntemi ile Değerlendirilmesi, Pamukkale Üniversitesi İşletme Araştırmaları Dergisi, Cilt:9, Sayı:2, 278-294.

Sayan, İ., & Uluç, F. (2013). Özel hastanelerde işgören bulma yöntemleri üzerine bir araştırma, <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/749625>.(Erişim Tarihi: 03.02.2023).

Scott, T., Mannion, R., Davies, H., and Marshall, M. (2018). Healthcare performance and organisational culture. United Kingdom: CRC Press.

Sherly E. Kimes, S.E. (2001). How Product Quality Drives Profitability: The Experience at.

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

Şahin, D. (2020). JCI Akreditasyonu ile Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Kalite ve Akreditasyonu İlgili Kuruluşların Çalışmalarına İlişkin Araştırma. Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Dergisi, 16-26.

Şahinoğlu, A.H (1992). (editör) Yoğun Bakım Sorunları ve Tedavileri. Türkiye Klinikleri Yayınevi, 1-8.

Şeneri, M. (2000). İnsan Kaynakları. Milli Prodüktivite Merkezi Yayınları, Ankara.

Şimşek, F. (2012). Sağlıkta İnsan Kaynaklarına Genel Bir Bakış ve Sağlıkta Dönüşüm Programı Çerçevesinde Ülkemizdeki Durum, Sağlık ve Sosyal Politikalara Bakış. Sayı:16,

Şimşek, M. (2007). Toplam Kalite Yönetimi, İstanbul, 5.Basım, Alfa Yayınları. İstanbul.

Şimşek, H. (2010). Toplam Kalite Yönetimi: Kuram, İlkeler, Uygulamalar. Ankara, Seçkin Yayıncılık.

Şirvancı,M. (1992). “*Toplam Kalite Yönetiminin Temel Öğeleri*”, Önce Kalite Dergisi, sayı 5.

Tahiroğlu, F. (2004). İşte Başarı. Hayat Yayınları, İstanbul.

Tak, B., Sayılar, Y., Kaymaz, K. (2007). *Yetkinliklere Dayalı İnsan Kaynakları Yönetimi ve Ücretlendirme Üzerine Bir İnceleme*, Dokuz Eylül Üniversitesi İşletme Fakültesi Dergisi, Cilt:8, Sayı:2.

Topal, N. (2000). *S.S.K Hastanelerinde İnsan Kaynakları Uygulamaları ve İstanbul'da Seçilmiş Bazı Hastanelerin Üst Düzey Yöneticilerinin Bu Konudaki Görüşleri*. İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

Tanke, M.L. (2001). *Human Resources Management for the Hospitality Industry*. (2nd ed) Australia Delmar Thomson Learning.

Taner, B. & Kaya, İ.(1993). “*Toplam Kalite Yönetiminde Başarıyla Uygulanma Esasları: Bir Hizmet İşletmesi Örneği*” Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, Cilt:14, Sayı:1,Mersin.

Tarcan, E. (2001). “*Küreselleşmenin Sağlık Üzerine Etkileri ve Sağlık İşletmelerinin Küreselleşme Süreci*” İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi Yönetim Dergisi, İstanbul.

Tayeb, M.H. (2005). *International Human Resource Management. A Multinational Company Perspective*, Oxford University Press.

Tekin, M. (2004). *Toplam Kalite Yönetimi*. Özel Yayıncılık, Ankara.

Tekin, M.(2007). *Bilgi Çağında Toplam Kalite Yönetimi*. Konya, Yenilenmiş 3. Baskı.

Tengilimoğlu, D. Atilla, E.A., Yılık, P., Öztürk, G. (2010). *Hasta Hakları Birimine Yapılan Şikâyetlerin Değerlendirilmesi, II. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi, Bildiriler Kitabı*, Ankara.

Tetik, S. (2012). *Yönetimde Başarının Yeni Yolu: Toplam Kalite Yönetimi*, <http://www.izsmmmo.com/DergiResimler/109.pdf>, (Erişim Tarihi:07.07.2012).

Tortop, N., Aykaç, B., Yayman, H., Özer, A.M. (2006). *İnsan Kaynakları Yönetimi*. Nobel Yayıncılık, Ankara.

Topal, S. (2000). *Kalite Yönetimi ve Güvence Sistemleri*. İstanbul, Yıldız Teknik Üniversitesi Vakfı Yayınlar.

TSE. (1993). *Standart*, Ankara.

Ulaş, S. (2002). *Toplam Kalite Yönetiminde İnsan Kaynaklarının Rolü: Liderlik Üzerine Bir Uygulama*. Uzmanlık Yeterlilik Tezi, Türkiye Cumhuriyeti Merkez Bankası, Ankara.

Yatkin, A. (2004). Toplam Kalite Yönetimi. Nobel Yayın Dağıtım, 2. Baskı, Ankara.

Yayla, P. & Urgan, C. (2019). Toplam Kalite Yönetimi ve Tedarik Zinciri Yönetimi Uygulamaları Arasındaki İlişki ve Performans Etkisi, Avrasya Sosyal ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi (ASEAD), ISSN:2148-9963.

Yenersoy, G. (1997). Toplam Kalite Yönetimi. 1. Basım, Rota Yayınları, İstanbul.

Walton, M. (1990). Deming Management at Work, GP Putnam's Sons, NY.  
WHO (2010). Models And Tools For Health Workforce Planning And Projections, (Human Resources for Health Observer, 3), Geneva, Switzerland.

Zeyrekli Yaş, S. (2021). Toplam Kalite Yönetimi Anlayışının Sağlık Hizmetlerinde Uygulanması, Trakya Üniversitesi Kalite ve Strateji Yönetimi Dergisi Temmuz 2021 Cilt 1 Sayı 1 (21-43)

[http://www.saglik.gov.tr/extras/mevzuat/y\\_kalite\\_yon.pdf](http://www.saglik.gov.tr/extras/mevzuat/y_kalite_yon.pdf), (Erişim Tarihi: 11.02.2013).

<https://healinturkiye.gov.tr/why-turkey>, (Erişim Tarihi:12.02.2023).

[http://www.kalite.saglik.gov.tr/content/files/kongre/kongre\\_2011/sunumlar/Kongre2\\_sunumpdf/1mayis2010/ABHastaneAkreditasyonuYenergul.pdf](http://www.kalite.saglik.gov.tr/content/files/kongre/kongre_2011/sunumlar/Kongre2_sunumpdf/1mayis2010/ABHastaneAkreditasyonuYenergul.pdf), (Erişim Tarihi: 01.05.2011).

JCI,<http://www.jointcommissioninternational.org/JCI-Accredited-Organizations/>, (Erişim Tarihi: 08. 04. 2011).

<http://www.resmigazete.gov.tr/main.aspx?home=http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2012/03/20120317.htm&main=http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2012/03/20120317.htm>, (Erişim Tarihi: 03.04. 2012)

<http://www.performans.saglik.gov.tr/>. (Erişim Tarihi: 02.04.2012).

02.11.2011 tarih ve 28103( mükerrer) Sayılı Resmi Gazete, (Erişim) <http://www.resmigazetegov.tr/main.aspx?home=http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/11/20111102m1.htm&main=http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/11/20111102m1.htm>, (Erişim Tarihi: 12.11.2011).

<http://www.saglikaktuel.com/haber/3.-hks-okulu-ogrencileri-mezun-oldu...-24932.htm>, (Erişim Tarihi: 01.05.2012).

<http://www.mmo.org.tr/etkinlikler/isag/>(Erişim Tarihi: 09.03.2013).

<http://www.medimagazin.com.tr/ana-sayfa/tam-gun-yasasi/tr-bin-157-hekim-istifa-etti-1-77-40366.html>, (Erişim Tarihi: 12.06.2012).

<http://www.ohsad.org/Default.aspx?pageID=26&nID=659>, (Erişim Tarihi: 02.03.2013).

<http://www.undp.org.tr/Gozlem3.aspx?WebSayfaNo=4799>,(Erişim Tarihi: 16.03.2013).

[http://www.tuik.gov.tr/Gosterge.do?metod=GostergeListe&alt\\_id=6](http://www.tuik.gov.tr/Gosterge.do?metod=GostergeListe&alt_id=6), (Erişim Tarihi: 13.03.2013).

<http://www.saglikpersoneli.com.tr/genel/yatirimcilar-da-doktor-ve-hemsirez-dedi-h15514.html#ixzz2NnmqxuB>, (Erişim Tarihi: 15.03.2013).

<https://smartbusiness-turkey.com/bugun-neye-ihtiyaciniz-var/etkili-liderlik/>, (Erişim Tarihi: 04.01.2023).

<https://www.sgk.gov.tr/Istatistik/Yillik/fcd5e59b-6af9-4d90-a451-ee750eb1cb4>(Erişim Tarihi: 05.01.2023).

<http://www.resmigazete.gov.tr/main.aspx?home=http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2012/07/20120714.htm&main=http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2012/07/20120714.htm>, (Erişim Tarihi: 12.07.2012).

<http://www.ohsad.org/Default.aspx?pageID=26&nID=1825>, (Erişim Tarihi: 26.06.2011).

[http://www.ohsad.org/documents/saglikbakanligi/planlama\\_20120627.pdf](http://www.ohsad.org/documents/saglikbakanligi/planlama_20120627.pdf), (Erişim Tarihi: 01.07.2012).

[http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/tr/kurumsal/merkez\\_teskilati/yardimci\\_hizmet\\_birimleri/insan\\_kaynaklari\\_daire\\_baskanligi](http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/tr/kurumsal/merkez_teskilati/yardimci_hizmet_birimleri/insan_kaynaklari_daire_baskanligi)(Erişim Tarihi: 25.06.2011).

<http://haber.tobb.org.tr/ekonomikrapor2011/er/2,4,1.pdf>, (Erişim Tarihi: 25.06.2011).

<http://www.kalite.saglik.gov.tr/index.php?page=241&lang=tr>, (Erişim Tarihi: 22.02.2013).

<https://www.tuseb.gov.tr/EnstituSayfa/akreditasyon-nedir-6/> (Erişim Tarihi : 2 .03.2023)

Sectoral Policies Department. (2017).

T.C. Resmi Gazete. Tababet ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun. Kanun Numarası: 1219. 14 Nisan 1928. Sayı: 863, Başbakanlık Basımevi, Ankara.

T.C. Resmi Gazete. Radyoloji, Radyom ve Elektrikle Tedavi ve Diğer Fizyoterapi Müesseseleri Hakkında Kanun. Kanun Numarası: 3153. 28 Nisan 1937. Sayı: 3591, Başbakanlık Basımevi, Ankara.

T.C. Resmi Gazete. Hususî Hastaneler Hakkında Kanun. Kanun Numarası: 2219. 05 Haziran 1933. Sayı: 2419, Başbakanlık Basımevi, Ankara.

T.C. Resmi Gazete. Eczacılar ve Eczaneler Hakkında Kanun. Kanun Numarası: 6197. 24 Aralık 1953. Sayı: 8591, Başbakanlık Basımevi, Ankara.

T.C. Resmi Gazete. Hemşirelik Kanunu. Kanun Numarası: 6283. 02 Mart 1954. Sayı: 8647, Başbakanlık Basımevi, Ankara.

T.C. Resmi Gazete. Bazı Sağlık Personelinin Devlet Hizmeti Yükümlülüğüne Dair Kanun. Kanun Numarası: 2514. 25 Ağustos 1981. Sayı: 17439, Başbakanlık Basımevi, Ankara.

T.C. Resmi Gazete. Türkiye İş Kurumu Kanunu. Kanun Numarası: 4904. 05 Temmuz 2003. Sayı: 25159, Başbakanlık Basımevi, Ankara.

T.C. Resmi Gazete. Anayasada Yapılan Değişikliklere Uyum Sağlanması Amacıyla Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnemelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun Hükmünde Kararname. KHK Numarası: 703. 09 Temmuz 2018. Sayı: 30473 Mükerrer, Başbakanlık Basımevi, Ankara.

T.C. Resmi Gazete. Özel Güvenlik Hizmetlerine Dair Kanun. Kanun Numarası: 5188. 26 Haziran 2004. Sayı: 25504, Başbakanlık Basımevi, Ankara.

T.C. Resmi Gazete. Meslekî Yeterlilik Kurumu Kanunu. Kanun Numarası: 5554. 07 Ekim 2006. Sayı: 26312, Başbakanlık Basımevi, Ankara.

T.C. Resmi Gazete. Anayasada Yapılan Değişikliklere Uyum Sağlanması Amacıyla Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun Hükmünde Kararname. Kararname Numarası: 703. 09 Temmuz 2018. Sayı: 30473 Mükerrer, Başbakanlık Basımevi, Ankara.

T.C. Resmi Gazete. Yurtiçinde İşe Yerleştirme Hizmetleri Hakkında Yönetmelik. 25 Nisan 2009. Sayı: 27210, Başbakanlık Basımevi, Ankara.

T.C. Resmi Gazete. İşkolları Yönetmeliği. 19 Aralık 2012. Sayı: 28502,

T.C. Resmi Gazete. İş Güvenliği Uzmanlarının Görev, Yetki, Sorumluluk ve Eğitimleri Hakkında Yönetmelik. 29 Aralık 2012. Sayı: 28512, Başbakanlık Basımevi, Ankara.

T.C. Resmi Gazete. İşyeri Hekimi ve Diğer Sağlık Personelinin Görev, Yetki, Sorumluluk ve Eğitimleri Hakkında Yönetmelik. 20 Temmuz 2013. Sayı: 28713, Başbakanlık Basımevi, Ankara.

T.C. Resmi Gazete. Meslekî Yeterlilik Kurumu Meslekî Yeterlilik Belgesi Zorunluluğu Getirilen Mesleklere İlişkin Tebliğ. 25 Mayıs 2015. Sayı: 29366, Başbakanlık Basımevi, Ankara.

T.C. Resmi Gazete. Yabancıların Çalışma İzinleri Hakkında Kanun. Kanun Numarası: 4817. 06 Mart 2003. Sayı: 25040, Başbakanlık Basımevi, Ankara.

T.C. Resmi Gazete. Uluslararası İşgücü Kanunu. Kanun Numarası: 6735. 13 Ağustos 2016. Sayı: 29800, Başbakanlık Basımevi, Ankara.



## ÖZGEÇMİŞ

Dr. Öğretim Üyesi Harika ŞEN, Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri bölümünde lisans, Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri Anabilim Dalı'nda yüksek lisans ve Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri Anabilim Dalı'nda doktora eğitimini tamamlamıştır. 2008-2014 yılları arasında Türkiye Diyanet Vakfı Özel 29 Mayıs Hastanesi'nde İnsan Kaynakları ve Eğitim Müdürü olarak görev yapmış, 2014-2018 yılları arasında Sağlık Bakanlığı'nda Genel Sekreterlik, Kamu Hastaneleri Kurumu Tıbbi Hizmetler Başkanlığı Özel Büro, Ankara İl Sağlık Müdürlüğü İlaç ve Tıbbi Cihaz Hizmetleri Başkanlığı'nda idari kadroda görev almıştır. 2018 yılından beri Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Sağlık Meslek Yüksekokulu Yönetim ve Organizasyon Bölümü Sağlık Kurumları İşletmeciliği Programı'nda Dr. Öğretim Üyesi olarak çalışma olup; aynı zamanda 2019 yılından beri Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Sağlık Meslek Yüksekokulu Müdür Yardımcılığı ve Bölüm Başkanlığı görevlerini sürdürmektedir. İnsan kaynakları yönetimi, iş ve sosyal güvenlik hukuku, sağlık hukuku, kalite yönetimi, hasta ve çalışan güvenliği temel ilgi alanlarıdır.

Dr. Öğretim Üyesi Harika ŞEN	Yazara ait bazı yayınları incelemek için lütfen Qr Kodu okutunuz.
ORCID:0000-0002-3893-5587	



**ISBN: 978-625-367-610-0**