

ANKARA ÜNİVERSİTESİ
FEN BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

DOKTORA TEZİ

TÜRKİYE’DE HASTANELERDE TESİS YÖNETİMİNİN ULUSLARARASI
STANDARTLAR YÖNÜNDEN DEĞERLENDİRİLMESİ: ANKARA ŞEHİR
HASTANESİ ÖRNEĞİ

Sinan TERZİOĞLU

GAYRİMENKUL GELİŞTİRME VE YÖNETİMİ ANABİLİM DALI

ANKARA
2023

Her hakkı saklıdır

ÖZET

Doktora Tezi

TÜRKİYE’DE HASTANELERDE TESİS YÖNETİMİNİN ULUSLARARASI STANDARTLAR YÖNÜNDEN DEĞERLENDİRİLMESİ: ANKARA ŞEHİR HASTANESİ ÖRNEĞİ

Sinan TERZİOĞLU

Ankara Üniversitesi
Fen Bilimleri Enstitüsü
Gayrimenkul Geliştirme ve Yönetimi Anabilim Dalı

Danışman: Doç. Dr. Yeşim TANRIVERMİŞ

Günden güne artan insan nüfusu, insanların yaşam süresinin uzaması ve yaşlı nüfus oranının artışı, ortaya çıkan yeni ve salgın hastalıklar sonucunda daha fazla insanın sağlık tesislerinde tedavi edilme zorunluluğunu doğurmaktadır. Bu sorunların üstesinden gelebilmenin en temel yolu ise sağlık tesislerindeki hizmet süreçlerinin iyileştirilmesi ile yönetim kalite düzeyinin yükselmesi sonucunda sağlık tesislerindeki hizmet performans düzeyin artmasıdır. Sağlık tesislerinde verilen hizmetlerin başarılı bir şekilde yürütülebilmesindeki temel bileşenlerden birisi sağlık tesis yönetimidir. Bu çerçevede sağlık tesis yönetimlerinin iyileştirilmesi hedefinde yaşanan en temel sorun tüm sağlık tesis yönetimi organizasyonlarına uygulanabilecek tek doğru yöntem veya kılavuzun olmamasıdır. Sağlık tesis yönetimini alanında bütüncül bir değerlendirme yapan, sağlık tesis yönetimine genel olarak odaklanan bir çalışmaya rastlanmamıştır.

Bu çalışmada tesis yönetimi anlayışının kavramsal çerçevesi hem genel hem de tesis yönetimi kavramının alt başlıklarıyla, sağlık hizmetleri sistemleri, sağlık tesisleri ve sağlık tesis yönetimi ilişkisi, birleşik hastane yönetimi, sağlık tesislerinde entegre hizmet süreçleri, sağlık tesislerinde risk yönetimi, uluslararası standartlar ve Amerika’da sağlık tesis hizmetleri konuları incelenmiştir. Çalışmanın saha çalışmasının gerçekleştirildiği Ankara Bilkent Şehir Hastanesi özelinde sağlık tesis yönetimi anlayışı saha çalışmasının sonuç bulguları ışığında tesis yönetimi anlayışı değerlendirilmiş ve çeşitli öneriler yapılmıştır. Sağlık tesis yönetimi alanında yapılmış mevcut çalışmalardan farklı olan bu çalışma ile büyük ve entegre bir sağlık tesisinde hizmet veren tesis yönetimini bütüncül bir çerçevede ele alarak hem tesis yönetimi anlayışını hem de verilen hizmetlerin mevcut durumunu inceleyen bütüncül bir araştırmaya gerçekleştirilmiştir.

Eylül 2023, 278 sayfa

Anahtar Kelimeler: Sağlık tesisleri, hastane tesisleri, tesis yönetimi, sağlık tesis yönetimi

ABSTRACT

Ph. D. Thesis

EVALUATION OF FACILITY MANAGEMENT IN HOSPITALS IN TURKEY WITH TERMS OF INTERNATIONAL STANDARDS: THE CASE OF ANKARA CITY HOSPITAL

Sinan TERZİOĞLU

Ankara University
Graduate School of Natural and Applied Sciences
Department of Real Estate Development and Management

Supervisor: Assoc. Prof. Dr. Yeşim TANRIVERMİŞ

Increasing human population day by day, extending people's life expectancy and increasing the proportion of the elderly population necessitate the treatment of more people in healthcare facilities (HF) as a result of emerging new and epidemic diseases. The most basic way to overcome these problems is to increase the service performance level in HF as a result of improving the service processes in HF and increasing the management quality level. One of the basic components in the successful execution of the services provided in HF is healthcare facility management (HFM). In this context, the most basic problem experienced in the goal of improving HFM is the lack of a single correct method or guide that can be applied to all HFM organizations. There is no study that makes a holistic evaluation in the field of HFM and focuses on HFM in general.

In this study, the conceptual framework of the facility management (FM) concept, both general and the sub-headings of the concept of FM, healthcare systems, HF and HFM, combined hospital management, integrated service processes in HF, risk management in HF, international standards and the United States. HF services issues were examined. In Ankara Bilkent City Hospital, where the fieldwork of the study was carried out, the understanding of HFM was evaluated in the light of the results of the field study and various suggestions were made. With this study, which is different from the existing studies in the field of HFM, holistic research has been carried out that examines both the FM approach and the current status of the services provided by considering the FM serving in a large and integrated HF in a holistic framework.

September 2023, 278 pages

Key Words: Healthcare facilities, hospital facilities, facility management, healthcare facility management

ÖNSÖZ VE TEŞEKKÜR

Günden güne artan insan nüfusu, yaşam süresinin uzamanı sonucunda yaşlanan nüfus oranının artışı, ortaya çıkan yeni ve salgın hastalıklar sonucunda daha fazla insanın sağlık tesislerinde tedavi edilme zorunluluğunu doğurmaktadır. Bu zorunluluğun üstesinden gelebilmenin en temel yolu sağlık tesislerinde verilmekte olan hizmet süreçlerinin iyileştirilmesi, kalitesinin artırılması sonucunda sağlık hizmet performans düzeyi ve veriminin yükseltilmesidir. Bu amaçla sağlık tesis yönetimi organizasyonunun geliştirilmesiyle birlikte sağlık tesislerinde bütüncül bir gelişme hedeflenmektedir. Sağlık tesis yönetimi alanında bütüncül bir değerlendirme yapan ve sağlık tesis yönetimine genel olarak odaklanan “Türkiye’de Hastanelerde Tesis Yönetiminin Uluslararası Standartlar Yönünden Değerlendirilmesi: Ankara Şehir Hastanesi Örneği” adlı bu tez çalışmasının ortaya çıkartılmasında her zaman benden yardımlarını esirgemeyen, kıymetli önerilerini ve desteğini her zaman yanımda hissettiğim, hakkını hiçbir zaman ödeyemeyeceğim kıymetli danışman hocam sayın Doç. Dr. Yeşim TANRIVERMİŞ’e (Ankara Üniversitesi Gayrimenkul Geliştirme ve Yönetimi Anabilim Dalı Öğretim Üyesi), Gayrimenkul Geliştirme ve Yönetimi Anabilim Dalında tamamladığım yüksek lisans eğitim sürecinde danışman hocam olan, aynı zamanda Gayrimenkul Geliştirme ve Yönetimi Anabilim Dalının kurucusu, bu çalışmanın gerçekleştirilmesinde değerli bilgilerini bizlerle paylaşan saygıdeğer hocam sayın Prof. Dr. Harun TANRIVERMİŞ’e (Ankara Üniversitesi Gayrimenkul Geliştirme ve Yönetimi Anabilim Dalı Öğretim Üyesi), tez çalışmam boyunca benden bir an olsun yardımlarını esirgemeyerek bilgi ve tecrübeleriyle bana destek olan çok değerli hocalarım sayın Prof. Dr. Mustafa TOMBUL’a (Ankara Üniversitesi Gayrimenkul Geliştirme ve Yönetimi Anabilim Dalı Öğretim Üyesi) ve sayın Prof. Dr. Yeter Demir USLU’ya (Medipol Üniversitesi Öğretim Üyesi), tecrübesi, bilgeliği ve kıymetli görüşleriyle bana destek olan değerli hocam sayın Doç. Dr. Erol DEMİR’e (Ankara Üniversitesi Gayrimenkul Geliştirme ve Yönetimi Anabilim Dalı Öğretim Üyesi), Amerika’da beş ay boyunca birlikte çalışma fırsatı bulduğum ve tez çalışmam boyunca çok kıymetli katkıları olan hocam sayın Prof. Dr. Sarel LAVY’ye (Amerika Birleşik Devletleri Teksas A&M Üniversitesi Öğretim Üyesi), Gayrimenkul Geliştirme ve Yönetimi Bölümü’nün bütün öğretim üyeleri ve çalışanlarına, tez yazım süreçleri ile saha çalışmalarında bana yardımlarını ve desteklerini esirgemeyen sayın Uzm. Dr. Orhan KOÇ’a (Türkiye Evde Sağlık ve Sosyal Hizmetler Derneği Yönetim Kurulu Başkanı ve Sosyal Hizmetler Dernekleri Federasyonu Yönetim Kurulu Başkanı) ve sayın Hüseyin DURSUN’a (Sağlıkta Kaynak Yönetimi Derneği Yönetim Kurulu Başkanı), iyi günümde ve kötü günümde yanımda olan, tez yazım sürecinde beni cesaretlendiren ve motive eden, desteğini hiçbir zaman benden esirgemeyen en büyük destekçilerim olan canım annem Güngör TERZİOĞLU ve babam Abdurrahim TERZİOĞLU başta olmak üzere tüm aileme sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Sinan TERZİOĞLU
Ankara, Eylül 2023

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI

ETİK.....	i
ÖZET.....	ii
ABSTRACT	iii
ÖNSÖZ VE TEŞEKKÜR.....	iv
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	viii
ŞEKİLLER DİZİNİ	x
ÇİZELGELER DİZİNİ	xi
1. GİRİŞ	1
1.1 Araştırmanın Amacı ve Önemi	5
1.2 Araştırmanın Hipotezi, Varsayımları ve Sınırlılıkları	8
1.3 Araştırmanın Kapsamı	10
1.4 Önceki Araştırmaların Değerlendirilmesi, Özgünlüğü ve Literatür Özeti	11
2. TESİS YÖNETİMİ	21
2.1 Tesis Yönetimi Kavramı	21
2.2 Sağlık Tesis Yönetimi Kavramı	25
2.3 Sağlık Tesisleri ve Tesis Yönetimi İlişkisi	26
2.4 Tesis Yönetimi Stratejisi ve Stratejik İş Planı	29
2.4.1 Tesisin stratejik analizi	33
2.4.2 Toplanan verilerin değerlendirilmesi, stratejiyi oluşturmak ve stratejinin uygulanması	35
2.5 Tesisin Tasarımı ve Planlanması	36
2.6 Tesis Yönetiminde İç ve Dış Kaynak Kullanımı	42
2.6.1 Kuruluş tarafından beklenen hizmetin özellikleri ve kaynak seçimi	43
2.6.2 İç kaynak kullanımı	47
2.6.3 Dış kaynak kullanımı	49
2.7 Değişim Yönetimi	57
2.8 İnsan Kaynakları Yönetimi	60
2.9 Hizmet Seviye Sözleşmesi (SLA).....	63
2.10 Tesis Yönetiminin Performansını Arttırma.....	69
3. SAĞLIK SİSTEMLERİ, SAĞLIK TESİSLERİ VE SAĞLIK TESİS YÖNETİMİ İLİŞKİSİ	78
3.1 Entegre Hastane Yönetimi	79

3.2 Sağlık Tesis Yönetimi.....	80
3.3 Sağlık Tesislerinde Risk Yönetimi.....	93
3.4 Tesis Yönetimi ve Sağlık Tesis Yönetimi Alanında Uluslararası Standartlar...	96
3.5 Türkiye’deki Düzenlemeler	106
3.6 Amerika’da Sağlık Tesis Hizmetleri.....	108
3.6.1 Amerika’da sağlık tesisleri tarihi	108
3.6.2 Amerika’da sağlık hizmetleri piyasası	111
3.6.3 Amerika sağlık tesislerinin sınıflandırılması	112
3.6.4 Sağlık tesislerinin denetlenmesi	113
4. KAMU ÖZEL ORTAKLIĞI MODELİ VE ŞEHİR HASTANELERİ.....	117
4.1 Kamu Özel Ortaklığı Modeli	117
4.1.1 Kamu Özel Ortaklığı (KOÖ) modelinin tarihsel gelişimi	118
4.1.2 Türkiye’deki KÖO modelleri.....	120
4.1.2.1 Yap işlet devret (YİD) modeli	120
4.1.2.2 Yap işlet (Yİ) modeli	120
4.1.2.3 Yap kirala devret (YKD) modeli	121
4.1.2.4 İşletme hakkı devri (İHD) modeli.....	122
4.2 Türkiye’deki Sağlık Sistemi, Şehir Hastaneleri ve Ankara Bilkent Şehir Hastanesi	122
5. MATERYAL VE YÖNTEM.....	132
5.1 Araştırmanın Evreni ve Örneklem.....	132
5.2 Ölçek Geliştirme ve Anket Soru Formlarının Hazırlanması	133
5.3 Doğrulayıcı Faktör Analizi.....	138
6. BULGULAR VE TARTIŞMA	140
6.1 Demografik Bulgular	140
6.2 Tesis Yönetim Anlayışının Değerlendirilmesine Yönelik Bulgular	144
6.3 Hipotezlere Yönelik Bulgular	149
7. SONUÇ VE DEĞERLENDİRME	160
KAYNAKLAR	197
EKLER.....	215
EK 1 Yatan Hastalar ve Refakatçilere Yönelik Kapsam Geliştirme Çalışması....	216
EK 2 Yatan Hastalar ve Refakatçilere Yönelik Kapsam Geliştirme Çalışması Dışı Kalan Maddeler	218
EK 3 Hastane Çalışanlarına Yönelik Kapsam Geliştirme Çalışması.....	219

EK 4 Hastane Çalışanlarına Yönelik Kapsam Geliştirme Çalışması Dışı Kalan Maddeler	222
EK 5 Hastane Yöneticilerine Yönelik Kapsam Geliştirme Çalışması.....	223
EK 6 Hastane Yöneticilerine Yönelik Kapsam Geliştirme Çalışması Dışı Kalan Maddeler	227
EK 7 Tesis firma Yöneticilerine Yönelik Kapsam Geliştirme Çalışması	229
EK 8 Tesis firma Yöneticilerine Yönelik Kapsam Geliştirme Çalışması Dışı Kalan Maddeler.....	233
EK 9 Tesis firma Çalışanlarına Yönelik Kapsam Geliştirme Çalışması	235
EK 10 Tesis firma Çalışanlarına Yönelik Kapsam Geliştirme Çalışması Dışı Kalan Maddeler.....	238
EK 11 Yatan Hastalar veya Refakatçiler Veri Toplama Formu	240
EK 12 Hastane Çalışanları Veri Toplama Formu	243
EK 13 Hastane Yöneticileri Veri Toplama Formu	248
EK 14 Tesis Çalışanları Veri Toplama Formu.....	254
EK 15 Tesis Yöneticileri Veri Toplama Formu.....	259
EK 16 Yatan Hasta ve Refakatçiler için Tesis Yönetimi Algı Ölçeğinin Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması.....	265
EK 17 Hastane Çalışanları Tesis Yönetimi Algı Ölçeğinin Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması	269
EK 18 Tesis Çalışanları Tesis Yönetimi Algı Ölçeğinin Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması	273
EK 19 Etik Kurul Onayı.....	277
ÖZGEÇMİŞ.....	278

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

H	H İstatistiği
Maksimum	En yüksek Değer
Medyan	Ortanca
Minimum	En Küçük Değer
Mm	Milimetre
N	Kişi Sayısı
Ng	Maddeye Gerekli Diyen / Onaylayan Uzman Sayısı
Ortalama	Aritmetik Ortalama
P	P Olasılık Değeri
RMSEA	Yaklaşık Hataların Ortalama Karekökü
Sıra Ort	Sıra Sayıları Ortalaması
Ss	Standart Sapma

Kısaltmalar

AB	Avrupa Birliği
AIT	Sensörler ve Otomatik Algılama Teknolojileri
BD	Büyük Veri
Bd+C	Building Design And Construction
BIM	Yapı Bilgi Modellemesi
BRE	Bina Araştırma Kuruluşu
BREEAM	Bina Araştırma Kuruluşu Çevresel Değerlendirme Yöntemi
BS	İngiliz Şartnamesi
BSI	İngiliz Standartları Enstitüsü
CEN	Avrupa Standardizasyon Komitesi
CMSF	Kritik Başarı Faktörü
CSF	Kritik Başarı Faktörü
DFA	Doğrulamalı Faktör Analizi
DT	Dijital İkiz
EFTA	Avrupa Serbest Ticaret Birliği

EU	Avrupa Birliği
FM	Facility Management / Tesis Yönetimi
GPS	Küresel Konumlandırma Sistemleri
HFM	Healthcare Facility Management / Sağlık Tesis Yönetimi
ICT	Bilişim Teknolojileri
IFMA	Uluslararası Tesis Yönetimi Derneği
ISO	Uluslararası Standardizasyon Örgütü
İHD	İşletme Hakkı Devri Modeli
KGİ	Kapsam Geçerlik İndeksi
KGO	Kapsam Geçerlilik Oranı
KÖO	Kamu Özel Ortaklığı
KPI	Anahtar Performans Göstergesi
LEED	Enerji ve Çevre Tasarımında Liderlik
NFPA	Ulusal Yangından Korunma Derneği
OSCD	Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü
PAS	Kamuya Açık Şartname
PPP	Kamu Özel Ortaklığı
SLA	Hizmet Seviye Sözleşmesi
Smart HF	Akıllı Sağlık Tesisleri
ST	Algılama Teknolojileri
TUEK	Tıpta Uzmanlık Eğitim Kurulu
USGBC	Amerika Yeşil Binalar Konseyi
WHO	Dünya Sağlık Örgütü
Yİ	Yap İşlet Modeli
YİD	Yap İşlet Devret Modeli
YKD	Yap Kirala Devret Modeli

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 2.1 Çekirdek işler ve çekirdek olmayan işler arasındaki ilişki	30
Şekil 2.2 İstenilen ve gerçekleşen strateji	32
Şekil 2.3 Kuruluşun temel işini destekleyen tesis yönetimi	50
Şekil 2.4 Dış kaynak kullanım modelleri	53
Şekil 2.5 Beklenti ve algı boşluğu	71
Şekil 2.6 Teknik ve fonksiyonel kalite	72
Şekil 2.7 Hizmet kalite döngüsü	73
Şekil 3.1 Hastanedeki temel hizmet, ana hizmet ve alt hizmet süreçleri	85
Şekil 3.2 Sağlık tesisi temel faaliyet süreç modellemesi	86
Şekil 3.3 Sağlık tesis yönetimi kapsamındaki ameliyathane operasyonun alt süreci ilişkisi	87
Şekil 3.4 Sağlık tesislerinde faaliyet süreçlerinin iş akış modeli	91
Şekil 3.5 Sevk ve yürütme alt süreçli akış şeması modeli	92
Şekil 3.6 Risk, maliyet, kalite ve miktar arasındaki denge modeli	94
Şekil 3.7 Sağlık tesislerinde meydana gelebilecek riskler	95
Şekil 4.1 Ankara Bilkent Şehir Hastanesi koordinatör başhekim organizasyon modeli	128
Şekil 4.2 Ankara Bilkent Şehir Hastanesi nöroloji ortopedi hastanesi başhekimlik organizasyon modeli	131

ÇİZELGELER DİZİNİ

Çizelge 5.1 Ankara Bilkent Şehir Hastanesi saha çalışması gruplarının evren ve örnekleme.....	133
Çizelge 5.2 $\alpha = 0,05$ anlamlılık düzeyinde KGO'lar için minimum değerler.....	135
Çizelge 6.1 Araştırmaya katılan yatan hastalar ve refakatçilerin demografik özellikleri (toplam 369 kişi)	140
Çizelge 6.2 Araştırmaya katılan hastane çalışanlarının demografik özellikleri (toplam 372 kişi).....	141
Çizelge 6.3 Araştırmaya katılan hastane yöneticilerinin demografik özellikleri (toplam 39 kişi)	142
Çizelge 6.4 Araştırmaya katılan tesis firma çalışanlarının demografik özellikleri (toplam 383 kişi)	143
Çizelge 6.5 Araştırmaya katılan tesis firma yöneticilerinin demografik özellikleri (toplam 42 kişi)	144
Çizelge 6.6 Çalışma gruplarının “tesis yönetim anlayışının değerlendirilmesine” ilişkin cevaplarının dağılımı.....	145
Çizelge 6.7 Çalışma gruplarının “tesis yönetim anlayışının değerlendirilmesine” ilişkin cevaplarının genel dağılımı	148
Çizelge 6.8 “Tesis firma Yönetimi” algı puanı açısından hastane çalışanları, tesis firma çalışanları ile yatan hastalar ve refakatçiler arasında anlamlı farklılık vardır ilişkisine yönelik bulgular.....	150
Çizelge 6.9 “Diğer kamu hastaneleri sistemine göre şehir hastanesi yönetim sistemi daha başarılıdır” Ankara Bilkent Şehir Hastanesi yönetim sistemi algısı açısından hastane yöneticileri ve hastane çalışanları arasında anlamlı farklılık vardır ilişkisine yönelik bulgular.....	155
Çizelge 6.10 “Diğer kamu hastaneleri sistemine göre şehir hastanesi tesis yönetim sistemi daha başarılıdır” ifadesine katılanların hizmet süreleri	155
Çizelge 6.11 “Diğer kamu hastaneleri sistemine göre şehir hastanesi tesis yönetim sistemi daha başarılıdır” ifadesine katılmayanların hizmet süreleri.....	156
Çizelge 6.12 “Tesis yönetimi çalışanları işimizi olumlu etkilemektedir” Ankara Bilkent Şehir Hastanesi yönetim sistemi algısı açısından hastane yöneticileri ve hastane çalışanları arasında anlamlı farklılık vardır ilişkisine yönelik bulgular	157
Çizelge 6.13 “Hastane tesis yönetimi etkindir” Ankara Bilkent Şehir Hastanesi yönetim sistemi algısı açısından hastane yöneticileri, hastane çalışanları, tesis firma yöneticileri, tesis firma çalışanları arasında anlamlı farklılık vardır ilişkisine yönelik bulgular.....	158

- Çizelge 6.14 “Diğer kamu hastaneleri sistemine göre şehir hastanesi tesis yönetim sistemi daha başarılıdır (hipotez 2)” ifadesine katılanlar ile “hastane tesis yönetimi etkindir (hipotez 4)” ifade durumları arasındaki ilişki..... 158
- Çizelge 6.15 “Diğer kamu hastaneleri sistemine göre şehir hastanesi tesis yönetim sistemi daha başarılıdır (hipotez 2)” ifadesine katılmayanlar ile “hastane tesis yönetimi etkindir (hipotez 4)” ifade durumları arasındaki ilişki..... 159



1. GİRİŞ

Doğada her durum ve koşulda sağlıklı olması mümkün olmayan insan, tarih boyunca kendi isteği ve kontrolü dışında şekillenen dünyada, sağlıklı olabilmek için mücadele içerisinde olmuştur. Kendi kendini iyileştirebilme kabiliyet ve kapasitesi sınırlı olarak yaratılmış olan insan hastalandığı veya sağlıklı olmadığı dönemlerde tedavi olmak ve sağlığına tekrardan kavuşabilmek için tedavi olabileceği kişi veya kurumlara ihtiyaç duymaktadır. Örneğin Orta Asya Türk kültüründe şamanın hastalarını kabul ve tedavi ettiği evi, Eski Mısır'da ortaya çıkan yaşam evleri bu tedavi merkezlerinin ilk uygulama örnekleridir (Güterbock 1962, Hoppal ve Erginer 2001, Bayat 2003, Hanson 2006, De Rachewiltz 2020). Zaman içerisinde göçebe yaşayan insanın yerleşik yaşam kültürüne geçmesiyle birlikte yaralanma veya hastalanma çeşitliliği çeşitlenmiş ve artmıştır. Artan bu ihtiyaçların sonucu olarak tıbbi tedavi merkezleri de çeşitlenmiştir. Günümüzdeki modern klinik, tedavi ve tıbbi bakım hizmetlerinin bir arada verildiği merkezler adım adım, zaman içerisinde meydana çıkmıştır.

Sağlık hizmetlerinin tarihsel gelişimi, insanoğlunun bilgi birikimindeki artışa göre nispeten daha yavaş bir gelişme göstermiştir. Sağlık hizmetleri sunumu dünya çapında özellikle son otuz yılda önemli ölçüde değişiklik göstermiştir. Günümüzde ülkelerin gelişme ve kalkınma düzeylerinin belirlenmesinde kullanılan önemli kriterlerin başında sağlık hizmetleri göstergeleri vardır. Ülkelerin gelişmişlik düzeylerini gösteren kriterleri yükseltilebilmesinde sağlık hizmetlerindeki başarısı önemli rol üstlenmektedir. Devletler ülkelerinde sosyal ve ekonomik başarıyı yakalayabilmek için vatandaşlarının sağlığını iyileştirmeleri gerektiğini ve bu durumun da sürdürülebilir olması gerekliliğini fark etmişlerdir. Ülkelerin ekonomisini ancak sağlıklı bir nüfusun kalkındırabileceğini kabul etmişlerdir. Bir başka ifadeyle çalışan insanlar ancak sağlıklı olduklarında ülke ekonomilerine katkıda bulunabilirler. Bu durumla paralel olarak Dünya Sağlık Örgütü (WHO) insanların kaliteli ve yeterli sağlık hizmetine erişebilmeleri için, herkesin ihtiyaç duyduğu kaliteli hizmeti almalarını ve mali sıkıntı çekmeden sağlıklarına yönelik tehditlerinden korunmalarını sağlamak amacıyla evrensel sağlık kapsayıcılığı yaklaşımını ortaya koymuştur.

Böylece devletler sağlıklı toplumlar oluşturabilmek için sağlık kurumlarına giderek daha fazla önem atfetmeye başlamıştır. Dünya’da ve Türkiye’de, büyük ve entegre sağlık kurumlarının inşa edilmesi ile birlikte devletler sağlık sistemi kapsamında sunulan bakım kalitesini arttırmak için köklü ve modern yönetsel değişim sürecine girmesi gerekliliğini anlamışlardır. Yüklendikleri roller ve hizmetleri her geçen zaman diliminde genişlemekte. Sağlık kurumları da bu genişlemeye bağlı olarak gözle görülen yapısal karmaşıklıkla ve buna paralellik göstererek yönetim güçlükleri ortaya çıkmaktadır.

Dünya genelinde gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerin sağlık sistemlerinin çoğunda hastalara iyi bakılmaktadır. Ancak ülkeler arasında sağlık sistemlerinin kapsamı, insanların beklentileri ve sağlık hizmetlerinden memnuniyetleri açısından farklılıklar bulunmaktadır. Bu farklı beklentiler ülkelerin sağlık sistemlerinde değişimlere ve ek maliyetlerin oluşmasına neden olmaktadır. Bu durum her ülkenin sağlık sisteminde hatta sağlık tesisleri özelinde kendine has koşulların oluşumuna dolayısıyla da hizmet çerçevesinin, yönetim sisteminin ve sorumluluklarının farklılaşmasına neden olmuştur. Bu anlayış çerçevesinde son 25-30 yılda dünyada özellikle gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelere hastaneler ve sağlık kurumları, devletler ve kuruluşlar tarafından bir “tesis” olarak kabul edilmeye ve bu kabule yönelik yönetim stratejileri geliştirilmeye çalışmaktadır. Yani büyük ve entegre hastaneler bir “sağlık üretim endüstrisi” gibi kabul görmeye başlamıştır. İşlevleri bakımından hastalara hizmet üretmeye çalışan sağlık kurumları gün geçtikçe çoğalmakta, daha büyük kampüslerde hizmet vermekte ve bir “tesis yönetimi” çerçevesinde yönetilmeye çalışılmaktadır.

Tesis yönetimi (FM/ Facility Management), kuruluşun iş hedeflerini desteklemek için en iyi maliyetle en kaliteli ortamı yaratarak destek hizmetlerini planlama, sunma ve sürdürme sürecidir. Bir başka ifadeyse tesis yönetimi, kuruluşun performansını arttırmak amacıyla işyerinin entegre yönetimidir (Tay ve Ooi 2001). Tesis yönetiminde temel amaç hizmet verdiği kurumda kısa vadeli olarak mevcut hizmetleri korumak, iyileştirmek ve mümkünse geliştirme çalışmaları yapmaktır. Daha uzun vadeli düşünüldüğünde ise tesis yönetimi, kuruluşun gelecekte muhtemelen karşı karşıya kalabileceği değişiklikleri, başa çıkmak zorunda olacağı sorunları ve bunların mevcut hizmeti nasıl etkileyeceği konusunda uzun vadeli stratejik iş planlarını yapmakta ve uygulamaktadır. Sonuç olarak

tesis yönetimi, kuruluşun bugün olduğu mevcut durumdan yola çıkarak stratejik iş planı çerçevesinde hareket etmeli ve kuruluşun gelecekte istenilen çok daha üst düzey bir noktaya varması için gerekli koşulları planlamalı ve uygulamalıdır.

Bir hastane veya sağlık kurumlarını özel bir tesis yapan ve sağlık tesislerini diğer tesislerden ayıran kendine has özellikler bulunmaktadır. Birinci olarak özellikle hastaneler haftanın yedi günü yirmi dört saat boyunca tatil yapmadan sürekli açık işleyen tesislerdir. Ayrıca hastanede yapılabilecek küçük bir hata insanın ömür boyu sakat kalmasına veya hayatına mal olabilmektedir. Esasen yirmi dört saat yaşayan sağlık tesislerinin bakım organizasyonlarındaki temel amaç, sağlık tesisindeki tıbbi operasyonlar esnasında yaşanabilecek küçük sorunların çok daha büyük sorunlar haline dönüşmesini engellemek için sıfır hatayı hedeflemektir. Merkezine insanı alan Türk Devlet geleneğinin devamı niteliğini yansıtan kamu yönetimindeki sağlık tesisi uygulamaları bu sahip olduğu özelliklerle benzersiz çalışma koşullarını, kendilerine has işletme koşullarını ve çoğu diğer işletmelerin kâr amaçlı vizyonundan çok daha fazlasını içeren büyük ve entegre bir organizasyonu/tesisi temsil etmektedir. Bunun yanında hastaneler/sağlık kurumları, maliyetleri dikkate alınmaksızın son teknolojik ekipmanların kullanıldığı ve bu ekipmanlar kullanılarak en iyi hizmetin sunulmaya çalışıldığı “sağlık üretim tesisi” şeklinde hizmet etmektedirler.

Bir hastane özelinde bakıldığında; her yıl artan sayıda hasta tedavi altına alınmaktayken, hastanelerdeki yatak sayısı aynı kalmaktadır. Bu durum hastalara ayrılan vakti azaltmakta, daha az hastanın hizmet almasına neden olmakta, hastaların hastanede kalış süresini önemli ölçüde azaltmakta ve birçok hastanın da ayakta tedavi etmek durumunda bırakmaktadır. Böylelikle dünya genelinde daha iyi koordine edilmiş tedavi ve daha fazla verimli işleyen hastane yönetiminin önemi günden güne giderek artmaktadır. Tüm bu nedenlerin bir sonucu olarak tesis yönetimi disiplini, mevcut kaynakların zamanla azalması nedeniyle yapıları çevrenin çok daha ekonomik çalışması ihtiyacını doğurmuş ve özellikle artan maliyet baskıları sonucunda ortaya çıkmıştır (Shohet ve Lavy 2004a). Günümüzde yapılan araştırmalarda hastanelerin işletme maliyetlerinin yaklaşık % 30’u çekirdek hizmeti (tıbbi tedavi hizmeti) ile ilgili olmayan hizmetlerin giderleriyle ilgilidir (Lennerts vd. 2003, Lennerts vd. 2005).

Tesis yönetimi, hizmet verdiği sağlık tesisindeki personel yönetiminin yanı sıra sunulan hizmetlerin verimliliği, kalitesi ve maliyetini de doğrudan etkilemektedir. Bu etki düzeyi tesiste alınacak stratejik ve yönetsel kararlar açısından oldukça önemlidir. Kaynakları kısıtlı ve günden güne azalmakta olan sağlık tesisleri etkin ve verimli bir şekilde kullanılmadığı sürece, hedeflenen verim ve kaliteye ulaşmak mümkün olmayacaktır. Sağlık tesislerinde hasta odaklı bir yaklaşımla, kanıta dayalı yönetim süreçlerinin uygulandığı, verilen hizmetlerin entegrasyonu ve sürdürülebilirliğini sağlamak için tesisteki verinin doğru kaynaktan zamanında elde edilerek toplanması, analiz edilmesi ve bilgiye dönüştürülüp değerlendirilmesi sonucunda hızlıca doğru kararların alınabilmesi ve uygulanması tesis yönetiminin aslı sorumluluğunu oluşturmaktadır.

Sağlık tesislerinin diğer tesislere göre karmaşık, iç içe geçmiş ve bütünsel (entegre) çalışma koşullarını göz önünde alındığında, idari ve teknik personelin görev ve sorumluluklarının artması, farklılaşması ve barındırdığı zorlu koşullara sahip olduğu açıktır. Özellikle gelişmiş ülkelerde uzman personel ve yetişmiş elemanların daha kolay, az yorucu ve ekonomik olarak avantajlı çalışma alanlarını seçmesinden dolayı karmaşık ve iç içe geçmiş çalışma koşullarına sahip sağlık tesisleri yönetimi alanını tercih etmedikleri gözlemlenmektedir. Bu durumdan dolayı ortaya çıkan nitelikli idareci ve personel açığının, hastanelerin işleyişinin karşı karşıya kaldığı en önemli problemlerinden biri haline gelmiştir. Ayrıca günden güne hastaların beklentilerinin artması ve kaynakların kısıtlı olmasına karşın rekabet koşullarının da giderek artmasının bir sonucunda sağlık tesislerindeki tıbbi ve tıbbi olmayan hizmetlerin organizasyonu ve yönetimi birbirleriyle entegre edilmiştir. Böylece sağlık tesisindeki hizmet süreçleri birbirleriyle dinamik bir yönetim anlayışıyla bağlanmıştır. Bu kapsam çerçevesinde dünyada özellikle gelişmiş ülkelerde hastaneler özelinde sağlık kurumları “sağlık tesisi” olarak kabul edilmektedir. Ülkeler, sağlık tesislerinde günden güne azalan mevcut kaynakların ancak tesisin bütüncül bir yaklaşımla birlikte hizmet veriminin artırılabilceği görüşünü kabul etmektedir. Sağlık tesislerinin bütüncül bir şekilde veriminin artırılmasındaki ana aktörün ise sağlık tesis yönetimi (HFM-Healthcare FM) olduğu görüşü kabul görmektedir. Örneğin sağlık tesisini bir insana benzetildiğinde sağlık tesis yönetimini de insan vücudundaki dolaşım sistemine benzetmek mümkündür. Nasıl ki insanın dolaşım sistemi kan damarları sayesinde tüm organlara/hücrelere gerekli

olan besin ve oksijeni taşıyor, organlardan/hücrelerden ortaya çıkan atık maddeleri ve karbondioksiti uzaklaştırarak bu organların/hücrelerin asli görevlerine devam etmeleri için uygun ortamı/koşulları sağlıyor ise sağlık tesis yönetimi de hizmet verdiği sağlık tesisi özelinde sistemin ve işletmenin sorunsuz bir şekilde çalışmasının sağlanması için ana aktörlerin başında gelmektedir. Özetle sağlık tesislerinin bütüncül bir şekilde veriminin artırılmasındaki ana aktörlerin başında tesisin kendi koşullarına has özellikler barındıran sağlık tesis yönetimi anlayışının olması gerekliliği anlaşılmaktadır. Bu kapsamın bir yansıması olarak Türkiye’de şehir hastanelerinin açılmasıyla birlikte bu anlayış değişikliğine yönelik girişimler hızlanmış fakat tam olarak uygulanamamıştır. Merkezine insanı alan Türk Devlet geleneği anlayışının bir yansıması olarak Türkiye’de sağlık tesislerindeki hasta odaklı ve kanıta dayalı yönetim anlayışı genel olarak hastaların direkt klinik tedavisine odaklanmakta ve sağlık tesisindeki destek hizmetlerinin önemini ikinci planda kalmaktadır. Sağlık tesisinin sürdürülebilir verimlilik anlayışıyla işletilebilmesi için her iki yaklaşıma da eş zamanlı odaklanılarak hizmet anlayışının belirlenmesi gerekliliği ortaya çıkmaktadır. Zira bu uygulama anlayışının sonucu olarak hastaneler/sağlık kurumları bir sağlık tesisi olarak görünmekten uzak kalmakta; bu durum hastanelerin hizmet verimliliğini düşürmekte ve tüm paydaşların memnuniyetsizliğine neden olmaktadır. Bu yönüyle bakıldığında hastanelerdeki hizmet kalitesini arttırmak ve maliyet anlamında tasarruflar yaratmak, yani sağlık tesislerini sürdürülebilir hale getirmek amacıyla hastanelerin bir sağlık tesisi olarak kabul görmesi ve tesis yönetimi anlayışıyla yönetilmesi gerekmektedir.

1.1 Araştırmanın Amacı ve Önemi

Sağlık tesislerinin hizmet sunumunun tarihsel gelişimi dikkate alındığında insanoğlunun bilgi birikimindeki artışa bağlı olarak nispeten daha yavaş bir gelişme göstermiştir. Ülkelerin gelişmişlik veya kalkınmışlık düzeylerinin belirlenmesinde kullanılan en önemli kriterlerden birisi de sağlık hizmetleriyle ilgili göstergelerdir. Bu göstergelerin iyileştirilmesi ve artırılması ülkelerin sağlık hizmetlerinde gösterdiği başarı önemli bir rol üstlenmektedir. Dünyada ve Türkiye’de büyük ve entegre sağlık tesislerinin hizmete alınmasının bir sonucu olarak sağlık sisteminin yönetim kalitesini ve sunulan hizmetin kalitesini arttırmak için köklü ve modern yönetsel süreçlerin değişiminin gerekliliğini

doğurmuştur. Hemen, hızlı ve ani çözümün mümkün olmadığı sağlık tesislerinde gerçekleştirilecek bu tür büyük stratejik değişiklikler karşısında dönüşüm sürecinin ve kurumsallaşmanın zaman aldığı görülmektedir. Böylesi büyük tesislerde gerçekleştirilecek büyük ve önemli yönetsel değişimler çok daha karmaşık olayları içermekte ve uzun zaman sürmektedir.

İşlevleri bakımından hastalara hizmet üretmeye çalışan sağlık tesisleri her geçen gün çoğalmakta ve çok daha büyük kampüslerde (tesislerde) hizmet vermektedir. Üstlendikleri roller ve hizmetler her geçen zaman diliminde genişleyen sağlık tesisleri bu görev genişlemesine bağlı olarak gözle görülen yapısal karmaşıklaşmayla birlikte, buna paralel olarak yönetsel güçlükler ve zorluklar ortaya çıkmaktadır. Kamunun kendi hiyerarşisi ve işleyişi içerisinde bu güçlüklerin aşılması, pratik ve kalıcı çözümler üretilmesi oldukça zordur. Devletin yani kamunun işleyişi içerisinde uyulması zorunlu kurallar, yönetmelikler ve kanunlar belirleyici konumdadır. Bu zorunlulukların ihtiyaca göre hızlı bir şekilde değiştirilerek reaktif (anlık) çözümler üretebilmek pek de mümkün olmamaktadır. Bu duruma karşıt olarak özel teşebbüsünde katılımıyla oluşturulan sağlık hizmet sunumlarının yapısı içerisinde sağlık kurumlarının bir sağlık tesisi olarak algılanmasına bağlı olarak daha proaktif ve daha reaktif hareket kabiliyeti kazanması önemlidir.

Günümüzde hastanelerin ve sağlık kurumlarının birer sağlık üretim tesisleri olma yolunda ilerlediği ortadadır. İster özel sektör isterse de kamu olsun sağlık tesislerinin kuruluş stratejilerinin zamanla maliyet ile kâr çelişkisi içerisinde kalınmasının sonucu olarak mevcut kaynakların yetersiz kullanılması ve bunun bir sonucu olarak üretilen hizmetin veriminin de düşmesine neden olmaktadır. Bunlara ek olarak sağlık tesislerinin planlama ve yapım aşamasında düşünülmeyen veya görmezden gelinen fiziksel kısıtlamaları da sağlık tesislerinin işletme dönemlerinde ilave zorluklar meydana getirmektedir. Ayrıca Dünya’da günden güne insan nüfusunun artması ve meydana gelen salgın hastalıklar sonucunda daha fazla hastanın sağlık tesislerinde tedavi edilmesi zorunluluğunu doğurmaktadır. Tüm bu sorunların üstesinden gelebilmenin tek yolu ise sağlık tesislerindeki hizmet süreçlerinin iyileştirilmesi ile yönetim kalite düzeyinin artırılması ve bunun sonucunda sağlık tesislerinin hizmet performans düzeylerinin artırılmasıdır.

Sağlık tesislerinde tüm bunları başarmanın yolu ise sağlık tesis yönetiminin performans ve kalitesinin belli bir düzeyde olabilmesidir.

Dünyada sağlık tesis yönetimlerinde yaşanan asıl sorun tüm sağlık tesis yönetimleri için tek doğru yöntem ve kılavuzun olmamasıdır. Yani tüm sağlık tesis yönetimleri için geçerli hizmet süreçlerinin denetlenmesi veya iyileştirilmesine ilişkin özel bir teori veya model yoktur. Uygulanacak denetleme veya iyileştirme girişiminin kuruluşun kendi özelinde stratejik yönleriyle ilişkilendirilmesi, özelleştirilmesi ve her sağlık tesisi için yerleştirilmesi gerekmektedir. Sağlık tesisinin sahip olduğu tüm kaynakların bilinmesi, ustaca düzenlenmesi ve yönetilebilmesi anlayışı oluşturulmalıdır. Bunu başarabilmek için tesislerin fiziksel varlıkları, kaynakları, çalışanları ve güncel teknolojiyle birlikte ele alınarak bütüncül bir yaklaşımla optimum düzeyde bir dengenin sağlanmasıyla mevcut ve muhtemel tüm zorluklara uygun, bütüncül ve yenilikçi bir “tesis yönetim modeli” nin oluşturulması gerekmektedir. Bunun başlangıç noktası ise ana organizasyonun (sağlık tesisinin) tesis yönetimi anlayışının tespiti, tesis yönetiminden beklentilerinin belirlenmesi ve tesis yönetiminin ana organizasyonla olan entegrasyon düzeyinin doğru planlanarak şekillendirilmedir. Böylece sağlık tesis yönetim sisteminin eksikliklerinin tespit edilmesiyle birlikte bu eksikliklerin giderilmesi için bir başlangıç noktası oluşturulması çalışmanın önemini vurgulamaktadır. Bu araştırmadaki ana amacı entegre sağlık tesis yönetimine tüm paydaşların sahip oldukları algısal (subjektif) bakış açılarının değerlendirilmesidir.

Bu araştırmada, yeni, özgün ve yerel bir yaklaşımla Ankara Bilkent Şehir Hastanesi özelinde kaliteli, verimli, etkin ve hasta odaklı bir sağlık tesis yönetiminin algısal (subjektif) değerlendirilmesi için kapsamlı anketlerin oluşturulması ve sonucunda sağlık tesis yönetimine yeni bir bakış açısı getirmek hedeflenmiştir. Geliştirilen anketler için yapılacak saha çalışması yeri olarak Ankara Bilkent Şehir Hastanesi örneği seçilmiştir. Ankara Bilkent Şehir Hastanesi’nde anket çalışması için hastane yöneticileri, hastane çalışanları, tesis yönetimi/firma yöneticileri, tesis yönetimi/firma çalışanları ve yatan hastalar/refakatçiler olmak üzere beş farklı grup belirlenmiştir. Bu kapsamda; Ankara Şehir Hastanesi özelinde sağlık tesis yönetiminin sorumluluğunda yer alan hizmetlerin mevcut durumlarının incelenmesi, yatan hasta/refakatçilere uygulanan anketlerle sağlık tesis yönetiminin sunmakta olduğu hizmetlerin hastaların beklentilerini hangi düzeyde

karşıladığı ölçülmeye çalışılması, hastane çalışanları ve tesis yönetimi çalışanlarına anket seti uygulayarak sağlık tesisinde çalışanların perspektifinden bakılarak tesisi ideal ve güvenilir bir çalışma ortamının ve hizmet performansının hangi memnuniyet düzeyinin sağlanabildiğinin ortaya çıkarılması, hastane yöneticileri ve tesis yöneticilerinin anket grubu olarak seçilmesin ana amacı ise hizmet verdikleri kurumun bir sağlık tesisi olduğu bilinciyle hareket edip etmediklerinin belirlenmesi ve mevcut yönetim anlayışındaki memnuniyet seviyelerinin ölçülmesi ve beş farklı grubun seçilmesi ve anket seti hazırlanmasındaki ana amaç her bir grubun sağlık tesis yönetim hizmet performans anlayışının ölçülmesi ve ortaya çıkan eksikliklerin iyileştirilebilmesine yönelik farklı ve büyük katkılar sunulabilmesi hedeflenmektedir. Böylece bu araştırmanın amaçlarına yönelik olarak Ankara Şehir Hastanesi'nde yapılan anket çalışmalarının sonucunda bütüncül bir yaklaşımla sağlık tesis yönetimi konusunda model ve çözüm önerileri geliştirilmesi amaçlanmaktadır.

1.2 Araştırmanın Hipotezi, Varsayımları ve Sınırlılıkları

Bu çalışmanın birinci hipotezi olarak “kamu özel ortaklığı modeliyle işletilen ve entegre bir sağlık tesisi olan Ankara Bilkent Şehir Hastanesi özelinde “Tesis firma Yönetimi” algı puanı açısından hastane çalışanları, tesis firma çalışanları ile yatan hastalar ve refakatçiler arasında anlamlı farklılık vardır”. İkinci hipotez; “Diğer kamu hastaneleri sistemine göre şehir hastanesi yönetim sistemi daha başarılıdır” Ankara Bilkent Şehir Hastanesi yönetim sistemi algısı açısından hastane yöneticileri ve hastane çalışanları arasında anlamlı farklılık vardır. Çalışmamızda üçüncü hipotez olarak “Tesis yönetimi çalışanları işimizi olumlu etkilemektedir” Ankara Bilkent Şehir Hastanesi yönetim sistemi algısı açısından hastane yöneticileri ve hastane çalışanları arasında anlamlı farklılık vardır. Dördüncü ve son hipotez olarak sağlık Tesislerinde “Hastane tesis yönetimi etkindir” Ankara Bilkent Şehir Hastanesi yönetim sistemi algısı açısından hastane yöneticileri, hastane çalışanları, tesis firma yöneticileri, tesis firma çalışanları arasında anlamlı farklılık vardır şeklinde belirlenmiştir.

Bu araştırmada kabul edilen varsayımlar; araştırmadaki anket grupları; tesis yönetimi hizmetinden birincil (direkt) müşteri olarak hizmet alan yatan hastalar ve refakatçiler;

yine tesis yönetiminin birincil (direkt) müşterisi şeklinde kabul edilen tesiste çalışan paydaşlar içerisinde yer alan hastane ve tesis firma yöneticileri, hastane ve tesis firma çalışanlarının seçilmesi sonucunda tesis yönetiminin hem “tesis yönetimi anlayışı” hem de “tesis yönetimi” hizmetlerinin değerlendirilmesiyle birlikte sorunların ve çözümlerin tespiti açısından fayda sağlayacağı varsayılmıştır. İkinci varsayım olarak araştırmada anket gurubu olarak hastane çalışanları ve tesis firma çalışanları seçilmiştir. Hastane çalışanları, tesis firma yönetiminden direkt hizmet alan paydaşlar arasında sayılmaktadır. Tesis firma çalışanlarını ise çalıştıkları birimler dahilinde hizmet veren organizasyonun elemanı olarak kabul ederken bulundukları birim haricinde ise diğer tüm paydaşlar gibi tesis firma yönetimi hizmetlerinin birincil müşterisi durumundadır. Her iki çalışan gurubunun seçilmesi, tesiste aynı ortamda birlikte çalışanların tesis yönetiminin gerçekleştirdiği hizmet/organizasyon beklentileri ve gereksinimlerinin karşılanma düzeyini yansıtacaktır. Organizasyonda temel olarak çalışanlar ve yöneticiler arasında güven ortamının olduğu ve bunun sonucu olarak çalışanların anket sorularına doğru cevap verdiği düşünülmektedir. Çalışan memnuniyet anketleri aynı zamanda tesis yönetiminin kaliteli gelişmesi sürecinde değerli bir ölçüm aracı olarak kullanılabilir. Çalışanların sorulara verdikleri gerçekçi cevaplarla yanıtladıkları anketlerin doğru analiz edilerek tesis yönetimi organizasyonun daha iyi yürütülmesi için yol gösterici olacağı varsayılmaktadır. Üçüncü varsayım olarak araştırmada bir diğer anket gurubu olarak yatan hastalar ve refakatçiler seçilmiştir. Ankara Bilkent Şehir Hastanesi’ndeki tesis yönetimi firmasının birincil müşterisi konumundaki yatan hastalar ve refakatçiler aldıkları hizmet konularındaki algılarını ölçmek literatürde temel olarak kabul görmüş bir metottur. Bu anketlerin yapılmasının temel çıkış noktası ise tesis yönetiminin organizasyonel ve hizmet performansının ölçülmesidir. Yatan hastalar ve refakatçiler grubu diğer dört paydaş anket gurubu gibi aynı tesiste belli bir süre birlikte çalışmadığından dolayı anket sorularına daha objektif bakış açısıyla değerlendirerek cevap verdikleri varsayılmaktadır. Bu çalışmanın son varsayımı olarak araştırmanın son anket guruplarını hastane yöneticileri ve tesis firma yöneticileri şeklinde belirlenmiştir. Seçilen hastane yöneticileri grubu bir taraftan tesis yönetimi firmasının birincil müşterisi konumundayken diğer taraftan ise tesis yönetimi firmasını kamu adına denetleyen konumundadır. Tesis yönetimi firma yöneticileri ise kendi organizasyonlarının yürütücüleri konumundadırlar. Yönetici gruplarının anket sorularına gerçekçi cevap verdiklerini böylece diğer anket gruplarıyla birlikte değerlendirilerek ortaya çıkan aksaklıklar ve paydaşların tesis

yönetimi organizasyonundan beklentileri, değerlendirmeleri ve iyileştirilmesini istedikleri durumların farkında oldukları varsayılmaktadır.

Bu çalışmanın özellikle saha gözlemleri ve anket aşamasında bazı kısıtların olabileceği öngörülmüştür. Saha çalışmaları aşamasındaki olası kısıtları ise araştırmanın kapsamının Ankara Bilkent Şehir Hastanesi ile sınırlı tutulması, zaman ve kaynak kısıtları nedeniyle zorunlu olmuştur. Çalışmanın bir diğer kısıtı ise dünyada ve Türkiye’de ortaya çıkan pandemi koşulları nedeniyle Ankara Bilkent Şehir Hastanesi yöneticilerinin, tesis ve hastane çalışanlarının ile hasta ve refakatçilerin sunulan anket sorularına cevap vermek için zaman ayırmak istememeleri araştırmanın bir başka kısıtıdır.

1.3 Araştırmanın Kapsamı

Bu çalışma yedi bölümden oluşmaktadır. Araştırmanın amacı, önemi, hipotezleri, varsayımları, kısıtlılıkları ve kapsamı giriş bölümünde yer almaktadır. Ayrıca önceki araştırmaların değerlendirilmesi, literatür özeti ve bu çalışmanın özgünlüğü yine giriş bölümünde bulunmaktadır. İkinci bölümde tesis yönetimi anlayışının kavramsal çerçevesi hem genel hem de tesis yönetimi kavramının alt başlıklarıyla birlikte ayrıntılı olarak değinilmiştir. Tesis yönetimi stratejisi ve stratejik iş planları, tesisin tasarımı ve planlaması, iç ve dış kaynak kullanımı, tesis değişim yönetimi, hizmet seviye sözleşmeleri ve tesis yönetiminin performans artırılması başlıkları altında tesis yönetimi anlatılmıştır. Üçüncü bölümde sağlık sistemleri, sağlık tesisleri ve sağlık tesis yönetimi ilişkisi, entegre hastane yönetimi, sağlık tesislerinde entegre hizmet süreçleri, sağlık tesislerinde risk yönetimi, uluslararası standartlar ve Amerika’da sağlık tesis hizmetleri konuları anlatılmıştır. Dördüncü bölümde kamu özel ortaklığı modeli, tarihi gelişimi ve Türkiye’de uygulama şekilleri ile Türkiye’de sağlık sistemi, şehir hastaneleri anlayışı ve araştırmamızın saha çalışmasının yapıldığı Ankara Bilkent Şehir Hastanesi incelenmiştir. Çalışmanın beşinci bölümünde araştırmanın materyal ve yöntemine yer verilmiştir. Altıncı bölümde saha çalışmasından elde edilen bulgular anlatılmış ve tartışılmıştır. Çalışmanın son kısmı olan yedinci bölümde ise Ankara Bilkent Şehir Hastanesi özelinde sağlık tesis yönetimi anlayışı bulgular ışığında değerlendirilmiş ve çeşitli öneriler anlatılmıştır.

1.4 Önceki Araştırmaların Değerlendirilmesi, Özgünlüğü ve Literatür Özeti

Literatür genel olarak incelendiğinde daha önce Türkiye’de yapılmış birkaç çalışmanın dışında sağlık tesis yönetimi üzerine çalışma bulunmamaktadır. Dünyada ise sağlık tesis yönetimi üzerine birçok çalışma bulunmakla birlikte sağlık tesis yönetimini alanında bütüncül bir değerlendirme yapan, sağlık tesis yönetimine genel olarak odaklanan bir çalışma bulunmadığı söylenebilir. Bu nedenle sağlık tesis yönetimi alanındaki çalışmalar incelerken tesis yönetimi ve hastane yönetimi ile sağlık tesis yönetimi konularına yakın olabileceği düşünülen, belli konulara odaklanan bir kısım çalışmalarda incelenmiştir. Sağlık tesis yönetimi alanında yapılmış mevcut çalışmalardan farklı olan bu çalışma ile büyük ve entegre bir sağlık tesisinde hizmet veren tesis yönetimini bütüncül bir çerçevede ele alarak hem tesis yönetimi anlayışını hem de verilen hizmetlerin mevcut durumunu inceleyen bütüncül bir araştırmanın gerçekleştirilmesi bu çalışmanın özgünlüğünü yansıtmaktadır.

Karaman (2004)’ın yaptığı “endüstriyel tesis yönetimi ve bir uygulama” isimli yüksek lisans tez çalışmasında endüstriyel tesis yönetiminin teorik çerçevesi çizilmekte ve tesis yönetiminin üç ayrı şirkete uygulanması anlatılmaktadır. Çalışmada araştırmacı tesis ekonomisi ve yönetimi üzerine bütünsel bir bakış ortaya koymaktadır. Bu çerçevede tesis kavramı tanımlanmış, tesislerin önemine değinilmiş, tesis ile içinde bulunduğu çevre arasındaki ilişkiler değerlendirilmiş, önemli tesis türlerinin neler olduğu hakkında bilgi verilmiş ve tesislerin üretim faktörleri sistemindeki yeri tartışılmıştır. Araştırmacı çalışmasında tesis ekonomisi konusunu ele almış, tesis ekonomisi kavramını tesis yönetimi kavramı içinde yer alan ve çoğunlukla tesis yönetimi ile eş anlamlı olarak kullanılan bina yönetimi kavramı ile ilişkilendirmiştir. Bu çalışmada sonuç olarak tesis yönetimi hakkında bilgi verilmiştir. Tesis yönetiminin genel konularını içeren yatırım planlaması, mevcut kurulu tesislerin işletimi ve tesis yönetimindeki başlıca planlama konuları olan yatırım programının planlanması, kapasite planlaması ve bakım planlaması yine bu kısımda ele alınan konulardır.

İlgen (2015) “bina ve tesis yönetiminde iş sağlığı ve güvenliği uygulamalarının önemi” adlı yüksek lisans çalışmasında 634 sayılı Kat Mülkiyeti Kanunu’nu esas alarak bina ve

tesis yönetiminde firmaların hizmet alıcılarına sağlamakla yükümlü oldukları hizmetleri, bu hizmetler içerisinde iş görenlerin karşılaşabileceği riskleri, 6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu gereğince oluşabilecek tehlikelerin ortadan kaldırılması için iş sağlığı ve güvenliği uygulamalarının önemini açıklamaktır.

Karakuş (2015) “hastanelerde tesis yönetimi ve güvenliği konusunda yöneticilerin görüşlerinin belirlenmesine yönelik bir çalışma” adlı yüksek lisans tezinde hastanelerde tesis yönetimi ve güvenliği konusunda yöneticilerin görüşlerinin belirlenmesine yönelik bir çalışma yapmıştır. Bu çalışmasında yöneticilerin görüşlerinin belirli birtakım değişkenlere göre durumlarını araştırmıştır. Çalışmada tesis yönetimi ve güvenliğinin kavramsal çerçevesinden bahsedilmiş ve bu kapsamda sağlık tesislerine genel bir bakış, sağlık kuruluşlarının mimari tasarım ve tesisin kuruluş amaçları incelenmiştir. Yapılan araştırmanın gereç ve yöntemi anlatılmakta, elde edilen bulgular ve bu bulgular ile ilgili tartışmalara yer verilmektedir.

Memiş (2018) tarafından yazılmış olan “tesis yönetimi stratejisi için yolcu odaklı dairesel model” adlı yüksek lisans tezinde, araştırmacı tesis yönetim stratejisi için meslek odaklı çevrim modeli üzerine bina sahiplerinin en rahat ve üretken hale getirmek için optimum tesis yönetim stillerini araştırılmıştır. Bina kullanıcılarını öncelik olarak benimsemiş bir tesis yönetimi modeli ile uzun vadede tesis sahibinin kurumsal stratejisinin de desteklendiğini vurgulamaktadır. Yaptığı ön çalışmada bina yöneticilerinin sağladığı hizmet ve kullanıcıların beklentileri arasında uyumsuzluklar olduğunu göstermektedir. Çalışmasında insan davranış modellerini ve bina yöneticilerinin kararlarını birleştirerek optimum stratejisinin bulunabileceğini belirtmektedir. Bu amaca yönelik olarak “Dairesel Operasyon” modeline dayanarak binalarda kullanıcıların katılımını sağlamak için bir kavram haritası sunulmaktadır.

Bir diğer akademik çalışma Deniz (2019) tarafından yapılan “Türkiye’de tesis yönetimi; perakende zinciri tesis yönetimi şirketi örneği için strateji analizi geliştirme” adlı yüksek lisans tez çalışmasıdır. Bu çalışmada tesis yönetiminin arz ve talep yönünden diğer alanlara göre daha düşük bilgi düzeyine sahip olunan perakende zinciri tesis yönetimi alanına odaklanılmaktadır. Hizmet standartlarının henüz oluşmaması gelişim alanlarının

çeşitlilik göstermesi ve potansiyeli yüksek bir alan olarak görülmesi sebebiyle gelişim göstermek isteyen bir şirketin gelişim stratejisinin belirlenmesi ve uygun stratejinin seçilmesi için metodolojik bir yöntem geliştirilmesi amaçlanmıştır.

Yurdakul (2019)'un “kamu yapılarında tesis yönetimi” isimli yüksek lisans tez çalışmasında kamu yapılarının devamlılığı için tesis yönetimi hizmetlerinin nasıl ve kim tarafından yürütüldüğü ve süreç içerisinde yaşanan sorunların incelenmesi amaçlanmıştır. Bu amaçla Türkiye'nin en yoğun ve karmaşık yapı gruplarına sahip İstanbul Büyükşehir Belediyesi binaları özelinde tesis yönetiminin nasıl gerçekleştirildiği ele alınmıştır. Tesis yönetimi hizmetleri sağlanırken yaşanan zorluklar ve bu zorluklara karşı alınabilecek önlemlerden bahsedilmiştir.

Kula (2019) tarafından yapılan “tesis yönetiminde yapı bilgi modellemesi” isimli yüksek lisans tez çalışmasında, bir projenin tesis yönetimi aşamasında BIM (building information modelling-yapı bilgi modellemesi) ile nasıl avantaj ve dezavantajlarla entegre edilebildiğini göstermek hedeflenmiş ve BIM-tesis yönetimi entegrasyonunu aracılığıyla, BIM-tesis yönetimi platformu ve IFC dosya formatı kullanılmıştır. Bu çalışma sonucu her yöntem değerlendirilmiş ve enerji analizi ile işletme ve bakım konularında avantajları olduğu saptanmıştır.

Dinçer (2019)'in yaptığı “olağanüstü durumlarda hastane yönetimi” isimli yüksek lisans tezinde, sağlık personelinin çalışmakta oldukları hastanenin acil ve olağanüstü durumlar karşısında hazırlıklı olma hallerine ilişkin bilgi sahibi olma durumları ve sağlık personelinin bireysel anlamda afetlere hazırlıkları incelenmiştir.

Demirsoy (2020) tarafından gerçekleştirilen “sürdürülebilirlik kapsamında tasarlanan yeşil binaların tesis yönetimine etkileri: Yozgat Şehir Hastanesi binası örneğinin incelenmesi” isimli yüksek lisans tez çalışmasında, tesis yönetimi, yeşil yapılar gibi alandaki ulusal ve uluslararası standartlar incelenmiştir. Yozgat Şehir Hastanesi'nin yeşil bina olmasının tesis yönetimine olan etkileri değerlendirilmiştir. Hastanenin yönetim sistemi bütüncül bir bakış açısıyla ele alınarak tesis yönetimi, hizmet sunumu, kalite ve sürdürülebilirlik başlıkları altında değerlendirilmiştir.

Tütüncüler (2020) tarafından yapılan “kamu yapılarında yapı bilgi modellemesi ile tesis yönetimi” isimli yüksek lisans çalışmasında yapı bilgi modellemesinin (BIM) kamusal binalardaki bakım dönemlerinde sağladığı faydaları belirlemek için mevcutta sahip oldukları iş akışlarını değiştirecek yeni bir model önerilmiştir. Bu çalışmada model olarak Gaziantep’te bulunan Aysan Camii örnek alınmıştır.

Üstündağ (1999) tarafından gerçekleştirilen “akıllı binaların tesis yönetimi ve iş yaşamı üzerindeki etkileri” konulu doktora tez çalışmasında, Türkiye’de kavram olarak yeni tanınmaya başlayan, işletmelere ve iş görenlere çeşitli avantajlar ile daha kaliteli çalışma ortamları sunulan akıllı binalar ve özellikleri anlatmaktadır. Giderek önemli bir meslek ve iş kolu haline gelen, dünyada büyük bir uygulama alanı bulan tesis yönetimi konusunda Türkiye ve dünyadaki uygulamalarına ve tesis yönetimi konusunun geleceğine değinilmektedir. Akıllı binaların iş yaşamı kalitesi üzerindeki etkilerini ve tesis yönetimi uygulamalarının gerçek yaşamdaki durumunu tespit etmek amacıyla üç adet akıllı binanın çalışanının fiziksel iş ortamlarını değerlendirmelerini kapsayan iki adet saha araştırması sonucunda elde edilen bulgular değerlendirilmiştir.

Erentürk (2016) “dış kaynak kullanımı ile tesis yönetiminin konutlardaki yaşam kalitesine katkıları ve bir inşaat firması üzerine çalışma” isimli tezinde dış kaynak kullanımı ile tesis yönetiminin konutlardaki yaşam kalitesine katkıları ve bir inşaat firması üzerine çalışmıştır. Çalışmasında tesis yönetimi ile tesis yöneticiliğini yönetsel açıdan ve işletmecilik ilkeleri üzerinden değerlendirmiştir.

Bir başka gerçekleştirilen doktora çalışması ise Gedikli (2021) tarafından “sağlık işletmelerinde bütünleşik sağlık tesis yönetim sistemi için model önerisi” dir. Çalışma ikinci basamakta sağlık sonumu yapan kamu hastanesinde etkin, verimli ve hasta güvenliğini sağlayan bir tesis yönetim modelini gerçekleştirebilmek için stratejiler önerilmektedir. Bu çalışmayı gerçekleştirebilmek için saha çalışmaları Tekirdağ Çorlu Devlet Hastanesi’nde yapılmıştır. İki farklı bölümden oluşan çalışmanın ilk aşaması nitel, ikinci aşaması ise nicel yöntemler ile gerçekleştirilmiştir. Araştırmada çalışma grubu olarak yöneticiler seçilmiştir. Araştırma sonucunda karar verici olan hastane yöneticilerinin öncelikli olarak acil durumlara hazırlık ve iş sürekliliği, insan faktörleri

ve iletişim başlıkları altında belirlenen ihtiyaçlara yönelik önlemler alması gerekliliği doğduğu görülmüştür. Diğer taraftan hastanede çevresel yönetim ve sürdürülebilirlik ihtiyaçları ise son öncelikli grup olarak ortaya çıkmıştır.

Shohet ve Lavy (2004b) yılında gerçekleştirdikleri çalışmada sağlık hizmeti yönetimi modelinin geliştirilmesinde gerekli olan ana temaları tanımlamaktadır. Sağlık tesis yönetimi, bakım yönetimi, performans yönetimi, risk yönetimi, tedarik hizmetleri yönetimi ve geliştirme yönetimi başlıkları altında tartışılmaktadır.

Tansel Çetin (2007) yılında yaptığı “hastane yönetiminde kapasite ve kaynak yönetim kararlarının maliyet, kalite ve finansal performans üzerindeki etkileri” isimli doktora tezi çalışmasında tesis yönetimi, teknoloji yatırımlarının yönetimi, personel yönetimi ve sürekli iyileştirmenin alt boyutlarının hastanelerin maliyet, kalite ve finansal performansı üzerindeki etkileri ve bu etkilerin yatak kapasitesine göre değişip değişmediğini incelemiştir. Çalışmanın sonucu olarak yatak kapasitesinin ve kaynak yönetim kararlarının hastane maliyet, kalite ve finansal performansı üzerindeki etkilerinin yatak kapasitesine göre değişip değişmediğini yönelik yapılan regresyon analizleri sonucu yatak kapasitesi 100’ün üzerinde olan hastanelerde, kapasite artırımının yönetiminin ve yeteneğin maliyet performansını etkileme düzeyinin yatak kapasitesi 100’ün altında olan hastanelere göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. Ayrıca, yatak kapasitesinin yetenek ve yetkilendirmenin kalite performansı üzerindeki etkisinde ılımlaştırıcı etkiye sahip olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Buna ilave olarak kapasite artırımının yönetimi, bilgi ve ofis teknolojilerine yapılan yatırım, yetenek ve yetkilendirmenin finansal performansı etkileme düzeyinin yatak kapasitesi 100’ün üzerinde olan hastanelerde daha yüksek olduğu gözlenmiştir.

Lavy ve Shohet (2007) tarafından gerçekleştirilen birleşik/entegre sağlık tesis yönetimi model çalışmasının birinci aşamasında tesisin yaşı ve doluluk parametrelerinin tesislerin performansı üzerine olan etkisi araştırılmıştır. Böylece entegre sağlık tesis yönetim modeli geliştirilmeye çalışılarak taktik ve stratejik karar verme süreç modeli oluşturulmaya çalışılmıştır.

Wang vd. (2015) yaptıkları sağlık tesis yönetimi ile yapı bilgi modellemesi (BIM) tabanlı bilgi yönetimi modelinin uyarlanması ve nasıl destekleyebileceğine yönelik çalışmada, sağlık tesisleri gibi dinamik ortamları daha iyi anlayabilmek ve analiz edebilmek için yapı bilgi modellemesi gibi teknolojik araçlar incelenmiştir. Çalışmada tesis yönetiminin temel iş akışları belirlemede, süreçlerin modellenmesinde, personellerin karşılıklı etkileşiminde, karar noktalarında, belge ve bilgi alışverişinde oldukça faydalı olduğunu ortaya koymuşlardır.

Amankwah vd. (2019)'nin gerçekleştirdikleri çalışmada sağlık tesisleri yönetiminin hizmet kalitesinin hasta memnuniyeti ve genel sağlık hizmet sunumu üzerindeki etkisi modellenmeye çalışılmıştır. Çalışma, dört farklı hastanenin polikliniklerinde ayakta tedavi olan 660 adet hasta ile gerçekleştirilmiştir. Çalışmanın sonucunda tesis yönetimi kalitesinin sonucunda hasta memnuniyeti ile birlikte sağlık hizmetlerinin sunumu, sağlık personeli ve tesisteki kaynakların yeterliliği arasında ilişkiyi desteklediği ortaya koyulmaktadır.

Erentürk (2020) “bulaşıcı hastalık yönetiminde tesis yönetiminin katkıları” isimli çalışmasında Dünya’da yaşanan Covid-19 salgınında kamu ve resm kurumlarca üstlenilen sorumluluk kadar sivil girişimlerin de aynı şekilde sorumluluk almaları gerektiği belirtilmektedir. Tesis yönetiminin disiplinler arası bir alan kapsayan ve kendi başına da bir yönetim disiplini olan profesyonel tesis yönetiminin, yaşanabilecek bu tür acil durumlarda sivil girişimlerin hayata geçirilmesinde çözüm merkezi görevini üstlenebileceğini ve bu tür salgın durumlarında tesis yönetiminin olası katkılarını ortaya koymaktadır.

Mustafa vd. (2020) “tesis güvenliği ve önemi” isimindeki çalışmalarında sağlık tesisi olan hastanelerin yoğun bir şekilde ileri teknolojiyi kullandıkları için bazı olası risklerle karşı karşıya kaldığını, buradaki risklerin olmaması veya en düşük düzeyde olmasının yönetici, çalışan, hasta ve hasta yakını açısından da büyük önem arz ettiğini belirlemektedir. Hastanedeki işletme güvenliğini sağlayabilmek için yöneticilerin, bir sağlık tesisinde, risklerin azaltılıp kontrol altına alınması, kazaların önlenmesi, güvenli bir tedavi ortamının sağlanması için gerekli tedbirleri ve önlemleri almak ve aldrmak zorunda

olduğu konusunda literatür çalışması yapılmış ve meydana gelebilecek risklerin yapısal ve yapısal olmayan unsurlardan kaynaklı ile fonksiyonel unsurlar kaynaklı olduğunu sınıflandırılmıştır.

Demirdöğen vd. (2021) tarafından gerçekleştirilen çalışmada, sağlık tesislerindeki hastalık teşhisi ve tedavi hizmetlerinin büyük ölçüde tıbbi ekipman ve tıbbi alanlara bağılı olmasından ötürü tesis yönetiminin tesiste yaşanabilecek olası bilgi ve iletişim kesintilerini önleyerek, sağlıklı karar verme sürecini sağlamak için önemli olduğunu, bunun sağlanabilmesi için sağlık tesislerinde stratejik bir taksonomi (sınıflandırma) çerçevesi geliştirilmesi gerektiğı belirtilerek, yönetsel, teknik ve mali bilgi türleri için iki farklı senaryo çalışması yürütülmüştür. Çalışma sonucunda bilgi taksonomisi kullanılarak sağlık hizmetlerinde tesis yönetiminin etkinliğinin arttırılabileceğı kabul edilmiştir.

Gelmez ve Demirel (2021) “hastanelerde bina yönetiminin sağlık çalışanlarının görüşleri açısından incelenmesi: bir ölçek geliştirme çalışması” ile Gelmez ve Demirel (2022) “hastanelerde bina yönetiminin hizmet alanların görüşleri açısından incelenmesi: bir ölçek geliştirme çalışması” adlı çalışmaların ilkini hastanede çalışan personele yönelik hastaneyi ziyaret eden hastalara yönelik olarak hastaneden beklenti ve ihtiyaçlarını karşılama düzeylerini ölçen iki çalışma gerçekleştirilmiştir.

Barrett ve Baldry (2003) “tesis yönetimi” isimli kitaplarında tesis yöneticisinin karşılaştığı tüm olayların genel bir değerlendirmesine yol açan örnek vaka çalışmalarının üzerinde durulmaktadır. Bu örnek olaylar iyi örnek uygulamaları ile değerlendirilmiştir. Mevcut tesis yönetimi ile olması gereken gelişmiş tesis yönetimi hizmeti dinamiklerine odaklanılmıştır. Mevcut verilerden yola çıkarak daha fazla derinlemesine inceleme gerektiren bir dizi temel tesis yönetimi sorununa değinilmiş ve olması gereken seviye ortaya konulmaya çalışılmıştır.

Srinivasan (2008) “modern hastane yönetimi” isimli kitabında olması gereken sağlık tesisi genel yönetim ilkeleri, finans teknikleri, operasyonlar ve insan kaynaklarıyla bağlantılı olarak hastane model yapısı ve yönetim yöntemleri hakkında ayrıntılı bilgiler

verilmektedir. Bu çerçevede sağlık tesislerinin yüksek bakım kalitesi açısından özellikle klinik bakım ile eşdeğer olduğu belirtilmektedir.

Rechel vd. (2009) “geleceğin hastanelerine yatırım yapmak” adlı kitapta sağlık tesislerinde sistematik planlamanın önemini anlatmıştır. Çalışmasında sağlık tesisindeki işgücünün ve tüm çalışma hayatının sağlık tesisi içerisinde geçiren insan varlığının devamlılığı detaylı bir şekilde anlatılmıştır. Bir sağlık tesisinin planlanmasında, tahmin edilemeyen eğilimler ve teknolojik gelişmeler nedeniyle her zaman belirsiz olan durumlar, talepler ve ihtiyaçlara da değinilmiştir.

Cotts vd. (2010) “tesis yönetimi el kitabı” isimli çalışmasında tesis yönetiminin doğası ve özellikle desteklediği iş ortamıyla ilişkisi ele alınmıştır. Tesis yöneticisinin aslında bulunduğu kurumda bir lider olması gerektiği ve bunun ne anlama geldiği vurgulanmıştır. Çalışmada kurum ve yöneticilerin tesis yöneticilerinden neler bekledikleri açıklanmış ve tesis yöneticileri için bir başarı profili çizilmiştir. Kitabın sonunda çeşitli sektörlerdeki kuruluşların gereksinimlerini karşılayacak şekilde tesis yönetiminin özellikleri ve bu organizasyonları başarıya ulaştırmak için personel yönetiminin nasıl olması gerektiği anlatılmıştır.

Atkin ve Brooks (2015) yazdıkları “toplam tesis yönetimi” isimli kitapta tesis yönetiminin test edilmiş ve kabul edilmiş yönetim teorilerine dayalı rehberliğe ihtiyaç duyan uygulayıcılara nasıl cevap verebileceğini gözler önüne sermektedir. Çalışmada gerçek tesis organizasyonlarının en iyi değer, müşteri memnuniyeti ve tesis yönetimi profesyonel disiplininin geliştirilmesi gibi sorunlarla nasıl başa çıkıldığına dair tespitlerde bulunmaktadır. Tesis yönetimi alanındaki uygulayıcıların örnek çalışmalardan ne ölçüde yaralandıkları ve kendi deneyimlerinden sağladıkları geri bildirimleri ile bilgileri ayrıntılı olarak ortaya koyulmaktadır.

Weimann ve Weimann (2017) “hastane yönetiminde yüksek performans” adlı kitapta sağlık hizmeti ortamına uygulanan işletme yönetimi ilkelerinden bahsetmektedir. Özel sektör sağlık tesislerinde temel bakış açısı olarak kârın, rekabet gücünün ve pazara girişin çok daha önemli olduğu vurgulanmaktadır. Devlete bağlı sağlık tesislerinde ise pazar

payını arttırmak yerine hasta yükünü dikkate almanın çok daha önemli bir husus olduğu vurgulanmaktadır.

Uslu (2020) 'nın editörlüğünü yaptığı "sağlık tesis yönetimi" kitabında sağlık tesis yönetimi alanında küresel çapta meydana gelen finans, enerji, kalite yönetimi ve teknolojik gelişmelerin mevcut konulara göre yorumlanması üzerinde durulmaktadır. Çalışmada ayrıca, kurulacak sağlık tesislerinin kuruluş çalışmaları ile yer ve mekan değerlendirilmesi de yaparak doğru zamanda ve yerde, sürdürülebilir niteliklere sahip bir sağlık hizmeti sunarak sağlık tesislerinin en doğru şekilde yönetilmesi için akademik bir alt yapı kurma hedeflenmiştir.

Bu çalışmalara ilave olarak sağlık tesis yönetimi alanında konu bazlı yürütülmüş uluslararası çalışmaları incelendiğinde; tesis yönetimi ve sağlık tesis yönetimi alanında uluslararası standartlar, kodlar ve yönetmelikler alanında; ISO 14001:2015, ISO 9001:2015, NFPA (2022), BSI (2022) ve CEN (2022) çalışmaları, teknoloji alanında; Nilsen vd. (2020), Natalija vd. (2021), Zhao ve Canales (2021) ve Gately vd. (2022), bakım yönetimi alanında; Potkany vd. (2015), Yousefli vd. (2021) ve Yousefli (2021), operasyonel yönetim alanında; Mardani, vd. (2019), Chan, vd. (2019), Almutairi vd. (2019), Carino vd. (2020), Yi, ve Jusoh (2021), Manupati vd. (2021), Mishra ve Rani (2021), Siems vd. (2021), Yu vd. (2021), Alemsan vd. (2022), Song vd. (2020), Ala ve Chen (2022) ve Tanveer vd. (2022) çalışmalarını, enerji yönetimi alanı; Alhurayess ve Darwish (2012), Hoffmann ve Menzel (2019) ve Saleh vd. (2021) çalışmalarını, acil durum planlaması ve hazırlıkları alanında; Jensen (2014), Lawson (2021) ve Hostetter ve Naser (2022), pazarlama ve mülk yönetimi alanında; Yaghoubian vd. (2018) ve Tamtomo ve Sulaemen (2019), proje yönetimi alanında; Karlton vd. (2020) ve Wiig vd. (2021) çalışmalarını, sürdürülebilirlik ve çevre alanında; Potkany vd. (2015), Graubner vd. (2016), Khan vd. (2019) ve Li vd. (2021), finansman ve mali yönetim alanında; Amos vd. (2021) ve Adelino vd. (2022) çalışmaları incelenmiştir.

İncelenen tüm çalışmalarda sağlık tesisi ve sağlık tesis yönetimi ilişkisi bir bütün olarak ele alınmamıştır. Sağlık tesis yönetimi, birbirinden farklı birçok disiplini bütünleştiren bir içeriği kapsamaktadır. Dolayısıyla incelenen çalışmalarda bir bütüne odaklanmak yerine

farklı disiplinlerin ve hizmetlerin tek tek üzerinde yoğunlaşarak sağlık tesis yönetimini bir bütün olarak ele alınmadığı gözlenmektedir. Bir başka ifade ile çalışmalarda sağlık tesis yönetimi ve sağlık tesisi ilişkisinde lokal olarak belirlenmiş konular üzerinde yoğunlaşıldığı anlaşılmaktadır. Yapılan bu çalışmada sağlık tesis yönetimi ve sağlık tesisi ilişkisi bir bütün olarak ele alınmaya, konunun önemi ve hassasiyeti hakkında değerlendirmeler yapılmaya çalışılmıştır.



2. TESİS YÖNETİMİ

Avrupa ve Amerika’da yaklaşık çeyrek asır öncesine kadar tesis yönetimi kavramı geleneksel olarak gayrimenkul, mühendislik, mimarlık ve inşaat sektörleri arasında zayıf ilişkinin sonucunda ortaya çıkan ve mevcut binaların temizlik, bakım ve onarım işleri olarak bilinmektedir (Brian ve Brooks 2009). Fakat tesis yönetimi kavramı denildiğinde emlak yönetimi, finansal yönetim, işletme yönetimi, değişim yönetimi, insan kaynakları yönetimi, sağlık, güvenlik, sözleşme yönetimi, gayrimenkul yönetimi, varlık yönetimi, bina ve mühendislik hizmetleri, bakım, ev hizmetleri ve bir kısım kamu hizmetlerini de içine alan çok geniş bir alanı kapsamakta ve günden güne kapsadığı alan genişlemektedir.

Modern toplumlarda devlet kavramının tanımı içerisinde ifade edilen devletin sistemler bütünü olduğu gerçeğinden hareketle özellikle sağlık hizmetlerinde önemli değişimler gözlenmektedir. Merkezine insanı alan devlet sistemleri hem içerik hem de hizmet üretme bakımından bu değişimleri sağladıkları ölçüde başarıyı ve gelişmeyi yakalamaktadırlar. Bu çerçevede hastanelerin birer tesis olarak kabul edilmesi düşüncesi giderek ön plana çıkmakta ve buna yönelik stratejiler geliştirmeye çalışmaktadırlar.

2.1 Tesis Yönetimi Kavramı

Tesis yönetimi, Amerika Birleşik Devleti’ndeki demiryolu şirketinin istasyon binalarında hizmet sunma fikrini tasarladığı 1800’lü yıllara dayanmaktadır (Atkin 2003). Tesis yönetimi alanı 1980’lerin ortalarında Avrupa’da ilk olarak 1984’te İngiltere’ye, 1986’da Hollanda’ya, 1992’de İskandinav ülkelerine ve 1995’te Almanya’ya girerek muazzam bir küresel dönüşüme ve gelişime uğramıştır (Levainen 1997). Bunu takiben 1980’lerin başlarında Kuzey Amerika’da tesis yönetimi mesleğine hizmet etmeye adanmış dernekleri dahil etmek için Uluslararası Tesis Yönetim Derneği (IFMA) adı verilen kâr amacı gütmeyen bir kuruluş olarak ortaya çıkmıştır. Bugün itibarıyla dernek, üyelerine rehberlik ve uzmanlık sağlamakta (Ventovuori 2007), tesis yönetimindeki en iyi uygulamaları kanıtlamak için araştırmalar yürüttüğü, dünya çapında altmıştan fazla ülkede küresel olarak temsil edilen bir statüdedir (Adewunmi ve Omirin 2008).

Uluslararası Tesis Yönetim Derneği'nin 1980 yılında kurulmasıyla birlikte başlayan modern tesis planlama ve yönetimi alanı, profesyonel uygulamasını bugüne kadar güçlendirmeye çalışmaktadır. Bu derneğin kurulmasının temel unsuru, tesislerin işletme girişimi üzerindeki çeşitli etkileri hakkında daha bilinçli kararlar alınmasını sağlayacak bir araştırma altyapısı oluşturmaktır (Becker ve Parsons 2007).

Tesis yönetimi, “İnsanların yeri, süreci ve teknolojiyi birleştirerek yapılı çevrenin işlevselliğini sağlamak ve sürdürmek için birden fazla disiplini kapsayan bir meslek olarak adlandırılmaktadır” şeklinde tanımlanmıştır (Brian ve Brooks 2000). Regterschot çalışmasında tesis yönetimini, “Değişen bir ortamda örgütsel hedeflerin etkilerini verimli ve esnek bir şekilde elde edilebilmesine katkıda bulunan bina, konaklama, hizmet ve kaynakların bütünleşik planlaması, gerçekleştirilmesi ve yönetimi” şeklinde ifade edilmiştir (Regterschot 1990). Bir başka anlatımla tesis yönetimi “Kuruluşun temel amaçlarını güçlü bir şekilde destekleyen bir ortam yaratmak için kuruluşun binalarının bakımı, iyileştirilmesi ve uyarlanmasına yönelik entegre bir yaklaşımdır” şeklinde tanımlanmıştır (Barrett 1995, Barrett 2000).

Tesis yönetimi için “örgütün temel amaçlarını güçlü bir şekilde destekleyen bir ortam yaratmak için bir kuruluşun binalarını ve altyapısını işletmek, geliştirmek ve uyarlamak için entegre bir yaklaşımdır” tanımlaması da yapılmaktadır. Bu yaklaşıma göre tesis yönetimi tekniklerinin doğru uygulanması, kuruluşların temel işlerini, bu kuruluşların mali yapılarının etkin ve en iyi değer temellerinde yürütmek için doğru ortam sağlanmasını hedeflemektedir. Sunulan hizmet veya performans kalitesi herhangi bir değer tanımında kritik bir faktördür. Kalite ile maliyet veya fiyat arasındaki ilişkinin çok iyi anlaşılması gerekmektedir (Brian ve Brooks 2009). Mevcut tesis yönetimine ilişkin tanımların birçoğu, başarılı tesis yönetiminin büyük ölçüde maliyet etkinliği ve performans yönetimine bağlı olduğunu vurgulamaktadır.

Ortaya çıkmasından bu yana yaşanan gelişme sonucunda tesis yönetimi, kuruluşların sadece bir temizlik hizmetinden yönetim kurulu odasının yönetime kadar gelen organizasyon yapısı haline evrilmiştir. Dünyadaki gelişmeler doğrultusunda tesis yönetimi uygulaması kısa vadeli operasyonel tesis yönetimi ve uzun vadeli stratejik tesis

yönetimi olarak iki parçaya ayrılmaktadır. Tesis yönetiminin en görünür kısmı olarak tanımlanan kısa vadeli operasyonel düzey, kuruluşun temel iş faaliyetlerinin gelişmesi için günlük güvenli ve verimli çalışma ortamının sağlanmasını içermektedir (Nutt 1999). Stratejik tesis yönetimi ise mülk varlık yönetimi, stratejik mülk kararları, tesis planlaması ve geliştirmesi gibi stratejik alanlarda çalışma ortamını, destek hizmet yönetimini ve koordinasyonu düzenlemektedir. Tüm bu görevlerin hepsi bir organizasyonun politika ve stratejik eylem planıyla ilgili özel konulardır.

İş modeli perspektifinden bakıldığında, tesis yönetiminin iş rekabetçiliğinin çok boyutlu geliştirilmesini sağlama yöntemi yerine genellikle maliyet ve verimlilik yönetimi olarak görüldüğü iddia edilmektedir. Bu nedenle mevcut organizasyonel yapıların tesis yönetiminin işlevsel ve stratejik boyutunun entegrasyonunu reddettiğini, yönetimin aksine kuruluşun stratejisine tabi olarak tesis yönetimini kuruluşun stratejik yönetime dahil etmek gerektiğini savunmaktadırlar (Pitt and Hinks 2001).

Tesis yönetiminin bir destek hizmeti olduğu perspektifinden bakıldığında, tesis yönetiminin temel işlevinin kuruluşun temel operasyonlarının ve çalışmalarının ihtiyaçlarını karşılamak için destek hizmetlerini idare etmek ve yönetmek olduğu savunulmaktadır. Başka bir deyişle fiziksel kaynakları ve işyerini koordine eden bir destek fonksiyonudur. Yani kuruluşun ana işini desteklemek için kullanıcılara ve iş süreçlerine destek hizmeti sunmaktadır (Chitopanich 2004).

Tesis yönetimi, bir örgütte insanlar, süreç ve yer arasındaki örtüşmeyle ilgilenen ayrı bir yönetim disiplini (Akhlaghi 1994). Yani tesis yönetimi, kuruluşun hızla değişen bir Dünya’da başarılı bir şekilde rekabet etme yeteneğini geliştirmek amacıyla binaları ve sistemlerini, ekipmanlarını ve mobilyalarını yani fiziksel varlıkları planlaması, tasarımı ve yönetilmesiyle ilgili tüm çabaların koordinasyonundan sorumludur (Becker 1990). Tesis yönetimini kuruluşun temel hedeflerini güçlü bir şekilde destekleyen bir ortam yaratmak amacıyla kuruluşun sahip olduğu binaları korumak, iyileştirmek ve hedefe uygun olarak uyarlamak için entegre bir yönetim yaklaşımı olarak tanımlanmaktadır. İş organizasyonunu anlamak, insanları yönetmek, binaları yönetmek, hizmetleri yönetmek, çalışma ortamını yönetmek ve sahip olunan mevcut kaynaklarını yönetmek tesis

yönetiminin temel yetkinliklerinden bazılarıdır. Bu nedenle tesis yönetiminin bir iş süreci olarak tanınması üzerinde durmuştur (Barrett 1995). Ayrıca tesis yönetimi stratejik bir yönetişim alanı olarak görülmektedir, kuruluşun temel işinin gelişmesine, büyümesine ve organizasyonun temel hedeflerini ulaşmasında olumlu katkıda bulunmaktadır (Alexander 2003).

Diğer taraftan dünyada son otuz yıllık süreçte artan inşaat maliyetleri tesis mekanlarının daha verimli kullanım gereksinimini zorunlu hale getirmektedir. Ayrıca bürokratik ve yasal kısıtlamaların ilave olması ile mekânın sahipleri ve kullanıcıları tarafından tesislerden daha fazla performans ve hizmet beklentilerini arttırmaktadır. Bu çerçeveden hareketle tesislerin performans ve hizmet beklentileri de önemli ölçüde bakım, yönetim ve işletme performanslarına bağlı olduğu kabul edilmektedir.

Tesis yönetimi dünyada gelişmesini insan ve performans merkezli sürdürmektedir. Ülkeler belirli tarihi ve kültürel koşullardan hareketle, organizasyon ve iş alanları için farklı yaklaşımlar geliştirmiştir. Genel olarak kamu veya özel sektöre ait tüm kuruluşlar birincil faaliyetlerini desteklemek için tesis hizmetlerini kullanmaktadır.

Lennerts (2009) yılında gerçekleştirdiği çalışmada tesis yönetiminin temel faydaları üzerinde durmuştur. Yazar tesis yönetimi sözleşmesinde tanımlanan tüm hizmetler için, arz ve talep eden taraflar arasında tek bir irtibat noktası belirlenmektedir. Böylece açık ve şeffaf bir iletişim şekli oluşturulur. Tesis yönetimi hizmeti alan kuruluşun performansını arttırmaya ve maliyetini düşürmeye yardımcı olabilecek değişik hizmetler arasında yaratılan sinerji etkin olarak kullanılabilir. Yapılması gerekli hizmetler için basit ve yönetilebilir iç ve dış sorumluluklar oluşturularak, iç ve dış kaynak kullanımında daha stratejik kararlar alınabilmektedir. İç ve dış hizmet sağlayıcıları arasındaki çatışmalar azaltılır. Gerekli tüm destek hizmetlerinin entegrasyonu ve koordinasyonu kolaylıkla sağlanabilir. Son kullanıcıların açık şekilde alacakları hizmet ve maliyeti konusunda bilgilendirilebilmektedir. Tesisin yaşam döngü analizinin yapılması sonucunda organizasyonun sürdürülebilirliği ve süreci iyileştirilebilmektedir (Lennerts 2009a).

Tesis yönetiminin kuruluş amacı işletmenin birincil operasyonları yürütebilmesi için elverişli bir ortam yaratmaktır. Yani işletmeye sunduğu hizmetleri bir bütün olarak ele almak suretiyle temel işi desteklemek ve gelişmesini sağlamak, bunun sonucunda müşteri memnuniyetinin ve en iyi hizmetin verilmesine destek olmaktır (Brian ve Brooks 2009). Tesis yönetiminin kötü bir performans göstermesi durumunda ise binalar, fiziksel varlıklar ve diğer tesislerin optimum çalışma ve iş ortamı sağlanamamaktadır. Bunun sonunda işletmenin kuruluş amacı olan operasyon performansında düşüş meydana gelmektedir.

Tesis yönetimi, herhangi bir organizasyonun verimliliğinin artırılması için var olan, fiziksel ortama bağlı olduğu ve verimliliğini artırmak için çevrenin geliştirilebileceği düşünce sistemine dayanmaktadır (Grimshaw ve Keeffe 1993). Tesis yönetimi sadece rutin bakım ve operasyonel konuları kapsamamaktadır. Ayrıca planlama süreçlerini koordine etmekten, bir binanın sürekli gelişimini ve kullanım şekillerindeki değişikliği yönetmekten de sorumludur. Tesis yönetimi süreçleri, farklı işlevler üzerinde uzanan işlemler olup, müşterileri ve tedarikçileri birlikte içerir. Tesis yönetimi sektörü işletmedeki süreç iyileştirme ihtiyacını, hizmet sunumu iyileştirmesini ana unsuru olarak kabul etmektedir. Aksi bir durumda tesis yönetimi operasyonu, işletme genelinde daha üst düzeyde gerçekleştirilen faaliyetlere net bir şekilde odaklanmamaktadır. Tesis yönetiminde asıl vurgu, müşteriye değer katmak için bir hizmet sunumu sırasında işin nasıl yapılacağı hususudur.

2.2 Sağlık Tesis Yönetimi Kavramı

Sağlık tesis yönetimi sağlık hizmetlerinin başarılı bir şekilde sunulması için kilit unsurlardan biri olarak kabul edilmektedir. Genel olarak hastaneler ve sağlık tesisleri, yönetilmesi gereken en karmaşık, maliyetli ve zorlu yapılardır. Bu durumun bir sonucu olarak tesis yönetimi fonksiyonları kuruluşun yönetimine büyük katkıda bulunmaktadır (Loosemore ve Hsin 2001, Shohet ve Lavy 2004a). Esasen sağlık tesislerinin bakım organizasyonunun temel amacı hastanenin tıbbi operasyonlarında yaşanabilecek en küçük sorunların sonradan daha büyük sonuçları olabileceği ve hatta ölümle sonuçlanabileceği ihtimaline karşın yaşanabilecek hataların sıfıra indirilmesidir (Loosemore ve Hsin 2001).

Sağlık tesislerinde en temel kalite göstergelerinin başında hastaların klinik bakım hizmetleri ile yatan hastaların otel hizmetlerinin sunulma kalitesi gelmektedir. Sağlık tesislerinin temel bakım hizmetlerini bu yönleriyle ele alındığı görülmektedir (Angelopoulou vd. 1998, Liyanage ve Egbu 2005). Sağlık tesisleri yönetiminin itici gücü literatürde yoğun bir şekilde tartışılmaktadır. Stratejik planlama, müşteri hizmetleri, pazar testi, kıyaslama, çevre yönetimi ve personel gelişimi gibi konular sağlık tesis yönetiminin başarılı bir şekilde uygulandığının temel göstergeleridir (Gallagher 1998, Amaratunga vd. 2002a).

Bu kapsamda hastane tesis yönetimini tanımını “sağlık kuruluşunun organizasyon gelişimini desteklemek için mevcut tesislerin performansını ve maliyet etkinliklerini bir bütün olarak arttırmak hedefiyle birden çok disiplin ve birleşik/entegre tekniklerin bir arada uygulanması” şeklinde ifade edilmesi mümkündür. Bu tanımlama tesis yönetimi disiplininin bütünsel doğasını ve başarısındaki birçok faktörün birbiriyle bağımlı ilişkisini açıkça ortaya koymaktadır. Sağlık tesis yönetimi profesyonel ve stratejik yeni bir iş ve meslek kolu olarak genişlemesine devam etmektedir.

2.3 Sağlık Tesisleri ve Tesis Yönetimi İlişkisi

Türkiye’deki sağlık hizmetlerinin gelişimi İslam medeniyetinin doğuşuna kadar ulaşan Selçuklu ve Anadolu Selçuklu Devletleri dönemlerinde de faaliyetlerini sürdürerek Osmanlı Devleti’ne kadar devam eden tedavi çeşitliliğini içermektedir. Hastaların tedavi amacıyla inşa edilen şifahanelerde muayenesi ve tedavileri yapılmıştır. Bu dönemde merkezlerde, hastaların başında öğrencilere tıp eğitimi verilmiş, hastalar için tedavilerde kullanılmak üzere çeşitli ilaçlar yapılmış ve hastalara ücretsiz olarak verilmiştir (Kılıç 2012). Selçuklu Devleti tarafından gerçekleştirilen bu gelenek devam ettirilerek yaptırılan birçok darüşşifa Osmanlı Devleti tarafından da kullanılmaya devam edilmiştir (Aslan ve Erdem 2017).

Dünyada sağlık tesislerinin yönetimini incelendiğinde, yönetim süreçlerinin karmaşık ve sürekli değişen bir yapıda olduğu görülmektedir. Zamanla tıbbi bilgi ve tedavi yöntemleri arttıkça, klinik yönetim stratejileri veya idari yönetim stratejileri gelişmiş, hastalar bir

şehirden başka bir şehre veya bir ülkeden diğerine gittikçe, sağlık tesislerini yönetmenin anlayışının değiştiği ve birbirinden farklılaştığı görülmektedir. Dünyadaki hemen hemen her sağlık sisteminin ortak hedefi; hastalara sağlık tesislerinde mümkün olan en düşük maliyetle en iyi sağlık hizmetini sunmaktır.

Dünyadaki mevcut kaynakların her geçen gün azalmakta olduğu, buna paralel olarak sağlık hizmetlerinin sunum maliyetlerinin gün geçtikçe arttığı görülmektedir. Ülkeler sağlık harcamalarının artması sonucunda sürdürülebilir kaynaklar bulmakta zorluk çekmektedir. Hastaneler özelinde değerlendirdiğimizde, yapılan genel sağlık harcamalarının önemli bir kısmı hastanelerde meydana gelmektedir. Yapılan araştırmalar incelendiğinde hastane bütçesinin yaklaşık % 30'unu tesis yönetimine ayrılmaktadır (Lennerts 2009b).

Dünya'da gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerdeki sağlık tesislerinde “hasta merkezli bakım” modeli kabul edilmekte ve bu anlayışın başarılı bir şekilde sağlanabilmesi amacıyla hastaların sağlık tesislerinde gerçekleştirilen tüm hizmetlerin merkez odağına yerleştirilmesi gerekmektedir. Günümüzde sağlık hizmetlerinin en büyük sorunu, özellikle birini önceliği kar olan özel hastanelerde çalışan birçok doktor, hasta merkezli bakım modeli yerine kar odaklı modelin uygulanmasından endişe duymaktadır. Yine sağlık çalışanlarının çalıştıkları sağlık tesisinin imkanları ve ekonomik koşulları da göz ardı etmemek gerekmektedir. Dünya Sağlık Örgütü'nün kuruluş hedefi; dünyadaki tüm insanlara sürdürülebilir, uygun fiyatlı ve verimli bir sağlık sistemi sağlamaktır. Bu ancak sağlık hizmet endüstrisinde bulunan tüm paydaşların katkıda bulunmasıyla birlikte elde edilebilmektedir. Yani mevcut olan tüm kaynakların ekonomik ve çevre dostu şekilde ele alınarak sürdürülebilir bir sistem kurulması gerekliliği ortaya çıkmaktadır.

Tüm bu sorunları aşabilmek için tüm sağlık tesislerinde ve özellikle entegre hastanelerde mevcut hizmetleri iyileştirmek ve uzun vadede tesise değer katmak için modern ve aynı zamanda tesis özelinde bir sağlık tesis yönetimi anlayışı oluşturulmalıdır. Bu anlayış için paydaşlar, fiziksel varlıklar, mevcut kaynaklar ve teknoloji arasında optimum dengenin kurulması yoluyla, sağlık tesisinin hizmet anlayışına uygun, tüm ihtiyaçları ve zorlukları değerlendirerek, esnek ve yenilikçi tesis yönetimi anlayışı gerekmektedir.

Sağlık tesislerinin müşterisi hastalardır ve sunulan ürün ise verilen sağlık hizmetidir. Sağlık tesisinde tesis yönetimi açısından ise hastalar direkt müşteri olabileceği gibi bazı durumlarda ise dolaylı/ara müşteridirler. Diğer taraftan tesis yönetimi açısından bakıldığında tesisin tıbbi ve klinik birimleri ile tesis çalışanları da direkt müşteri veya dolaylı/ara müşteri olabilmektedir.

Tesis yönetimi, sağlık tesislerinde verilen birincil (tıbbi) faaliyetlerini destekleyici hizmetleri sürdürürken aynı zamanda her bir hizmetin gelişmesi için de süreçlerin entegrasyonunu sağlayarak hizmetin kesintisiz ve en iyi düzeyde gerçekleşmesini sağlamaktadır. Yani tesis yönetimi çok çeşitli süreçleri, hizmetleri, faaliyetleri ve tesis birimlerini kapsamakta ve kendi bünyesinde bütünleştirmektedir. Gelişmiş ülkelerdeki sağlık tesis yönetimi anlayışında sağlık tesislerinde gerçekleştirilen doğrudan hastanın tıbbi hizmeti ile ilgili olmayan tüm hizmetler sağlık tesis yönetiminin kapsamına girmektedir.

Sağlık tesis yönetimi, klinik ve tıbbi teşhis hizmetlerini sunma temelini destekleyen ve bu desteğe uygun ortamı sağlamaya ve sürdürmeye çalışmaktadır. Bu açıdan bakıldığında tesis yönetimi, sağlık hizmetlerinin başarılı bir şekilde sunulmasındaki en kilit unsurlardan biridir (Shohet ve Lavy 2004b). Yani tesis yönetimi, hastaların bakımı ve hastane personeli için güvenli bir ortam ve diğer sağlık hizmetlerinin uygun bir çalışma ortamı sağlamaktadır. Modern ve entegre hastanelerde mevcut haliyle tıbbi ve sağlık hizmetlerinin tesis yönetiminin desteği olmadan sürdürülebilirliğinin sağlanması mümkün olmamaktadır.

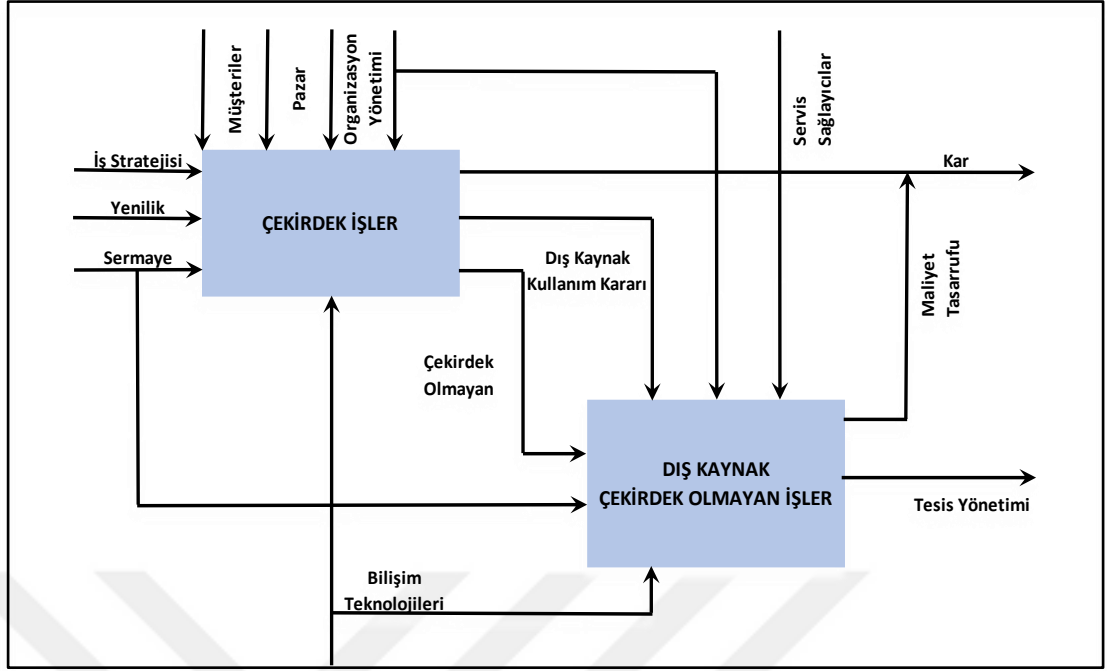
Sağlık tesislerinde geçmiş yıllarda gerçekleştirilmiş hastalarla yapılan anket çalışmalarındaki en önemli konuların temizlik, hasta yemekleri, güvenlik, sıcak ve rahat bir ortam olduğu anlaşılmaktadır (May ve Pinder 2008). Hastanelerde çok küçük veya önemsiz gibi görülebilecek sorunların, dikkate alınmadığında veya önemsenmediğinde yıkıcı ve çok büyük sorunlara yol açacağı, ölümcül sonuçlarının olabileceği bilinmektedir. Sağlık tesis yönetimi, tesisin çok hassas hizmet alanlarında sıfır hata şeklinde çalışması sonucunda olası riskleri ortadan kaldırıp sağlık tesisine hedeflenen hizmet değerini katmak mümkün olabilecektir.

2.4 Tesis Yönetimi Stratejisi ve Stratejik İş Planı

Tesis yönetimi, hizmet verdiği kuruluşun planlama süreçlerinin koordine edilmesinden, binanın sürekli gelişiminin ve değişen kullanım şeklinin yönetilmesinden ve binanın bakımından sorumlu tutulmaktadır (Amaratunga vd. 2002b). Kuruluşlar için fiziksel varlıklar kuruluşun sahip olduğu en önemli/değerli yatırımlar olarak görülmektedir. Bazen kuruluşlar temel amaçları için uygun olarak tasarlanmamış fiziksel yapılarda organizasyonuna devam etmek zorunda kalabilir. Bu tür durumlarda uygun ortamın oluşturulması gerekirken, bir yandan da temel işleri (çekirdek iş) üzerine ne kadar iyi odaklanmış olurlarla olsunlar, destekleyici hizmetleri (çekirdek olmayan işleri) gözden kaçırmamaları gerekmektedir. Bunun temel nedeni uygun olmayan fiziksel yapılardan maksimum verim almaları gerekmektedir.

Kuruluşlar, müşteri memnuniyetini sağlamak ve en iyi değeri elde edebilmek amacıyla temel ve destekleyici işler arasındaki ayrımı çok iyi düşünmek ve planlamak zorunda tutulmaktadır. Temel işlerin gerçekleştirilebilmesi amacıyla yaptıkları giderler, kuruluşun yıllık maliyet harcamalarının önemli bir bölümünü oluşturur. Bu durum diğer taraftan ise destekleyici hizmet maliyetlerinde de tasarruf yaratma baskısı oluşturmaktadır (Atkin ve Björk 2007).

Aslında kuruluşlar için temel (çekirdek) iş ile destekleyici hizmet (çekirdek olmayan iş) arasında basit bir ilişki vardır. Bu ilişkide, kuruluştaki birleşik/entegre işleyiş içerisindeki dış kaynak kullanımı ile yürütülen işlerin çekirdek iş ile olan bağlantıları, girdi ve çıktıları arasındaki ilişki düzeyleri basit bir şekilde ifade edilmeye çalışılmıştır (Şekil 2.1).



Şekil 2.1 Çekirdek işler ve çekirdek olmayan işler arasındaki ilişki (Brian ve Brooks 2009)

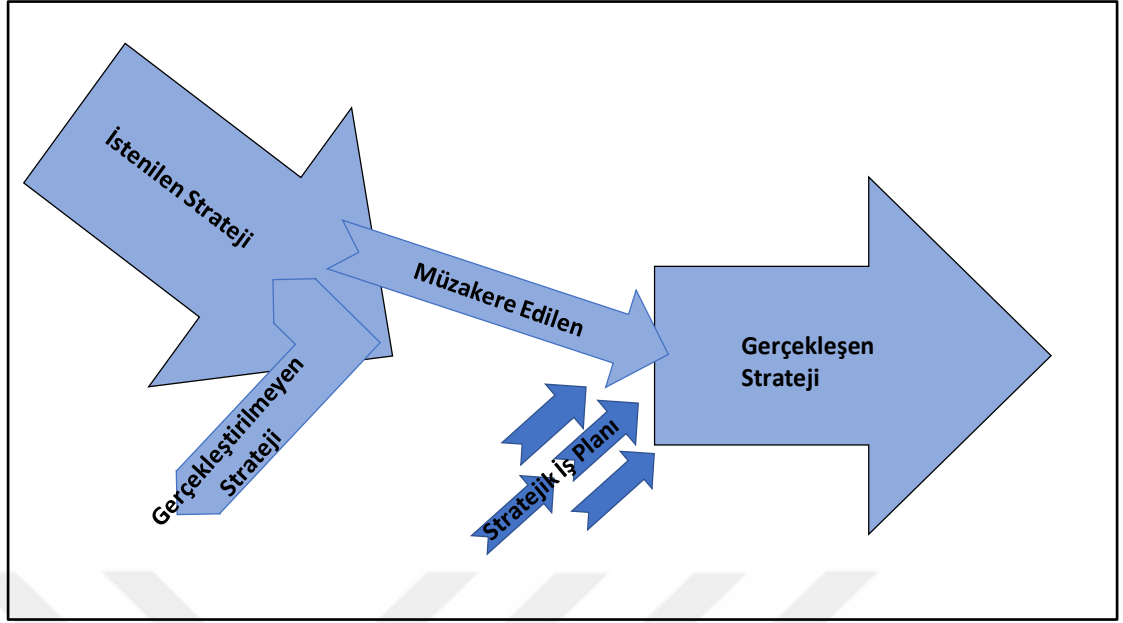
İşyeri organizasyonlarının dinamiği; süreçler ile insan ve çevre ile insan arasında meydana geldiğinden dolayı kuruluşun organizasyonları karmaşık bir yapı, eşgüdümlü süreç ve faaliyetleri kapsamaktadır. Dolayısıyla organizasyonun sağlıklı bir şekilde yürütülebilmesi iyi planlanmış ve aynı şekilde çok iyi çalışan entegre organizasyon yapısının oluşturulmasına bağlıdır.

Temel olarak kuruluşların yönetimine bakmanın en iyi yolu; birinci olarak kısa vadeli bir planlama ile mevcut hizmetleri korumak ve mümkünse iyileştirmek için neler yapılması gerektiğini düşündürmektir. İkinci olarak; kuruluşun gelecekte karşı karşıya kalabileceği muhtemel değişiklikleri, sorunları, fırsatları ve bunların mevcut hizmetleri nasıl etkileyeceğini düşünüp daha uzun vadeli bir bakış açısı ile stratejik planı ve iş süreçlerini planlamak oldukça önemlidir (Brian ve Brooks 2009).

Kuruluşlarda temel işi desteklemek için var olan tesis yönetimi, kuruluştaki süreç ilişkisinin zorluklarıyla karşılaşmaktadır. Günümüzde tesis yönetimi bir destek hizmeti olarak görülmesinden dolayı birçok tesis yöneticisi herhangi bir eylem gerçekleştirmeden önce talimatları bekleyerek reaktif bir rol üstlenmektedir. Bu durum diyalogun yalnızca

sorunlar ortaya çıktığında başlamasına neden olmaktadır. Bunun bir sonucu olarak, tesis yöneticisinin öngörülebilecek en uzun vadeli çözümün ne olabileceğini değerlendirmek yerine, gelen iş talimatı sonrasında hızlı bir düzenleme yapmak durumunda kalmaktadır. Bu durumun asıl nedeni ise tesis yönetimi hizmetlerinin proaktif olarak planlanmasıdır (Barrett ve Baldry 2003). Bunun yerine kuruluştaki hizmetlerin durumu problem çıkartmadan ve kritik bir hale gelmeden önce sorunları, gereksinimleri aktif olarak denetlemeli ve önleyici çözümler bulunmalıdır. Mevcut hizmet sunumunu düzeltme arzusu yanlış bir yaklaşım değildir. Fakat kuruluşun iş süreçlerinde meydana gelen ve daha önceki kararları geçersiz kılacak bir değişimin kaçınılmazlığı göz ardı edilmemelidir. Tesislerdeki taleplerin aynı olması veya sabit kalması mümkün olmamaktadır. Bunun sonucunda kuruluşların bugün oldukları yerden hareket etmeleri ve bu süreci yönetme yaklaşımını tasarlanmaları gerekmektedir. Kuruluşların gelişmesi ve büyük iş atılımlarını gerçekleştirebilmeleri için sahip oldukları mevcut kaynaklar, tesisler veya mevcut hizmetleri için gerekli olan dinamik durumla başa çıkabilmesi hedefiyle iyi planlanmış bir stratejilerinin olması gerekmektedir. Bu nedenle tesisleri yönetmenin temel noktası tesis yönetiminin çok iyi organize olması ve iyi bir stratejik planlarının olmasıdır. Bu strateji sayesinde kuruluş amaçlarını somutlaştırabilir, kendi gelişimini destekleyebilmek ve sürdürülebilirliğini sağlamak amacıyla neyin gerekli olduğunu bilmektedir. Kuruluş, kendisine gerekli olan hizmet desteğinin niteliğini ve düzeyini değerlendirmek için her zaman hazır olabilmektedir.

Tesis yönetimi stratejisi ve stratejik iş planı arasında kritik ve vazgeçilmez bir bağlantı bulunmaktadır. Bu bağlamda istenilen stratejinin gerçekleşebilmesi için stratejik iş planı dikkate alınarak bir müzakere süreci yaşanmaktadır. Müzakere sonucunda istenilen stratejide yer alan ancak stratejik iş planına uygun olmadığı düşünülen kısımlar çıkartılarak gerçekleşen stratejiye ulaşmak mümkün olabilmektedir (Şekil 2.2).



Şekil 2.2 İstenilen ve gerçekleşen strateji (Brian ve Brooks 2000)

Kuruluşun mevcut tesisleri kendi çevresini olumlu etkileyebildiği gibi, mevcut dış çevresi de tesisin hizmet sunumunun sürekliliği üzerinde olumsuz etki yapabilmektedir. Riskler ve belirsizlikler bir örgütün günlük çalışma ortamının vazgeçilmez bir parçasıdır. Bazı durumlarda riskler gözetimsiz bırakıldığında kuruluş açısından çok küçük sorunlar, problemlere veya hasarlara neden olabilmektedir (Brian ve Brooks 2000). Kuruluşların işleyiş sürekliliğinde meydana gelebilecek bir kesinti; gelirlerinin azalmasına, müşteri kaybına, itibarının zedelenmesine veya kamu hizmeti sunumunda önemli bir kesintiye neden olabilmektedir. Bu durum kuruluşun tesiste yaşayacağı; maddi ve fiziksel kayıp veya önemli hasarlar dışındadır. Oluşabilecek büyük bir kesinti kuruluşun yasal veya sosyal yükümlülüklerini yerine getirmesini engelleyebilir, dolayısıyla kuruluşun hayatta kalmasını tehdit edebilmektedir.

Birçok kuruluş genellikle hayati bir olumsuz durumla karşı karşıya kalabilme olasılığını çok uzak gördüklerinden dolayı stratejik iş planlamasını göz ardı etmektedirler. Neden olunan zararı sınırlandırmak, operasyonel olarak normale dönmek ve organizasyonel toparlanmanın hızlı ve sorunsuz bir şekilde sağlayacak bir iş sürekliliği süreci tasarlanmalıdır. Stratejik iş sürekliliği planlaması dört aşamadan meydana gelmektedir. Sürecin ilk aşaması “önleme” dir. Bu aşamada yüksek düzeyli risk farkındalığı ve ihtiyatlı

bir planlamayla birlikte risk oluşma olasılığı en aza indirilmelidir. İkinci aşama; “hazırlık” aşamasıdır. Bu aşamada yaşanabilecek riske karşı, kontrollü ve etkili bir şekilde cevap vermeye yönelik organizasyonel bir hazırlık kültürü geliştirilmelidir. Üçüncü ise “tepki” aşamasıdır. Tepki aşamasında, riskin meydana gelmesi sonucu oluşan acil bir durumda olayın ölçeği ve niteliği açısından en uygun zamanda planlı, disiplinli ve düzenli bir biçimde müdahalenin gerçekleştirilmesidir. Son aşama ise “kurtarma” dır. Bu aşamada kuruluşta yaşanan hasarı veya rahatsızlık derecesini en aza indirebilmek amacıyla planlanan prosedürleri etkinleştirmek ve kuruluşu mümkün olabilecek en kısa sürede olay öncesindeki normal durumuna döndürmek amaçlanmaktadır (Barrett and Baldry 2003). Kuruluşlar yaşanabilecek bu tür acil olaylara hazırlıklı olabilmek için tesislerinde stratejik iş planını hazırlanmalı ve oluşabilecek riskler sonucunda kaybedecekleri itibar ve müşterilerinin güven kaybının önlenmesi amacıyla hazırlanmalıdır.

Tesisleri verimli ve etkili bir şekilde yönetmek için temel stratejiler geliştirilmelidir. Bunlar kuruluşun çalışma şekillerine, iş planlarına ve alan stratejilerine uygun olarak kuruluşun stratejik hedeflerine uygun olmalıdır. Bu planlar kuruluş sahip olduğu tesis yönetiminin geliştirilmesi için de planlar içermelidir. Tesis yönetimi için hazırlanan iş planları; temel ve temel olmayan ticari faaliyetler arasında ayırım yaparak kuruluşun temel ihtiyaçlarını göz önünde bulundurmalıdır. Bu ihtiyaçları karşılayabilmek için etkili ve yönetilebilir entegre iş süreçleri belirlenmelidir. Bunun sonucunda ise belirlenen hizmetleri ve iş süreçlerini kuruluş içinden veya kuruluşun dışından (dış kaynaklar) karşılamalıdır. Böyle bir stratejinin geliştirilmesi üç aşamadan meydana gelmektedir. Yani özet olarak bu aşamalardan ilki “stratejik analiz”, ikincisi “çözüm geliştirme” ve son “stratejini uygulanması” şeklinde sıralanabilmektedir (Brian ve Brooks 2009).

2.4.1 Tesisin stratejik analizi

Tesis stratejisinin amacı, kuruluşun sahip olduğu gayrimenkullerinin mevcut durumu ve tesis yönetimi ile olan ilişki düzeyinin net olarak anlaşılmasıdır. Bunu başarabilmek için kuruluşun dört aşamadan oluşan bilgilerinin toplanması, incelenmesi ve değerlendirilmesi gerekmektedir (Thomson 1990). Bu dört aşamadan birincisi, “örgütsel

hedefler, ihtiyaçlar ve politikalar”, ikinci aşama “mevcut hizmet sunum bilgileri için mşşteriler, kaynaklar, iş sşreleri ve insan kaynakları durumu”, şnc aşama “mevcut fiziksel varlıklar, alan kullanımı ve kullanılan alanların maliyet analizi”, son aşama ise “swot analizi” inden oluşmaktadır.

Stratejik planlama sşrecinin ilk aşaması kuruluşun amaçlarını belirlemektir. Tesis stratejisi söz konusu olduğunda, kuruluşun ana hedeflerinin ne olduğu ve önümüzdeki birkaç yılda hangi hedeflere ve hangi değişikliklere ihtiyacının oluşacağını görmek için kuruluş ana faaliyet politikası çerçevesinde detaylı incelenmelidir (Barrett ve Baldry 2003).

Tesis yönetimi için kullanılan stratejik analizin önemli bir parçası, tesislerin ve destek hizmetlerinin sağlanması da çalışan personelin gözden geçirilmesidir. Bu analiz hem kuruluşun kendi içerisini hem de sözleşmeli dış kaynaklarını kapsamalıdır. Ayrıca kuruluşun mşşteri ilişkileri ve mevcut insan kaynakları yapısı da gözden geçirilmelidir. Bu incelemelere ilave olarak tesisin yoğun kullanılan alanlarını ve yetersiz yararlanılan alanlarını belirlenerek iş kuruluşun mevcut iş sşrelerini de kapsamlı bir şekilde analiz edilmesi gerekmektedir (Atkin ve Björk 2007).

Kuruluşun sahip olduğu mevcut gayrimenkullerinin, fiziksel varlıklarının ve ilgili varlıklarının denetiminde; destek ve bakım hizmetleri, bakım planları, riskler, risklerin değerlendirilmesi ve acil durum planları da dikkate alınmaktadır. Ayrıca bunlara ilave olarak kuruluşun alan kullanımı ve alan kullanımı ücret prosedürünü de dikkate almalıdır. Böylece kuruluşun kendi başına yapılan bu denetim sonucunda sahip olduğu alanları nasıl kullandığı, ne düzeyde yararlanabildiği ve kullanım maliyetinin ne olduğu konusunda farkındalık yaratılmaktadır (Gottfredson vd. 2005). Kuruluşun bu mevcut alanlar için yeni satın alma veya mevcudu elden çıkarmak seçeneğiyle karşı karşıya kalması, güncel emlak piyasasını periyodik olarak gözden geçirmesini de sağlamış olmaktadır.

Kuruluşun bir sonraki aşamada ise sahip olduğu tesis departmanının durumunun güçlü ve zayıf yönlerini belirlemeye, gelecekte karşılaşabileceği dış fırsatları ve tehditleri tespit ederek analiz yapmasını sağlamaktadır (oban ve Karakaya 2010). Böylece durum

analizi yaparak departmanın mevcut pozisyonunu kavrama ve geleceği hakkında öngöründe bulunma fırsatı tanıyabilmektedir.

2.4.2 Toplanan verilerin değerlendirilmesi, stratejiyi oluşturmak ve stratejinin uygulanması

Kuruluş ortaya çıkan seçenekleri sağlıklı bir şekilde değerlendirebilmek için öncelikle değerlendirme kriterlerini belirlemelidir. Tüm bu belirlenen kriterler, en iyi değer ve olası müşteri memnuniyeti değerlendirmelerini de içermelidir. Oluşturulan seçenekler tarafsızlık, parite ve hesap verebilirliği sağlamak için belirlenen kriterlere göre sürekli olarak yeniden gözden geçirilmelidir. Bu nedenle belirlenen kriterler anlaşılır, şeffaf ve incelemeye açık olmalıdır. Bu aşamaların sonucunda ortaya çıkan tesis yönetimi stratejisi hem kuruluşun genel stratejisine hem de mevcut alan stratejisine entegre edilebilir.

Atkins ve Brooks (2021) tesis yönetimi stratejisinde on iki alanı kapsaması gerektiğini belirtmiştir. Tesis yönetimi stratejisinin kuruluşta kapsadığı bu on iki alanda “kuruluşun finansal hedefleri”, “hizmetin kalite, maliyet ve zamana göre hedef ve kritik başarı faktörleri”, “hizmet kalitesinin iyileştirilmesi için hedefler ve potansiyel verimlilik kazanımları”, “müşterilerin gereksinimleri”, “ortaya çıkabilecek teknik sorunlar”, “riskler ve belirsizlik alanları”, “şirket iç ve dış kaynak kullanımı stratejisi”, “değişimi yönetmenin yönetimi”, “insan kaynakları politikası ve planı”, “tedarik politikası”, “iş süreçleri” ve “bilişim teknolojileri” yer almaktadır. Böylece oluşturulan strateji planı, daha sonra operasyonel bir plana dönüştürülmelidir. Bu değişim kuruluşta iyi ve kontrollü bir şekilde yönetilecek bir süreçle uygulanmalıdır. Kuruluşun insan kaynakları yönetiminde en iyi uygulamaları içeren bir değişim yönetimi süreci başlatılmalıdır. Uygulama planı, kuruluşun risk yönetiminin zaman çizelgesi ve ayrıntılarını içermelidir.

Bu stratejinin başarılı bir şekilde uygulanması için riskler tanımlanmalı ve bu tanımlanan risklerin yönetilmesine ilişkin kuruluş içi sorumlulukları da içeren bir uygulama planı hazırlanması gerekmektedir. Uygulama planı, dış kaynak kullanımını da içermesi durumunda, gerçekleştirilecek geçiş döneminde dış kaynak kullanımından dolayı oluşabilecek boşluklar, örnek risk tipleri (Brian ve Brooks 2009); “sorumlulukların ve

rollerin belirsizliği”, “geçiş dönemi içi zorlu bir zaman çizelgesi”, “sözleşme görüşmeleri için zaman yetersizliği”, “hizmet seviye sözleşmesinin (SLA) hazırlanması konusunda tecrübe eksikliği”, “şartların yeterince açık olmaması ve eksik tanımlanması” ve “imza ile sözleşme başlangıç zamanının çok kısa olması” gibi durumlara hazırlıklı olunmalıdır.

Özellikle kuruluşun temel iş operasyonları üzerindeki etkisini, neden oluştuğu ve nasıl ele alınacağı konusunda risk değerlendirmesi yapılmalıdır. Geçiş dönemi esnasında kuruluş için kilit hizmet alanındaki beklenmedik büyük bir boşluğun veya çöküşün etkisi operasyonların sürekliliğini tehdit edebilir hatta kuruluşun sürekliliğine zarar verebilir. Bu olası noktalar titizlikle ele alınmalıdır. Kuruluş geçiş dönemini yönetmek için gerekli düzenlemeleri iyi planlamalı, uygulamalı ve yönetmelidir.

2.5 Tesisin Tasarımı ve Planlanması

Tesis yönetimi hizmeti, paydaşların ihtiyaçlarını karşılaması, kuruluşun veya işletmenin kurumsal başarısına ne derecede katkıda bulunduğunun en büyük kıstasıdır. Proaktif tesis yönetimi organizasyonları; müşterilerin ve tüm paydaşların ihtiyaçlarını karşılayanın ötesinde müşterilerinin sunulan hizmetten beklentilerini daha iyi anlamalıdır. Müşteriler bekledikleri hizmet kalitesi ve nelerin sunulduğuna dair bir algıya sahiptirler. Yani müşterin beklentilerinin, algılanan hizmeti aştığı durumlarda hizmet kalitesinde boşluklar ortaya çıkmış olur. Bu durum da müşteri memnuniyetsizliğini meydana getirir (Barrett ve Baldry 2003). Genellikle paydaşlar, kullanıcılar ve hizmet alanlar beklentilerini oluştururken sağlanacak hizmetin ne kadar gerekli olduğunu kuruluşun sahip olduğu veya alternatif diğer hizmetlere oranlar. Böylece sunulan hizmete olan ihtiyaç, beklenen etki ve maliyetlerini göz önünde bulundurarak sunulan hizmetle ilgili olası başarı ve başarısızlık düzeyi ortaya çıkmış olmaktadır.

Bir kuruluşun faaliyetlerini yürüttüğü fiziksel varlıklar ve binalar kuruluşun faaliyetlerini ne kadar iyi yerine getirebileceğini büyük oranda belirlediğinden dolayı, bu varlıkların tasarımı önemlidir. En basit düzeyde bir bina veya mekân, kullanıcılarına faaliyetlerinin gerekli rahatlık ve kolaylık ortamında yapmasını sağlamalıdır. Işık, ısı, temizlik, hijyen, izolasyon, hareket kolaylığı, esneklik, iletişim kolaylığı ve mahremiyet gibi konuları

tesisin fiziksel tasarımına bağlıdır. Bu nedenlerle kuruluşun mevcut faaliyetlerinin yürütüldüğü bir bina, alan veya mekân bu temel gereksinimler göz önünde bulundurularak tasarlanmalı ve meydana getirilmelidir. Böylelikle kuruluşun temel faaliyetlerini gerçekleştirebileceği uygun çalışma ortamı sağlanmış olmaktadır (Croome 2006).

Son yıllarda özellikle ofis teknolojileri, iş ortamları, ihtiyaçlar ve beklentiler değişmiştir. Bu alanlarda meydana gelen gelişmeler kuruluşların organizasyon yapılarından insanların çalışma şekline kadar birçok şeyi etkilemiş ve değiştirmiştir. Bu meydana gelen değişiklikler ile başa çıkabilmek için kuruluşlar sahip oldukları stratejileri gözden geçirerek, yeni yönetim stratejileri oluşturmak gerekliliği anlamışlardır. Bu stratejik değişiklikleri hayata geçirebilme amacıyla tesisteki çalışma alanlarının tasarımı değişen ihtiyaçlara göre yeniden değerlendirilmesi gerekmektedir. Çalışanların rahat ve konforlu çalışma alanlarına eskisinden daha fazla ihtiyaçları vardır. Değişen ihtiyaçları da göz önünde bulundurarak daha esnek çalışma alanları planlanmalıdır. Bu durumun temel nedeni ise gelişen teknoloji ve yaşam standartlarıyla paralel olarak, çalışanların ve tüm paydaşların iyi eğitilmiş, teknik olmalarının yanında beklentilerinin yükselmesidir.

Geçmiş yıllarda, tesislerdeki çevre ve mekân planlaması çok daha kolay olup çalışanların temel ihtiyaçlarından ziyade kuruluşun ve yönetimin gereksinimleri ön planda olup, fiziksel varlıklar tasarlanırken; paydaşların ve çalışanların konforu veya konfor ihtiyaçları göz önünde bulundurulmamaktaydı. Kuruluşlar, personellerine ve çalışanlarına tesis tercihleri konusunda danışmamaktaydı. Bu eski duruma karşı günümüzde sürekli değişen iş operasyonları, çalışanların tercihleri ve organizasyon hedeflerini düşünülerek planlama gerekmektedir.

Tesisler için bir yaşam döngüsü perspektifi düşünüldüğünde; tesisin planlaması, tesisin meydana getirilmesinden ve işletilmesinden önce gelmelidir. Tesise duyulan ihtiyacın nasıl ortaya çıktığı öncelikli olarak düşünülmeli yani başlangıç noktası olmalıdır. Aslında bu durum “tavuk mu yumurtadan? yoksa yumurta mı tavuktan?” örneğindeki gibi görülebilir. Hangisi önce gelir? veya gelmelidir? Bu durum ve planlama, kuruluşların iş süreçlerinde nerede bulundukları ilgilidir. Kuruluşun mevcut durumdaki ihtiyaçlarını ne

ölçüde karşıladığıyla alakalıdır. Çünkü yeni tesis planlaması büyük ölçüde neyin, nasıl ve hangi ölçüde yönetilebildiği veya deneyimlendiğiyle ilgilidir.

Tesis tasarımına kullanıcılar özelinde paydaşların katılımı, kuruluşun organizasyonel gelişime büyük katkıda bulunmaktadır. Böylece çalışanlar görüşlerinin önemli olduğunu ve önemsendiğini fark ederek kişisel sorumluluk duygularını pekiştirirler. Bunun sonucunda çalışanlar, yaptıkları işler ile kuruluşa bağlılıkları ve motivasyonları artmaktadır (Teicholz 2001).

Ayrıca tesis çalışanları, çalıştıkları işlerde uzman olmalarından dolayı işin fiziksel ve operasyonel gerekliliklerini ve tam olarak neye ihtiyaçları olduğunu en iyi bilirler. Bu nedenlerle tesisleri yenilerken kullanıcılara ve özellikle tesis çalışanlarına fikirlerinin sorulması, tesisin yapılı çevresinin daha fonksiyonel olarak kullanılmasına ve iyileşmesine önemli katkıda bulunmaktadır. Tesisteki mevcut ve yeni fiziksel varlıklar tasarlanırken sorun yaratan veya sorun yaratma potansiyeli olan tasarımların belirlenerek hem daha doğru tasarım yapılabilir hem de alan tasarrufu yapılarak kaynaklar daha verimli kullanılabilir.

Tesis yönetiminin önemli işlevlerinden birisi de tesisteki mevcut alanların uygun ve verimli bir şekilde kullanılmasını sağlamaktır. Kuruluşların sahip oldukları alanların kullanımı esnasında alanların bakım, onarım ve amortisman maliyetlerini de göz önünde bulundurarak planlama yapılmalıdır. Yani işletmenin kurumsal hedefinde sahip olduğu fiziksel varlıkların sayısı, büyüklüğü ve özelliklerine ilişkin kilit faktörlerin belirlenmesi ve daha sonra bu belirlenen durumlara uygun bir alan yönetimine karar verilmesi kuruluşun sürülebilirliğine önemli katkıda bulunmaktadır. Böylece kuruluş faaliyetleri sürdürebilir olacak ve hedefleri için gerekli minimum kriterler sağlanmış olacaktır. Yani kuruluş, mevcut gayrimenkulüne yaptığı yatırım ile hedefleri için fırsat maliyetini de dikkate alacaktır (Brian ve Brooks 2009).

Kuruluşların mevcutta nerede durduklarını ve ne yaptıklarını bilmedikleri sürece yeni bir bina veya fiziksel varlığa hangi ölçüde ihtiyaç duyup duymadıklarına karar vermesinin güç olduğu vurgulanmaktadır. Kuruluşların mevcut fiziksel varlıklarının değerlemesi,

uzun menzilli stratejik planlama sonucunda hedeflenen gelişimi karşılamak için gelecekte ne tür binalara ihtiyaç duyulacağı hakkında bilgiler sağlamaktadır (Barret ve Baldry 2003). Hangi tür varlıkların kötü veya iyi performans gösterdiğini bilmek uzun vadeli stratejiyi gerçekleştirebilmek açısından oldukça önemli görülmektedir.

Mevcut binaların doluluk oranları, hangi alanlarda departmanların kullanımı için uygun konumda olduğu, hangi alanların esnek çalışma koşullarının düzenlenebileceği, mevcut departmanların ilerleyen zamanda ortaya çıkabilecek ihtiyaçlarını en iyi şekilde karşılayabileceği gibi önemli planlama sorularını bilmek tesiste ortaya çıkabilecek sık yer değiştirme, onarım veya yenileme durumundaki aksaklıkları, hizmet kesintilerini ve olası maliyetleri en aza indirebilecek olası durumların önceden planlanmasını gerektirmektedir. Tesisteki fiziksel alanların ve yapıların performans verilerinin iyi bilinmesi sonucunda hangi yapı türleri veya yapı elemanlarının en az onarım gerektiren, en az bakım masraflı olan, en az arıza çıkartan, en fazla enerji verimini sağlayan ve ihtiyaçlara en iyi cevap verilebilmeye ihtiyaç duyulmaktadır. Kuruluşların mevcut yapılarında riski taşıyabilecekleri gayrimenkul yönetimi ve tesis yönetimi arasındaki ilişki düzeyini net planlarının olması gerekmektedir. Böylece kuruluşlar tesislerinde “sürdürülebilir emlak yönetimi” anlayışına ulaşmalıdırlar.

Kuruluşların fiziksel alan veya yapı tasarımı hedeflerine ulaşma kabiliyetini etkileyebilecek çelişkili durumlar olabilmektedir. Bu nedenle kuruluşlar yatırım sonucunda önemli bir değer katacak bina veya alan kazanmak için oldukça fazla çaba ve zaman harcamalıdırlar. Bu planlama ilk önce proje aşamasında gerçekleştirilecek ön brifing süreci ile başlamaktadır. Toplantı sonrasında oluşturulan brifing belgesi gerçekleştirilecek hizmete neden ihtiyaç duyulduğu, elde edilecek kazanımlar, planlama süreci, bütçesi ve nasıl yönetilmesi gerektiği hakkında ön bilgileri içermektedir. Bu çıktı belgesi hem sonraki fizibilite çalışmalarının yürütülebilmesi için ihtiyaçların objektif olarak belirlenmesini sağlamakta hem de mimarı tasarım sürecinde önemli bir girdi bilgisi olarak kullanılmaktadır (Barrett ve Stanley 1999). Brifingin amaçlarından birisi de kuruluşun yönetimi, proje ekibi üyeleri, danışmanlar, tesis yöneticileri, uzman çalışanların katılımıyla birlikte fikir alışverişi yapılmasını sağlayarak referans olarak kullanılacak bir koordinasyon belgesi oluşturmaktır. Daha sonraki ve ayrıntılı bilgilere bağlantı sağlayabilme başlangıç noktası kabul edilmektedir (Brian ve Brooks 2009).

Kuruluşların gerçekleştireceği her bir inşaat projesi birbirinden farklı olup, kuruluşun mevcut alanlarının yenilenmesini ve yepyeni bir fiziksel alanın veya varlığın yapılması şeklinde mümkün görülmektedir. Her iki durumda da kuruluşun istediğini tam olarak elde edebilmesi için iyi bir başlangıç noktasından başlanılarak iyi bir özet hazırlaması ve belli miktarda ön bilgi toplaması gerekmektedir. Toplanacak bu bilgiler alanın veya binanın işlevi, ihtiyaç nedeni, gereklilikleri, yasal veya teknolojik kısıtlamaları, çalışma tarzları ve hizmet performans gereksinimlerini de içermelidir. Yapılacak çalışmada estetik beklentiler ve muhtemel kaygılar oluşturulacak belgenin kapsamında değildir. Burada elde edilen bilgiler daha sonraki aşamalarda olan mimari, teknik ve mühendislik tasarım özetine aktarmak için kullanılacaktır. Böylece tasarıma ve tasarımcıya tesisin daha verimli hale gelebilmesi için gerekli olan beklentiler, ihtiyaçlar ve yasal kısıtlamalar aktarılmaktadır.

Tesisler çoğu kuruluşun varlıklarının ve işletme maliyetlerinin önemli bir kısmını kapsamaktadır. Bu nedenle tesis yöneticileri bütçenin neden, nereye ve nasıl harcanacağını en iyi şekilde planlamaktadır. Kısacası tesis yöneticisi ve uzman çalışanlar tasarım fikrinin düşünölmeye başlamasından itibaren tesisteki yeni fiziksel varlığın işletmeye alınmasına kadar her aşamasına katılmalıdır.

Kullanım/doluluk sonrasındaki değeriendirme; kullanıcıların kendi ihtiyaçları için binanın uygunluğunu değeriendirmek için yapılan bir uygulamadır. Kuruluşlarda yapılan anketler, bu değeriendirmeyi ölçmek adına temel bir yöntemdir. En basit düzeyde, bir binanın tamamlandıktan sonra bina sakinleri tarafından kullanıcıların gereksinimlerini karşılamayan alanları tanımlamak için resmi bir değeriendirme niteliği taşımaktadır (Barret ve Baldry 2003). Buradan elde edilecek veriler, yeni bir bina brifing sürecinde kullanılabilir. Böylece kuruluş tarafından daha sonra yeni bir tesis planlanırken de oldukça yararlı bir belge olarak kabul edilmektedir.

Kullanım sonrası gerçekleştirilen değeriendirme çalışması, tesisin sadece fiziksel koşullarını iyileştirmekle kalmayıp aynı zamanda tesis yönetimine de yardımcı olacak kıymetli bilgileri içeren belgedir. Diğer taraftan bu tür anketler çalışanların güvenini ve desteğini kazanmak için de kullanılabilir. Böylece gelecekte olası değerişiklik

ihtiyaçlarında kuruluşlar tesisten yararlanan paydaşların katılımını sağlayarak desteğini almış olacaktır.

Tesislerdeki fiziksel varlıklar, kullanıcıların ihtiyaçlarını karşılayan ve nasıl kullandıklarını bildiklerine inanan profesyoneller yani uzmanlar tarafından tasarlanmaktadır. Fakat bazı durumlarda kullanıcılar için önemli olan konular tasarımcılar için önemsiz olabilir veya gözden kaçırılabilir. Bu nedenle hem kuruluşlar hem de çalışanlar için iş yerlerinin tüm ihtiyaçlarını karşılamayacak şekilde tasarlandığından dolayı şikâyet konusu olabilmektedir. Doluluk/kullanım sonrası değerlendirmelerdeki odak noktası; kullanıcı ve paydaşların memnuniyet düzeyi ile ilgili görünmektedir.

Tesis kullanımının başlaması sonrası doluluk değerlendirme yapılmasının faydalarını kısa, orta ve uzun vade şeklinde açıklamak mümkündür. Kısa vadeli faydalar tesislerdeki sorunların belirlenmesi ve çözüm yolları, kullanıcı değerlerini oluşturmaya duyarlı proaktif tesis yönetimi oluşumu, geliştirilmiş alan kullanımı ve bina performansı hakkında geri bildirim yani değerlendirme sürecine aktif katılım yoluyla çalışanların tutumunun iyileştirilmesi, bütçe kesintisi sonucunda yapılan değişiklikler nedeniyle ortaya çıkan performans düşüşünün anlaşılması, planlanmış tasarım sonrasında karar sonuçlarının daha iyi anlaşılabilmesidir. Orta vadeli faydalar; tesislerin yeni kullanım şekline dönüştürülmesi de dahil olmak üzere, zaman içindeki organizasyonel değişim ve büyümeye adaptasyonunun sağlanması, bina yaşam döngüsü boyunca önemli ölçüde maliyet tasarrufu, tasarım profesyonelleri tarafından bina performansı açısından hesap verme kriteridir. Uzun vadeli faydalar ise bina performansında uzun vadeli gelişim, tasarım veri tabanının, standartlarının ve bağlayıcı kriterlerin iyileştirilmesi, nicel bir yöntemle tesisin performansının ölçülebilmesi ve iyileştirilmesidir (Barret ve Baldry 2003).

Bu değerlendirmeler tesis paydaşlarının kendi refahlarını ve kuruluşun hedeflerini nasıl geliştirebileceklerine dair önemli sonuçlar çıkartmaya yardımcı olmaktadır. Hizmet süreçleri, hizmet düzeyi, kalite, verim, kullanılan fiziksel varlıklar, atıklar, kirlilik ve enerji kullanımını azaltma yolları gibi daha çok değişik alanlarda öneriler ortaya çıkabilmektedir. Kullanım sonrası değerlendirmenin bir defalık egzersiz olarak

görülmemesi oldukça önemli görülmektedir. Bu değerlendirmenin gerçek yararının ortaya çıkması için sürekli bir şekilde ve belirli periyodlarla tekrarlanması gerekmektedir. Çalışanların motivasyonunun ve bağlılıklarının artması için zaman zaman sonuçlardan ve ortaya çıkan sorunlarla kuruluşun nasıl başa çıkmayı düşündüğünden haberdar olması gerekmektedir.

2.6 Tesis Yönetiminde İç ve Dış Kaynak Kullanımı

Kuruluşların varlıklarını ve hizmet düzeylerini etkin bir şekilde yönetebilmesi için dış tedarik kuruluşları ile diğer paydaş gruplarıyla olan ilişkilerinin dikkatli bir şekilde planlanması ve düzenlenmesi gerekmektedir. Kuruluşlardaki toplam kalite yönetim anlayışı, zorlu performans beklentilerinin karşılanması, paydaşların beklentilerinin yönetilmesi ve organizasyonel hedeflerin gerçekleştirilmesi amacıyla tesislerin ve işletme hizmetlerinin geliştirilmesi ve en iyi koşulda yönetilmesi anlamına gelmektedir (Brewer vd. 2014). Bu kalite standartlarının yakalanması ve sürdürülmesinin aracı olarak etkili tedarik stratejisi uygulanması gerekmektedir.

Tüm önemli kuruluşlardaki temel işin (çekirdek/birincil iş) yürütülebilmesini sağlayan bir dizi destek hizmetinin verilmesi gerekmektedir. Bilinçli müşteriler için her bir faktörün ve özelliğin net bir biçimde anlaşılmasına dayanan bilinçli bir yaklaşım ve politika gerektiren kaynak sağlama stratejisi gereklidir. Bu kaynaklar kuruluşun kendi içerisinde seçildiği, kuruluş tarafından kullanılan kendi iç özel örgütlenmesinde olan bir kaynak tarafından da sağlanabilir. Performansların izlenmesi ve kontrolü geleneksel işveren/çalışan ilişkisi altında da gerçekleştirebilir. Kuruluş, iç hizmet düzeyi anlaşması düzenlemek yoluyla da bu ilişkiyi yönetebilir. Dış kaynak kullanımı ise bir veya bir dizi hizmetin paketlenip harici bir tedarik kuruluşundan sağlandığı yöntemdir. Operasyonel fayda ve hedeflerin sağlanması, izlenmesi, kontrolü ve gerçekleşmesi müşteri kuruluş tarafından bir hizmet seviye sözleşmesiyle de yürütülebilmektedir.

Kaynağa karar verme stratejisinin nihai sonucu kuruluşun genel performansı üzerinde doğrudan etkiye sahip bir durum olacaktır. Bu özellikle rekabetçi bir pazarda faaliyet gösteren firmalar için geçerli olacaktır. Karar verme süreci de kritik unsurları; hizmet

düzeylerinin uygun şekilde belirlenmesi, tedarik kuruluşlarının incelenmesi ve seçilmesi, sözleşmeye dayalı ilişki düzeyi ve hizmet kalitesinin izlenmesi kritik unsurlar arasında değerlendirilmektedir.

2.6.1 Kuruluş tarafından beklenen hizmetin özellikleri ve kaynak seçimi

Kuruluşlar belirli bir hizmetin kendisi için önemli olan özelliklerini belirlemek konusunda özgürdür. Buna rağmen kuruluş hem talep edilen hizmet özellikleri hem de bu taleplerin sunulabilme yeteneği açısından gerçekçi olmalıdır. Bir kuruluş için önemli kabul edilecek örnek hizmet özellikleri; müşteri servisi, hizmetin benzersizliği, hizmet önceliği, esneklik ve yanıt verme hızı, yönetimin etkisi, dolaylı maliyeti ve doğrudan maliyetinin kontrolü şeklinde ifade edilmektedir (Brian ve Brooks 2015).

Kuruluşlar ihtiyaç duydukları hizmetin kapsam ve standartlarını kendileri oluşturmalıdır. Bu sözleşmeler “sert” kurallar ve şartlar içerebildiği gibi daha “yumuşak” şartları da kapsayabilir. Bu yumuşak şartlar, özellikle hizmet alan kuruluşun dışındaki insan ve müşterilerle olan ilişkiler için oldukça önemlidir. Bu bağlamda yumuşak önlemler; arıza kayıtlarının basitçe not edilmesi yerine kibar ve duyarlı bir yardım masası hizmeti, işin yapıldığını doğrulamak adına müşterinin geri aranması, nezaket, yanıt, sunum ve düzen için performans önlemlerinin alınması şeklinde uygulanabilmektedir (Gottfredson vd. 2005).

Hizmet sunmanın farklı yolları düşünülürken, sunulan hizmetin özel talepleri de dikkate alınmalıdır. Çoğu görev tesis yönetimi alanındaki servis sağlayıcılar için gereksiz bir zorluk teşkil etmeyebilir. Örnek olarak hizmeti alacak kuruluş asansör bakım uzmanlığı konusunda yetersiz bilgiye veya eksik ekipmana sahip olabilmektedir. Bundan dolayı bakım hizmetini alabileceği veya yedek parça tedariği konusunda fazla bir seçim şansı olmayacaktır. Bu durumda hem uzmanlık gereği hem de mevzuat gereği sadece belirli kişi veya firmalar bakım yapma yetkisine sahip olacaktır. Bu gibi durumlarda yaşanabilecek sorunlar; potansiyel hizmet sağlayıcıların sayısı, hizmet sağlayıcıların yeri ve söz konusu tesise olan mesafesi, hizmetin maliyeti ve yedek parça ücreti, ortalama hizmet ve teslimat süresi, hizmeti bekleme veya gerçekleştirme süresi, siparişin

verilebilmesi için gerekli olan bilgi düzeyi olarak ifade edilebilir (Kakabadse ve Kakabadse 2000).

Sağlanacak hizmetlerin önceliği net bir şekilde ifade edilmelidir. Böylece kritik hizmetler vurgulanabilir ve sonucunda beklenen yanıt düzeyi belirlenir. Kuruluşlarda yüksek öncelikli hizmetler için bir risk değerlendirmesi yapılmalıdır. Böylece tesiste oluşabilecek hataların düzeyi ve sonuçları açıklığa kavuşturulmalı, yanıt hızı planlanmalıdır. Hizmet önceliği planında hizmet sunumunu etkileyebilecek tüm risk kaynakları belirlenir, olası yüksek riskleri belirlemek için bir ön analiz gerçekleştirilir. Böylece yüksek öncelikli risklerin etkilerinin ciddiyetini ve meydana gelme olasılığı değerlendirilir. En olası sonuçları tahmin edebilmek için tüm riskler analiz edilir, alternatif eylem yolları araştırılır. Meydana gelebilecek riskleri önlemek, azaltmak, aktarmak ve paylaşmak için gerekli görülen eylem yolunun uygun şekilde seçilmesi ve risklerin yönetilmesi adına en yetkili ve tecrübeli kişilere sorumluluk verilmesi gerekmektedir (Brian ve Brooks 2009).

Yüksek öncelikli hizmetler ve olası riskler tanımlanmalıdır. Bu risklerin meydana gelme olasılığı ve sonuçları hakkında değerlendirme yapılmalıdır. Yönetim ekibi riskleri belirlemek için anket ve kontrol listesi kullanılmalıdır. Böylece riskler tanımlanabilir ve uygun önlemlerin alınması için değerlendirilebilir.

Kuruluş ayrıca sunulan hizmetlerin her biri için gereken esneklik düzeyini de göz önünde bulundurmalıdır. Örnek olarak taşımacılık hizmeti için yılın belirli zaman aralığına yoğunlaşabilir veya hizmet talebinde değişiklik meydana gelebilir. Bu nedenle bu hizmetin sabit bir kaynak düzeyinde korunması zordur. Böyle durumlarda kısa bir süre için başka bir kaynaktan uygun maliyetli hizmet alınabilir.

Kuruluşlar açısından tesiste alınan hizmet sağlayıcının her bir hizmet için siparişlere veya taleplere cevap verme hızının planlanması ve düşünülmesi önemlidir. Örneğin tesiste yaşanacak acil durumlarda dış kaynağın yanıt verme süresi, kurum içi bir kaynaktan daha uzun zaman alabilir veya yanıt hiç alınamayabilir. Uzak bir tesis için bir bakım hizmet sağlayıcısının yanıt süresi daha kısa veya önemli olabilir ve sürenin azaltılması için prim

verilerek teşvik edilebilir. Özellikle önemli acil durumlar için mesai saatleri dışında gerekli ekipman ve hazır çalışanı olan dış kaynak, kuruluş içi kaynağa tercih edilebilir.

Tesislerde hizmetin dış kaynaktan sağlanması kararı, hizmet sağlayıcıların kapasitesini ve bu kaynağın bu hizmetleri yönetmek için gerekli olan yetkinliği dikkate alınarak verilmelidir. Dış kaynak kullanımı kararını alan kuruluş tüm işin yönetimini ve hizmetin sunumunu doğrudan tedarikçiye bırakabilir. Bu durumda kuruluş temsilcisinin rolü hizmet sağlayıcısının faaliyetlerinin kontrolü şeklinde olmaktadır. Bu nedenle kuruluşlar bu yeni yönetim rolünü dikkatli bir şekilde düşünmelidir (Barrett ve Baldry 2003).

Küçük bir kuruluşun hizmetleri; tesis temizlik, güvenlik, elektrik veya mekanik destek hizmetleri kapsamında değerlendirilecek olursa bu hizmet yelpazesıyla ilgilenen yönetici veya amirin hiçbir uzmanlığının olmasına gerek olmayabilir. Fakat daha büyük kuruluşlar için uzman yönetimi ve denetiminin olması verilen hizmetin kalite ve maliyetinin daha etkin ve yüksek olmasını sağlamaktadır.

Özellikle tesislerdeki temizlik, taşıma veya konaklama hizmetleri yüksek düzeyde uzmanlık gerektirmemesine karşın büyük ve teknolojik cihazların bakımı uzmanlık gerektirir. Görevlerinin yarısını bu tür hizmetleri yönetmeyi içeren bir tesis yöneticisi için öğrenme, sürekli kendisini geliştirme ve gerekli mevzuatın takibi önemli bir kişisel yatırımdır.

Kuruluşlarda hizmet sunumunda seçilecek yaklaşım şeklinin seçiminde genellikle toplam maliyet bilinmektedir. Kuruluş içi veya dış kaynaklı hizmet sunumu arasındaki karşılaştırmalı maliyeti değerlendirirken direkt/doğrudan ve dolaylı tüm maliyetleri belirlemelidir. Kuruluş içi kaynak kullanılması durumunda dolaylı maliyetler, kuruluş içinde kullanılacak personelin eğitim programı için yapılan harcamaları, çalışma izni, yetkili kişilerin kullanılması, teknolojik ekipman ve programlara yapılan yatırımlar gibi harcamaları da kapsamaktadır. Ayrıca yapılan çok çeşitli harcamaların sözleşmesi, iş ve fatura takibi de kuruluşa ayrı bir yük, daha fazla zaman, emek ve para harcamasını getirir. Buna karşın dış kaynak kullanımı bu tür direkt veya dolaylı maliyetlerin birçoğunu ortadan kaldırır.

Bu tür durumlarda doğrudan maliyetin (direkt maliyet) dolaylı maliyete göre daha kolay anlaşılması mümkündür. Dış kaynaklı bir hizmet söz konusu olduğunda sözleşme tutarı, halihazır mevcut olan net rakamdır. Şirket içi hizmet için doğrudan maliyet hesabı ise personel maaşı ve sosyal hakları içermektedir (Brewer vd. 2014). Bu durumlarda kontrol kuruluşun yönetim şekliyle doğrudan bağlantılıdır. Dış kaynak kullanımını düşünen bir kuruluş için en büyük endişe kaynağı oluşabilecek boşluk veya meydana gelen kontrol kaybıdır. Ulaşılabilecek kontrolün düzeyi, satın alma yöntemi ve yapılan sözleşme doğrudan ilgilidir (Ikediashi ve Ekanem 2015). Tesis yönetimi alanında kullanılan geleneksel bir sözleşme ile kontrol düzeyi sınırlı kalırken, daha kapsamlı ve uzmanlık gerektiren bir sözleşme ile kontrol düzeyi artırılabilir.

Kuruluşun öncelikle yapması gereken konu belirli bir görev veya hizmetin dış kaynak tarafından yapılıp yapılamayacağına karar vermesidir. Bunun için öncelikle dış kaynak kullanımının kuruluşun çevresi veya kültürüyle uyum sağlayıp sağlamayacağına dikkat edilmektedir. Buradaki seçim kuruluş içi hizmet veya dış kaynak kullanımıyla sınırlı değildir.

Kuruluşun seçenekleri detaylandırıldığında bir kuruluşun dikkate alabileceği yedi seçeneği olduğu görülmektedir. Kuruluş için önemli olan farklı hizmet özelliklerinin her bir seçenek için puanlanabilmesidir. Bu puanlama kuruluşun yaptığı ön hazırlık, varsayımlar ve deneyimlere dayanmaktadır. Listelenen özelliklerin çoğu daha sonraki aşamalarda alınacak tekliflerin değerlendirilmesi aşamasında da kullanılacaktır. Kuruluş temel bir işe değer katma potansiyeli açısından verilebilecek önemi ve ağırlığı belirlemek için her zaman kendi değerlendirme kriterlerini oluşturmalı ve göz önünde bulundurmalıdır. Bu çerçevede kuruluşun tesis yönetiminde göz önünde bulundurması gereken seçim ve yönetim şekillerinin modelleri oluşturulmalıdır. Bu modellerin oluşumunda, “kurum içi, çalışanların gayrimenkul ve tesis hizmetleri ile ilgilenmesi”, “özel şirket/iş birimi, şirket içi ekibin başka müşterilerden de iş alıp büyümesi için şirket içi birimin özel şirkete dönüştürülmesi”, “yönetici, temsilci olarak bir uzmanın atanması” ve “müteahhit yöntemi, tüm hizmet sağlayıcılarını büyük bir sözleşmenin parçası yaparak yönetimi tek çatı altında toplamak gerekmektedir. Bunu organizasyonu yönetmek için dışarıdan bir kuruluş atanmaktadır. Atanan yüklenici kuruluş tüm gerçekleştirilen harcamalardan belirlenen bir yüzde alır”, “yönetilen bütçe” ile aynıdır. Burada yüklenici

tek bir fatura üzerinden parasını almakta ve alt hizmet sağlayıcılara karşı sorumluluk yüklenmektedir,” toplam tesis yönetimi, tüm hizmetler ve sorumluluk tek bir firmaya verilir”, “başka bir danışman firmadan sözleşmeli uzman istihdam edilmesi ve danışmandan uzman, personel, eğitim, sözleşme ve standartlar için destek alınması” kriterleri göz önünde bulundurulmalıdır (Barrett ve Baldry 2003).

Kuruluşun kaynak seçimini yaparken gereksinimlerini doğru bir şekilde anlaması gerekmektedir. Bunun ilk adımı olarak önemli görülen her hizmetin özelliklerini değerlendirmesidir (Brewer vd. 2014). Kuruluş taleplerinin gerçekçi, nitelikli ve hizmet sağlayıcıların çok fazla yerine getirmesi beklenilmeyen taleplerde bulunmayacak şekilde tanımlı ve anlaşılır bir hale getirilmesi gerekmektedir. Birçok kuruluş için maliyet faktörü dış kaynak seçimi için motivasyon kaynağı olabilmektedir.

2.6.2 İç kaynak kullanımı

Kuruluş içi kaynak kullanımı, dış kaynak kullanımı ile karşılaştırıldığında daha az ilgi çeken bir konudur. Profesyonel olarak büyüyen dış kaynak sektörünün kurum içi hizmet sunumuna göre daha düşük maliyetli olduğu düşünülmektedir. Birçok tesis, sürekli olarak müşteri memnuniyeti ve en iyi değeri sunan şirket içi ekipler tarafından yetkin bir şekilde yönetilmektedir. Bu statü, son derece profesyonel çalışarak ve harici servis sağlayıcılar gibi işe uygun personelleri istihdam ederek sağlamaktadırlar (Brian ve Brooks 2015). Böylece kuruluşlar daha önceden dışardan temin edilen hizmetleri kurum içinde çözmektedir. Buradaki tercih, kuruluşun en iyi hizmeti sunmak için bir strateji, politika ve operasyonel planlarının formüle edilmesindeki son adımın bir sonucu şeklindedir. İç kaynak kullanıldığında bazı başarı faktörlerinin iyi tanımlanması gerekmektedir. Bu başarı faktörleri, “hizmetlerin kapsamı ve ilgili hizmetlerle olan ara yüzler tanımlanmalıdır”, “tüm paydaşlar olarak kurum içi ekibin ihtiyaç duyduğu hizmet seviyesi belirlenmelidir”, “şirket içi ekibin hizmet sunma yeteneği ve becerileri olmalıdır”, “ekip diğer departmanlara müşteri gibi davranmalıdır”, “kurum içi hizmet sunumu bir ekip yaklaşımı şeklinde sağlanabilir ve her üye ortak bir hedef için çalışmalıdır”, “sunulan hizmet sürekli olarak gözden geçirilmeli ve geliştirilmelidir” şeklinde ifade edilebilir.

Kuruluş içindeki ekibin kullanımında dikkate alması gereken aşamaların ve sorunların çoğu, dış kaynaklı hizmetler için geçerli olanlarla karşılaştırılabilir. Aradaki fark yalnızca sözleşmenin taraflar tarafından imzalanmasından önce takip edilen bir tedarik süreci ve daha belirgin olan rol ve sorumluluklardadır. Kuruluş içi ekip hem müşteri yararına hem de kendi kuruluşunun yönetim ihtiyaçları için aynı hedefe ulaşmaya çalışmalıdır. Bu durumda performansın daha gerçekçi ölçümüne izin verecektir. Kuruluş içi ekibin birinci hedefi olarak hizmetleri kuruluşun kendi organizasyonunun içinde tutmaktır. Bu hedefe ancak müşteri memnuniyetini sağlamak ve en iyi değeri sunmak koşuluyla ulaşılabilir.

Dış kaynak kullanılan hizmetlerde olduğu gibi iç hizmet sunumunun da başarısı ara hizmet yüzleri de ayrı olmak üzere tüm hizmetlerin açık bir şekilde tanımlanmasına bağlıdır. Kurum içi hizmet sağlayıcıları kaynaklarını etkin bir şekilde yönetmek için açık, anlaşılır ve boşluk bırakmayan tanımlara ihtiyaç duyarlar. Rollerin ve sorumlulukların tam tanımlanmaması, kurum içi personelin performansını ölçmeyi zorlaştırabilir (Gottfredson vd. 2005). Müşteri organizasyonu içerisinde kullanıcı olarak anılan bir iç departman, hangi hizmeti kimin sağlayacağı tam belli değil ise başarılı bir hizmetin sunulması ve performansın ölçülmesi oldukça zordur. Bu şekilde departmanlar arası görev tanımlarında boşlukların olması kurum içi çıkar çatışmalarının oluşmasına neden olabilmektedir.

Her türlü hizmet sunumunun başarısı hizmet paydaşlarının açık şekilde belli olmasına bağlıdır. Kuruluş içi hizmet sunumundan etkilenenlerde yine aynı dış kaynak hizmetinde olduğu gibi tanımlanmalıdırlar. Kuruluşun iç hizmet sunum ekibi yine aynı anda birçok kişiye hizmet edeceği için şirket için paydaşların göreceli olarak etkileneceği düzeyi bilmeleri önemlidir. Böylece kuruluşun stratejik planına ve iş yönüne ters düşebilecek bir sonucun oluşmasını önleyebileceklerdir (Kakabadse ve Kakabadse 2000).

Sürecin başarısını sağlamak için paydaşların ihtiyaçları her açıdan anlaşılmalıdır. Bunu başarabilmek her zaman mümkün olmasa bile gereksinimler iş yararına göre sıralanarak herkesin tatmin edilmesi sağlanabilir. Bu şekilde iç çekişmeden kaynaklanan problemler en aza indirilebilir.

Kuruluş içi servis ekibi, temel işi etkin bir şekilde desteklemek ve en iyi değeri sunabilmek için gereksinimlerindeki değişiklikleri karşılayabilmelidir. Bunu mümkün kılmanın yolu, eldeki kaynaklara, çalışanların becerilerine, yeteneklerine, eğitim ve gelişimlerine devam etme isteklerine bağlıdır. İhtiyaç durumunda kuruluş içi ekipler gerekli becerilere sahip yeni personel almak zorunda kalabilir. Mevcut başarılı işgücünün elde tutulması ve yatırım yapılması, dışarıdan yeni alımlar yapılmasından daha az maliyetli ve zaman alıcı olarak değerlendirilmektedir (Gottfredson vd. 2005).

Teknik alanların bakımı için birçok dış hizmet sağlayıcısı, personelinin yetkin ve nitelikli olabilmesini sağlamak için eğitime yatırımlar yapılmaktadır. Küçük kuruluşlar için bu işi organizasyonun kendi içinde çözmek hem zaman ve hem de finansal yatırım demektir. Bu tür hizmetleri kendi iç servisiyle çözmeyi tercih eden kuruluşlar bu tür finansal yatırımları yapmak durumundadır.

Kuruluş içi servisler, kuruluşun içindeki diğer tüm departmanları müşterisi olarak kabul etmelidir. Servis ekibi, müşterilerin ihtiyaçlarına yeterli yanıtı veya hizmeti veremediği zamanlarda büyük ihtimalle müşteri kaybına uğramayacaktır. Fakat her türlü durumda bile profesyonel bir yaklaşım benimsenmeli ve tüm müşterilerine karşı aynı duyarlılık ile hizmet sunumu sağlanmalıdır (Alexander 2003).

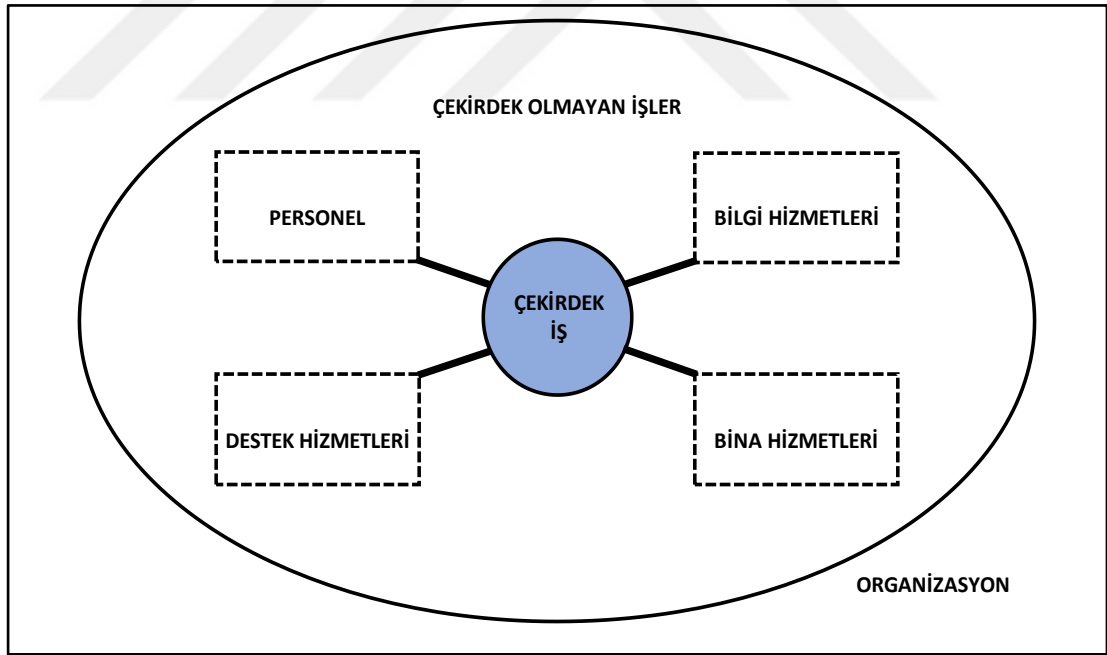
Kuruluş içi hizmet ekibi üyelerinin harici bir hizmet sağlayıcısıyla aynı şekilde çalışması gerektiği ve kriterlerle değerlendirileceklerini kabul etmeleri gerekmektedir. İç servis ekibinin profesyonelce çalışması, tesis yönetiminin olası dış hizmet sağlayıcılarla iç servis ekibini karşılaştırılabileceklerini bilmesi gerekmektedir (Ikediashi ve Ekanem 2015). Bu paralellikte çalışmayan iç servis ekiplerinin başarısına yönelik en büyük tehditlerden biri müşteriler tarafından kolayca fark edilebilen hizmet verimine veya kalite düzeyine kayıtsızlıklarıdır.

2.6.3 Dış kaynak kullanımı

Kuruluşun daha önce şirket içinde yürüttüğü bir işlevi yerine getirmek için bir sözleşme ilişkisiyle kuruluşun dışından ayrı bir tedarikçiyi istihdam ettiği sürece dış kaynak

kullanımı denilmektedir. Dünya’da küresel ekonomik düzen dolayısıyla yoğunlaşan rekabet ve küresel ekonomik durgunluklar sonucunda kuruluşlar toplam işletme maliyetini azaltmak ve temel işlevlerine yoğunlaşmak zorunda kaldılar. Dış kaynak kullanımı, hem verimlilik artışı hem de maliyet etkinliğini kolaylaştırmak için iyi bir çözüm yöntemi olarak doğmuştur. Tedarikçiler için dış kaynak kullanım stratejisinin kullanıcılar tarafından kabul edilmesindeki büyüme, sektörde önemli ve yeni iş fırsatlarını doğurmuştur (Barrett ve Baldry 2003).

Tesis yönetiminde, kuruluşun çekirdek işinin sürdürülebilmesi için gerekli olan hizmetlerin hepsi olmasa da birçoğu kuruluşun dışından tedarik edilebilir. Tesis yönetimi kapsamının ana bileşenleri; tesis (bina) hizmeti, destek hizmeti, teknik, mühendislik, özel uzmanlık gerektiren bilgi ve personel hizmetleridir. Kuruluşun tesisindeki temel faaliyetlere destek sağlamak için koordineli bir tesis yönetim anlayışı altında bir araya getirilmiştir (Şekil 2.3).



Şekil 2.3 Kuruluşun temel işini destekleyen tesis yönetimi (Barrett ve Baldry 2003)

Kuruluş açısından hizmetin hangi şekilde alınacağı, kuruluşun kendi içi veya dış kaynak kullanımı arasındaki optimum denge ile ilgilidir. Dış kaynak kullanımının avantajları olarak “azalan maliyetler/ölçek ekonomisi”, “temel/stratejik işe daha fazla yoğunlaşma”,

“azalan personel sayısı ve alan kullanımı”, “artan operasyonel verimlilik ve esneklik”, “son teknoloji kullanımı, artan uzmanlık ve yasal bilgi”, “azalmış yönetim ve organizasyon yükü”, “uygulama hızında artış ve yanıt süresinde azalma”, “tek kanaldan hizmet ve gider faturaları ve gelişmiş yönetim kontrolü”, “azalan kullanıcı riski, gelişmiş hesap verebilirlik ve performans düzeyi kontrolü”, “optimum ekipman ihtiyacı”, “kullanıcıya pazarda rekabet avantajı” ve “azalan sermaye gideri, az sermaye ile en son teknoloji ve vergi kazancı” şeklinde sıralanabilmektedir.

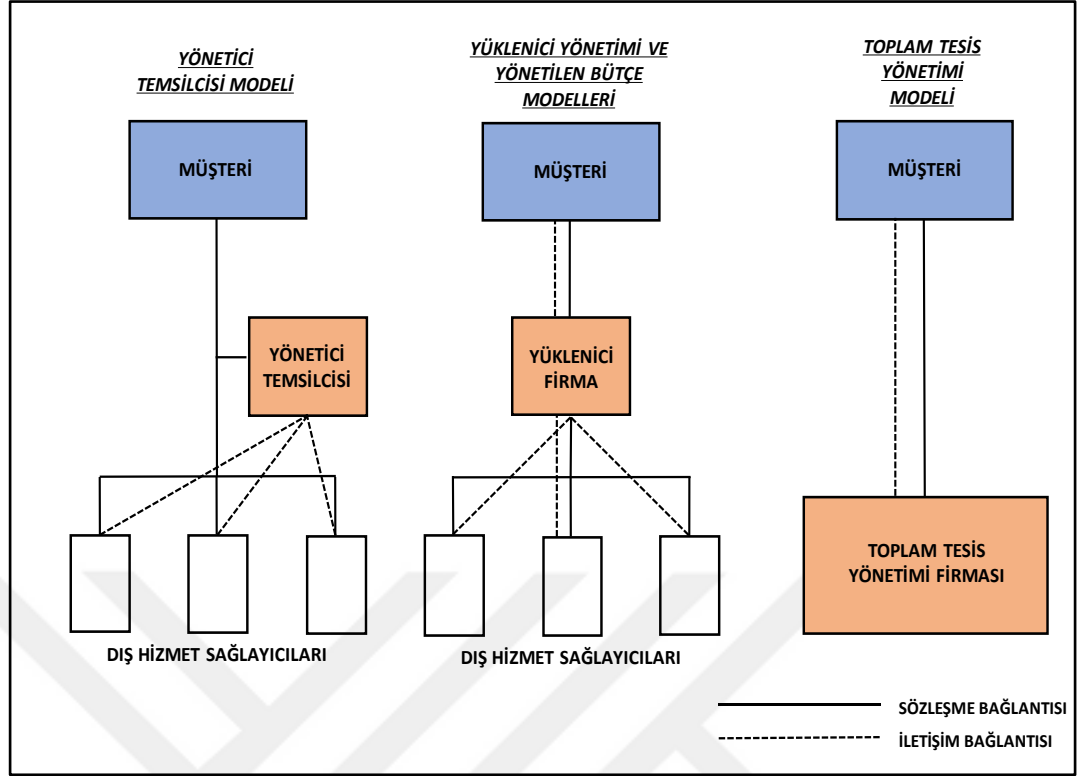
Dış kaynak kullanımının dezavantajları ise “her zaman uygun maliyetli değildirler”, “personel problemleri, tedarikçiye geçiş/kalma/ sendika ve işten çıkarmalar”, “tedarikçi kontrolünde eksiklik”, “yetersiz uzmanlık ve tecrübe nedeniyle yetersiz tedarikçi seçimi”, “personel sorunu, kullanıcı hizmet verene yönelik sadakatinin azalması”, “verilerin ve bilgilerin gizlilik sorunu”, “yeni yönetim tarzı sorunları”, “operasyonun ayrılması sonucunda stratejik odaklanmanın bozulması”, “stratejik risk, dış kaynağın kritik bölümlerdeki operasyonu tehlikeye atması”, “kaybedilen kurum içi uzmanlık ve yetenek”, “uzun vadeli sabit sözleşmeler”, “tedarikçinin kapasitesi”, “kuruluş kültürünün bozulması”, “tedarikçi ile yeni uygulamaların mülkiyet sorunu”, “şirket içi kaynak ve çözümlerin yok sayılması”, “tedarikçinin taahhüdüne uymaması”, “tedarikçinin müsaitlik ve süreklilik sorunu”, “gizli maliyetler”, “dış kaynak kullanımı kararı için yetersiz zaman”, “sorunlara daha yavaş yanıt verme”, “esneklik eksikliği” ve “oluşabilecek vergi cezaları” şeklinde sıralanabilmektedir (Barrett ve Baldry 2003). Burada sıralanan avantajlar, tedarikçinin satış konuşması esnasında söylediği sözler şeklinde görünebildiği gibi dezavantaj tablosu da şüpheli bir hizmet kullanıcısının önceden tasarlanmış düşünceleri veya fikirleri olarak da yorumlanabilmektedir. Dolayısıyla kuruluşlar kendi durumlarına ve hedeflerine özel olarak yapılandırılmış ve iyi planlanmış bir yaklaşım çerçevesinde ihtiyaçlarının ne şekilde karşılanması gerektiğini iyi planlamalıdır.

Dış kaynak kullanımı, dört temel hizmet sağlayıcı model türüne ayrılabilir. Dış kaynak ihtiyacı, kuruluş için ek destekten kuruluşun istediği her şeyin sağlanabildiği tam desteğe kadar uzanmaktadır. Dış kaynak model seçiminden önce asıl önemli konu dikkatsiz bir servis sağlayıcı veya taşeron tarafından meydana gelebilecek zararlar ve sonrası için ortaya çıkabilecek risklerdir (Brian and Brooks 2015). Hizmetlerin veya tesis

yönetiminin bütünlüğü çerçevesinde, hizmetlerin sunulmasını çok küçük sözleşmelere dönüştürmek mümkün olmayabilir. Çok sayıda taşeron sonucunda çok fazla sözleşme düzenlenmesi, kuruluş açısından finansal olarak bir dezavantaj teşkil edebilecektir. Çünkü çoğu zaman imzalanan tedarik zinciri sözleşmelerinde her bir hizmet noktasına bir değer katmadan maliyet eklenebilmektedir. Dış kaynak kullanımı ile hizmetlerin kümelenmesi, planlanması, hizmet seviyelerinin belirlenmesiyle en avantajlı yaklaşımın oluşturulmasına ve tedarik zincirinde fazlalıklar ve çatışmaların oluşma olasılığını minimize etmeye yarayacaktır. Böylece kuruluşların hizmet sunum başarı oranını arttırılabilecektir.

İster büyük ister küçük olsun bir hizmet sağlayıcının hata yapması veya başarısız olma olasılığını tamamiyle sıfırlamak mümkün olmayacaktır. Burada en iyi olasılık, güvenilir kaynaklardan referanslar alarak meydana gelebilecek başarısızlık olasılığını en aza indirmektir. Hizmet sunumunun tarafları olan firmalar, danışmanlık hizmeti veren firmalardan çok daha büyük ölçekli organizasyona sahip yüklenici firmalara kadar uzanmaktadır. Hangi seçimin en uygun seçim olduğu kararı, süreç esnasında tanımlanan kuruluşun ihtiyacını karşılayacak, hizmet gerekliliklerine ve risk toleransına bağlı olacaktır.

Temelde tesis yönetimi hizmeti dış kaynak kullanımının dört farklı modeli vardır. Bunlardan ilki “Yönetici Temsilcisi Modeli”, ikincisi “Yönetici Yüklenici Modeli”, üçüncüsü “Yönetilen Bütçe Modeli”, sonuncusu ise “Toplam Tesis Yönetimi Modeli”dir (Şekil 2.4) (Brian and Brooks 2015).



Şekil 2.4 Dış kaynak kullanım modelleri

Bu modellerin kuruluş tarafından hangisinin uygulanacağı hakkında karar verilmesiyle birlikte, beklenti seçilen model kuruluş için en iyi değeri sağlayacak yaklaşımı ortaya koymalıdır. Toplam tesis yönetimi modelinin belirgin bir cazibesi vardır ancak bu durum kuruluşu, sözleşmeyi ve yükleniciyi yönetmekten kurtarmayacaktır. Kuruluş yaklaşımlar arasında karar verirken, müşteri ihtiyaçlarının tam olarak karşılanmasını nasıl sağlayacağına dikkat etmelidir. En iyi çözüm, müşterinin memnuniyetinden ödün vermeyen çözüm olarak değerlendirilmektedir.

Yönetici temsilcisi modeli; kuruluşun kontrolü bir yükleniciye devretmek istemediği ancak hizmet sağlayıcıların verimli ve etkili bir şekilde yönetebilecek beceri veya uzmanlığa sahip olmadığını tespit etmesiyle gerçekleşmektedir. Tesisi yönetmek için harici bir müşteri temsilcisi/yönetici organizasyonu göreve getirilmektedir. Göreve gelen yönetici organizasyon için de şirket içi servis çalışanlarına uygulanan performans kriterleri getirilmelidir. Burada hizmet sağlayıcılar ile yapılan sözleşmelere yüklenici temsilcisi de taraf olmaktadır (Croome 2006). Bu düzenlemenin kabul edilmesinin kuruluşa sağlayacağı avantajlar da bulunmaktadır. Burada hem temsilciler hem de

yükleniciler rekabetçi ihale esasına göre seçilebilmektedir. Kuruluşun yeni temsilci ataması alt yüklenicileri etkilememektedir. Ayrıca bir yükleniciden memnuniyetsizlik diğer sözleşmeleri riske atmamaktadır. Bu model müşteri organizasyonuna en uygun yüklenicilerin ve sözleşme koşullarının bulunması konusunda esneklik sağlamaktadır (Cotts vd. 2010). Hizmetlerin bir kısmı kuruluş içerisinde ve bir kısmı da dışarıdan temin edilebilmektedir. Kuruluş iç veya dış kaynak kullanımına karar verirken atadığı yöneticiye uzmanlığı ve tecrübesi konusunda danışacak ve hatalı karar verme olasılığı azalacaktır. Bu yaklaşımı benimseyen kuruluşlar için muhtemel dezavantajlar bulunmaktadır. Örneğin olarak yönetici organizasyonu sözleşmesi de dahil olmak üzere çeşitli sözleşmelerin kapsamı arasında boşluklar meydana gelebilmektedir. Fakat bu oluşabilecek boşlukların sorumluluğu da yöneticiye yüklenebilmektedir. Böylece kuruluş sözleşmeleri parça parça yapması nedeniyle bir kısım riski kabullenmiş olacaktır.

İlk kez bir araya gelen taraflardan yüklenicilerin doğru şekilde hizmet sunmaları ve tesislerin verimli bir şekilde çalışması için aralarındaki koordinasyonun iyi ve kesintisiz sağlanması gerekmektedir. Bu karşılıklı ilişkinin oturması biraz zaman alabilmektedir. Böyle farklı yüklenicilerin bir arada verimli bir şekilde çalışabilmesi için yönetici temsilcisinin bilinçli çaba sarf etmesi gerekecektir. Bu modelde ayrı sözleşmeler olması maliyetin artmasına neden olmaktadır. Kuruluşun bu modeli seçerken yeterli planlama ve kaynak tahsisini yapması gerekmektedir.

Yönetici yüklenici modelinde ise müşteri kuruluş ile atanan yönetici yüklenici (birinci hizmet sağlayıcı) arasında yapılan sözleşme ön plana çıkmaktadır. Bu modelde yine taşeronlar (ikinci hizmet sağlayıcılar) ile yönetici yüklenici arasında bir sözleşme olmaktadır. Müşteri kuruluş ile ikincil hizmet sağlayıcıları arasında sözleşmeye dayalı bir ilişki olmamaktadır. Müşteri kuruluş, hizmet sunumuna ilişkin tüm konular için birincil hizmet sağlayıcı ile temas halinde olmaktadır. Bu çerçevede herhangi bir hizmet konusundaki şikâyeti yönetici firmaya direkt yapılacaktır. Bu nedenle komut zinciri daha uzun hale geleceğinden dolayı yapılan uyarı ve istek eylemlerinde gecikmeler meydana gelebilmektedir (Croome 2006). Kuruluş ikincil hizmet sağlayıcılarının sözleşme onay hakkını saklı tutarak taşeron seçimine katılmalı ve konumunu korumalıdır.

Yönetici firma, en iyi uygulama ile tutarlı olmayan ve kabul edilemez fiyatlandırmalarda taşeronlardan büyük ticari indirimler isteyebilir. Yönetici firmanın bu yaklaşımı taşeron firmanın kötü performans göstermesine de neden olabilir. Ayrıca muhasebe defterine erişim izni, maliyet ve hizmet ile ilgili yanlış anlaşılmalarda da ortaya çıkabilir. Bununla birlikte bu model kapsamında sözleşme resmileştikten sonra sözleşmede revizyon veya değişiklik yapmak oldukça zorlu olmaktadır. Bu modelde kuruluş açısından sözleşme olarak tek bir temas noktası olduğu için evrak işlerinde önemli bir azalma meydana gelecektir. Böylece finansal risk de azaltılacaktır. Genellikle yönetim yüklenicisine verilecek hizmet bedeli toplam harcama değeri üzerinden belli yüzde ve performans primi şeklindedir. Müşteri kuruluş, sadece bir sözleşmede taraf olmasına rağmen yönetici firmanın muhasebe kayıtlarına erişim izninden dolayı tüm harcamaları ve evrakları rahat takip edebilmektedir.

Yönetici temsilcisi modeli birçok kuruluş için hala geçerli olsa da, bilgi teknolojileri sistemine yatırım (ICT) yapmış ve işlem sayısını azaltmak isteyen bazı kuruluşların yönetim kültürüne uymamaktadır. Bu yönetim şeklinde ödeme süreci hariç geriye kalan tüm işlemlerin bir yönetici aracılığıyla yürütülse de müşteriler de ödeme süreçlerini ayrıca takip etme durumundadırlar (Loosemore ve Hsin 2001). Bu çekinceleri gidermek için geliştirilen ve yönetilen bütçe modelinde atanan yönetici yüklenicinin tüm tedarikçilerinin ödeme sorumluluğunu üstlenmiş olup, her ayın sonunda tek bir hakediş faturası şeklinde ödeme yapmaktadır. Taşeron hizmet sağlayıcıların cirosu yönetici firmanın hesabından geçmektedir. Bu nedenle yönetici temsilci modelinden daha yüksek bir hizmet ücreti ödenmektedir. Bu model aslında taşeronların maliyeti üzerine artı yönetici kârı şeklinde özetlenebilmektedir. Taşeronların tüm giderleri toplanmakta ve bulunan bu kümülatif rakam üzerinden belirlenmiş oran üzerinden yönetici firmada çalışma/organizasyon bedelini almaktadır. Hesaplanan toplam bedel tek bir fatura şeklinde müşteri organizasyona kesilmektedir.

Toplam tesis yönetimi modelinde ise müşteri kuruluş tesislerinin yönetim sorumluluğunun tamamını sözleşme karşılığında bir kuruluşa vermektedir. Yüklenici kuruluş bir sözleşme karşılığında aldığı işin bir kısmını alt taşeronlara verebilmektedir. Müşteri kuruluş ile yapılan sözleşmeden kaynaklı taşeronlar ile bazı problemler

yaşanabilmekte ve bu durum hizmette ciddi kesintilere ve aksaklıklara neden olabilmektedir.

Toplam tesis yönetimi yüklenicisi, müşteri kuruluşun ihtiyaçlarına diğer yöntemlere göre daha eksiksiz ve rekabetçi bir çözüm sunabilmektedir. Yüklenici firma taşeronlarla arasındaki uzun yıllara dayanan ticari ilişki sayesinde daha düzenli ve verimli bir çalışma ilişkisi kurmuş olabilir. Böylece müşterinin tüm ihtiyaçlarına birden sağlam ve iyi çözümler sunabilir. Burada müşterinin yüklenici seçimini doğru kriterler ile yapması ve en iyi firmayı seçmesi gerekmektedir (Ikediashi ve Ekanem 2015).

Bazı durumlarda yüklenici ve taşeron arasındaki ilişkilerden dolayı problemler de yaşanabilir. Örneğin yüklenici taşeronu performansından dolayı veya daha ucuza çalıştıracağı başka bir taşeronla değiştirmek isteyebilir. Bu tür kararlar her zaman performans artışı getirmektedir. Bazen her değişen taşerona işi öğrenme ve alışma süresi gerekmektedir. Böylece verilen hizmette kalitenin düşmesine, aksamalara veya kesintilere neden olmaktadır. Bu gibi durumların önüne geçmek adına müşteri kuruluştan yeni taşeron ataması için onay alınması istenebilir. Ayrıca muhasebe defterlerine erişim hakkı da istenilebilmektedir. Müşteri kuruluş bu yöntemde risk açısından daha güvencedir. Sözleşme olarak tek temas noktası yüklenicidir. Böylelikle daha az yönetim eforu anlamına gelmektedir. Maliyet açısından yönetici temsilci modeli kadar ucuz olmayabilir. Fakat evrak takibi, muhasebe, yönetim ve denetim zorlukları açısından daha avantajlıdır.

Herhangi bir dış kaynak hizmet alımının kritik başarı faktörleri vardır. Bunlar ara yüzler de dahil olmak üzere tüm hizmetlerin açık ve net anlaşılır şekilde tanımlanmasıdır. Örnek olarak haşere kontrolü, atık ve temizlik hizmet sözlenmesinin bir parçası olarak kabul edilip edilmeyeceği önemlidir. Bu örnek bile hizmetler arası ara yüz boşluğunun olmaması gerekliliğine bir örnek teşkil etmektedir. Aynı iç kaynak kullanımında olduğu gibi dış kaynak kullanımı içinde hizmetlerin tanımı hizmetin kesintisiz ve sürekli bir şekilde yürütülebilmesi için çok önemlidir (Beer 1986).

Kuruluşun paydaşları, iç ve dış müşteriler gibi sağlanacak hizmetlerden etkilenecek taraflardır (Cotts vd. 2010). Müşteri sürecin başarısını güvence altına alabilmek adına

ihtiyaçlarına uygun teknik özellikler ile hizmet düzeylerini tanımlaması ve gereksiniminin tam olarak anlaşılması gerekmektedir. Müşteriler önemli paydaşların ihtiyaçlarını yarar sırasına göre sıralamalı ki önemli hizmetlerin karşılanacağından emin olmalıdır. Yine i kaynaktan sağlanan hizmette olduğu gibi paydaşların ve önem sıralarının belirlenmesi başarı için önemli bir faktördür.

2.7 Değişim Yönetimi

Kuruluşlar kuruluş amaçları olan kendi işleri ile vrelerine enerji katarken, operasyonlarının devamlılığını sağlayacak değişim sürecini planlama ve koordine etmek için akıllı bir yaklaşım benimsemelidirler. Kuruluşlardaki değişim yönetimi nadiren doğrusal bir süreçtir. Değişim yapmak, yineleme veya yeniden çalışma şartları gerektirebilir (Sarshar 2006). İstikrarın normal olduğu bir dünyadan, normalliğin kendisinin bir değişim ta kendisi olduğu bir zamana gelinmiştir. Günümüzde vrede değişmeyen tek şey değişimin kendisidir. Bu paradoks ilerlemek, hedeflere varabilmek ve başarılı olunabilmesi için işlerin daha iyi yapmak zorunda olduğunun kabul edilmesidir.

Değişim süreci, kuruluşlara iş stratejilerini gerçekleştirmeleri için kilit bilgi, mevcut araçlarla birlikte kuruluşun var olan kaynaklarını organize ettikleri zamana denilmektedir. Başka bir tanım ise gerekli bir sonuca ulaşmak adına kuruluşlardaki değişikliğin insan kaynağını yönetme süreci ile birlikte sahip olunan araç ve teknikleri kuruluşun sosyal altyapısı içerisinde etkin ve verimli bir şekilde kullanılmasıdır (Regterschot 1990).

Bazı durumlarda değişim kuruluşlar için bir endişe kaynağı olabilmektedir. Değişimi hızlı ve etkili bir şekilde yöneten kuruluşlar için ise bu durum avantajlı kabul edilmektedir. Planlama için zaman ve kaynak harcamak gerekmektedir. Topyekn değişimden ziyade daha küçük değişim süreçleri daha başarılı olabilir. Kuruluşlardaki değişim sürecine etkilenen tüm paydaşlar dahil edilmelidir. Böylece birlikte ölçülebilir ve net hedefleri olan uygulanabilir plan retilabilmektedir. Değişimin yönetimi, bir taraftan kuruluşun stratejik iş hedeflerine odaklanmasına yardımcı olurken aynı zamanda bu hedefleri gerçekleştirmesine de yardımcı olacak operasyonel dönüşümleri belirleyen ve sağlayan

en önemli araçtır. İş ve hizmetin dinamikleri değiştikçe kuruluşların değişimi de iş hayatının normal koşulu kabul edilecek ve böylece tesis yönetimi de değişmek zorunda kalacaktır. Tesis yönetiminin öncelikli hedefi kuruluşun temel faaliyetlerini destekleyen bir çalışma ortamının oluşturulması ve kesintisiz sürdürülmesidir. Bu hedefin başarılması yeterince zorken, çalışma ortamının tüm yönleriyle sürekli artan değişim isteği sonucunda hedef çok daha zor bir hale gelebilmektedir. Özellikle son yirmi yılda tesis yönetiminden beklenen hedef değişimin başarılı bir şekilde yönetilmesidir.

Tesis yönetiminde var olan değişim yönetimi yalnızca idari ve teknik unsurlarla sınırlı kalmamalı, başarılı bir şekilde yönetilecekse çalışanların ve mümkünse paydaşların da bu sürece entegre edilmesi gerekmektedir. Değişim sürecinde yaşanabilecek en büyük problemlerden biri insan faktörüdür. İnsanların değişime olan dirençlerinin nedeni, mevcut çalışma biçimlerine veya statükolarına bir tehdit olarak algılamalarıdır. Brian ve Brooks (2015) bir kuruluşun departmanlarından birinde alan değişikliği önerildiğinde etkilenebilecek personelden önemli bir direnç gösterildiğini belirterek bu direnişin iki ana nedeni olduğunu belirtmektedir. Birinci nedenin kişisel çıkarlar olduğunu belirtmektedir. Personelin çoğunluğu kişisel çıkar ve güvenlik duygusunun değişiminden dolayı tehdit edildiklerini hissedebilmektedir. İkinci neden ise çalışanların alıştıkları rutin iş akışlarının bozulmasıdır. Personelin çoğu bitmeyen bir değişim olarak algıladıkları şeylere karşı direniş göstermektedirler.

Kuruluşlardaki herhangi bir değişim sürecinin başlangıç noktası algılanan değişim ihtiyacı veya arzudur. Değişiklik, genişleyen bir departman için ek alan gereklilikleri olabileceği gibi tesiste yer alan fiziksel, fonksiyonel bir durum veya çeşitli ofislerin yeni bir binada birleştirilmesi gibi daha stratejik bir durum olarak da görülebilmektedir. Tesis yönetimi değişime karşı direncin üstesinden gelmek amacıyla özellikle müşteri grubunun motivasyonunu sağlamalıdır. Yani müşteri grubu, tesis yönetimi tarafından değişme odaklanmak yerine kendilerinin değişimi “seçtiklerini” algılamalıdır (Teicholz 2001). Bu noktada tesis yönetimine düşen görev müşteri grubunda meydana gelen değişikliğin kendi çıkarları doğrultusunda olduğu konusunda ikna edilerek oluşacak yeni durum hakkında sahiplik duygusunu geliştirilmelidir.

Tesis yönetimi, kuruluşların değişimi yönetmesine yardımcı olur yani kuruluşu bugün bulunduğu yerden gelecekteki yeni iş hedeflerine ulaşması için olması gerektiği noktaya taşımaktadır. Kuruluşlar yarın işin ve işin gerektirdiklerinin, bugünkünden farklı olduğunu bilmeleri gerekir. Kuruluşların değişim beklentilerinin temel nedenleri; “odaklanma, etkinlik çeşitlerini azaltma”, “mühendislik, iş süreçlerinin yeniden tasarımı”, “küçülme, temel işleri azaltma”, “yönetim araçlarını azaltma, gereksiz yönetim düzeylerini çıkartma”, “organizasyon yapısı ve ilişkiler”, “verimlilik talepleri”, “insan becerileri ve kaynakları”, “zaman baskısı”, “bilgi ve iletişim teknolojileri” ve “yasal yükümlükler, sağlık, güvenlik ve çevre mevzuatı” şeklinde ifade edilebilir (Brian ve Brooks 2009). Bu nedenlerle kuruluşlardaki değişim ihtiyacı farklı şekillerde veya düzeylerde ortaya çıkabilir. Bu durum genellikle insan odaklı kararlar ve davranışlardan etkilenir. Değişim yönetimi, kuruluşun gelecekte nerede olmayı hedeflediği, hedefine nasıl ulaşacağı ve insanları nasıl bu sürece dahil edeceğiyle yakından ilgilidir. Tesis yönetimi, insanların değişim sürecindeki çalışma istekleri ve motivasyonlarının sonucunda iş performanslarının nasıl etkilendiği ve yönetimiyle direkt ilgilidir.

Tesis yönetiminin değişim sürecindeki zaman yönetimi, fiziksel değişimden çok değişim süreci yoluyla insanları dolayısıyla süreci yönetmeyi ifade etmektedir. Örnek olarak tesisin teknolojik yeni bir yazılıma geçmesi nispeten kısa sürmekte; fakat tesis yönetiminin çalışanlarının bu yeni teknolojiyi benimsemesi, hazır olmasını sağlamaya ve sorunsuz bir şekilde çalışmasının sağlanması için harcanan süre ve efor oldukça fazla zaman almaktadır.

Kontrollü bir şekilde değişimi hayata getirmek bu süreçten etkilenen insanları yönetebilmek için sadece sosyal beceriler haricinden daha farklı araçlar da gerektirmektedir. Değişimin etkilediği tüm paydaşların bu sürece en başından itibaren katılması gerekmektedir. Değişim süreci esnasında tesisin paydaşlarından alınan geri bildirimler süreci sağlıklı bir şekilde yönetmek için oldukça önemlidir (Barrett ve Baldry 2003).

Kuruluşlarda değişim süreçlerini sağlıklı bir şekilde gerçekleştirebilmek adına faaliyetler arası sıralama ve mantıksal ilişkiyi dikkate alan bir süreç modeli kullanılmalıdır. Bu

modelle birlikte kabul edilen kim dahil olacak, nerede, hangi bilgi gibi standartlar kontrol listesi olarak kullanılabilir. Böylece değişim sürecinin tamamlanması daha kolay olabilir. Ayrıca bir model oluşturmak sürecin tek ve entegre bir görünümünü yaratma alıştırmaları olarak da görülebilir. Uygun olabilecek teknolojik araç ve yazılımlar ile desteklendiğinde modeli tümüyle hayata geçirmeden kontrol etmek mümkün olacaktır. Tesislerdeki değişim yönetiminin doğrusal bir süreç olması nadiren görülen bir durumdur. Kuvvetle muhtemel yenileme gerektiren veya değişim isteyen aşamaları olacaktır. Oluşturulacak model süreç dizininin sıralaması ve mantığını irdeleyerek değişim sonucunda elde edilmek istenen sonucun optimize edilmesini sağlayacaktır. Ayrıca bu süreç modeli oluşturulurken başka alternatif senaryo modellerle karşılaştırıp en uygun model seçilebilecektir. Böylece ortaya çıkabilecek olası riskler tahmin edilecek, önlemler alınacak ve minimuma indirilebilecektir. Bu yaklaşımlar sayesinde istenilen sonucun elde edene kadar süreci değiştirmek ve geliştirmek için kullanılır. Burada harcanılan fazladan zaman, değişimin başarılanması ve istenilen kalitede ürünün müşteriye ulaşması olasılığını artırmaktadır.

Tesislerdeki değişim uygulamaları, kuruluşun yapısında ve ilgili çalışanların görevlerinde değişiklikler içerdiğinden dolayı değişim sürecine tüm örgütün sahip çıkması gerekmektedir. Çünkü genellikle değişim sürecine müşteri kuruluşlar güvenmemekte, iyi karşılamakta ve kabullenmekte zorlanabilmektedir. Müşteriye performans, kalite ve maliyet olarak önceden bilgi verilip ikna edilmesi gerekmektedir. Müşteri organizasyonlarının yanında taşeron ihtiyaçları da göz önüne alınmalıdır. İş akışında sorunsuz bir geçiş ve minimum kesintiyi sağlamak için değişimin hızı ve kesinliği çok önemli görülmektedir.

2.8 İnsan Kaynakları Yönetimi

Kuruluşların sahip oldukları mevcut tesislerinde veya mülklerinde hizmetlerin sağlanmasına ilişkin herhangi bir önemli değişiklik yapıldığında, kuruluşun kültürü, iç ve dış çevresi ile olan ilişkisinin niteliği etkilenmektedir. Bu nedenle bir yandan kuruluşun ihtiyaç duyduğu hizmetlerin değerini arttırmak amacıyla strateji geliştirilirken diğer yandan insan kaynakları yönetimi önemli bir yer tutmaktadır. Herhangi bir kuruluş için

başarının temel belirleyicisi sahip olduğu personelin performansıdır. Bu nedenle kuruluşlarda performans değerlendirmesi kural haline gelmiştir. Burada uygulanabilecek ödül veya prim sistemi kuruluşun temel işleyişine olumlu bir katkısı olması beklenebilmektedir (William ve Cooper 2002, Keskin vd. 2023).

Kuruluşların insan kaynakları politikası ve bu politikanın uygulanması, sağlanan hizmetlerin ne kadarının kuruluş içerisinde ve ne kadarının dış kaynaktan sağladığına bağlı olacaktır. Dış kaynak ile sağlanan hizmet sayısındaki önemli değişiklik kuruluşun sahip olduğu mevcut operasyonların üzerinde de bir etki yaratacaktır. Tesis hizmetlerinin önemli bir kısmına dış kaynaklardan temin edilmesi durumunda yeniden kuruluşun temel yönetim ekibinin veya görevlerinin değerlendirilmesi, bu ekibin dış kaynak sağlayıcılarının kontrolü ve denetleme işini yürütmesi gerekecektir (Barret ve Baldry 2003). Bu durumda oluşturulan yeni yönetim, doğrudan veya dış kaynağın verdiği hizmet performansını ölçme ve denetleme şeklinde olacaktır. Ana yönetimin görevi ise ilgili sözleşmelerin yükümlüklerinin yönetimi, politika belirlenmesi ile prosedürlerin tanımlanması ve geliştirilmesi şeklinde olmaktadır. Kuruluşlarda bir hizmetin içeriden veya dışarıdan tedarik edildiğine bakılmaksızın hizmet vizyonlarına uygun insan kaynakları yönetim yapısı oluşturulmalıdır. Verilen hizmetlerin, işlerin tanımları ve beceri gereksinimleri açık hale getirilmeli, anlaşılır olmalı ve ölçülebilir kriterlerden meydana gelmelidir. Yani dış kaynak tarafından verilen performans değerlendirmek ve ödüllendirmek için prosedürler uygulanmalıdır.

Tesis yönetiminde kuruluşta iç hizmet alım şeklinde yeni değişiklikler meydana geldiğinde, kuruluşun kendi personelinin iş tanımları ve sorumluluklarında da değişiklikler meydana gelmektedir. Bu durum, hizmetlerin yönetiminden sorumlu olan birimlerinde de iş tanımlarının yenilenmesi gerektiği anlamına gelmektedir. Bu yenilenmiş iş tanımlarının içeriği dolayısıyla pozisyona uygun kişilerin atanması gerekmektedir. Hem kurum içi ekipler hem de dış kaynak hizmet sağlayıcılarla karşılıklı etkileşim gerektirecek pozisyonlara bireyleri atarken operasyonel performansı yüksek olmasının yanı sıra güçlü iletişim ile teknik becerisi olan konusuna hakim ve sözleşme bilgisi yüksek bireylerin atanması gerekecektir.

Kuruluş tarafından oluşturulan tüm iş tanımları, çalışanların performansını değerlendirmek için birer araç içermelidir. İş tanımlarının rol değerlendirme prosedürleri ile uyumlu hale getirilmesi çok önemlidir. Böylece yönetim ve çalışan veya hizmet sunan en başından itibaren neyin minimum düzeyde beklendiğinin farkında olmalıdır (Thompson ve Warhurst 1998). Günümüzdeki gelişen teknolojilere paralel olarak özellikle bilgi ve teknoloji sistemlerinin gelişmesi sonucunda yeni bilgi yönetimi prosedürleri ve sistemleri geliştirilmiş ve uygulamaya konulmuştur. Böylece çalışanların yeni çalışma uygulamalarına uyum sağlama ihtiyacı nedeniyle zorluklar ortaya çıkabilmektedir. Tesis yönetimi ortaya çıkabilecek bu aksaklıkların üstesinden gelebilmek için brifingler, seminerler, eğitim ve gelişim programları düzenlemelidir.

Son yıllarda tesis yönetimi alanının giderek hızla gelişmesi sonucunda, kuruluşların yöneticilerinin de tesisler, tesis hizmetleri ve hizmet sağlayıcıları daha etkin bir şekilde yönetebilmek için neyin gerekli olduğunun farkında olması gerekmektedir. Aslında tüm kuruluş, en üst yöneticisinden en alt çalışanına kadar yaşam boyu öğrenmeye olan bağlılığının ve sürekli iyileştirme çabalarının bir örneği olarak sürekli mesleki gelişime tabi tutulmalıdır (Beer 1986).

Bir hizmet sağlayıcısı kuruluş için çalışan ya da onun bir parçası olan yöneticiler de dahil olmak üzere, her düzeydeki yönetimin performans değerlendirmesine tabi tutulmalıdır. Hizmet sağlayıcılar ile ilgilenen tesis yöneticileri alınan hizmetin düzeyini belirleyebilmek için performans hedeflerini belirlemelidir (Hofstede 1991). Bu duruma örnek olarak belirli bir süre içerisinde planlanan ve tamamlanan görevler, karşılanan yanıt sürelerinin yüzdesi ve yerine getirilen görevlerin sayısı şeklinde sıralanabilir. Kuruluşun performansı bir grup insanın çabalarına bağlı olduğunda grup düzeyindeki performans ve grup içindeki bireysel performans şeklinde iki farklı şekilde göz önüne alınmalıdır.

Bireylerin performansının ölçülmesi, teşvik edilmesi ve iyi performansın ödüllendirilmesi için birçok yöntem vardır. Kuruluşun yıllık performans değerlendirmeleri yılda bir kez yapılabilir ve kurumun ticari hedefleri ile uyumlu temel yeterliliklere ve anahtar performans göstergelerine (KPI) dayanmaktadır. Değerleme sonuçlarının bireylerin performans primi ödemelerinin üzerine önemli bir etkisi vardır.

Yardımcı direktörler, bölüm başkanları veya üst idareciler için anahtar performans göstergeleri belirli sorumluluk ve görev rollerine uyacak şekilde özelleştirilmiştir. Diğer profesyonel ve idari personel için ise anahtar performans göstergeleri, yönetilen mülkler, gayrimenkuller ve hizmetlerle ilgili olup, müşteri memnuniyetiyle bağlantılı işlere dayanmaktadır. Tesislerdeki destek hizmetlerindeki personel için anahtar performans göstergesi (KPI) eşit ağırlıklı şekilde beş temel performans göstergesinde oluşturulur. Bunlardan ilki “temel beceriler; bilişim ve iletişim teknolojileri yeteneği, planlama, öngörü, organizasyon yeteneği, takım çalışması”, ikincisi “bilgi yönetimi; uzmanlık, tutarlılık, bakım ve zaman yönetimi”, üçüncüsü “iletişim; telekomünikasyon, iletişim, tavır ve uzmanlık”, dördüncüsü “teknik belgeler; üretim uzmanlığı, standartlara uyma ve multimedya” ve sonuncusu ise “prosedürler, ISO uyumluluğu ve ofis politikaları” şeklindedir.

Profesyonel çalışan uzman sınıf için eşit ağırlıklı şekilde oluşturulmuş anahtar performans göstergeleri; “müşteri memnuniyeti; ISO uygunluk derecesi, müşteri memnuniyeti derecesi, müşteri tutma ve müşteri artışı”, “profesyonel yönetim; yöneticinin ve müdürün memnuniyeti, mal denetim raporları”, “şirket performansı; borç/kontrol derecesi, denetlenen hesaplar, iş geliştirmeye katılım” ve “kişiler arası beceriler; iletişim, liderlik, motivasyon ve kendini geliştirme” şeklinde sıralanabilmektedir (Brian ve Brooks 2009).

Kuruluşlar sağladıkları eğitim ve sponsorluk programlarıyla birlikte çalışanlarının yeteneklerini ve becerilerini geliştirmelerini daha fazla teşvik etmeye yönlendirmektedir. Böylesi programlar ile çalışanlar bilgi ve uzmanlıklarını arttırarak kuruluşa daha fazla fayda sağlayabilirler. Böylece kuruluşlar gelecek vaat eden yeteneklerin gelişimini hızlandırmaya çalışmaktadır.

2.9 Hizmet Seviye Sözleşmesi (SLA)

Hizmet seviye sözleşmesi (SLA) müşteri ile hizmet sağlayıcının karşılıklı yükümlülüklerini açıklayarak hizmet teknik şartnamesini temel almaktadır. Sözleşmedeki teknik ve kalite standartları, endüstri standartları ve üreticilerin önerileriyle

tanımlanmaktadır (Barrett ve Baldry 2003). Sözleşmedeki performans kriterleri ise paydaşların özel talepleri, gereksinimleri, faaliyet sürekliliği ve işe yanıt süreleri ile ilgilidir. Paydaşların sözleşme süresince tecrübe ve deneyiminin artması sonucunda günlük ayrıntılı çalışma prosedürlerinin zaman içerisinde gözden geçirilerek ince ayar yapılması gerekebilmektedir. Yani bu sözleşme geçerli kaldığı ömür süresi boyunca, tekrardan gözden geçirilip, bir kısım eklemeler veya çıkartmalar yapılabilir. Yani bu sözleşmeler geliştirilebilecek genel performans parametrelerini içermelidir. Sözleşmenin kapsamının açık ve sınırlanmış olması önemlidir. Sonuç olarak hizmet seviye sözleşmeleri taraflardan herhangi birinin kitlenmesini, kötü etkilenmesini veya verimsizleşmesi engellemek için sürekli yenilenmeli yani güncel tutulmalıdır.

Sözleşmenin kapsamındaki hizmet özellikleri ve hizmet seviye sözleşmeleri, hizmetlerin şirket içi veya dış kaynaklı sağlanmasına bakılmaksızın tesis yönetiminin temel araçları arasındadır. Temel araçlar, hizmet sağlayıcıların sağlaması gereken hizmetlerin nerede, ne zaman, ne şekilde ve ne düzeyde odaklanması gerektiğini bildiren çalışma yönergelerini kapsamaktadır (Teicholz 2001). Bu sözleşmeler, tesis yönetiminde bir tarafta müşterinin gereksinimleri ve beklentileri, diğer tarafta hizmet sağlayıcısının vermesi gerekli olan yanıtlar arasında bir köprü görevi kurmaktadır. Hizmet seviye sözleşmesi müşteriye performansı izleme ve mükemmel sonuçları ödüllendirmenin yanı sıra yetersiz kalan performansları da cezalandırma fırsatı tanımaktadır. Tesis yönetimindeki doğru spesifikasyonları ve müşteri çıkarlarını yansıtan hizmet seviye sözleşmelerinin hazırlanması için harcanan zaman ve emek sonucunda sözleşmelerin yönetilmesini daha kolaylaştırırken yanlış yorumlanmasını da olabildiğince azaltacaktır. Böylece ileride yaşanabilecek muhtemel zaman ve performans kayıplarını en aza indirme olanağı vermektedir.

“Paydaşların çıkarları ve değer yönetimi” tesis yönetiminde en çok tekrarlanan cümlelerin başında gelmektedir. Müşteri kuruluşlar, kendi çıkarları için paydaşların bekledikleri bireysel hizmet özelliklerini hizmet seviye sözleşmelerine dahil etmek zorundadırlar. Belirlenen hizmet paydaşları, gereksinimlerini ve kabul edilebilir performans isteklerini teknik şartnamede belirlemeye dahil etmelidirler. Yani hizmetten yararlanan paydaşların gereksinimlerine öncelik verilmelidir. Mümkün olduğunca hizmet şartnamesi, anketlerin

düzeyi ile kullanım şeklini tanımlama ve detaylandırma konusunda katılımları sağlanmalıdır.

Değer yönetimi, hizmet seviye sözleşmelerinde kullanılması gereken ve gerçek ihtiyaçların hizmetini sağlayan bir tekniktir. Önemli görülen hizmetlerin sunum niteliklerinin gerekliliğini sorgulayıp varsayımlar yaparak, yalnızca değer katan veya katması muhtemel olan hizmetlerin bu sözleşmeye dahil edilmesini sağlayan bir tekniktir (Brian ve Brooks 2000). Bazı durumlarda müşteri hizmet şartnamesini tanımlarken gereksiz olabilecek veya öncelikli olmayan bir kısım servis sağlayıcının zorlanabileceği hizmetleri de isteyebilir. Böylece bilmeden yüksek hizmet düzeyi belirleme riski karşısında teklif veya ihale rakamı eskisinden çok daha yüksek bir bütçe gerektirebilir. Gerçek ihtiyaçları karşılayan bir teknik olan değer yönetimi sözleşme standartlarının zaman içerisinde yükseltilmesine izin verirken, aşırı spesifikasyonlara (tanımlamalara) karşı korunmak için kullanılmalıdır. Oluşabilecek aşırı maliyeti belirleyip ortadan kaldırmak için kullanılan bir tekniktir. Yani kuruluş stratejik planlamasını ve sözleşmesini hazırlarken “değer yönetimi tekniği” ni kullanılmalıdır. Böylece paydaşların çıkarları korunarak hizmet seviye sözleşmesi doğru şekilde oluşturulur.

Hizmet özelliklerini içeren iyi bir teknik şartname yapmak servis seviye sözleşmesinin en önemli parçasını oluşturur. Sözleşmenin teknik şartnamesi, organizasyonun politikasını, departmanın gereksinimleri, yasal zorunlulukları, sağlık ve güvenlik standartları ile gerekli prosedürleri ana hatlarıyla açıklamalı olarak belirtmelidir (Atkin ve Björk 2007). Hizmetlerin özellikleri tesis yönetim sürecinin ayrılmaz bir parçasıdır. Verilen hizmetten beklenen kalite ve performansı tanımlamak şartnamelerin içerisinde yer alır. Hizmetlerin özellikleri, hizmet seviye sözleşmeleriyle birlikte belirlenen resmi tanımlardır. Hizmetlerin özellikleri arasında, “müşterinin beklediği net ve anlaşılır kalite, performans ve değerler”, “müşterinin kabul edeceği minimum gereksinimler”, “hangi hizmetin nasıl sağlanacağına dair performans odaklı tanımlar” yer almalıdır. Hizmetlerin iç kaynaktan sağlandığı uygulamalarda, aynı organizasyonun bir departmanı ile operasyonel birimi arasında sözleşme tarzında yapılabilir. Yani bu tür sözleşmelerde bir ücret olmasına gerek yoktur. Hizmetlerin dış kaynaktan sağlandığı durumlarda son derece etkili şekilde kullanılabilir. Bu durumda sözleşmenin başlangıç noktası ve asli unsuru olması gerekmektedir.

Hizmet özellikleri şartnamesi müşterinin kabul edebildiği minimum hizmet standartlarını ölçen, hizmet seviye sözleşmesinin önemli bir parçasıdır. Hizmet seviye sözleşmesinin şartnamesinin oluşturulması ve hizmet seviye sözleşmesinin hazırlanmasında hizmetin kapsamını belirlemek ilk yapılacak iş olmalıdır. Hizmetlerin özellikleri şartnamesinin kapsamı gereken standartlar arasında “iç standartlar; şirket veya departman politikası”, “dış standartlar; yasal gereklilikler, ulusal ve uluslararası standartlar, sağlık ve güvenlik mevzuatı”, “gerekli teknik standartlar, endüstri ve üreticilerin tavsiyeleri ve prosedürleri” yer almalıdır.

Şartnamedeki ayrıntıların kapsamı, istenen hizmetin önemine veya karşılılığına bağlıdır. Bu tanım aslında örgüt için endişe kaynağı olabilir. Tesis hizmeti anlamında kalitenin tanımı istenildiğinde kullanıcı sayısı kadar farklı tanım ortaya çıkacaktır. Bu potansiyel sorunun üstesinden gelebilmek yani tesis yöneticilerinin kalitenin kendileri için ne anlama geldiğini ortaya çıkartabilmeleri için müşteriler ile zaman geçirmeleri gerekmektedir. Tesis yönetiminin birçok aşamasında performans yerine kalite kelimesinin kullanılmalıdır. Tesis yönetiminde hizmetin kalitesi gerekli performans olarak tanımlanabilir, detaylandırılabilir ve belirlenebilen bir şeydir. Örneğin ofislerin temizlik kalitesi, müşterinin neyi temiz olarak kabul edeceği ve temizliğin hangi sıklıkla yapılması gerektiği açısından belirtilebilir. Tezgahların her zaman tozdan arındırılması ise bir performans göstergesi ve ulaşılması gereken bir hedeftir. Önemli olan kalitenin nasıl ifade edilebildiği ve pratik olarak nasıl takip edilebileceğidir.

Hizmet seviye sözleşmesinin (SLA) içeriğinin, servis sağlayıcı ile müşteri arasında belirli hizmet düzeyini belirleyen bir niyet ifadesi şeklinde tanımlanması mümkündür. Sözleşmenin kapsayacağı bilgiler arasında “ tarafların adı”, “her iki tarafın rolleri ve sorumlulukları”, “sağlanacak hizmetin kapsam ve şartnamesi”, “kalite ve performansla ilgili hedefleri”, “zamana bağlı hedefler”, “fiyat ve hedefe bağlı oranlar”, “müşteri ile hizmet sağlayıcı arasındaki iletişim yöntemi” ve “prosedürlerin değişim şekli” yer almalıdır (Brian ve Brooks 2009).

Müşteriler servis sağlayıcının sunması gereken hizmet düzeyi hakkında belirli beklentilere sahip olacaktır. Bu beklentiler sözleşme ile resmi gereksinimlere ve hedeflere

dönüştürülür. Bu hedefler, her iki tarafın da katılımıyla ortaklaşa geliştirilmesi gerekir. Böylece beklenen hedefler hem uygun hem de uygulanabilir olabilecektir. Sözleşmenin paydaşları bir dizi arıza ve problemi düzeltmek için sahip oldukları tolerans eşiklerinin ne olduğunu gerçekçi bir şekilde belirlemelidirler (Barrett ve Baldry 2003). Hizmet seviye sözleşmesi ilke olarak müşterinin aldığı hizmet düzeyini değerlendirmek için kullanacağı araçları tanımlamaktadır. Bu değerlendirme araçlarının kapsamı içinde “kalite”, “performans”, “teslim ve yanıt süresi”, “hizmet ücretleri” ve “servis sağlayıcı ile etkileşimi” ifade edilebilmektedir.

Hizmet seviye sözleşmesi yardımıyla oluşturulan performans raporları, servis sağlayıcı tarafından genellikle her ayın son iş gününde tamamlanır. Raporları tamamlamak servis sağlayıcının görevi olsa da müşterinin atadığı yöneticisi servis sağlayıcıya bir ana hizmet performans kayıt tablosu verecektir. Bu kayıtların kaydettiği örnek öğeler, “bakım bilgileri, bakım kaynaklı arızaların sıklığı, üzerinde anlaşılan planlı bakım programına uyum”, “iş kartları, hizmet düzeyi kapsamında yanıt ve eylemler”, “güvenlik, güvenlik prosedürüne uyum, yanlış kullanım ve yaşanan kayıplar”, “temizlik, belirtilmiş tüm öğelerin tamamlanması”, “alan ve tesis planlaması”, “resepsiyon, müşterilerle ilgili prosedür izlenir”, “kırtasiye ve baskı işleri, siparişlerin zamanlaması” ve “faks hizmeti, hizmetin kullanılabilirliği”nden oluşmaktadır (Brian ve Brooks 2009).

Bu hizmet performans ölçütleri aylık bazda her öge için kriterler karşılandı veya aştı ise “evet” bir (1) puan, “hayır” ise sıfır (0) puan şeklinde verilecektir. Toplam hizmet performansı aylık değerlendirmede yedi (7) puandan az olmamalıdır.

Operasyon ve hizmet değerlendirmesi de hizmet performans kayıtları ile aynı prosedür şeklindedir. Yapılacak değerlendirmenin kapsadığı öğeler arasında, “etkili iletişim, zamanında raporlama ve taleplere anında verilen yanıt”, “dokümantasyonlar, tam, yeterli ve zamanında”, “ek işler, olumlu tutum, esneklik ve proaktiflik”, “genel görüntü, temizlik ve personelin görünümü”, “yönetim ve koordinasyon, kaynakların verimli kullanımı müşteri çıkarlarının korunması”, “çalışma süreci ve yönetimi, etkili çözümler ve yenilikçi öneriler”, “tedarikçi ilişkileri, tedarikçilerin kalite ve performans kontrolü”, “alan odaklı geri bildirim, mekanların etkin kullanımı” ve “finansal, işle ilgili iyi değerlendirilmiş ve yapılandırılmış öneriler” yer almaktadır.

Operasyon ve hizmet değerlendirmesi her bir öğe için kriterler aşıldıysa iki (2) puan, karşılandıysa bir (1) puan, başarısızsa sıfır (0) puan şeklinde verilecektir. Toplam hizmet performansı, aylık değerlendirmede on (10) dan az olmamalıdır.

Hizmet seviye sözleşmesinin performansını ölçme kriterlerini belirlerken organizasyon başarısı için kritik başarı faktörlerini (CSF) göz önünde bulundurmak gerekir. Kritik başarı faktörleri, kuruluş tarafından belirlenen amaç veya hedeflerin tatmin edici olarak karşılanabilmesi için iyi yapılması gereken eylemlerdir. Her bir kritik başarı faktörü için bir veya birden fazla anahtar performans göstergesi (KPI) olacaktır (Atkin ve Björk 2007). Anahtar performans göstergelerinin (KPI) amacı her bir kritik başarı faktörünün (CSF) ölçülmesi, kontrol edilmesi ve ilerlemenin anlaşılabilmesidir.

Örnek olarak üretkenlik bir kritik başarı faktörü (CMSF) olarak tanımlandığında oluşturabilecek anahtar performans göstergeleri (KPI); “belirli bir zamanda tamamlanmış işin yüzdesi”, “planlanmamış faaliyetlere karşı planlanmışları yüzdesi”, “müşteri türüne göre tamamlanmış işlerin yüzdesi”, “planlanmış bakım saatlerine karşın çıkan arızaların yüzdesi” şeklinde ifade edilebilmektedir.

Kritik başarı faktörlerini ve anahtar performans göstergelerini oluştururken kuruluşun iş stratejisine uygun amaç ve hedefleri yansıtmaları hayati önem taşımaktadır. Bu uyum yakalanmaz ise hizmet düzeyinin başarısının sağlanması oldukça zordur. Yani kuruluşun temel işinin başarısına bir katkısı ortaya çıkmaktadır. Bu sadece işleri “doğru yapmakla” değil aynı zamanda “doğru işleri” yapmakla da ilgilidir. Bu doğrultuda anahtar başarı faktörleri çok değerli araçlardır ve hizmet seviye sözleşmelerinde yer alması oldukça önem arz etmektedir. Bu faktörlerin kullanılması ve geliştirilmesi, en iyi organizasyon kültürünü ve amacını yaratmak adına bir önemli bir adım olacaktır. Kritik başarı faktörleri ve anahtar performans göstergeleri ile kuruluşun amaç ve hedefleri arasında güçlü bir bağlantı kurulduğunda özellikle kuruluşun hedeflerine ilerleme yolundaki en büyük güç olabilir. Bilişim sektörünün gelişmesi ve tesis yönetiminde kullanılmaya başlanmasıyla birlikte gerçek zamanlı güncel bilgileri görmek kolaylaşmıştır.

Hizmetin özellikleri, hizmet gereksinimlerinin sabit bir beyanı olarak görülmemelidir. Hizmetin koşulları ve müşterinin gereksinimleri değiştii sürece sürekli iyileştirmek için

temel kabul edilmelidir. Bu durumu hizmet seviye sözleşmelerinin güncellenmesi ve kalite düzeyinin artırılması şeklinde ifade edilmesi mümkündür (Thomson 1990). Zamanla deneyim kazanılması sonucu hizmetin spesifikasyonu değişir, gelişir ve sonucunda daha iyi sonuçlar elde edilebilir. Hizmet sağlayıcıların deneyiminden faydalanmak için hizmetin özellikleri ve hizmet seviye sözleşmesinin iyileştirme ve geliştirme sürecine dahil edilmelidirler. Gerekli görülmesi durumunda benzer tesisler gezilmeli ve onların deneyimlerinden fayda sağlanmalıdır.

Müşteri kuruluş tesis yönetiminde tatmin edici bir hizmet almak istiyorsa sadece kendisinin kaliteli bir sisteme sahip olması yetersiz kalmakta aynı zamanda hizmet sağlayıcılardan da en az aynı kalitede hizmet alabilmesi gerekmektedir. Yine hizmet sağlayıcıların kalite sistemi hizmet sunumunun ayrılmaz bir parçasıdır. Değer katan hizmet sağlayıcıları hizmet sunumundaki hataları ve kesintileri azaltmak için müşteriden gelen şikâyet ve geri bildirimleri dikkate alan kalite sistemine sahip olması gerekmektedir. Müşterinin ve hizmet sağlayıcının sahip olduğu kalite sistemi mali bir yük gibi görünse de aslında her iki taraf için de sürdürülebilir kalite düzeyi sağlayacaktır.

2.10 Tesis Yönetiminin Performansını Arttırma

Temizlik işi veya bahçe bakım işi gibi belirli bir şeyi geliştirmek oldukça kolaydır. Zor olan ise sürekli ve entegre olarak uzun vadeli hizmetleri iyi bir seviyeye ulaştırmaktır. Bunu başarabilmek için aynı anda birçok alanda hareket etmek gerekmektedir. Tesis yönetiminin en önemli özelliği hizmet verdiği tüm etkileşim alanlarındaki performansın düzeyinin ana belirleyicilerinden olmasıdır. Tesis yönetiminin bireysel eylemleri temel iş stratejisi ile uyumlu hale getirerek toplu bir iyileştirme yapması gerekmektedir (Barrett ve Baldry 2003). Tesis yönetimi organizasyonunda gelişmiş performans düzeyi, her biri bütünleştirici esnek sistemlerle belirtilen stratejik hedeflere yönlendirilen organizasyonun her düzeyindeki yeniliklerin bir ürünü yani sonucudur (Anonymous 1999a).

Kuruluş yönetiminin tesis sorunlarının üstesinden gelebilmek, işleyişin sürekliliğini sağlayabilmek ve daha iyi bir düzeyde gerçekleştirebilmek amacıyla hizmet süreçlerindeki boşlukları tespit edilmesi ve çalışan personelin yetenekleri ile iş

motivasyonlarının yükseltilmesi gerekmektedir. Bunun başarılabilmesi amacıyla ne yapılması gerektiğini, bireysel eylemlerin nasıl en yüksek etkiye ulaştıracağını ve neye ihtiyacın olduğunu bilmek, yenilikçi/farklı çözümler üretilerek sağlanabilmektedir. Sonunda optimum hizmet performansı için bu faktörlere ihtiyaç duyulurken aynı zamanda entegre bir geri bildirim sisteminin olması, tüm personelin bu faaliyette yer alması, çalışanların toplu halde faaliyeti geliştirme becerisi ve net stratejik hedefe doğru sıralı ve düzenli hareket eden bir eylemin olmasını gerektirmektedir. Bu hedefi gerçekleştirecek itici güç çalışanların temel işi daha iyi desteklemek için neler yapılması gerektiğini bildikleri iyi bir ortam yaratmaktır. Bu mekanizmanın temeli, çalışanları yenilik yapmaya teşvik eden örgütsel bağlılık içinde öğrenen bir birey ve grup oluşturmaktır. Bir kuruluş için bu faktörlerin bir kısmı var ise eksik kalan alanları oluşturmak veya iyileştirmek sıçrama tahtası etkisi yapabilir. Bu gelişmiş dinamizm sonucunda sürekli öğrenen ve yenilikçi çözümler üreten bir tesis yönetimi ortaya konulabilecektir.

Temel iş için bir hizmet vermek tesis yönetimi disiplini sahip olduğu doğası gereği performansını sürekli artırma hedefindedir. Bu hedefin temeli müşterinin neyi algıladığında yatmaktadır. Tesis işlevini yerine getirirken müşteriye dahil etmek kritik bir öneme sahiptir. Sunulan hizmetin nasıl sunulduğunu göz önünde bulundurarak neyin gerekli ve neyin örtülü olduğunu belirlemek de önemlidir. Ölçülebilecek kilit bir değişkenin müşterinin hizmet kalitesi algısı olabileceği görülecektir. Bu algı anlayışı tamamen tepkisel bir durum değildir (Barrett 1994). Müşterilere kısa ve uzun vadeli çözümler arasındaki problemleri ortaya koyan çeşitli alternatiflerin sonuçlarını açıklamak önemlidir. Müşteri tam olarak neye ihtiyaç duyduğunu bilemiyorsa da “bu uygun görülmüştür” ya da “buna rağmen böyle çözülecektir” demek doğru bir yaklaşım değildir. Tesis yönetimi hizmetlerinin değerlendirilmesi son derece öznel ve her müşterinin farklı kriterleri vardır.

Tesis yönetimi bir hizmet sunmaya yöneliktir. Bu nedenle kuruluşa katkısının somut olarak tanımlanması zor olabilir. Elle tutulan ve müşteriye gösterilebilecek bir son ürün olmadığı zaman müşterinin tesis yönetimini değerlendirmesi zorlaşmaktadır. Tesis

hizmetlerinin değeriendirilmesi müşteriinin hizmet beklentisi ile karşılaştırıldığında müşteriinin aldığı hizmetin algısı kadar olacaktır (Şekil 2.5).

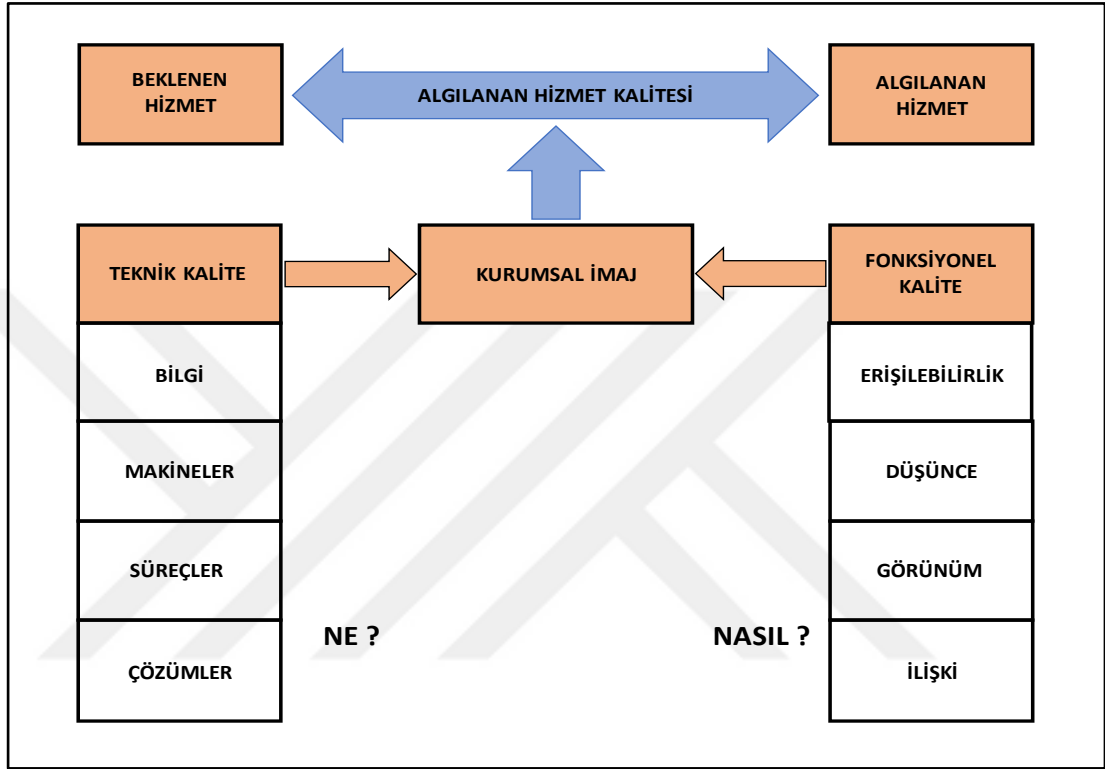


Şekil 2.5 Beklenti ve algı boşluğu (Barrett 1994)

Müşterinin hizmetten beklentisi, geçmiş deneyimlerinin yanında büyük ölçüde hizmetle ilgili verilen ilk mesajlarla koşullanacaktır. Bu nedenle tesis yönetiminin hizmet verdiği kuruluşa neleri sunabileceğini tam olarak belirtmesi gerekmektedir. Böylece müşterinin hizmetten beklentisi daha düşük düzeyde olmakta ve böylece hizmetin sonunda negatif bir imaj yerine olumlu bir imaj oluşturmaktadır (Boon 1998).

Çabalarla yönlendirilebilecek ikinci bir alan müşteriye verilen hizmet algısıdır. Profesyonel bir hizmetin hiçbir zaman objektif bir ölçümü olmadığını söylemek gerekmektedir. Her zaman çeşitli kaynaklardan gelen birden fazla izlenime dayalı bireysel değerlendirmelere bağlı olacaktır. Müşteri her şey yolunda giderken sunulan hizmetin objektif kalitesini yüksek algılayacaktır. Ancak müşterinin tesis departmanının çabalarından habersiz olabileceği gibi tesis yönetiminin tam olarak hangi hizmetleri sunduğuna yönelik haberinin olması da gerekmemektedir. Çünkü her şey yolunda gitmektedir (Pitt ve Hinks 2001). Tesis yönetimi durumun potansiyel zorluklarını öngörmeli ve yaşanabilecek olası sorunların kontrolden çıkmaması için erken harekete geçmelidir. Böylece tesis yönetimi organizasyonun geri kalan kısmının çalışmaları aldatıcı derecede basit görülebilir. Tesis yönetimi departmanı, kuruluş içerisinde uygun gördüğü kişileri bazı olası sorunlardan haberdar edebilir. Böylelikle tesis departmanının olumlu ve proaktif çalıştığını gösterebilir. Bu aynı zamanda nihai ürünü sunmak yerine müşteriyi de iş boyunca sizin yanınızda yer almalarını sağlayabilmektedir.

Teknik ve fonksiyonel kalite, beklenti ve algı arasındaki ilişkinin nasıl koşullandırılacağıyla ilgilidir. Bu iki faktör tesis yönetiminin kurumsal imajını oluşturur ve müşteriye sunulan hizmet değerlendirilmesinin ana girdisidir. Bireysel beklenti ve algı farklı kuruluşlar için farklılık göstermektedir (Şekil 2.6).



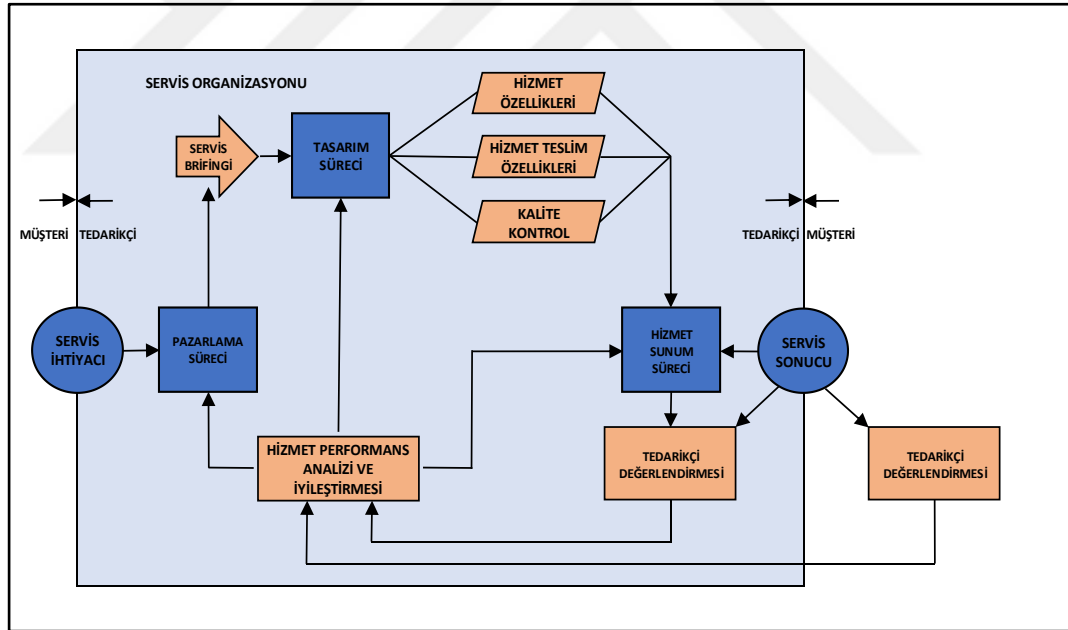
Şekil 2.6 Teknik ve fonksiyonel kalite (Barrett 1995)

Teknik kalite anlayışı yapılanlarla ilgilidir. Sorunların ne kadar iyi çözüldüğü, kullanılan sistem ve teknikleri içermekte ve tesis yönetiminin normal olarak ilgilenmesi gerekmektedir. Fonksiyonel kalite ise tesis yönetiminin ilgisinin dışında kalabilmektedir. Fonksiyonel faktörler hizmetin nasıl sunulduğuyla bağlantılıdır. Bu personelin görünüşü, müşterilere karşı tutumları, tesis yönetiminin müşterilere ne kadar erişilebildiği ve duyarlı olduğuyla ilgilidir.

Tesis yönetimi, verilen hizmetleri geliştirmek istiyorsa müşterileriyle etkileşime girmeleri gerekmektedir. Bu iletişim sadece iş talimatı almak için değil hizmetlerinin gelişmesine katkıda bulunacak şekilde olmalıdır. Hizmetin geliştirilmesi için gerekli olan anahtar müşterilerden alınan geri bildirim mekanizmasıdır. Böylece tesis departmanı daha

iyi durumları, fikirleri ve fırsatları değerlendirebilir. Olası geri bildirim mekanizmaları arasında “tesis yönetimi ve fonksiyonel departmanlar arasındaki etkileşim”, “tesis departmanı ve temel iş departmanı arasındaki etkileşim”, “organizasyon içi tesis hizmetlerinin organizasyon dışı tesis hizmetleri ile karşılaştırılması”, “gelecekte olabilecek değişiklikler hakkında yapılan etkileşim”, “hizmet alanı içerisinde olası gelişmeler için yapılan iletişim” ve “mevcut operasyonlar ve gelecekteki ihtiyaçlar arasındaki dengenin sağlanması için stratejik ve operasyonel tesis yönetim arasındaki etkileşim” yer almaktadır.

Hizmet kalite yaşam döngüsü ve geri besleme mekanizması gösterilmektedir. Tesis departmanı içeriden ve dışarıdan geri bildirim toplamaktadır. Topladığı bu bilgileri analiz etmekte ve hizmet düzeyini geliştirmek için sisteme entegre olmaktadır. Bu süreç kesintisiz devam etmekte ve sürekli bir iyileşme sağlamaktadır (Şekil 2.7).



Şekil 2.7 Hizmet kalite döngüsü (Barrett ve Baldry 2003)

Olası bazı geri bildirimleri alabilmek amacıyla hizmetlerin çıktılarını sonuna kadar beklemek mantıklı ve mümkün değildir. Müşteriye duyarlı ve sürekli iyileşme döngüsünü kolaylaştıracak esnek sistem yaklaşımı tesis yönetimine uygundur.

Esnek sistem modeli, hizmet kalitesinde iyileştirmeler yapılmasını sağlayan güçlü fakat esnek bir denetim sisteminin geliştirilmesini savunmaktadır. Bu model müşterinin gereksinimlerini belirleyip karşılayarak sürekli gelişim halinde olmasını sağlamaktadır. Modelin denetim sistemi geri bildirimleri takip etmekte, eylem gerekip gerekmediğini değerlendirmekte, alternatifler arasındaki önceliği belirlemekte, sorumluluğu atmakta, önlemin alınıp alınmadığını kontrol etmekte, eylemin etkisini değerlendirir ve son olarak ilgili kişilere geri bildirim yapmaktadır (Barrett 1994). Zaman içerisinde sağlam ve esnek bir sürece sahip bir sistem oluşacaktır. Kuruluş, çalışanlar ile müşteriler arasında organizasyonun içinde bir kültür anlayışı geliştirecektir. Böylece hizmet odaklı ve başarılı bir kültür, etkin ve verimli bir şekilde sunulabilecektir. Esnek sistemlerin özellikleri; müşteri odaklı, sade, gevşek eklemli, evrimsel ve sosyal sistemlere bağlı olmaktadır (Attwood ve Beer 1990). Esnek sistem yaklaşımı temeli müşteri odaklı bir etkileşim göstermektedir. Geri bildirim mekanizmasının kullanılması ve geliştirilmesi sonucunda sistemin müşteri ihtiyaçlarını karşılaması sağlanabilmektedir (Pitt ve Hinks 2001). Böylece sistemin fonksiyonel kalitesini bozabilecek yönlerden kaçınılmış olacaktır.

Tesis yönetimi, gerektiği kadar, olabildiğince az sade ve bütünsel bir kalite yönetim sistemine sahip olmalıdır. Bu ifadeyi özellikle resmi ve evrak işleri açısından söylemek mümkündür. Kaynakların sınırlı olması nedeniyle mevcut zaman ile çabayı en iyi ve verimli nasıl kullanılabileceğini düşünmek gerekecektir. Uygulama esnasında mevcut tüm çaba ve emeği bir tarafa yönlendirmek yerine tüm cephelerde bazı eylemler yapmak daha etkili olabilecektir (Boon 1998). Tesis yönetimi mevcut sözleşmeli hizmetler için mükemmel bir çabanın sonucu olarak kuruluşun temel iş stratejilerine yapılabilecek katkı yerine kuruluşun tüm boyutlarına ayrı ayrı yapılabilecek katkılara odaklanmalıdır. Bu genel yaklaşımla sıradaki faaliyete katkı sağlamadan bir sonrakine odaklanılmamalıdır.

Esnek sistemin en önemli özelliklerinden birisi ihtiyaçlara göre yeniden şekillendirilebilir olmasıdır. Bir başka ifade ile esnek sistem denetim faaliyetlerine izin vermektedir. Esnek sistemler, elde edilen geri bildirimler sonucunda mevcut sistemin olduğu gibi bırakılabileceği bir yöntemdir. Denetim sistemi sorunlu alanların tespit edilmesini, temel neden anlaşılmasını, etkili önlemlerin alınmasını ve mümkünse öğrenilen derslerin mevcut sistem üzerine tekrardan kodlanmasını sağlamaktadır (Attwood ve Beer 1990).

Böylece gösterilen efor, ihtiyaç duyulan noktada kullanılmaktadır. Hizmet sistemi model düzeyinde çalışabilir, kurumsal hedeflerin açıklığa kavuşturulabilmesi, performansın kontrol edilebilmesi, gösterilen eforun sorunlu noktada yoğunlaştırılması sonucunda kuruluşa bütünsel bir katkı sağlanabilmektedir.

Esnek sistemler evrimsel olmalı ve geleneksel kalite yönetimi sistemleri tutarlılığı hedeflemesiyle sabit durumu yöneten esnek sistemleri oluşturmaktadır. Firmanın dinamik durumunun yönetilmesini isterler. Oysaki esnek sistemde herhangi bir belirli zaman noktasında mevcut sistemlerin minimum seviyesinde olduğunu kabul ederek tüm alanlarda tekrardan daha iyiye doğru iyileştirmeyi zorlamaktadır (Barrett ve Baldry 2003). Zamanla esnek sistem modeli performansı yeterli düzeyde değil potansiyelin çok ötesine taşınmasını sağlayacaktır. Kuruluşların yüksek kaliteli işleri teşvik eden sosyal sistemlere bağlı ve ortak yaşamı gerektiren güçlü kültürleri mevcuttur. Bu kültür çerçevesinde gelişmiş firma yöneticileri tarafından oluşturulmuştur (Thomson 1990). Kuruluşun örgütsel kültür anlayışı çalışanları ve iş çevresiyle etkileşimi sonucunda gelişeceğini bilmek önemlidir. Esnek yönetim sistemini geliştirmek için firmadaki sosyal çevreyle çalışma hedeflenmeli ve maksimum sinerjinin yakalanarak her zaman beklenen sonucun üstünde “iki artı iki eşit beş” yapmak hedefi seçilmelidir.

Tesis yönetimi, organizasyonun etkinliğinin ve verimliliğinin faaliyette bulunduğu çevreye bağlı olduğunu, bulunduğu ortamın performansına doğrudan fayda sağlayabileceği ve gelişmesine katkıda bulunabileceğini varsaymaktadır. Tesis yönetiminin amacı binaların işletme maliyetini optimize etmekle sınırlı değildir. Organizasyonun amacını destekleyecek şekilde insanlar ile süreçleri de içerisine alan ilgili tüm varlıkların tasarımı ve yönetimini kapsamaktadır (Anonymous 1999b).

Performans operasyonel olarak çalışma şekli veya kalitesi anlamına gelmekte ve tesisin amaçlanan kullanım şeklinin yerine getirilmesine katkıda bulunma yeteneğiyle açıklanmaktadır. Performans ölçümü, kuruluşun hem geçmişten tecrübe edinmesine hem de gelecekte yaratılmak istenilen kaliteli operasyon düzeyinin iyi planlanmasını sağlayacak şekilde değerlendirilmesine olanak sağlanmaktadır. Kuruluşun performans ölçütlerini iyi tanımlamasının faydaları; performansın dikkatli ve tutarlı bir şekilde

değerlendirilmesi yoluyla mevcut durumunu belirleme, amacını, neyi başarmayı hedeflediğini, hangi yöntemle ve hangi zaman aralığını hedeflediğini belirtme, ne yapılması gerektiğini, kimin harekete geçmesi gerektiğini ve hangi yolla yapılacağını belirterek eyleme geçilmesini teşvik etme, ulaşılan başarı düzeyini açıklayarak kurum içerisindeki öğrenmeyi kolaylaştırma ve operasyonel hedeflerle tutarlılığı arttırmak için davranışları etkileyip değiştirme şeklinde ifade edilebilir (Barrett ve Baldry 2003). Kuruluşların hedefi, yüksek kalite elde etmek için motive olmuş, yüksek kaliteye ulaşabilen ve kendi kendini yönetebilen çalışanlara ulaşmak olmalıdır. Bunu sağlayabilen organizasyonların sistemlere ve geleneksel yöneticilere ihtiyacı azalacaktır. Bunu sağlamak için “öğrenen organlar” oluşturmak gerekmektedir (Nonaka 1991). Bir kuruluş sürdürülebilir örgütsel öğrenme ilkelerini hayata geçirebildiğinde çok önemli bir rekabet avantajına sahip olmuş olacaktır. Bu modelde asıl mesele insanların temel işi daha iyi destekleyebilmek için ne yapılması gerektiğini bildikleri bir ortamın yaratılmasıdır. Bu kurumsal stratejik hedef tarafından sağlanan esnek sistem içindeki bilgi, geri bildirim ve yönlendirme ile elde edilebilir (Jashapara 1993). Bu yapının temeli çalışanları yenilik yapmaya teşvik eden organizasyonel bağlam içinde öğrenme bireyleri ve grupları oluşturmaya yönelik eylemlerdir. Oluşan bir dinamizm ile sürekli öğrenen ve yenilikçi bir tesis yönetimi modeli oluşturulur ve organizasyonun stratejisine önemli katkı sağlanabilir.

Örgütler sadece öğrenen bireyler aracılığıyla öğrenir ve bireysel öğrenme organizasyon öğrenmesini garantilememektedir. Fakat bireysel öğrenme olmadan örgütsel öğrenme gerçekleşmemektedir. Bu nedenle öğrenen organizasyon yolundaki ilk adım bireysel öğrenmeyi teşvik etmektir. Bireysel öğrenmenin anahtarı eylem ile varsayımlarını sorgulayarak bireysel farkındalık ve anlayışını genişletmektir. Öğrenme sürecinde iki hedef vardır. Biri belirli bir konunun özelliklerini öğrenmek diğeri ise kendi güçlü ve zayıf yönlerini öğrenmektir. İnsanlar birbirlerinden farklı olmalarına rağmen öğrenme stilleri benzerdir (Mumford 1991). Kendi olasılık ve yeteneklerine göre bir yöntem şekli benimsenmelidir. Eylem, öğrenme, yerinde kurslar, kendi kendini geliştirme, uzaktan eğitim, danışmanlık, koçluk, iş rotasyonu ve değişim programları bu yönetim anlayışını yansıtmaktadır.

İnsanlar zor bir durumla karşılaştıklarında öğrenme fırsatlarını zayıflatmakta ve böyle bir durumda konuyla ilgilenmek yerine konunun etrafında konuşmaktadır. Sonucunda sorun çözülememiş ve ileriye doğru net bir yol bulunamamıştır. Zor bir durumla başa çıkabilmenin kolay bir yolu yoktur. Bireysel öğrenmenin önemli yaklaşımı “savunuculuk ve soruşturmayı birleştirmek” tir. Herkes düşüncesini açık şekilde söyler ve kamu incelemesine bırakır. Bu şekilde insanlar başkalarıyla tartışarak kendi zihinsel bilgilerini sorgulamaya başlayarak alternatif ve daha iyi seçeneklerin olduğunu fark edebilir. Bu durum insanların biraz risk almasını gerektirir. Yöneticiler ise kendi fikirlerini ortaya koymaya ve yanılacaklarını da kabul etmeye hazır olmalıdırlar. Benzer olarak yöneticiler çalışanların güvenli sınırlar içerisinde kendi hatalarını yapmalarına izin vermelidirler ki bu hatalardan ders çıkartılıp öğrenebilmektedirler.

Öğrenme takım olarak başarılırsa geliştirilen beceriler diğer bireylere ve diğer takımlara aktarabilir. Takımın başarısı organizasyon boyunca birlikte öğrenmek için bir standart belirleyebilir. Bireyler birlikte iyi çalışamazlarsa, bireysel becerileri boşa gidecektir. Ekip olarak birlikte çalışmayı öğrenmek oldukça zordur. Bunun esas nedeni hem bireyin hem de takımın ihtiyaçlarının ayrı ayrı devreye girmesi ve hatta çatışmasıdır (Belbin 1981). Yapılan bu tür çalışmalarda tamamen yüksek zihinsel yetenekli kişilerden oluşan ekipler, üyelerin birbirleriyle rekabet etmesinden dolayı iyi performans gösterememiştir. Tesis yönetiminde etkili ve başarılı bir takım yaratmak için gereken ana takım rollerinin belirlenmesidir. Farklı rollerin bir bireyi temsil etmediği bilinmeli ve bir üyenin birden fazla rolü üstlenebilmesi sağlanmalıdır. Gerçekte takımlar her zaman birbirlerini tamamlayıcı şekilde oluşturulamamaktadır. Ekip içinde çalışarak görevleri daha iyi yapabilmenin yanında, ekip içerisinde çalışan bireyin öğrenmek için birçok fırsatı olacak olup, farklı görevler için farklı gruplar oluşturarak, organizasyon içinde bireysel öğrenmenin yayılmasının en iyi yoludur.

3. SAĞLIK SİSTEMLERİ, SAĞLIK TESİSLERİ VE SAĞLIK TESİS YÖNETİMİ İLİŞKİSİ

Hastaların sağlık hizmetlerinden bekledikleri kalite ve performans beklentileri her geçen gün artmaktadır. Hastaların bu yüksek beklentilerinin nedeni tıp biliminde yaşanan ilerleme, nüfusun yaşlanması, uzayan yaşam süresi ve insanların yaşam kalitelerini arttırabilmek için yaptıkları yüksek harcamaların bir sonucu olarak ortaya çıkmaktadır (Anonymous 2007). Sağlıklı bir ekonomi ve toplumu meydana getirebilmek ancak sağlıklı insanların bir araya gelmesiyle mümkün olabilmektedir. Yani ancak sağlıklı insanlar ve toplumlar ülkeleri ekonomik hedeflerine önemli katkıda bulunabilir. Bu durumun bir sonucu olarak ülkeler ekonomik başarıyı yakalayıp sürdürülebilir hale getirilmenin yolunu sağlıklı insanlar ve sağlıklı toplumlara sahip olmaları gerektiğini anlamışlardır (Terzioğlu ve Tanrıvermiş 2020). Tüm bu gelişmeler ışığında Dünya Sağlık Örgütü, sağlık hizmetlerindeki eksiklikleri ve boşlukları doldurabilmek amacıyla evrensel sağlık bakım uygulamalarını yayınlamıştır.

Her ülkenin sağlık sistemi ve dolayısıyla sağlık sisteminin kapsamında yer alan paydaşlar farklılık göstermektedir. Dolayısıyla yakın ülkelerin sağlık sistemleri birbirine benzese de aslında paydaşların sağlık sisteminden beklentileri değişmektedir. Dolayısıyla ülkelerin de sağlıklı bir toplum yaratmak için harcadıkları çaba ve finansman kaynağı birbirinden farklıdır (Weimann ve Weimann 2017). Sağlık sisteminden yararlanan hastalar en yüksek kalitedeki sağlık hizmetlerine en ucuz şekilde erişmeyi, çalışanlar ise daha yüksek ücret, daha az bürokrasi, daha iyi çalışma ortamı ve koşullarının sunulmasını beklerken, ilaç sektöründen faaliyet gösteren firmalar ise daha fazla kârı hedeflemektedir.

Sağlık sistemindeki her bir paydaşın beklentisi birbirinden farklıyken, ülkeler ve hükümetlerin sağlık hizmetlerinden beklentileri hastaların tedavi hizmetlerine rahat ulaşmalarının sağlanması, insanların yani toplumun sağlıklı olması ve tüm bu hizmetler verilirken sağlık hizmetlerine ödenen masraflardan dolayı toplumda veya ülke ekonomisinden finansal bir yıkımın yaşanmamasıdır (Coulter ve Jenkinson 2005). Tüm bu hedefler çalışmalar ışığında Dünya Sağlık Örgütü insanların sağlık hizmetlerine rahat

erişmelerini sağlamak ve finansal tehlikelerle karşılaşmalarına engel olabilmek adına yayınladığı evrensel sağlık hizmetlerini çeşitli çalışmalar ile teşvik etmektedir.

3.1 Entegre Hastane Yönetimi

Hastaneler hem fiziksel varlıkları açısından hem de sahip oldukları çeşitli hizmet yelpazesi bakımından en büyük sağlık tesisleridir. Hastaneler genel olarak özel teşebbüs yatırımının bir ürünü olan özel hastaneler ve genellikle devlete bağlı kamu hastaneleri (kâr amacı olmayan hastaneler) olarak ikiye ayrılmaktadır. Kamu eliyle kurulan hastaneler genel kamu tarafından yönetilen ve toplum destekli hastanelerdir. Ülkelere göre değişiklik göstermesine rağmen bu hastaneler kâr etmek amacı olmayan, ücretsiz hizmet verebilen, kamu finansmanı ile hizmet veren ve kamunun atadığı idareciler tarafından yönetilen kurumlardır. Özel teşebbüs hastaneleri ise yatırımcı ve kâr amaçlı kuruluşlar tarafından kontrol edilmektedir. Bu hastanelerdeki sağlık hizmetlerinin temel amacı daha fazla kar elde etmek olabileceği için verilen hizmetler ücretlidir (Srinivasan 2008).

Entegre hastaneler özelinde sağlık tesislerini diğer iş sektörlerindeki tesislerden ayıran özel faktörler bulunmaktadır. Bu faktörlerden en dikkat çekenleri; bu tesislerin haftanın 7 günü ve 24 saat prensibi ile durmadan, tatil yapmadan, sürekli açık olması yani hizmet vermesidir. Bu tesislerde, birbirinden farklı disiplinin bir araya gelmesi ile birbiriyle iç içe geçmiş karmaşık hizmetler üretilmektedir. Verilen hizmetlerin en iyi koşullarda verilebilmesi için en son teknoloji ürünü olan tıbbi ve tıbbi olmayan, cihaz ve ekipmanlar kullanılmaktadır. Kullanılan cihaz ve ekipmanlar yardımıyla en yüksek güvenlik ve teknik standartlar sağlanmaya çalışılmaktadır. Meydana gelen hizmet ve süreç karmaşıklığı içerisinde önemsenmeyebilecek veya engellenemeyecek en ufak bir hata bir insanın sakat kalmasına veya hayatına mal olabilmektedir (Terzioğlu ve Tanrıvermiş 2020). Tüm bu özellikler ışığında sağlık tesisleri, asıl hedefi en yüksek kâr olarak hizmet veren diğer sektörlerdeki tesislere göre benzersiz çalışma koşullarını kendi içerisinde barındırmakta ve çok daha karmaşık hizmet süreçlerini içermektedir.

Özellikle tesis yönetimi disiplininde gelişmeyi tamamlayamamış olan ülkelerde, sağlık tesisleri profesyonel bir anlayış içerisinde sürdürülememektedir. Sağlık tesisleri açık, net, şeffaf ve organize bir anlayışla yönetilmemektedir. Daha çok deneme yanılma yöntemiyle çalışan sistemlere sahiplerdir (Reijula vd. 2015). Yönetim organizasyonları, çalışma koşulları ve hizmet süreçleri, sağlık tesislerinin hedefleri, ihtiyaçları ve gereksinimleriyle paralel olmadığı görülmektedir.

Bu tür kuruluşlarda daha iyi organizasyon yapısı ve yüksek verimlilik nasıl sağlanır? Yapılan araştırmalara bakıldığında hastanelerin işletme masraflarının yaklaşık %30'unu tıbbi olmayan tesis faaliyetleriyle ilgilidir (Lennerts vd. 2005). Modern dünyada sağlık hizmetlerini sağlık üretim endüstrisi şeklinde tanımlamak doğru olacaktır. Dünyada sağlık hizmetleri incelendiğinde sabit fiziksel varlıklar ve imkanlarla her yıl artan hasta sayısıyla mücadele edilmektedir. Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde daha iyi sağlık hizmeti verebilmek amacıyla sağlık tesislerinin daha iyi koordine edilmesi ve aynı zamanda daha verimli çalışan tesislere ihtiyaç bulunmaktadır.

3.2 Sağlık Tesis Yönetimi

Sağlık tesis yönetimi, sağlık tesislerine gelen hastaların direkt birincil tıbbi tedavilerine yönelik olmayan ikincil tıbbi hizmetleri ile destek hizmetleriyle ilgilidir. Sağlık tesis yönetiminin hizmet süreçlerinin iyileştirilmesiyle hastaların daha kaliteli, rahat ve güvenli hizmet almaları amaçlanmaktadır (Okoroh vd. 2006). Dünya'da birçok ülke tarafından kabul gören bin yıllık kalkınma hedeflerine ulaşabilmek için sağlıklı nüfus ulusun ülkelerin daha hızlı sosyo-ekonomik ve sürdürülebilir kalkınma seviyesine gelebilmesi için vazgeçilmez bir araç olarak görülmektedir (Ogaboh vd. 2010). Bu anlayış çerçevesinde birçok ülke bu seviyeye ulaşabilmek için sağlık hizmetlerinde dış kaynak kullanımının kamu yararına olduğunu benimsenmiştir (Sarpin ve Weideman 1999). Bunun bir sonucu olarak sağlık tesislerindeki özellikle uzmanlık gerektiren hizmetler, lojistik hizmetleri, destek hizmetleri ve ikincil tıbbi hizmetlerini dış kaynak kullanımıyla sağlanmaktadır (Ikediashi ve Ekanem 2015). Bu tür tesis yönetimi kapsamına giren hizmetlerin dış kaynak yoluyla sağlanmasının en büyük getirisi yüksek performans, maliyet tasarrufu, temel tıbbi hizmetlere daha fazla odaklanabilmek ve daha yüksek

hizmet kalitesinin sağlanabilmesidir (Terzioğlu ve Tanrıvermiş 2020). Ülkeler kamunun sağlık hizmetlerindeki yüksek standardını koruyabilmek ve kaynakların daha verimli kullanılmasını sağlamak için dış kaynak kullanmak yöntemiyle finansman maliyetinde önemli bir kazanım elde etmektedir. Sağlık tesislerinde dış kaynaklardan hizmet almanın en önemli bileşenlerinden birisi de tesis yönetimi hizmetleridir. Kaynakların gün geçtikçe azaldığını ve beklentilerinde tam tersine arttığını göz önünde bulundurulursa sağlık tesislerinin verimliliğinin en üst seviyeye çıkartılması acil bir ihtiyaçtır. Dünyada gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerdeki sağlık harcamaları artma eğilimindedir. Bu baskı karşısında sağlık tesislerini sürdürülebilir hale getirmenin en büyük sonucu tesislerin çok daha verimli bir şekilde işletilmesidir.

Günümüze kadar yapılan birçok araştırma incelendiğinde sağlık tesis yönetiminin destek hizmetlerinin bütçesi, sağlık tesisinin genel bütçesi içindeki payının yaklaşık %30 olduğu görülmektedir. Yani tesisteki temel tıbbi hizmetlerin kalitesini düşürmeden tesis yönetimi özelinde destek hizmetlerinden daha fazla tasarruf yapılarak kaynak yaratılabilmesi mümkündür (Lennerts 2009b). Sağlık tesislerinde hasta odaklı bir anlayış çerçevesinde hem temel tıbbi hizmetler hem de tesis yönetimi kapsamındaki hizmetler hastaların tesis içerisinde (hastane) geçirdiği süreçlere dahildir (Shohet ve Lavy 2004a). Hastane yönetimi açısından tesis yönetimi anlayışı, klinik/tıbbi teşhis ve tedavi hizmetlerini sunmayı destekleyen en mükemmel ortamı yaratma çabasıdır. Günümüzdeki sağlık tesislerinde birincil tıbbi hizmetlerin tesis yönetimi organizasyonun desteği olmadan verim, kalite ve sürdürülebilirlik anlayışı içerisinde olması düşünülememektedir. Bu sonucun temel nedeni ise sağlık tesisinde tesis yönetimi organizasyonu tüm paydaşlar için daha uygun ve güvenli bir çalışma ortamı ile daha kaliteli bir hizmet altyapısı sunmasıdır. Bu nedenlerden ötürü özellikle entegre sağlık tesislerinde, tesis yönetimi sağlık hizmetlerinin temel ve vazgeçilmez bir unsuru haline gelmiştir. Özellikle entegre sağlık tesislerinde tesis yönetimi disiplini altında verilen hizmetlerin yelpazesi oldukça genişlemiştir. Bu hizmet yelpazesi; yönetim hizmetleri, ikincil tıbbi hizmetler (tıbbi destek hizmetleri), teknik hizmetler ve destek hizmetleri olmak üzere dört ana başlıkta sıralamak mümkündür.

Yönetimi hizmetleri başlığı temel iki hizmet alanından meydana gelmektedir. Birincisi servis yönetimi hizmetleridir. Servis yönetim hizmetlerinde; tesiste belirli bir hizmet özelindeki taleplerin yönetilmesidir. İkinci olarak bilgi teknolojileri hizmetleridir. Bu hizmet özelinde tesisteki bilgi ve iletişim teknolojileri kapsamında hizmet verilmesidir.

İkincil tıbbi hizmetler ana başlığı altında ise beş ayrı hizmetin sayılabilmesi mümkündür. Bunlardan ilki laboratuvar hizmetleri olarak; tesiste bilimsel, tıbbi ve teknolojik yaklaşımlarla biyokimya, mikrobiyoloji, genetik, patolojik, transfüzyon ve mobil laboratuvar hizmetleri ve ikincisi ise görüntüleme hizmetleri sayılabilmektedir. Görüntüleme hizmetlerinde; tıbbi ve teknolojik cihazlar yardımıyla radyodiagnostik tetkikler, nükleer tıp tetkikleri ve radyoterapi tedavi yöntemleri ile hastaların tedavisidir. Üçüncü olarak fizik tedavi ve rehabilitasyon hizmetleri sayılabilmektedir. Bu hizmette; uzman personel eşliğinde modern tedavi yöntemleri ve teknolojik cihazlar ile gerekli hastalara hizmet verilmektedir. Dördüncü olarak ilaç hazırlama hizmetleri içeriğinde; kemoterapi ilaçlarının hazırlanması, ağızdan beslenemeyen prematür bebeklerin besinlerinin ve ilaçlarının uzman personel tarafından steril tıbbi odalarda hazırlanması hizmetidir. Beşinci olarak sterilizasyon ve dezenfeksiyon hizmetleri kapsamında; tesisteki cerrahi müdahalelerde kullanılan malzemelerin sterilizasyonu ve steril olması gereken alanların dezenfeksiyon işlemleri sıralanabilmektedir.

Teknik hizmetler kapsamında altı alt hizmet kolu sıralanabilir. Birinci olarak bina bakım ve inşaat hizmetlerinde; tesisin fiziksel yapısında mimari veya yapısal elamanlarda oluşabilecek arızaların giderilmesi ve yeniden yapılanmasıdır. İkinci ve üçüncü olarak tıbbi ekipman ve cihazların bakımı ile teknik, elektronik ve elektromekanik cihazların bakım ve muhafaza hizmetleri sayabilmektedir. Bu tür son teknoloji cihazların bakım ve onarımı, yürürlükteki mevzuat ve üreticilerin önerileri doğrultusunda yapılması çok önem arz etmektedir. Zira bu cihazların kesintisiz çalışması ve tesisteki tıbbi hizmetleri aksatmayacak bir şekilde çalışması hayati önem taşımaktadır. Dördüncü olarak bitkisel ve yapılsa peyzaj, tesisin çevre bakım hizmetleri yer almaktadır; tesisin çevresi ve çevre duvarları, yaya ve araç yolları, giriş ve çıkışı gibi alanların bakımı ve gereklik olması halince onarım işleridir. Sağlık tesisinin ortak bakım hizmetleri ise; elektrik, su, kanalizasyon, doğalgaz ve telekomünikasyon altyapısı gibi tesisin sürekliliğini sağlayan

sistemlerin belli periyodlarla sürekli bakım hizmetlerini gerçekleştirmek ve gerekli hallerde anlık (reaktif) çözümler getirmektedir. Son olarak bu ana başlık altında mefruşat, mobilya ile tekstil hizmetlerini ve bunların değişim, bakım, tedarik ve envanter yönetimini belirtilebilmektedir.

Destek hizmetleri ana başlığı altında dokuz hizmeti sayılabilmektedir. Birinci olarak ise randevu yönetimi (resepsiyon) hizmetleri; hastaların tesise ilk girişlerinde karşılanması, resepsiyon hizmetleri, kayıt işlemleri, yönlendirilmesi ve refakat edilmesi gibi hizmetleri yer almaktadır. İkinci olarak güvenlik hizmetleri gelmektedir. Güvenlik hizmetleri, sağlık tesisinde ve fiziksel alanlarında 7 gün 24 dört saat prensibi ile güvenliğinin sağlanmasıdır. Üçüncü olarak otopark hizmetleridir; sağlık tesisine gelen tüm paydaşların ücretli veya ücretsiz olarak araçlarının park edilmesi ve otopark alanlarının düzenlenmesi işidir. Dördüncü olarak taşıma hizmetleri; tesise gelen ihtiyacı olan hastaların, cihazların, ekipmanların, mobilyaların, mefruşatın, evrakların, iç veya dış taşıma, dağıtım ve sunum hizmetleridir. Beşinci haşere kontrol hizmetleri ise; yasal mevzuatlara göre tesisin düzenli ve anlık olarak ilaçlamasının yapılmasıdır. Altıncı olarak çamaşır hizmetleri; tesisteki tekstil ürünlerinin hijyenik koşullara uygun bir şekilde toplanması, yıkanması, ütülenmesi, depo edilmesi ve dağıtımını hizmetleridir. Yedinci olarak genel temizlik hizmetleri sayılabilmektedir; tesisin fiziksel ortamının sağlık ve hijyen koşullarında sürdürülebilirliğinin sağlanmasıdır. Sekizinci olarak yemek hizmetleri sıralanabilmektedir; tesiste yer alan tüm paydaşların güvenli ve tıbbi standartlara uygun yemek hizmetlerinin sunumudur. Son olarak ise atık bertaraf yönetimi hizmetleri sayılabilir; ilgili yasal mevzuata uygun olarak tıbbi ve tıbbi olmayan atıkların toplanması, depolanması ve bertarafı işleridir.

Sağlık tesisindeki tüm bu hizmetlerin en iyi şekilde yürütülmesi tesis ortamının ve tıbbi hizmetin çok daha verimli, mali yönden ucuz ve sürdürülebilir olmasını sağlanmaktadır. Sağlık tesislerinde ortaya çıkabilecek küçük bir hata veya ihmal nedeniyle büyük ve yıkıcı olaylar meydana gelebilmektedir.

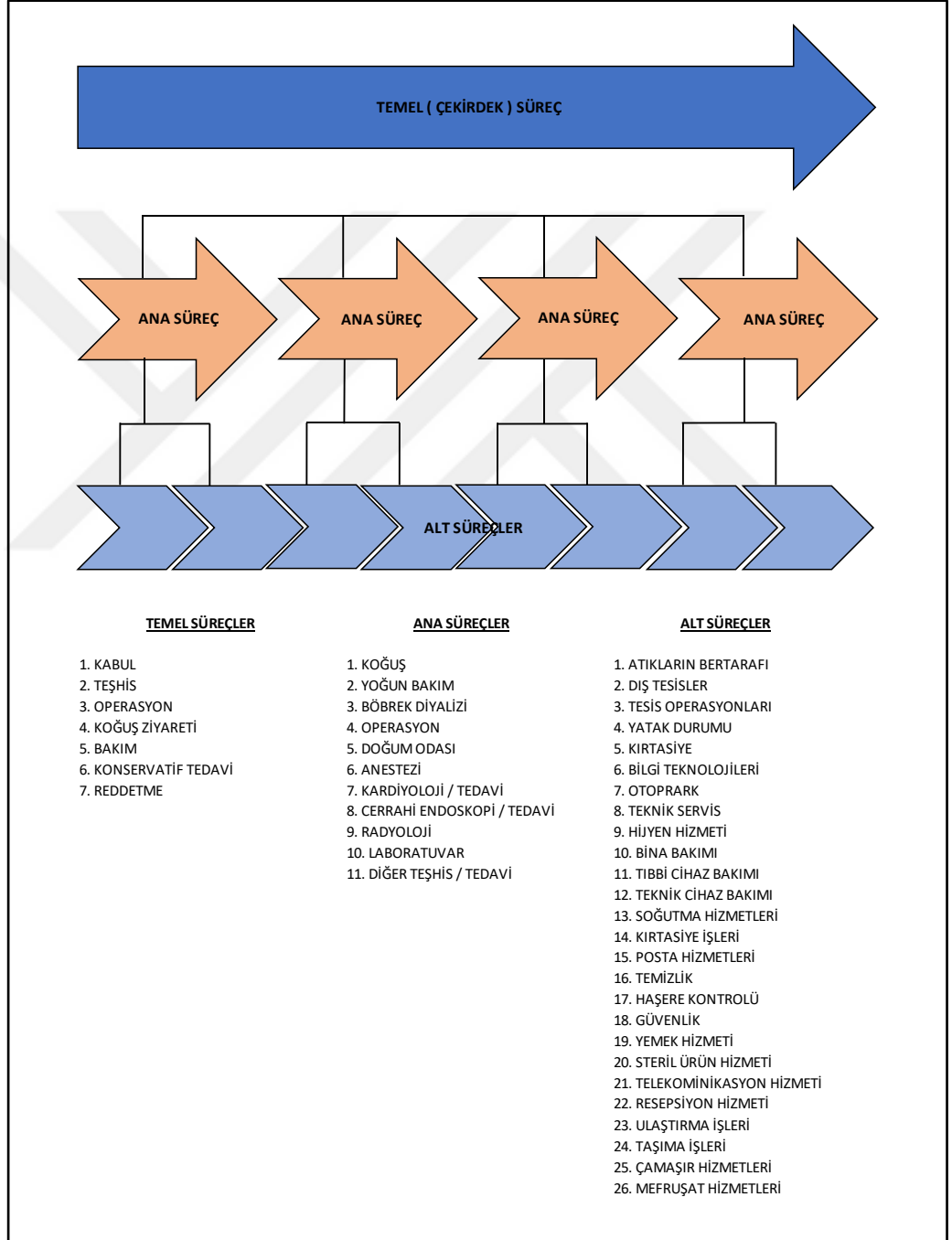
Sağlık tesislerindeki entegre hizmet süreçleri; tıbbi veya tıbbi olmayan tedavi rehberleri, protokoller ve hizmet yönetim süreçlerinin kesintisiz devamı ve en iyiyi hedefleyerek

desteklenmesi için tüm süreçlerin standartlaşması yaklaşımıdır. Tedavi ve tedavi harici kalan tüm entegre hizmet süreçleri, sağlık tesisinin kaynakları ve tedavi protokollerini desteklemek amacıyla meydana getirilmiştir (Abidi 2008). Sağlık tesisi kapsamında yer alan hizmet süreçleri; birbirinden farklı disiplinler, klinikler ile birleşik/entegre departman hizmetlerinin sürekliliği, tesis bakımı ve tüm tesisin genel koordinasyonu en üst düzeyde sağlamak amacıyla her bir hizmet süreçlerinin yönetiminin her aşaması ayrıntılı bir rehber şeklinde hazırlanmalıdır (Coffey vd. 1992). Sağlık tesislerinin birleşik/bütünleşik/entegre hizmet süreçlerin koordinasyonun planlanmış uygulama yolları; süreç haritaları ve beklenen klinik veya klinik olmayan süreç yolları, hasta bakım süreç yollarını kapsayan, detaylandıran ve hizmet alan hastanın (paydaş) hizmet sürecini genel olarak tanımlayan birbirinden farklı birçok disiplini içerisine alan görev odaklı entegre süreçlerin bütünüdür (Muscholl 2005, Terzioğlu ve Tanrıvermiş 2020).

Sağlık tesislerinin entegre süreçlerin temel unsuru tüm prosedürlerin standartlaştırılmasıdır. Bu yaklaşıma ek olarak tesisteki her bir departmanın farklı ihtiyaçlarını dikkate alarak sağlık tesisindeki aynı süreçleri standartlaştırmak için bir temel strateji oluşturmaktadır (Coffey ve LeRoy 2001). Sağlık tesislerinde hizmetlerin sunumu birbirinden çok farklı müşterileri (paydaşlar) içermektedir. Son müşteri ise hakları kamu veya özel sektöre bağlı sigorta kuruluşu veya fon tarafından korunan hastalardır. Sağlık tesis yönetimi açısından, hastalar ve refakatçilerden farklı olarak sağlık tesislerinde başka müşteriler (paydaşlar) da yer almaktadır. Bunlar tesisin tıbbi veya tıbbi olmayan kliniklerde veya departmanlar da çalışanlar ile bu birimlerle bağlantılı dışarıdan gelen ziyaretçilerdir. Tüm bu paydaşlar sağlık tesisinden faydalanmakta ve vakit geçirmektedir.

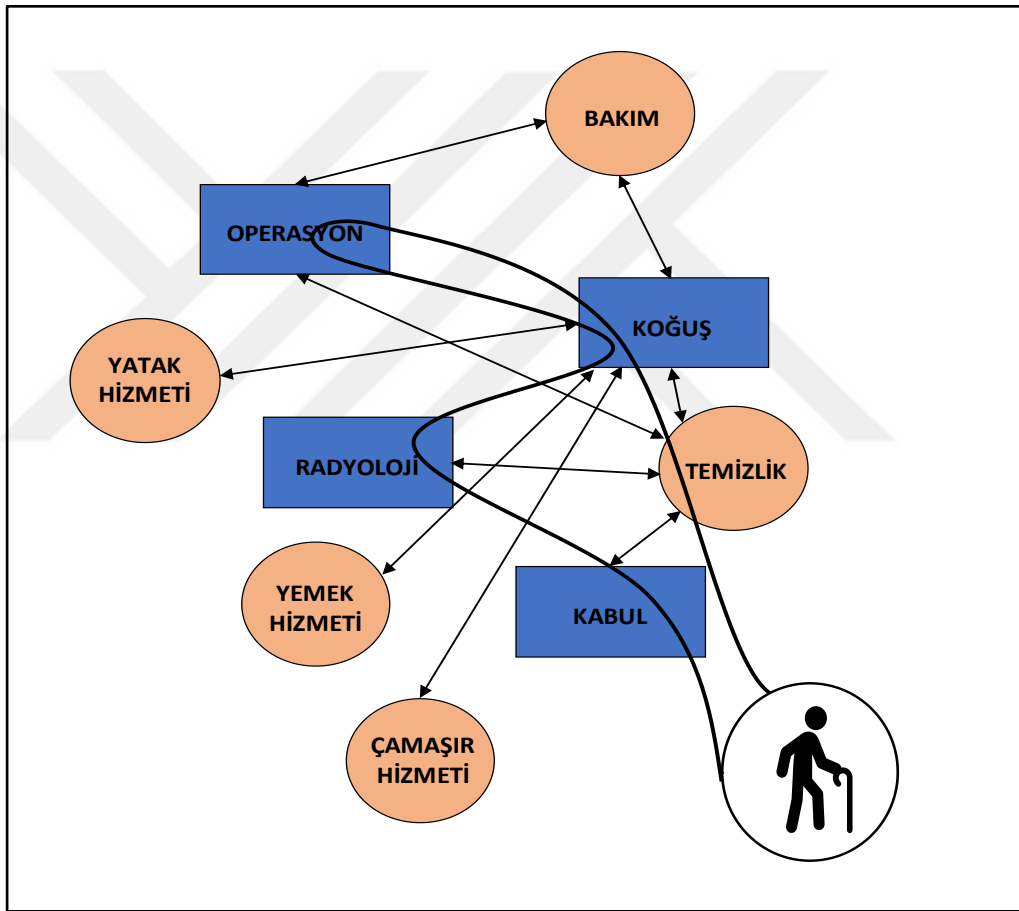
Sağlık tesislerindeki entegre hizmet süreçlerinin “temel faaliyet süreci” olarak tanımlanabilmektedir. Bu hizmet faaliyetlerini tesis içi veya tesis dışı bir müşteriye hizmet veren müşteri odaklı süreç şeklinde tanımlamak mümkündür. Bu temel faaliyet süreçlerini ana hizmet süreçleri ve alt hizmet süreçleri şeklinde sınıflandırmak mümkündür. Sağlık tesislerindeki temel ve ana hizmet süreçleri, hastanın sağlık durumunu direkt etkileyen hizmetler olarak ifade edilebilmektedir. Bunlar ameliyatın operasyonel performansı gibi tanımlanabilmektedir. Alt süreçler ise temel ve ana

süreçlere destek verilmek üzere yapılan hizmetlerdir. Örneğin ameliyathanenin hazırlanması, tıbbi malzeme ile ekipman sağlanması ve uygun fiziksel ortamın sağlanması şeklinde sıralanabilir. Yani alt hizmet süreçleri temel ile ana hizmet süreçlerinin işlevselliğinin artması ve kesintisiz devam etmesinden sorumlu olan süreçlerdir (Şekil 3.1).



Şekil 3.1 Hastanedeki temel hizmet, ana hizmet ve alt hizmet süreçleri (Hessel 2004)

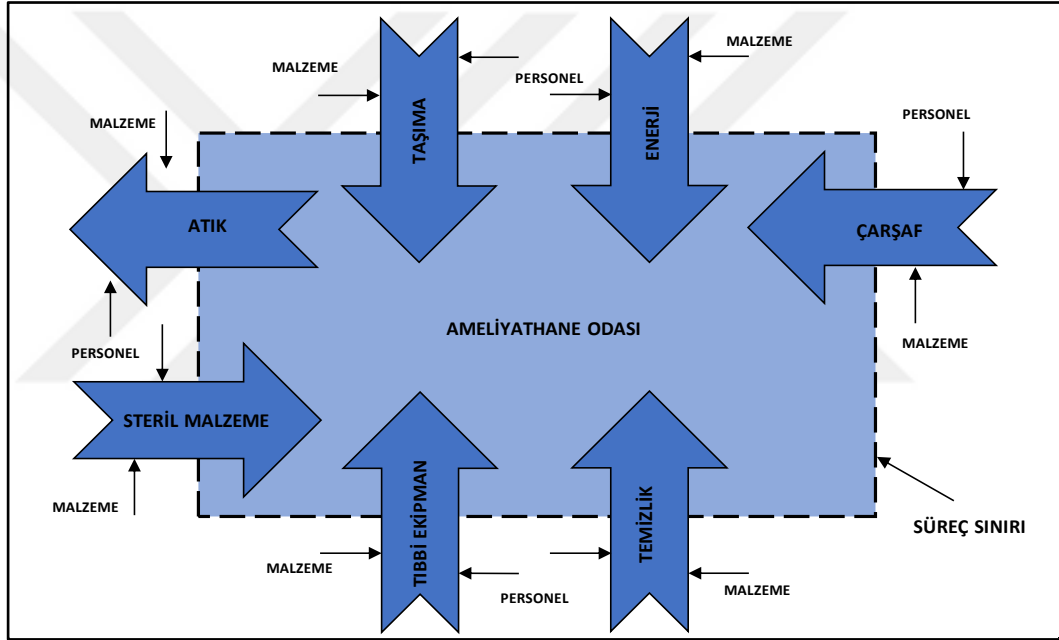
Sağlık tesislerinde entegre hizmet süreç modellemesi incelediğinde ana hizmet ile alt hizmet süreçleri arasındaki ilişkide hasta (paydaş/müşteri) sağlık tesisindeki temel faaliyet süreçlerinde belirli aşamaları ve yolları takip ederek aldığı genel hizmeti tamamlamaktadır. Tesiste izlediği yollar boyunca farklı departmanların ve farklı iş süreçlerinin hizmetinden faydalanmaktadır. Hastalar sağlık tesisinde geçirdiği zaman süresince alt hizmet süreçlerinin bir kısmından da yer almaktadır. Buradaki temel odak hasta iken temel ve ana hizmet süreçleri birbirlerine fonksiyonel birimler veya departmanlar aracılığı ile sağlanmaktadır (Şekil 3.2).



Şekil 3.2 Sağlık tesisi temel faaliyet süreç modellemesi (Rechel vd. 2009)

Sağlık tesisinin ürünleri, paydaşların ihtiyaçlarına ve beklentilerine verdikleri hizmetlerdir. Sağlık tesis yönetiminin amacı ise sağlık tesisindeki birincil tıbbi hizmetlere en uygun desteği sağlamaktır (Pfründer vd. 2004). Sağlık tesis yönetiminin ürün çıktıları için tıbbi veya tıbbi olmayan ilkeler çerçevesinde katalog geliştirilmiştir. Burada hizmet

sunumunun gerçekleştirileceği fiziksel alan oldukça önemlidir. Örneğin yüksek güvenlik ve hijyen standartlarını sağlayan ameliyathane yapımı ve bakımı hem teknik hem mimarlık hem de tıbbi özel şartnameler çerçevesinde oluşturulur. Ameliyathanenin tüm fiziksel alanları ve unsurları (tıbbi ve tıbbi olmayan ekipmanlar/cihazlar, bilgi ve iletişim sistemleri, elektrik ve mekanik altyapısı, vb.) güvenilir ve sürdürülebilir şekilde planlanmalı ve hazır tutulmalıdır. Operasyonun gerçekleşmesi sürecinde enerjinin sağlanması, operasyonu yapan ekibin kullanacağı alet ve cihazların steril olması, kullanılan giysi ve mefruşatın hijyeni ve temizliği, operasyondan çıkan tıbbi atıkların bertarafı gibi hizmetlerin gerçekleştirilmesi tesis yönetiminin kapsamındadır (Şekil 3.3).



Şekil 3.3 Sağlık tesis yönetimi kapsamındaki ameliyathane operasyonun alt süreci ilişkisi (Braun 1999)

Sağlık tesislerindeki süreçleri tıbbi bir departmanın görevi ile tesis yönetiminin görevini belirli sınırlar ile ayırarak eşitlenebilmektedir. Örnek olarak ameliyathane operasyonu, tesis yönetimi organizasyonunun farklı birimlerinin hizmetlerine ihtiyaç duymaktadır (Braun 1999). Yani tesis yönetiminin ilgili birimini servis sağlayıcı, diğer birimi veya tesisin tıbbi birimini de hizmet alıcı olarak tanımlayabilmektedir. Bu durumda bir taraf müşteri diğer tarafta hizmeti sunun olarak süreç ilişkisi yaratılmış olur. Böylece hizmet odaklı bir ürün tedarik süreci başlamış olmaktadır. Sağlık tesisleri tüm bu hasta odaklı

hizmet süreçlerini oluşturarak entegre hizmet süreçlerinin optimizasyonunu sağlayabilmektedir. Yani tesis yönetiminin alanına giren alt hizmet süreçlerini optimizasyonunu sağlanarak temel ve ana hizmet süreçlerinin kesintisiz bir şekilde devam etmesini sağlanmış olur. Sağlık tesislerinde temel hizmet süreçlerinin gelişimi, bu süreçlere entegre olan ana ve alt süreçlerin kesintisiz bir şekilde en üst kalitede var olmasıyla sağlanabilmektedir.

Çevrede dengeli ve etkili bir hareket ile bir ses elde etmek ve potansiyeli en üst seviyeye çıkartabilmek için olmazsa olmaz bir kuraldır (Amaratunga vd. 2002a). Yani sağlık tesislerindeki tıbbi hizmetlerde iyi bir performans yakalanabilmesi ancak alt süreçlerin dengeli ve etkili optimizasyonu sonucunda elde edilir. Sağlık tesislerinde hizmet süreçlerinin iyi yönetilmesi ve uzun vadeli hedeflere varabilmesi ancak her bir sürecin adım adım sürekli iyileştirilmesi sonucunda mümkündür. Mevcut süreçlerin başarısını ölçmek ve sürekli iyileştirme yöntemlerini bularak uygulamak gerekmektedir. Bunun için başlangıç noktası olarak tesis yönetiminin verdiği alt hizmet süreçleri seçilebilir. Buradaki hizmetlerin performansını arttırarak temel hizmet süreçlerinin performansı arttırılır bu da sağlık tesisinin genel performansına pozitif yansımaktadır.

Sağlık tesis yönetimi organizasyonu, içerisinde bulundukları daha büyük organizasyonların önemli bir parçasıdır. Tesis yönetiminin kapsamındaki alt hizmet süreçlerindeki temel nokta, tesisteki temel süreçler için en iyi çalışma ortamının sağlanmasıdır. Bu hedefle süreç analizi temelinde, ana ve alt temel süreçler arasındaki ile diğer temel süreçler arasındaki koordinasyonu sağlayarak boşlukları ve hizmet çakışmalarını en aza indirilmelidir. Böylece entegre hizmet süreçlerinin optimizasyonunun sağlanması hasta odaklı bir tedavi hizmetinin başarılı bir şekilde gerçekleştirilmesini sağlayabilir.

Sağlık tesislerinde hizmet süreçlerinin iyileştirilmesi hizmet sunumunu iyileştirmenin temel bileşenidir. Kuruluşlar, süreç iyileştirme çabaları esnasında nereye odaklanacaklarını ve diğer kuruluşlar karşısında ne kadar iyi oldukları konusunda cevap verebilecekleri net bir tek kılavuz yoktur. Dünya’da sağlık tesis yönetimi için her yerde ve her zaman geçerli olabilecek özel tek bir kılavuz veya yöntem yoktur. Her sağlık

tesisinin hizmet süreçlerini iyileştirmek için o kuruluşun kendi özelindeki stratejik yönleriyle ilişkilendirilerek başarmak mümkündür. Sağlık tesisleri özelinde amaç, tesise uzun vadede sürekli değer katan sürdürülebilir bir tesis yönetimi hedef olarak belirlenmelidir. Bunu yakalayabilmenin yolu mevcut kaynakları, insanları, fiziksel varlıkları ve teknolojiyi dengeli, uyumlu ve yenilikçi çözümler ile entegre etmekten geçmektedir.

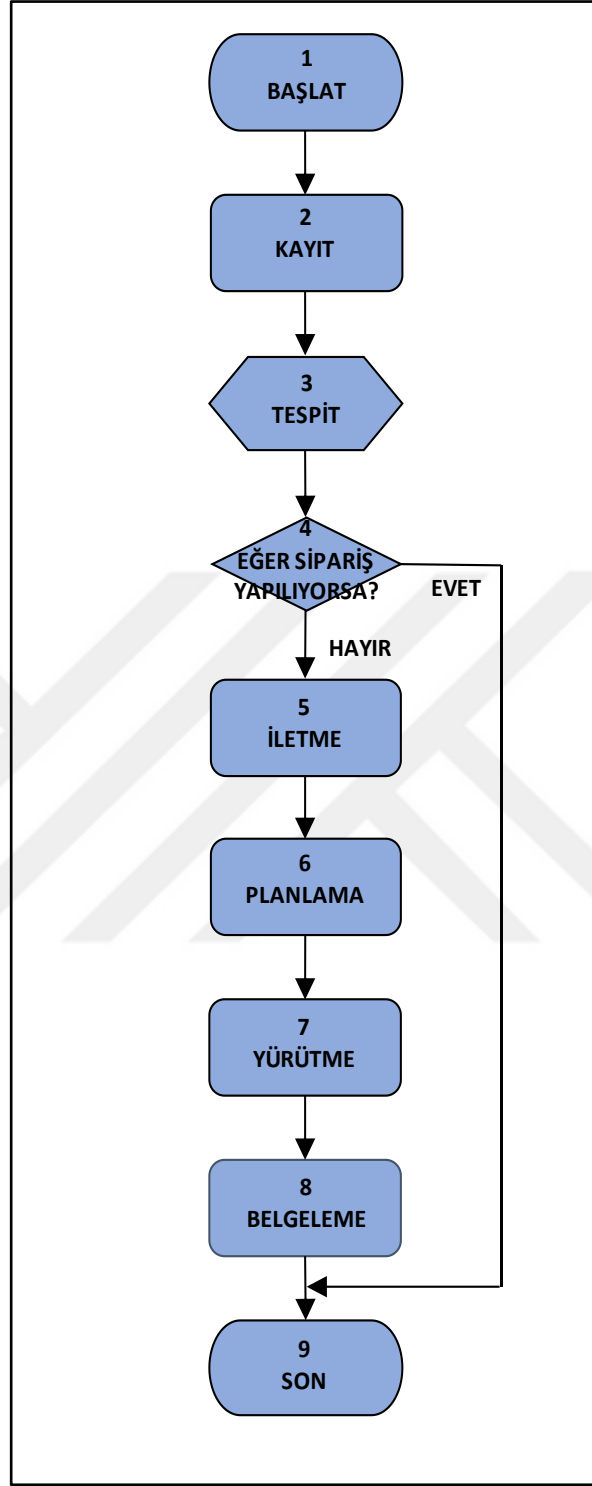
Stratejik hedefler doğrultusunda sürekli öğrenen bir organizasyon oluşturabilmek için uygun araçlar ve tekniklerle birlikte öğrenme odaklı bir süreç yaratılmalıdır. Sağlık tesisleri yönetimi, hizmet süreçlerini sürekli denetleyerek ve gözden geçirerek gerekli yerlerin yeniden planlanarak belirtilebilir. Bunu başarabilmek için anket çalışmaları ve çeşitli performans araçları kullanılabilir (Madritsch 2009).

Sağlık tesislerinde faaliyet süreçlerinin optimize edilebilmesi için ayrıntılı bir şekilde analiz edilmeleri gerekmektedir. Faaliyet süreçlerinin kusursuz bir şekilde işleminin yolu belli özellikleri barındırmasıdır. Bu özellikleri; taahhüt, yetenek, doğrulama, değerlendirme ve etkinlik şeklinde sıralamak mümkündür. Taahhüt; tesisteki faaliyet sürecinin oluşturulduğunun ve sürdürülebildiğinden emin olunmasıdır. Yetenek; faaliyet sürecinin uygulanabileceği yetkinliğe sahip olunmasıdır. Doğrulama; faaliyetin planlandığı şekilde yapıldığının kontrol edilmesidir. Değerlendirme; tesis yönetiminin süreçleri gözden geçirip değerlendirebildiği ve gelişmesini sağlayabildiği anlamına gelmektedir. Son özellik olarak etkinlik; faaliyet süreçlerinin uygulanabilmesi amacıyla gerekli olan roller ve prosedürlerin en iyi şekilde gerçekleştirilmesidir (Sarshar vd. 2004). Tesis yönetimi organizasyonlarında bütünsel yaklaşım sayesinde verimlilik artarken kaynaklardan da daha fazla tasarruf yapılması sağlanabilmektedir (Lennerts vd. 2003).

Tesis yönetimi birimine gelen talep ilk önce veri giriş formuyla kaydedilmektedir. Gerekli görülmesi halinde yönetim birimi iş emrini veren müşteriyi arayıp emri teyit ettirmek isteyebilmektedir. Talebin teyit edilmesinden sonra iş emri oluşturularak ilgili departmana iletebilmektedir. İş emirleri ilgili departmanda öncelik sırasına göre planlama yapmaktadır. Küçük ve basit işler bekletilmez ve hemen yapılabilir. Daha büyük ve bütçeden finansman sağlanması gereken iş emirleri için farklı bir süreç

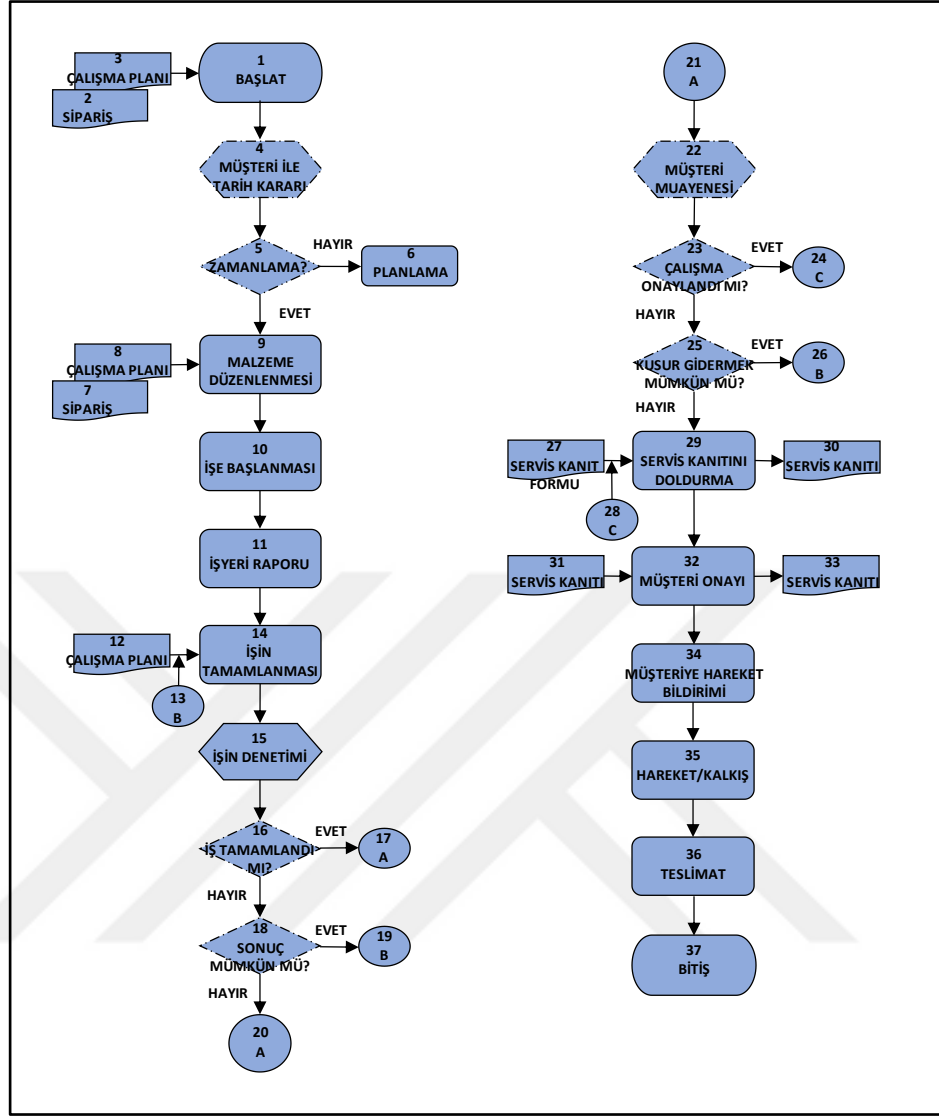
izlenmektedir. İş emrinin tamamlanması üzerine yapılan işin ayrıntısını içeren hizmet hemen raporlanarak kayıt altına alınmış olmaktadır. Müşteri olan departman veya birim yapılan işten memnun kalmazsa sipariş tekrarlanarak planlama ve uygulama döngüsüne tekrardan dönülerek sipariş tekrarlanmaktadır. Her iş sonunda müşteri işin doğru bir şekilde tamamlandığını teyit etmelidir. Bu süreç yönetiminin amacı, tesisteki müşteriye tam olarak istediği hizmeti doğru miktarda ve doğru zamanda sunmaktır (Şekil 3.4).

Sağlık tesislerinde faaliyet süreçleri optimize edilirken faaliyetin niteliği yalın düşünülerek katma değeri olmayan faaliyetleri belirlemek önemlidir. Çeşitli veri analizi araçları kullanılarak yapılan hizmetlerin kalitesi ve içeriğinin sonucunda müşteri paydaşın memnuniyeti ölçülmelidir. Süreçleri iyileştirmenin ilk adımı olarak müşterilerin bakış açısından bakılarak hizmetin değerinin tanımlanabilmesi önemlidir. Müşterinin bakış açısıyla değer; hizmetin sorunsuz veya en az aksamayla sağlanabilmesidir. Hizmet veren (tesis yönetimi) açısından değer; müşteriye kaliteli bir şekilde en uygun maliyetle hizmet sunumunu tamamlamaktır. Böylece klinik ve tıbbi departmanlar kendi asli görevlerine daha fazla konsantre olabileceklerdir.



Şekil 3.4 Sağlık tesislerinde faaliyet süreçlerinin iş akış modeli (Sharma vd. 2007)

Sağlık tesislerinde faaliyet süreçlerinin sağlıklı bir şekilde uygulanabilmesi ve optimizasyonu için akış şemalarının modellenmesi gerekmektedir. Akış grafiği şeklinde modellenen süreçlerin sevk ve yürütme alt süreçleri de oluşturulmaktadır (Şekil 3.5).



Şekil 3.5 Sevk ve yürütme alt süreçli akış şeması modeli (Sharma vd. 2007)

Buradaki modellemedeki işlem adımlarını 4. ve 5. adımlarda kayıt alt işlemi altında gerçekleştirilebileceğinden ötürü katma değer olmadığı söylenebilmektedir. Aynı durum 16., 18., 22., 23. ve 25. işlem adımlarında da yeniden çalışması nedeniyle oluşan süreç atıklarıyla ilgilidir. Bu yüzden değer katmama durumu bu adımlarında da oluşmaktadır. Bu model süreçte kalite güvencesi herhangi bir işlem adımının ayrılmaz bir parçasıdır. Bu durum sıfır hatanın oluşmasını sağlamaktadır. Faaliyet süreci işlerken tesis çalışanları bir sonraki adıma geçmeden önce hizmetin kalitesini en iyi şekilde sağlamak durumundadırlar. Bu modellemelerin sonunda katma değeri olmayan işler faaliyet sürecinden çıkartılarak model optimizasyonu sağlanmaktadır. Böylece tesis faaliyet süreçleri daha kısa sürede ve daha az kaynak kullanılarak tamamlanabilir.

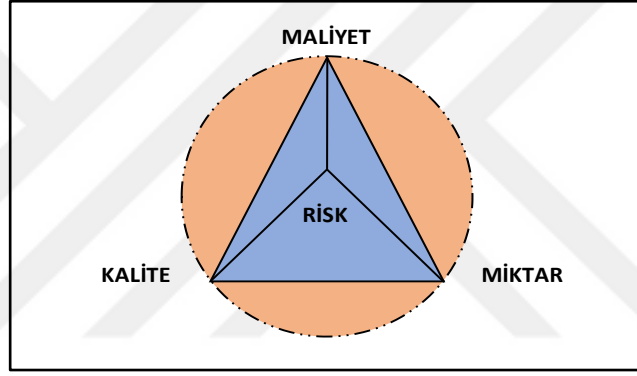
3.3 Sağlık Tesislerinde Risk Yönetimi

Risk, tüm faaliyetler için günlük iş yönetiminin bir parçasıdır. Tesislerde en ufak bir risk gözetimsiz bırakılırsa felaket haline gelebilecek bir kriz oluşturmak için yeterli olabilir. Riskler kişiden kişiye ve durumdan duruma gösteren çeşitli anlamlara sahiptir. Bunun nedeni olarak organizasyonlar ve hizmet çeşitleri arasındaki farklardır (Orsaah 1984). Risk, bir organizasyonun faaliyetlerinden kaynaklanarak ahlaki, sosyal ve işlevsel kayıp, yaralanma, hasar veya organizasyonun büyümesinin bozulmasına neden olabilecek bir durumdur (Muckleston 1977). Risk ve belirsizlik bazı durumlarda karıştırılabilmektedir. Risk ve belirsizlik arasındaki fark, riskin belirli bir olayın gerçekleşme olasılığının bilindiği durumları içermesidir. Belirsizlik ise bu olasılıkların bilinmemesidir (Van Horne 1977). Risk yönetimi, bir olayın meydana gelme riskini azaltmak ve olayın meydana gelmesi durumunda ortaya çıkabilecek etkisini sınırlandırmak amacıyla risklerin tanımlanması, değerlendirilmesi ve risk meydana geldiğinde alınacak tedbirlerin belirlenmesidir. Tesislerin hizmetleri ve fiziksel alanları için tıbbi, çevre, sağlık, güvenlik, mülk, arz ve finansal performans gibi riskler belirlenmeli ve tesis çalışanları olası risklerin meydana gelmesi durumunda mücadeleye aktif olarak katılmalıdır (Amaratunga vd. 2002a).

Sağlık tesislerinde dış kaynak kullanımıyla birlikte büyük değişiklikler oluşacağı, bunun sonucunda çalışanlar arasında yeni iletişim ve çalışma yöntemleri gerektiren riskli bir durum yaratabileceği düşüncesi var olup, hizmet kalitesinin iyileştirilmesine, temel kamu hizmetinde risk ve belirsizlik oluşturacak klinik başarısızlıklardan kaçınmaya odaklanan akıllı iş kararları almaları gerekmektedir (Okoroh vd. 2002, Uslu vd. 2022). Sağlık tesislerinde oluşabilecek risk ve belirsizlikler hem hizmet alanların hem de hizmet sağlayanların memnuniyetsizliği anlamına gelmektedir. Bu nedenle tesis yönetimi kapsamında hizmet verimsizliği, yaşam kalitesinde bir azalmaya neden olabilmektedir. Bu durum kamu veya yasalar tarafından tolere edilemeyecek derecede yüksek yaralanma ve ölümlere neden olabilmektedir. Herhangi bir ihmal nedeniyle yaşam kalitesinde azalma veya hizmetin başarısız olması sağlık tesisinin hastaların ihtiyaçlarına cevap veremeyen güvensiz bir hale gelmesine sebep olmaktadır. Sağlık tesislerindeki meydana gelebilecek istenmeyen olay, güven üzerine kurulu sağlık tesislerinin risk eğilimi ve kabul edilebilirliğini belirleyecek şekilde çok dikkatli bir şekilde sıralanmalıdır. Özellikle sağlık

tesislerinde tesis yönetimi hizmetlerinin kapsadığı risk yönetimi tesisin başarısındaki kilit rollerden birisidir.

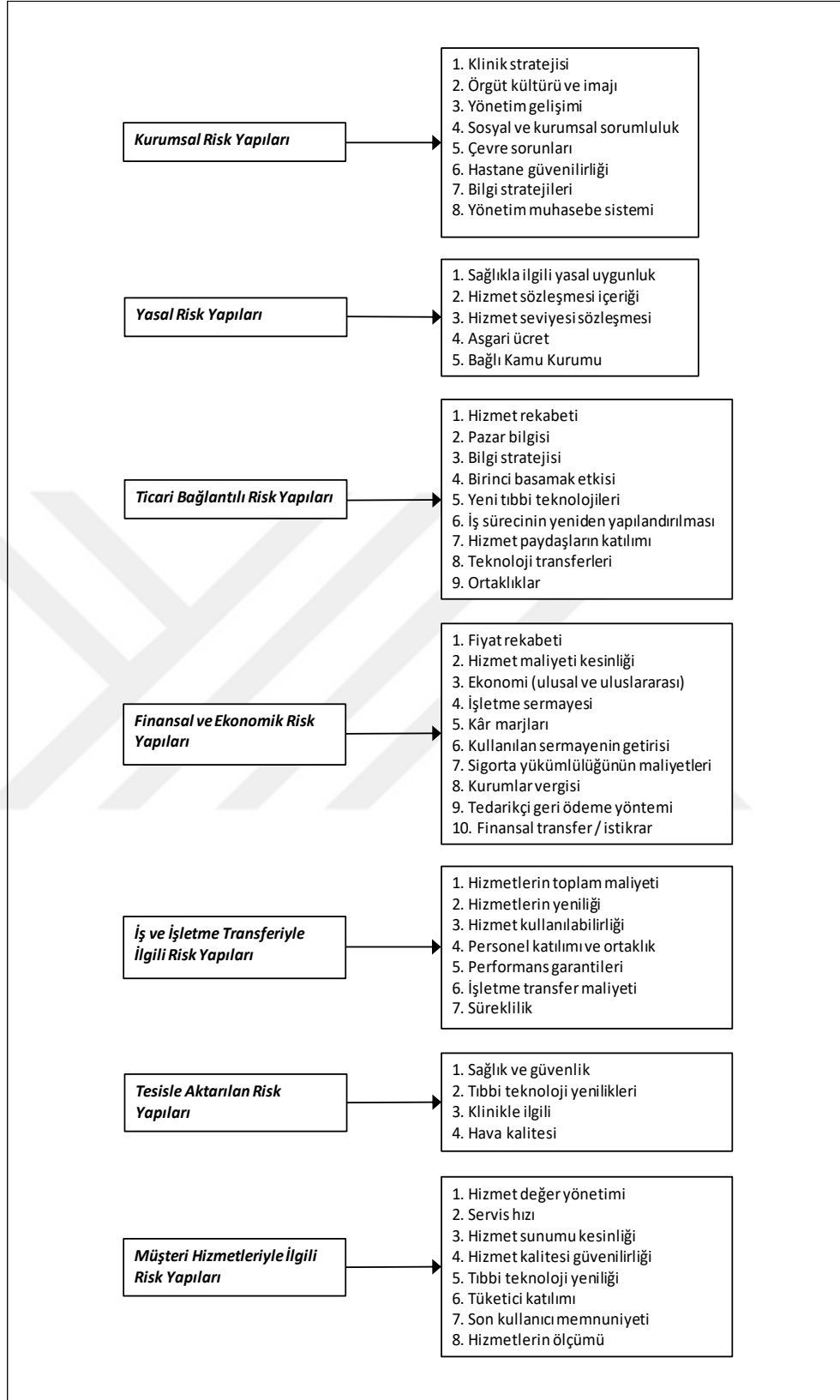
Hastane destek müdürü olan Wagstaff 1997 yılında yaptığı çalışmada iş planlaması açısından maliyet, kalite, risk ve miktarın birbiriyle olan yakın ilişkisini belirtmektedir. Bu dört faktörün birbirleriyle olan ilişkisi gösterilmektedir. Sağlık hizmetlerinde tesis yönetimi çözümlerini desteklemek için bilgi teknolojilerinin verimli kullanımı ile ilgili çalışmasında hizmet miktarının rekabet ve pazar talebinin doğrudan bir sonucu olduğunu açıklamaktadır. Kabul edilebilir risk ve algılanan hizmet kalitesi arasında ince bir denge olduğunu belirtmektedir (Wagstaff 1997) (Şekil 3.6).



Şekil 3.6 Risk, maliyet, kalite ve miktar arasındaki denge modeli (Wagstaff 1997)

Sağlık tesis yönetimi risk tanımlaması tesis yönetiminin faaliyet süreçlerinin en önemli ve ayrılmaz bir parçasıdır. Bu aşamada olası iş planlamasının ve kapsadığı risklerin değerlendirilmesini yapılmaktadır. Hem mevcut hem de gelecekte meydana gelebilecek risk, tesisin iş ortamına göre tanımlanmalıdır. Böylece organizasyonun örgütsel ve yönetsel riskleri yakından incelenebilecektir. Bu süreçler; tıbbi hizmetler, tesis yönetimi operasyonlarının hukuki, ticari ve insan faktörü ilişkisi ile iletişim sistemlerinin her birini kapsamaktadır.

Oluşabilecek riskler bazen felaketle sonuçlanabilir ya da hizmeti engelleyerek müşterileri hayal kırıklığına uğratabilmektedir. Tesis yönetimi üzerine sağlık sektöründeki iş riskleri hizmet sağlayıcının veya hizmet alıcısının karşılaşılabilecekleri risklerdir (Ilozor vd. 2002) (Şekil 3.7).



Şekil 3.7 Sağlık tesislerinde meydana gelebilecek riskler (İlozor vd. 2002)

Sağlık tesis yönetiminde oluşturulacak risk yönetim stratejilerini planlayabilmek için mesleki muhakeme yeteneği ve iyi bir yönetim stratejileri gerekmektedir. Böylece sağlık tesislerinde hizmet ve iş kayıpları azaltılır, faaliyet süreçleri geliştirilir, hizmette oluşabilecek hatalar azaltılır, en iyi hizmet uygulamaları geliştirilir ve kuruluşun temel iş hedeflerinin sürekli desteklenmesi sağlanabilir. Böylelikle olası risklere karşı önlem alınarak tesis yönetimi sunumunda iyi bir imaj yansıtılır ve böylece hem kuruluşa hem de hizmete değer katılmış olmaktadır.

3.4 Tesis Yönetimi ve Sağlık Tesis Yönetimi Alanında Uluslararası Standartlar

Tüm sektörlerde olduğu gibi tesis yönetiminin de olgunluk işareti, hizmet ve çalışma standartlarının bölgesel, ulusal veya uluslararası düzeyde ne ölçüde tanımlandığıyla bağlantılıdır (Greetham 2019). Bugün hemen hemen tüm tesislerin tasarımı, inşası ve işletilmesi sayısız kurallar, standartlar, yönetmelikler ve kanunlar ile düzenlenmektedir. Bunlar konutlar için yerel imar ve bina yönetmelikleri le başlar, daha komplike tesislerde için örneğin nükleer santraller için çok daha karmaşık standartlar ve kanunlara gereksinim duyulmaktadır. Tesislerin sürekliliklerini sağlayabilmek için gerekli olan bu izinlerin süreleri bir saatten birkaç yıla kadar sürebilmektedir. Bu kuralların ve düzenlemelerin temel amacı kamu güvenliğini sağlamak ve tüm paydaşlar için asgari bir standardı sağlayabilmektir (Gokhale ve Gormley 2014).

Son yirmi beş otuz yılda tesis yönetimi alanının göstermiş olduğu büyüme ve küresel gelişim oldukça önemlidir. Tesis yönetimi alanındaki ulusal ve uluslararası standartlar, başarılı bir şekilde küreselleşmeye çalışan, en iyi tesis ve tesis uygulamalarını yaratma yolunda önemli bir kılavuz ve araçlardır (Hodge vd. 2014). Bu standartlarla birlikte tesis yönetiminin performans ve verimliliği artırılarak, süreçleri standartlaştırılan küresel ve bölgesel gelişmiş pazarlar yaratılabilir (Roper ve Borello 2013). Tesis yönetiminin uluslararası standartlarla birlikte sürekliliği, profesyonelliği, etik taahhütleri ve iyi uygulama örnekleri geliştirilmektedir. Böylece tesis yönetimi alanı uluslararası bütünsel bir gelişimi sağlayarak küresel olarak gelişebilecektir (Shah 2008).

Tesis yönetimi, Birleşik Krallık'taki İngiliz Standartları Enstitüsü (BSI) ve Avrupa Standardizasyon Komitesi (CEN) tarafından ulusal düzeyde aktif olarak takip edilmesine rağmen, uluslararası standartlar sahnesine çıkmakta geç kalmışlardır (Atkin ve Bildsten 2017). BSI, tarafından 2015 yılında BS 8536: 2015 standardını yayınlanmıştır. Bu standart, tesis yönetimi için uygulama kuralları, tasarımcıların kullanımda bir binanın beklenen performansını dikkate almalarını sağlamak için tavsiyeler içermektedir. Standart, tüm yeni bina projeleri ve büyük çaplı tadilatlar için geçerlidir. Bu standart tesis yönetiminin işletme aşamasında Yapı Bilgi Modellemesi (BIM) standart (PAS 1192-2, PAS 1192-3, PAS 1192-5 ve BS 1192-4) serisi ile çalışma planı ve koordinasyonu amaçlamaktadır. BS 8536: 2022 standardı, 2022 yılında daha önceki standart sürümleriyle birleştirilerek güncellenmiş bir şekilde çalışabilirlik için tasarım, üretim ve yapım konseptiyle yayınlanmıştır (Anonymous 2022c). Bu standardının amacı inşa edilmiş tesislerin değerini en üst düzeye çıkartarak yaşam döngüleri boyunca sorunsuz şekilde işletilmesini sağlamaktır.

Avrupa Standardizasyon Komitesi (CEN) otuz dört Avrupa ülkesinin ulusal standardizasyon kuruluşlarının bir araya gelmesiyle oluşturduğu dernektir. CEN, resmi olarak Avrupa Birliği (EU) ve Avrupa Serbest Ticaret Birliği (EFTA) tarafından Avrupa çapında standartların geliştirilmesi ve tanımlanmasından sorumlu kabul edilmiştir (Anonymous 2022b). CEN tesis yönetiminin birincil süreçleri desteklemek için operasyonel, taktik ve stratejik seviyeleri kapsayan CEN TC 348 Komitesi 2003 yılında kurularak CEN TC 348 standart ailesini yayımlamıştır.

CEN tarafından yayınlanan CEN TC 348/WG 1 standardı; tesis yönetiminde terimler ve tanımlar, CEN TC 348/WG 2 standardı; tesis yönetim anlaşmalarını, CEN TC 348/WG 3 standardı; tesis yönetiminde kalite, CEN TC 348/WG 4 standardı; tesis yönetimi sınıflandırması, CEN TC 348/WG 5 standardı; tesis yönetiminde süreçler, CEN TC 348/WG 6 standardı; tesis yönetiminde alan ölçümü, CEN TC 348/WG 7 standardı; tesis yönetimi için karşılaştırma kılavuzu, CEN TC 348/WG 8 standardı; tesis yöneticisinin görevleri, rolleri, sorumlulukları ile yetkinliklerini ve CEN TC 348/WG 9 standardı ise BS EN 15221-9'un (BS EN 15221-9 standardı, tesis yönetiminde taksonomi, sınıflandırma ve yapılar hakkındadır) geliştirilmiş amacıyla yayınlanmıştır.

Tesis yönetimi alanındaki ürün ve hizmetlerin güvenli, güvenilir ve kaliteli olmasını sağlamak için Uluslararası Standardizasyon Örgütü (ISO)'nün yayınladığı standartlar oldukça geniş ve önemlidir (Whittaker 2016). ISO, tesis yönetimi ve tesis yönetimi sistemleri serisi olarak ISO 41000'i, varlık yönetimi serisi olarak ISO 55000'i, kalite yönetim sistemleri serisi olarak ISO 9000 ve çevre yönetim sistemleri serisi olarak ISO 14000'i yayımlamıştır. ISO 41000 tesis yönetimi alanında daha fazla üretken bir işyeri ve sürdürülebilirlik çevreye önemli katkı sağlamaya odaklanmaktadır. ISO 41000 ve tesis yönetimiyle ilgili standartlar serisi; ISO 41011:2017 standardı; tesis yönetimi standartlarında kullanılan terimleri tanımlamakta, ISO/CD 41011 standardı; henüz yayınlanmamıştır. ISO 41011:2017 standardını geliştirilmesi çalışması, ISO 41012:2017 standardı; tesis yönetiminde kaynak bulma ve anlaşmaların geliştirilmesine ilişkin rehberlik sağlamaktadır, ISO/TR 41013:2017 standardı; tesis yönetiminin kapsamını, temel kavramlarını ve faydalarını ana hatlarıyla belirtmektedir. ISO 41011'de tanımlanan terimlerin kullanımı ve uygulanması için bir bağlam sağlamak, ISO 41001:2018 standardı; bir kuruluş tesis yönetimi sistemi için gereksinimleri belirtmektedir. ISO/IEC TS 17021-11:2018 standardı; yönetim sisteminin tetkiki ile belgelendirmesi görevi için gereklilikleri belirtir. Standardın 11 bölümünde tesis yönetiminin yönetim sistemlerinin denetlenmesi ve belgelendirilmesi amacıyla yeterlilik şartları tanımlamakta, ISO 41014:2020 standardı; bir tesis yönetim stratejisinin geliştirilmesi konusunda rehberlik görevi görmek ve ISO 6707-4:2021 standardının dördüncü bölümünde binalar ve inşaat mühendisliği işleriyle ilgili olarak tesis yönetimi için terimler ve tanımlar sağlanmaktadır. Bu terimler ve tanımlar, tesis yönetiminden sorumlu olanların ihtiyaç duyduğu inşaat işleriyle ilgili standartlaştırılmış terminolojiyi yansıtmaktadır. ISO/DIS 41015 standardı henüz geliştirme aşamasındadır. İyileştirilmiş tesis sonuçları için organizasyonel davranışları etkileme konusunda rehberlik görevi yapacaktır. ISO/CD 41017 standardı da henüz yayınlanmamıştır. Tesis yönetiminde acil duruma hazırlık ve bir salgının yönetimi hakkında rehberlik yapması amaçlanmaktadır. ISO/FDIS 41018 standardı da henüz yayınlanmamıştır. Bir tesis yönetimi politikasının geliştirilmesi için geniş bir perspektif yapması planlanmaktadır.

ISO, ISO 55000 serisinde varlık yönetimi konusunda kuruluşlara rehberlik yapmaktadır. Varlık yönetim sisteminin tipik sonuçları, günlük faaliyetlerin ve iş verimliliğinin daha

iyi kontrol edilmesi, riskle ilgili maliyetlerin azaltılması, düzenleyici faaliyetlere uyumu ve azaltılmış başarısızlık oranları konusunda rehberlik görevi yapmaktadır. ISO 55000 ve varlık yönetimiyle ilgili standartlar serisi; ISO 55001:2014 standardı varlık yönetim sistemi için gereksinimleri belirtmektedir. Her tür varlığa ve her tür ve büyüklükteki kuruluşa rehberlik yapabilme, ISO 55000:2014 standardı varlık yönetimine, ilkelerine ve terminolojisine ve varlık yönetiminin benimsenmesinden beklenen faydalara genel bir bakış sağlamakta ve ISO 55002:2014, ISO 55001 standardı gerekliliklerine uygun olarak bir varlık yönetim sisteminin uygulanması için rehberlik sağlamaktadır.

ISO 9000 serisi, kalite yönetim sistemi kriterlerini belirler. Faaliyet alanı ne olduğuna bakılmaksızın her ölçekteki organizasyon tarafından kullanılmaktadır. Buradaki standart; güçlü bir şekilde müşteri odaklı, üst yönetimin motivasyonu ve üst yönetimin uygulamaları, süreç yönetimi ve iyileştirmesi de kapsayarak kalite yönetimi ilkeleri tanımlamaktadır. ISO 9000 ve kalite yönetimiyle ilgili standartlar serisi ISO 9000:2015 standardı kalite yönetimi konusunda temel bilgiler ve kelime tanımlarını içermektedir. Bu standart 2021 incelenmiş ve tekrardan onaylamakta, ISO 9001:2015 standardı kuruluşlar için kalite yönetim sistemi için gereksinimleri belirtmekte ve ISO 9004:2018 standardı da kuruluşların sürdürülebilir başarıya ulaşma yeteneğini geliştirmek için yönergeler içermektedir.

ISO 14000 serisi, çevre yönetimi, çevresel sorumluluklarını yönetmek için pratik araçlara ihtiyaç duyan her türlü kuruluş için rehberlik görevi görmektedir. ISO 14000 ve çevre yönetimiyle ilgili standartlar serisi; ISO 14001:2015 standardı organizasyonların çevresel performansını artırmak amacıyla kullanılan çevre yönetim sistemi gereksinimlerini belirlemektedir. ISO 14001: 2015, çevresel sorumluluklarını sürdürülebilirliğin çevresel tarafa katkıda bulunarak sistematik yönetmeyi amaçlayan tüm organizasyonlar tarafından kullanılabilir. Bu standart 2021 incelenmiş ve tekrardan onaylanmıştır. ISO 14004:2016 standardı ise kuruluşlara sağlam, güvenilir ve güvenilir bir çevre yönetim sisteminin kurulması, uygulanması, bakımı ve iyileştirilmesi konusunda rehberlik sağlamaktadır. Sağlanan kılavuz, çevresel sorumluluklarını sürdürülebilirliğin çevresel ayağına katkıda bulunan sistematik bir şekilde yönetmeyi amaçlayan bir kuruluşa yöneliktir. Bu standart 2021 incelenmiş ve tekrardan onaylanmış ve ISO 14005:2019

standartı çevre yönetim sistemleri konusunda aşamalı uygulamalara esnek bir yaklaşım için yönergeler sunmaktadır (Anonymous 2022a).

Dünya genelinde incelendiğinde ülkelerin kendine ait koşullarını ön plana çıkartan yeşil bina standartlarını ve sertifika sistemlerini geliştirme çalışmaları sürmektedir. Günümüzde Dünyada yeşil binalar kapsamında BREEAM (Bina Araştırma Kuruluşu Çevresel Değerlendirme Yöntemi) ve LEED (Enerji ve Çevre Tasarımında Liderlik) değerlendirme sertifikaları birçok kurum ve kuruluş tarafından kabul görmektedir. BREEAM değerlendirme sistemi, ilk olarak 1990'lı yıllarda İngiltere'de BRE (Bina Araştırma Kuruluşu) tarafından geliştirilmiştir. Bir diğer önemli yeşil bina sertifika programı olan LEED, USGBC (Amerika Yeşil Binalar Konseyi) tarafından 1993 yılında LEED 1.0 adıyla ilk kez geliştirildi ve Dünya genelinde 19 projede test edilmeye başlanmıştır.

1998'de USGBC, LEED 1.0'ı başarıyla geliştirdi ve 19 projeyi pilot olarak test etmeye başladı. 2019 yılında LEED v4.1 olarak son sürümü yayınlanan derecelendirme sisteminde proje türlerine göre 8 ana başlık altında toplanmaktadır. BD+C (Building Design and Construction) bina tasarımını ve inşaatı başlığı altında ayakta tedavi ile akut ve uzun süreli bakımlarında gerçekleştirildiği, 7 gün 24 saat faaliyet gösteren sağlık tesisleri de değerlendirilmektedir. Günümüzde yeşil bina sertifikasyonlarının özellikle sağlık tesislerinde kullanılmasıyla birlikte; inşaat ile işletme aşamaları da dahil olmak üzere tesislerinin mevcut ve doğal kaynakların daha verimli kullanılması sonucunda karbon emisyonunun sıfırlanması hedefiyle birlikte sera gazı etkisinin azaltılması konusunda oldukça önemli bir yer tutmaktadır. Bu temel faydalara ek olarak sertifika pragmalarının bir diğer faydası ise sürdürülebilirlik yeşil finansman yoluyla yeşil bina ve tesis yatırımları için daha kolay finansman kaynaklarına erişilebilmesidir. Dünyada finansman sektöründe yeşil binaların ve tesislerin mülkler, sosyal ve doğal çevreye olumlu etkisi dolayısıyla yeşil bina sertifikalı projeler için kredi faiz oranı indirimleri, kredi kaynaklarının arttırılması, çeşitli vergi istisnaları ve azalan ipotek sigorta primleri gibi çeşitli finansal teşviklerde gerçekleştirilmektedir.

Uluslararası standartların geliştirilme çalışmalarına paralel olarak son yıllarda Dünyada yaşanan kaynak kısıtlılığı, artan maliyetler ve yaşanan rekabet koşullarının sonucu olarak tesis faaliyetlerinde tesis yönetiminin kuruluşlarda daha geniş ve etkin temel görevler almasına neden olmuştur. Bu durumun en önemli sonuçlarından biri olarak tesis yönetiminin temel odak noktası tesislerin fiziksel varlıkları, doğal ve yapılı çevresi ile etkileşimi, maliyet kontrolü ve maliyetlerin azaltılması gibi tesislere mevcuttakinden daha farklı ek değerler yaratma noktasına evrilmiştir. Bu çerçevede günümüzde tesislerin sürdürülebilirlik anlayışı içerisinde sahip olduğu kaynakların kıymetini bilen, minimum enerji tüketimi gerçekleştiren, mümkün olduğu kadar yenilebilen enerjileri tüketen, güncel teknolojileri kullanan, insan sağlığına karşı duyarlı ve konforu ön plana çıkartan, çevre ile dost bir anlayış içerisinde yeşil bina anlayışı çerçevesinde hizmetlerini sürdürmeleri beklenmektedir.

Bu yayınlanmış ve çalışması devam eden standartlar tesislerin uluslararası gelişimi, standardizasyonu, sürekliliği, profesyonelliği, etik taahhütleri ve iyi uygulama kılavuzlarını geliştirmektedir. Böylece tesis yönetiminin küreselleşmesini ve daha rekabetçi olabilmesini sağlayacaktır. Hemen hemen tüm tesislerin tasarımı, inşası ve işletilmesi için zorlayıcı olmayan uluslararası standartlar olduğu gibi bölgesel veya ülkelerin uyulması zorunlu olan farklı yönetmelikler ve yasalar (kodlar) vardır.

Tesisler için uyulması zorunlu olan kuralların birçoğu yaşanan trajik olayların sonucu olarak bir kez daha aynı olayların meydana gelmesini önlemek amacıyla geliştirilmiş veya yeniden düzenlenmişlerdir. Bu tür değişikliklere ve yeni düzenlemelere neden olaylar; 1871 yılında yaşanan Chicago'daki büyük yangın ve 1906 yılında San Francisco'daki deprem sonrası yaşanan üç günlük yangındır. Bu olaylar birden fazla bina ve tesisin yanması sonucunda mahalle ve şehir çapında büyük bir yangın yaşanmasını içermektedir. Bu tür yangınları önlemek amacıyla yürürlükte olan binaları birbirinden ayıran duvarlarla ilgili olan kodlar (yasalar) yeniden düzenlenmiştir (Mathis 2007). Yine yangın kodlarında değişikliğe neden olan benzer bir olay 1903 yılında Chicago'daki Iroquois Tiyatrosunda yaşanan yangındır. Bu olay 600'den fazla insanın hayatını kaybetmesine neden olmuştur. Olayın nedeni sahne ışığından gelen bir kıvılcımın sahne perdesini ateşe vermiştir. Yangın esnasında tiyatrodaki yetersiz ve kötü işaretlenmiş

çıkışlar nedeniyle izleyiciler tiyatroyu terk edememiştir. Tiyatronun içinde sıkışan insanların çoğu yangınla birlikte ortaya çıkan yanıcı maddelerden gelen zehirli gazlar nedeniyle zehirlenmiştir. Olay esnasında tiyatronun tavanındaki çatı perdeleri, havalandırma sisteminin düzgün çalışmasını ve ortaya çıkan dumanın tahliyesini engellediği için duman tahliye edilememiştir (Gokhale ve Gormley 2014). Bu yaşanan trajik olay sonrasında bu tür yapılardaki minimum koridor genişlikleri, çıkış yolları ve kapılarının kolay fark edilecek şekilde işaretlenmesi ve sahne dekorunun yanıcı olmayan maddelerden yapılması için kodlar düzenlenmiştir. İnsanların yaşadıkları bu trajik olaylar birçok kodun iyileştirilmesini ve yeni kodların düzenlenmesine neden olmuştur.

Sağlık tesislerinin tasarım ve inşasını ilgilendiren bir kısım kodu doğrudan etkileyen iki trajik olay yaşanmıştır. 1994 yılında Los Angeles Reseda’da meydana gelen 10 ile 20 saniye arasında süren Nothridge depremidir. 6.7 büyüklüğündeki deprem, Olive View Hastanesi, Northridge Hastanesi ve diğer altı hastanede hasara neden olmuştur (Wang 2019). Deprem sonrasında bu hastanelerin boşaltılması ve yüzlerce hastanın taşınması gerekmiştir. Bu olaydan sonra hastanelerin planlanması ve inşasında kullanılan sismik kodlar yeniden düzenlenmiştir. Aslında 1994 yılında yürürlükte olan kodlar 1971 yılında Los Angeles’ta yaşanan deprem felaketinden sonra yeniden düzenlenmiştir. Hastanelerin fiziksel yapıları başarısız değildi ve ayaktaydılar. Buna rağmen hastanelerin su ve elektrik altyapıları zarar görmüştür. Bu nedenle hastaneler çalışmaz hale gelmişti (Hwang 2017). Bu yaşanan olaylardan sonra sağlık tesislerinin deprem gibi doğal afetler sonucunda da faaliyetline devam edebilmeleri için kodlar yeniden düzenlenmiştir.

Amerika Birleşik Devletleri’nde sağlık tesislerini düzenleyen birçok kuruluş bulunmaktadır. Sağlık tesislerinin tasarımı genellikle mimarların ve mühendislerin yasal sorumluluğunda olsa da yatırımcılar kod gereksinimlerini karşılayan sağlık tesislerine sahip olmak istemektedirler. İlk kez 1964 yılında New York Eyaleti ihtiyaç belgesi (CON- Certificate of need laws) yasaları adıyla eyalet çapında sağlık harcamalarını kontrol etmeyi, sağlık hizmetlerinin ve sağlık tesislerinin inşasının planlanması amacıyla çıkartılmıştır (Bailey vd. 2022). Çıkartılan yasaların çoğu 1974 yılında Ulusal Sağlık Planlama Kaynakları Geliştirme Yasası’nın (Federal National Health Planning Resources Development Act) bir parçası olarak federal düzeyde yürürlüğe girmiştir. 1974 yılında

yürürlüğe giren Federal Yasa (federal law), tüm eyaletlerin yeni sağlık tesislerinin proje yatırımı, planlaması, inşası ve tadilatına başlamadan önce planlanan projelerin sunulması ve eyalet çapında onay alması sürecini zorunlu kılmıştır (Stratmann vd. 2020).

1946 yılında Amerika Birleşik Devletleri Kongresi, yetersiz sağlık hizmeti verilen yerlerde yeni sağlık tesislerinin inşasını teşvik etmek için Hill-Burton Yasasını kabul etmiştir. Bu yasa ile sağlık tesislerinin inşası için fonlar sağlanmış ve sağlık tesisleri inşa edilmiştir. Çıkarılan bu yasalar birçok eyalet tarafından yeni sağlık tesislerinin inşası ve tadilatı için kısmen veya tamamen kabul edilmiştir (Chung vd. 2017). 1998 yılında Tesis Kuralları Enstitüsü (FGI), sağlık tesislerinin planlanması, tasarımı ve inşası için rehberlik geliştirmeye çalışan bağımsız, kâr amacı gütmeyen bir kuruluş olarak kurulmuştur. FGI, Hastanelerin Tasarım ve İnşaatı İçin Kılavuzlar Kitaplarının geliştirilmesi ve diğer yayınların geliştirilmesine yardımcı olmak için çok sayıda başka kuruluşla birlikte çalışmaktadır (Anonymous 2022e). FGI kılavuzları 30'dan fazla eyalet tarafından kabul edilmiş ve birçok uluslararası projede kullanılmaktadır. Bu kılavuzlar asgari standart olarak hazırlanmıştır. Federal eyaletlerin kodları bu kılavuzdakinden daha katı şartlar içermektedir.

Bu hazırlanan kılavuzlara ek olarak 1895 yılında Massachusetts'te kurulan Ulusal Yangından Korunma Derneği (NFPA National Fire Protection Association)'nin kodları da kullanılmaktadır (Anonymous 2022f). Dernek, yangın ve diğer risklerin olasılığını ve etkilerini en aza indirmeyi amaçlayan 300'den fazla mutabakat kodu ve standardı yayımlamıştır. Kodlar ve standartlar, yaklaşık 8.000 gönüllüden oluşan 250'den fazla teknik komite tarafından yönetilmektedir. NFPA, NFPA 101 Can Güvenliği Kodu (Life Safety Code), NFPA 72 Ulusal Yangın Alarmı ve Sinyalizasyon Kodu (National Fire Alarm and Signaling Code) ve NFPA 99 Sağlık Tesisleri Kodu el kitaplarını yayımlanmıştır.

NFPA 101 Can Güvenliği Kodu el kitabı, yangın ve ilgili tehlikelerin etkilerini en aza indirmeyi amaçlamaktadır. Bina inşaat, kullanım ve koruma özelliklerine dayalı olarak insanları korumaya yönelik stratejiler için yazılmıştır. NFPA 101'in yeni sağlık meslekleri ile ilgili bölümünde çıkış araçlarına, duvar kaplamalarına, aleve dayanıklı

mobilyalara, koridor duvar ve kapılarına değinmektedir. Bu el kitabında sağlık tesisleri için ayrı bölümler bulunmaktadır (Anonymous 2022g). Örnek olarak kılavuzun 21.3.7 “bina alanının alt bölüm” numaralı kod başlığında; sağlık tesislerinde hastaların uyuduğu ve tedavi edildiği alanların bulunduğu katlar için en az iki dumandan korunma bölmesi ihtiyacını ortaya koymaktadır. Duman bölmelerinin boyutlarını ve dumandan korunması için duman bariyerlerini tanımlamaktadır (Cote ve Harrington 2021).

NFPA 72 Ulusal Yangın Alarmı ve Sinyalizasyon Kodu El Kitabı, binaların ve toplumun değişen yangın algılama, sinyalizasyon ve acil durum iletişim taleplerini karşılamak için en son güvenlik hükümlerini belirtmektedir. Yangın alarm sistemlerine yönelik temel odaklanmaya ek olarak terör olayları, biyolojik, kimyasal ve nükleer acil durumlar ve diğer tehditler tehditler karşısında acil durumları için toplu bildirim sistem gereksinimlerini tanımlamaktadır (Anonymous 2022h). Örnek olarak kılavuzun 21.2.3 “çıkış yollarının kapasitesi” numaralı kod başlığında; sağlık tesislerinde yangın kaçış erişimi için gerekli olan koridor veya geçiş yollarının net genişliğinin en az 44 inç (1.120 mm) olması gerektiği, asgari koridor genişliğinin 6 feet (1.830 mm) olduğu durumlarda el ovma ünitelerinin montajı için, tırabzan yüksekliğinin üstünde ve koridor duvarından 6 inçten (150 mm) fazla olmayacak çıkıntılara yerleştirilebileceği şeklindedir (Anonymous 2022i).

NFPA 99 Sağlık Tesisleri Kodu el kitabı, sağlık tesislerinde meydana gelebilecek olan yangın, patlama ve elektrik tehlikelerini en aza indirmek için sağlık hizmetleri ve sistemlerine yönelik kriterler yer almaktadır. NFPA 99 el kitabı, Sağlık Tesisleri İlişkilendirme Komitesi (eski adıyla hastaneler komitesi) tarafından 40 yıllık bir süre içinde geliştirilen 12 belgenin entegrasyonunun bir sonucudur. NFPA 99 el kitabı sağlık alanında değişen ihtiyaçların bir ürünüdür (Anonymous 2022i). NFPA 1917 yılında gazların kullanımını ele almak için Gazlar Komitesini kurmuştur. 1930’lu yıllarda ameliyatlarda anestezinin uygulanmaya başlanmasıyla birlikte ameliyathanelerde patlama sorunu ortaya çıkmıştır. Gazlar Komitesi anestezi gazlarının güvenli kullanımı için öneriler geliştirmiştir. 1940’larda hastane ameliyathanelerinde elektrik ve ekipmanla ilgili diğer sorunlar ortaya çıkmaya başlamıştır. NFPA bu durumları ele almak için ayrı bir Hastane Ameliyathaneleri Komitesi kuruldu (Anonymous 2022f). Daha sonraki

yıllarda sağlık tesislerindeki yangın, patlama tehlikeleri, elektrik çarpması ve acil durumlar için standartlar ve kılavuzlar oluşturulmuştur. NFPA sağlık tesislerini daha kapsayıcı bir şekilde ele alabilmek için Gazlar Komitesinin adını Hastaneler Komitesi olarak değiştirilmiştir. Hastaneler Komitesi anestezi maddesi, solunum tedavisi, laboratuvarlar, elektrik sistemleri, elektriğin güvenli kullanımı, tıbbi/cerrahi vakum sistemleri, yüksek frekanslı elektriğin güvenli kullanımı, afet planlaması ve hiperbarik/hipobarik tesisler üzerine daimi alt komitelerini içermektedir. Zamanla alt komiteler çok fazla artınca 1975 yılında Hastaneler Komitesinin adı Sağlık Tesisleri İlişkilendirme Komitesi olarak değiştirilerek sekiz teknik alt komitenin faaliyetleri koordine etmekle görevlendirilmiştir. O zamana kadar oluşturulan tüm belgeler gözden geçirildi ve 1984 yılında NFPA 99'un ilk baskısı yayınlandı. NFPA 99 veteriner tesislerini kapsamamakta yalnızca insanları tedavi eden sağlık tesislerini kapsamaktadır. NFPA 99 el kitabı, gaz ve vakum sistemleri, elektrik sistemleri, sağlık hizmetleri için bilgi teknolojileri ve iletişim sistemleri, sıhhi tesisat, HVAC (ısıtma-havalandırma-klima) sistemleri, elektrikli ekipmanlar, gaz ekipmanları, acil durum yönetimi, güvenlik yönetimi, hiperbarik tesisler ve yangından korunma başlıkları altında oldukça kapsamlı bir kod kitabıdır. rnek olarak kılavuzun bölüm 7 “Bilgi Teknolojileri ve İletişim Sistemleri” nin altındaki 7.4.3.1.2 “hasta alanı ağrı istasyonu” numaralı kod başlığında; her hasta yatağına bir ağrı cihazı sağlanacaktır, bitişik yataklara hizmet veren ikiden fazla ağrı cihazı için tek bir ağrı istasyonu bağlanmayacaktır, hastaların kapı sinyalleri hemşirelik istasyonundan doğrudan görünmüyorsa koridor dönüşlerine ilave görsel sinyaller koyulması şeklindedir (Anonymous 2021).

Sağlık tesislerinin disiplinli bir yaklaşımla tasarım, inşaat ve işletilmesi tesisin sürdürülebildiğine önemli katkıda bulunacaktır. Teknolojinin ve bilgi kapasitesinin çok hızlı gelişim göstermesi sonucunda ihtiyaçlarında aynı paralellikte değiştiği gözlemlenmektedir. Bilişim teknolojileri (ICT) ve yapı bilgi modellemesi (BIM) sistemlerinin uygulandığı tesislerde bu gelişmelerin her geçen gün daha fazla kullanılabilir bir konuma gelmesi söz konusudur. Teknolojik cihazların kullanımının artması, çevrim içi ve dışı bağlantılı bilgi akışını güçlendirmektedir. Bu gelişmeler bu alanlarla ilgili yeni kodlara ihtiyaç olduğu gerçeğini karşımıza çıkarmaktadır. Siber güvenliğin sağlanamadığı durumlarda kamusal hizmet veren sağlık tesislerinin oldukça

büyük zararlar içine düştüğü görülmektedir. Kodlar, 7 gün 24 saat hizmet veren canlı bir organizma gibi yaşayan sağlık tesislerin sürdürülebilir olmasını ve her türlü öngörülen veya öngörülemeyen durumlar karşısında en az hasarla devamlılığının sağlanması için gerekmektedir.

3.5 Türkiye’deki Düzenlemeler

Türkiye’de birçok sektörü incelendiğinde kullanılmakta olan standartların, yönetmenliklerin ve kanunların oluşturulurken Avrupa ülkelerinden yararlanıldığı gözükmemektedir. Türk Standartları Enstitüsü (TSE)’nin tesis yönetimi kapsamında bazı çalışmalar başlattığı ve halen yürüttüğü bilinmektedir. Bu yürütülen çalışmalarda daha çok Uluslararası Standardizasyon Örgütü (ISO)’nın yayınladığı standartlardan yararlanıldığı görülmektedir. Diğer taraftan Türkiye’ye daha uzak konumda bulunmasına rağmen Amerika Birleşik Devletleri’nin tesis yönetimi sektöründeki geçmişi 1800’lü yılların başına dayanmakta ve yüz yıldan fazla geçmişi olan kurumlara sahiptir. Özellikle sağlık hizmetleri sektörünü yakalanmış ilerlemeyi de göz önünde bulundurduğunda sağlık tesis yönetimi özelinde yürürlükte olan kodlar, standartlar, yönetmelikler ve kanunlar oldukça kıymetli birer kaynak olmaktadır.

Sağlık tesislerinin tasarımını ve işletilmesini düzenleyen çok sayıda standart, yönetmelik ve yasa bulunmaktadır. Özellikle sağlık hizmetleri sektörü gelişmesini tamamlamış ülkelerde sağlık tesislerine disiplinli bir yaklaşımla tasarım, inşaat ve işletilmesi süreci, tesisin sürdürülebildiğine önemli katkıda bulunmaktadır. Türkiye’de sağlık hizmetlerinin düzeyini yükseltilmesi hedeflenerek entegre sağlık tesisleri/şehir hastaneleri modeline geçilmiştir. Bu modelde aynı tesis içerisinde ihtiyaç olan tıbbi tedavi hizmetleri başta olmak üzere tüm sağlık hizmetlerinin entegre bir model ile sunulması amaçlanmaktadır. Böylece tek bir sağlık tesisi kapsamında eğitim ve araştırma çalışmalarının yapıldığı, güncel tıbbi teknolojileri ile yaklaşımların teşhis ve tedavide kullanıldığı, böylece kaynakların daha verimli kullanılmasıyla birlikte hastaların yatış sürelerinin kısaldığı, nitelikli/modern klinik, poliklinik ve hasta yatış ünitelerinin olduğu, farklı sağlık tesisleri arasında hasta naklinin azaldığı, sağlık tesisinin paydaşlarının (hastalar, çalışanlar, ziyaretçiler) memnuniyetinin ve güvenliğinin arttığı, hedeflenen sağlık turizmi için uygun

altyapının oluşturulduğu, sağlık tesisinin bir bütün olarak hizmet kalitesinin arttırıldığı, tüm bu amaçlar doğrultusunda kaynakların daha etkin kullanılması sonucunda maliyet-etkinliğin en uygun koşullarda sağlanabildiği güncel bilgi ve iletişim teknolojilerine sahip akıllı sağlık tesislerinin hizmete girmesi hedeflenmektedir.

Türkiye’de sağlık hizmetleri alanında gerçekleştirilmeye çalışan bu köklü değişim hedefine karşın, bu hedefe ulaşılmasında her bir paydaşa rehber niteliği taşıması gerekli olan kanunlar, yönetmenlikler ve standartlarda büyük eksiklikler vardır. Özellikle şehir hastaneleri modeli oluşturulurken birbirinden farklı onlarca kanun, yönetmelik ve standartlardan yararlanılmaya çalışılmıştır. 6428 sayılı Sağlık Bakanlığı’nca kamu özel iş birliği modeli ile tesis yaptırılması, yenilenmesi ve hizmet alınması ile bazı kanun ve kanun hükmünde kararnamelerde değişiklik yapılması hakkında Kanun dan başlayarak, 6428 Sayılı Kanun Yönetmeliği, 3996 Sayılı Kanun (Bazı yatırım ve hizmetlerin yap-işlet-devret modeli çerçevesinde yaptırılması hakkında kanun), Kamu Özel İş Birliği Uygulama Yönetmeliği, Koordinatör Başhekim Atanmasına İlişkin 2019/28 Sayılı Cumhurbaşkanlığı Kararnamesi, 4749 sayılı Kamu Finansmanı ve Borç Yönetiminin Düzenlenmesi Hakkında Kanun (8/A maddesi), Kamu Sağlık Tesisleri Ruhsatlandırma Yönetmeliği, Kamu Özel Ortaklığı Daire Başkanlığının Çalışma Esasları Hakkında Yönerge, Sağlık Bakanlığı Döner Sermaye İşletmeleri Hakkında Yönetmelik, Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği, Tıbbi Cihaz Yönetmeliği, Özellikli Hizmetler Rehberi, Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu “Ticari Alan Kira İşlemleri” Rehberi, Hastane Bilgi Yönetim Sistemleri Derneği Standartları, Sağlıklı Bilgi Sistemleri Mevzuatları gibi daha birçok farklı kanun, yönetmenlik ve standarttan yararlanılmıştır.

Dünya’da teknolojinin, bilgi ve bilgi kapasitesinin çok hızlı gelişim göstermesi sonucunda sağlık hizmetlerindeki ihtiyaçlarında aynı paralellikte değiştiği gözlemlenmektedir. Bu gelişmeler ve değişen ihtiyaçlar doğrultusunda tesis yönetimi alanında ilgili rehber niteliğinde olacak yeni/güncel kodlara, standartlara, yönetmenlik ve kodlara ihtiyaç olduğu gerçeği ortaya çıkarmaktadır. Türkiye’de sağlık hizmetlerinde koyulan hedeflere en doğru şekilde ulaşılabilmesine yardımcı olacak bu rehber niteliğinde olan belgelere 7 gün 24 saat hizmet veren canlı bir organizma gibi yaşayan sağlık tesislerinin sürdürülebilir olmasını ve her türlü öngörülen/ öngörülemeyen durumlar

karşısında en az hasarla hizmetlerin devamlılığının sağlanması için gerekmektedir. Dünya'daki iyi uygulama örneklerinin bulunduğu ülkeler incelenerek tesis yönetimi alanında ihtiyaçları karşılayan Türkiye'ye özgü modern/yeni kanunların, yönetmenliklerin ve standartların en kısa sürede oluşturulması gerekmektedir.

3.6 Amerika'da Sağlık Tesis Hizmetleri

Amerika sağlık hizmetlerinde Başkan Truman'ın 1946 yılında imzalanan ve halk arasında "Hill-Burton" planı olarak bilinen yasa tasarısı ile eyaletlere sağlık tesisi inşa etmeleri için federal hükümetten fon sağlayarak Amerikan sağlık hizmetlerinin gelişmesini hızlandırılmıştır. Bu yasa sayesinde 1975 yılına kadar 4.200'den fazla yeni hastane ve uzun süreli bakım tesisleri için fon sağlanmıştır. Bu fon sayesinde yapılan hastanelerin büyük bir kısmı yoksul ve nüfusu 10.000'den az olan bölgelere yapılmıştır (Harrison ve Meyer 2014). Federal hükümetin sağladığı bu fondan yararlanabilmenin tek yolu belli bir miktarda imkânı olmayan hastaların ücretsiz bakımının sağlanmasıydı. Böylece Hill-Burton Yasa Tasarısı sayesinde sadece Amerikan sağlık sisteminin altyapısı oluşturulmamış aynı zamanda da sağlık hizmetlerini kendisi karşılayamayacak olan vatandaşlarında tıbbi bakım hizmetlerinin karşılanması sağlanmıştır (Kongstvedt 2013).

3.6.1 Amerika'da sağlık tesisleri tarihi

Amerika tarihinde sağlık sistemi belirli ekonomik ve sosyal olaylara, pazar yapıcılarının ve kamu politikacılarının yanıt verme biçimlerini şekillendirmiştir. Yani Amerikan sağlık sistemini son 240 yıl boyunca yama bir sistem şeklinde kabaca birbirine dikilerek birçok ekonomik ve kamu politikalarının bir sonucu olarak ortaya çıkarılmıştır (Jahiel 1998). 1800'li yıllarda genellikle bir kişi hastalandığında ailesinden bir yakını veya komşusu evde bakım hizmetini uygulanmaktaydı. 1822-1895 yılları arasında yaşamış bilim adamı Louis Pasteur'ün "mikrop teorisi" ve 1827-1912 yılları arasında yaşamış bilim adamı Joseph Lister'in "antiseptik prosedür" 'lerinden önce hastaneler genel olarak temiz yerler değildi (Rosenberg 1987). Bu yıllarda gerçek bir bilimsel tıbbi bir temel yoktu ve tıp doktoru ünvanını talep edecek akademik standartlar bulunmamaktaydı. Sağlık hizmetleri açık pazar gibi adlandırılabilirdi. Sağlık iyileştirme işine herkes isteyen girebilir

durumdaydı. Sağlık hizmetlerinde hiçbir lisans veya standart bulunmamaktaydı (Starr 2017). 1847 yılında Amerikan Tabipler Birliği kurulmuş olup, tıp okulları tek tıp standartları olmayan tescilli kurumlar halini almıştır. Verilen tıp eğitiminde kamu yatırımı yok denilecek kadar az bulunmaktaydı. Tıp okullarında tıp eğitimi müfredatı standart değildi ve hangi konuların kesinlikle eğitimde okutulmasına yönelik bir karar mercii ve uzman bulunmamaktaydı. Hem tıbbi eğitim kurumları için hem de hastaneler için bir tesisten bir diğer tesis incelendiğinde çok büyük ölçüde farklılıklar olmaktadır (Kongstvedt 2013). Hastaneler Amerika’da 1850’li yıllardan önce evde bakım hizmeti göremeyen yoksul insanların gittiği imarethane (yoksullara ve öğrencilerine yiyecek dağıtan hayır kurumu) gibi yapılarıydı. Hastaneler toplumun seçkinleri ve zenginleri tarafından kendisine bakma gücü olmayan insanların bakımlarını gerçekleştirebilmeleri için kurulan hayır merkezleriydi (Luce vd. 1994).

1867 yılında Louis Pasteur’ün mikrop teorisi bulgularının yayınlanmasından hemen sonra Joseph Liste’nin cerrahi aletleri ve yaraları sterilize etmek için çeşitli yöntemler geliştirilmiştir. Bu teknikler benimsenip geliştirildikçe hastanelere dayalı enfeksiyonlar önemli ölçüde azaltılmıştır (Rutkow 2010). Bu gelişmelere paralel olarak Amerika Birleşik Devletleri’nde halk sağlığı ve tıp biliminde önemli ölçüde ilerlemeler kaydedilmiştir. 1861-1865 yılları arasında yaşanan Amerika iç savaşı esnasında birlik orduları yaralı askerlerin tedavi edilmesi ve hastalıkların önlenmesi için sağlık komisyonu kurulmuştur (Flexner 2002). Bu sağlık komisyonları savaş süresince ordunun ihtiyaçlarını karşılayabilmek amacıyla hastaneler kurmuş, antiseptik tekniklerinin kullanılmasını teşvik etti ve aktif savaşan askerler ile gazilere yönelik sağlık ve hijyen desteği verilmiştir (Herwitz 2011). Bu dönemde Amerikan tıp okulları ile tıp öğrencilerinin sayısı oldukça artmıştır. Aynı zamanda tıbbi lisans yasalarının yürürlüğe girmesi ve tıbbın sağlık hizmetlerinde ahlaki bir otorite pozisyonu alması sonucunda tıp mesleğinin itibarının iyileşmesine neden olmuştur. Bu gelişmelerin ışığında doktorlar daha erişilebilir hale gelmiştir (Altschuler 2018). Tıp mesleğine ruhsat gerekliliği getirildi. Amerikan Tabipler Birliği 1904 yılında tıp eğitiminde asgari standartları ilan edilmiştir. 1910 yılında beş yıllık bir tıp çalışmasından sonra yayınlanan Flexner Raporuyla tıp eğitiminin hastanelerde iki yıllık bilim ve iki yıllık klinik eğitimi içermesinin gerekli olduğunu açıklanmıştır. Aynı raporda tıp eğitiminin temellerinin ilerletmek için üniversitelerle

ortak çalışma yapılması gerekliliğini ilan edilmiştir. Bu raporun sonucunda birçok tescilli tıp okulu raporda yer alan laboratuvar şartlarını karşılayamadığından ötürü kapanmaya başlanmıştır (Vogel ve Rosenberg 2017). Amerika sağlık hizmetleri 19. yy.ın sonlarında tıp biliminde ve hastane bakımında ilerlemeler kaydedilirken, 20. yy.ın başlarında sağlık hizmetlerinin verilme sürecinde ve sağlık hizmetlerinin ödeme şeklinde önemli gelişmeler kaydedilmiştir.

Amerika’da sağlık sigortası, 1929 yılında Teksas eyaletinde bulunan Baylor Üniversitesi’nde öğretmenlere ayda 50 sent karşılığında Baylor Üniversitesi Hastanesi’nde 21 günlük hastane teminatı sağlanmasıyla başlamıştır. Buradaki “Baylor Planı” olarak anılan ve öğretmenler gelecekte ihtiyaç duyabilecekleri sağlık bakımı için ön ödeme yapılmaktadır. Kâr amacı gütmeyen bu plan hem sağlıklı hem de hasta olan tüm öğretmenleri içermektedir (Buchmueller ve Monheit 2009). Bu planın büyük ekonomik buhranın başladığı 1929 yılında gerçekleşmesi tesadüfi olmadığı düşünülmektedir. İnsanlar ekonomik krizin etkisiyle geçinebilmek ve para biriktirebilmek için sağlık hizmetlerinden kaçınmaya başlanmıştır. Bu nedenle hastaneler boş kalmış ve gelirleri oldukça azalmıştır. Bu sağlık sigortası ile Baylor Üniversitesi’ndeki çok sayıda öğretmeni ayda 50 sent karşılığında kayıt altına alan alarak üniversite hastanesinin ihtiyaç duyduğu parayı sağlarken diğer taraftan da öğretmenleri potansiyel hastalık ve olası yaralanmaları durumunda karşı karşıya kalacakları sağlık harcamasının bir kısmından kısmına karşı korunmaktaydı. Bu olay hastanelerin sağlık sigortalılara bakım teminatı sağlamasının başlangıcı olarak kabul edilmektedir (Starr 2017).

1939 – 1945 yılları arasında yaşanan 2. Dünya Savaşı sırasında Amerikan Federal Hükümeti sağlık hizmetlerinin sağlanmasının yanında Amerika’daki sağlık sigortası kapsamının genişletilmesine doğrudan ve dolaylı etki olmuştur. Örneğin savaş sırasında uçak üreten fabrika sahiplerinin çalışan ücretlerini ve üretim fiyatlarını sabitleyerek kontrol altına alınmıştır. Bu nedenle üreticilerin ihtiyaç duydukları iş gücünü korumak ve yeni iş gücü sağlayabilmek adına çalışanlarının sağlık masraflarını da karşılamak için sağlık sigortası satın almışlar ve işveren destekli sağlık sigortasında önemli bir büyümeye neden olmuştur. Federal hükümet ordu üyelerine sağladığı sağlık sigortasını genişleterek

ordu üyelerine bağımlı olan eş ve çocuklarını da kapsayacak bir şekilde genişletilmiştir (Altschuler 2018). 20.yy.ın ilk yarısının sonunda İkinci Dünya Savaşı'nın etkisiyle birlikte Amerika'da çalışanların sağlık sigortası kavramının işverenler tarafından sunulması gerekli olan bir kavram olarak benimsenmesine neden olunmuştur.

1945 yılına gelindiğinde Başkan Truman kongrede evrensel bir sağlık planı önerdiğinde, kongre senatörleri olan Lister Hill ve Harold Burton tarafından alternatif ve genişletilmiş bir plan sunulmuştur. Tarihe "Hill-Burton" yasasının asıl amacı özellikle sağlık tesislerinin çok az olduğu veya hiç bulunmadığı yoksul ve kırsal eyaletlere yeterli fon sağlamaktır yasa sigortası olmayan kişilere sağlık hizmeti sağlamayı amaçlayan ilk federal yasadır (Lusero 2022). Yasada her 1.000 kişiye 4,5 yatak düşecek şekilde sağlık tesisinin yapılma hedefi belirlenmiştir. Federal hükümet tarafından eyaletlere yeni hastaneler inşa etmek veya mevcut sağlık tesislerini genişletmek amacıyla beş yıl boyunca yılda 75 milyon dolar sağlanmıştır. Bu sağlanan fonu kullanan sağlık tesis yatırımcıları bir miktar yoksul insana bakım sağlamakla yükümlüdürler. Bu yasa sigortası olmayan kişilere sağlık hizmeti sağlamayı amaçlayan ilk federal yasadır (Peristadt 1995). Bu yasa sona erdiği 1975 yılına kadar 12,8 milyar dolar fon sağlanarak 10.000'den fazla sağlık tesisinde 410.000'den fazla hasta yatağını devreye almış ve yaklaşık 6 milyar dolardan tutar karşılığında ücretsiz bakım sağlanmıştır (Jeurissen 2010).

3.6.2 Amerika'da sağlık hizmetleri piyasası

Amerika'da sağlık hizmetleri piyasasını incelediğinde oldukça fazla sayıda kurum olduğu ve bunların büyük bir kısmının da federal hükümete bağlı olduğu görülmektedir (Chua 2006). Bu kadar kurum arasında ise sağlık tesis yönetimi direkt ilgilendiren kuruluşları dört ana başlık altında toplanabilir. Birinci olarak sağlık tesislerinin kurulabilmesi için gerekli olan lisans koşullarını denetleyen eyaletlerin sağlık departmanlarına bağlı kuruluşlardır. İkinci olarak sağlık tesisinin kurulacağı bölgedeki arazi kullanım izinleri, trafik düzenlemesi, mühendislik ve mimarlık koşullarını eyalet kanunlarının izin verdiği sınırlara göre denetleyen yerel belediyeler ve ilgili kurumlardır. Üçüncü olarak sağlık tesislerinin federal standartlara göre denetlenmesini yapan ve sağlık tesislerine verdikleri hizmet bedelinin ödemesini gerçekleştiren ve federal hükümet tarafından ilan edilen

sağlık programlarını yöneten medicare ile medicaid hizmet merkezleridir. Son olarak ise sağlık tesislerindeki hizmet koşullarının yürürlükteki yasal ve özel standartlara sahip olup olmadığının denetlemesini federal veya eyalet kurumları adına gerçekleştiren akreditasyon kuruluşlarıdır.

Amerikan sağlık hizmetlerinin finansmanında para akışı iki şekildedir. Sağlık hizmetleri için paranın toplanması ve hizmet sağlayıcılara ödenmesi şeklindedir. Bu iki etaplı ödeme sisteminin kontrolü ödemeyi yapan taraf olan özel sigorta şirketleri ile hükümet tarafından paylaşılmaktadır. Amerikan sağlık sigorta sistemini incelediğinde yaklaşık % 15'inin kayıtlı olduğu kamunun genel sağlık sigorta sistemi, % 62'nin kayıt altında olduğu işveren destekli özel sağlık sigorta sistemi, % 5'nin kayıtlı olduğu bireysel özel sağlık sigorta sistemi ve % 18'inin ise sigortasız olduğu görülmektedir. 2021 yılı kayıtlarına göre Medicare sigorta sistemiyle ödenen yardım tutarı yıllık 829 milyar dolara ulaşmıştır (Weil 2003, Moore ve Smith 2005, Barr 2016, Roberts ve Song 2022).

Kamunun genel sağlık sisteminin altında ise 65 yaş ve üstü bireyler ile bir kısım engelli kişilerin faydalandığı medicare isimli federal programı, düşük gelirli ve engelli kişilerin faydalandığı bazı eyaletlerin yürüttüğü medicaid programı, çocuk sağlık sigorta programı ile gazilerin ve ordu mensuplarının federal hükümet tarafından desteklenen programlar bulunmaktadır. İkinci olarak işverenlerin desteklediği özel sağlık sigortaları ile çalışanlarına sağladıkları sosyal yardım paketlerinin bir parçasıdır. Bu sistem kâr amacı olan ve kâr amacı olmayan özel kuruluşlar tarafından yürütülmektedir. Bireysel özel sağlık sigortası ise serbest meslek sahibi veya emekli olan kişilerin katıldığı özel kuruluşların yürüttüğü bir sistemdir.

3.6.3 Amerika sağlık tesislerinin sınıflandırılması

Medicare ile medicaid hizmet merkezi, sağlık tesislerinin sınıflarına göre belirli gereksinimleri karşılamasını zorunlu kılmanın yanında sağlık sigorta şirketlerinden hizmet bedellerini almaya hak kazanmaları için belirli düzenlenmelere uymalarını federal hükümet adına denetlemektedir (Kovner vd. 2011). Amerika Birleşik Devletleri'nde sağlık hizmetleri üç basamaklı düzeye ayrılmıştır. Birinci basamak bir tıp uzmanı

tarafından sağlanan temel ve genel sağlık hizmetlerini ifade etmektedir. Sigorta kuruluşları tipik bir sağlık sigortasında hastaların öncelikli olarak birinci basamak düzeyindeki tıp uzmanı tarafından sağlanan tanı ve tedavi hizmeti almasını şart koşturmaktadır. Birinci basamak sağlık hizmetleri bir doktorun ofisinde, sağlık merkezlerinde, acil servislerde veya acil bakım merkezlerinde gerçekleştirilmektedir. Sağlık hizmetlerindeki ikinci basamak düzeyi, birinci basamaktaki hekim tarafından yönlendirildiğinde bir uzman veya sağlık tesisi tarafından sağlanan bakım hizmetidir. İkinci bakım düzeyi ancak hastaya birinci basamaktaki hekimin sağlayamadığı uzmanlık, bilgi, beceri veya ekipman gerektirdiği durumlarda gerçekleştirilebilmektedir. Üçüncü basamak düzeyi ise ikinci basamak düzeyinde sunulan sağlık hizmetinden daha teknik ve uzmanlık gerektiren tıbbi bakım hizmetidir. Bu düzey sadece danışmanlık veya uzun süre tedavi gerektiren, karmaşık veya nadir sağlık sorunları olan hastalara özel sağlık tesislerinde verilmektedir (Rice vd. 2013).

Amerika’da yaygın olarak görülen sağlık tesis türleri; daha çok birincil basamak hekimlerin bulunduğu mikro hastaneler ve ayakta tedavi tesisleri, akut bakım hastaneleri, kritik erişim hastaneleri, uzun süreli akut bakım hastaneleri, travma merkezleri, kalp bakım merkezleri, kritik bakım merkezleri, yanık tedavi merkezleri, kanser tedavi merkezleri, davranışsal sağlık hastaneleri, rehabilitasyon hastaneleri, eğitim hastaneleri, gazi hastaneleri, bölgesel kamu hastaneleri, uzun süreli bakım tesisleri, konut destekli yaşam tesisleri, nitelikli hemşirelik tesisleri, huzurevleri ve palyatif bakım merkezleri (darülaceze) şeklinde sıralanabilmektedir.

3.6.4 Sağlık tesislerinin denetlenmesi

Federal bir kuruluş olan medicare ile medicaid hizmet merkezine bağlı olarak çalışan çeşitli akreditasyon kuruluşları bulunmaktadır. Bunların en bilineni 1951 yılında kurulan ve bugüne kadar 20.000’den fazla sağlık tesisini akredite eden ortak komisyon kuruluşudur. Ortak komisyonun akreditasyonu ve sertifikasyonu sonucunda sağlık kuruluşu belli performans standartlarını karşılama taahhüdünün yanı sıra bir kalite belgesi de almış olmaktadır (Chen vd. 2003).

Akreditasyon kuruluşları, sağlık tesislerini hem medicare ile medicaid hizmet merkezlerinin standartları hem de kendi özel standartları yönünden klinik programları ile tesis hizmetlerini bir bütün olarak denetlemektedir. Kazanmayı hak eden sağlık tesislerini ise sertifikalandırmaktadır. Böylece sertifika almaya hak kazanan sağlık tesisleri güvenli ve yüksek kaliteli hasta bakım ile organizasyona sahip olduğunu belgelemekte ve aynı zamanda da sahip olduğu sertifika sayesinde medicare ve medicaid sigorta sisteminden sağlık hizmet bedellerini de alabilmektedir (Roberts vd. 1987). Medicare ile medicaid hizmet merkezi adına onaylı akreditasyon kuruluşları belli periyodik aralıklar ile sağlık tesislerini denetlemektedir. Yapılan anketler sağlık tesisindeki hasta bakım operasyonları, tesisin yönetim becerileri ve sağlık tesisinin kalitesine odaklanmaktadır.

Akreditasyon kuruluşları sağlık tesislerini ilk akreditasyondan sonra üç yılda bir denetlemektedir. Fakat bazı özel durumlarda planlamamış denetimlerde yapabilmektedir. Sağlık tesislerine akreditasyonları tesiste anketin başarılı bir şekilde tamamlanmasından sonra verilmektedir. Ortak komisyon anketleri komisyon anketörleri tarafından gerçekleştirilir. Anket sürecinde anketörler tesisteki doktorları, hemşireleri ve diğer tüm tesis çalışanlarını gözlemlenmektedir. Diğer taraftan tesiste rastgele hastaları seçmekte, tıbbi kayıtlarının standartlara uygunluğunu ve hastanın sağlık tesisindeki deneyimini değerlendirmektedir (Smits vd. 2014).

Sağlık tesisleri denetlendiğinde tesis yönetiminin anketlerde yer alan sorumluluk başlıkları; tesis yönetiminin sorumluluğu altındaki tıbbi destek hizmet işleri; yangın alarm sistemlerinin muayenesi, testleri ve bakımları; tesisin yangına hazırlıklı olma durumu ve yangın söndürme sistemlerinin muayenesi, testleri ve bakımı; deneme yangın tatbikatları; tıbbi gaz ve medikal vakum sistemlerinin muayenesi, testleri ve bakımı; tıbbi ekipmanların muayenesi, testleri, bakımı ve tıbbi ekipmanların sahip olduğu riskler; elektrik, elektronik ve teknolojik makine, alet, cihaz ile ekipmanların muayenesi, testleri ve bakımı; elektrik, temiz su, gri su, kanalizasyon tesisatlarının ve olası tesisat risklerinin muayenesi, testleri ve bakımı; buhar ve sıcak su sisteminin muayenesi, testleri ve bakımı; ısıtma, havalandırma, iklimlendirme, soğutma sistemlerinin muayenesi, testleri ve bakımı; elektrik dağıtım sistemlerinin muayenesi, test edilmesi ve bakımı; tesis çevresi, bahçe peyzajının temizlik ve bakımı; tesiste olası can güvenlik risklerinin tespiti,

hazırlıklı olunması ve güncellenmesi; tesisteki olası inşaat çalışmalarında alınacak genel önlemler, iş güvenliği önlemleri ve ek protokollerden sorumludur. Özellikle Amerika’da sağlık tesislerinde birincil müşteri olan hastaların memnuniyetleri yalnızca doktorlara, hemşirelere, tıbbi personele, tıbbi bakım hizmetleri veya sonuçlara bağımlı olmadığı anlaşılmaktadır. Hasta memnuniyeti büyük ölçüde sağlık tesis yönetiminin sorumluluğu altında olan tıbbi destek hizmetleri ile tesis bakım hizmetlerine ve iletişim şekline bağlıdır.

Dünyada sağlık tesis yönetimini sektörünü incelendiğinde her bir ülkenin kendisine özel koşulları bulunmaktadır. Özellikle tesis yönetimi konusunda gelişimini başında olan ülkelerin bu kendisine özel koşullardan kaynaklı sektörün hizmet düzeyini düşürücü problemleri ortaya çıkmaktadır. Amerika Birleşik Devletleri’nde sağlık tesis yönetimi sektöründe faaliyet gösteren düzenleyici kuruluşlar incelendiğinde yaklaşık 100 yıldan fazla bir tarihi geçmişe sahip oldukları görülmektedir. Türkiye’de ise sağlık tesis yönetimi kavramı “şehir hastaneleri modeli”nin uygulanmaya başlanmasıyla birlikte ortaya çıkan oldukça yeni bir kavram/disiplindir. Türkiye’de sağlık tesis yönetimi sektörü emekleme evresinde bulunmaktadır.

Amerika Birleşik Devletleri’nde sağlık tesislerinin büyük bir kısmı kâr amacı olmayan kuruluşlar tarafından yönetilmektedir/işletilmektedir. Bu çerçevede hizmet veren sağlık kuruluşları hasta odaklı ve kanıta dayalı yönetim anlayışını ön planda tutarak hastaların direkt klinik tedavisine odaklanarak, hizmetlerin maliyetini ikincil hedefler arasında görmektedir. Türkiye’de ise sağlık tesis yönetimi anlayışı çerçevesinde hizmet sunumunu gerçekleştiren entegre sağlık tesislerinde (şehir hastaneleri), sağlık tesis yönetimi (destek hizmetleri ve ikincil tıbbi hizmetler) hizmetlerini özel firma kapsamında verilmektedir. Özel firma/teşebbüslerin daha fazla kâr amacını hedeflemesi, “daha az maliyetle hizmetin gerçekleştirilme hedefi” durumunu beraberinde getirmektedir. Amerika Birleşik Devletleri’nde 100 yıldan fazla bir geçmişi olan tesis yönetimi sektörü düzenleyen kuruluşları, standartları, yönetmenlikleri ve kanunlarını olgunluk düzeyinde tamamlamış ve yeni gelişen ihtiyaçlara göre sürekli bir geliştirmek sürecini devam ettirmektedir. Oturmuş iyi yönetim örneklerine sahip bir sistemi ve sürekli gelişim göstermesi sonucunda tesis yönetimi sektöründe yetişmiş eleman/insan kaynağı sayısının yeterli

düzeyde olması sonucunu getirmektedir. Bu çerçevede Türkiye’de oldukça yeni olan sağlık tesis yönetimi sektörünün kuruluşları, uygulanacak standartları, yönetmelikleri ve kanunları ile birlikte yolun başında bulunmakta olup, bu durumun doğal bir sonucu olarak sağlık tesislerinde hizmetlerin daha iyi bir düzeyde gerçekleştirilebilmesi hedefiyle uygulanması gerekli olan kuralları sıkı sıkıya takip etmesi gereken yetişmiş insan kaynağı oldukça kısıtlıdır.



4. KAMU ÖZEL ORTAKLIĞI MODELİ VE ŞEHİR HASTANELERİ

Kamu Özel Ortaklığı (KÖÖ), bir kısım kamu hizmetlerinin özel sektörün finansman ve yönetim katkılarıyla birlikte gerçekleştirdiği yeni bir işbirliği modelidir (Tekin 2017). KÖÖ, devlet ile özel sektör teşebbüslerin birlikteliğinde bir kamu hizmetinin hayata geçirilmesine yönelik olarak oluşturduğu iş ortaklığına denilmektedir. Özellikle son yıllarda yeni bir hizmet sunum modeli haline gelen KÖÖ, karşılıklı iş bölümü esasında oluşturulan bir ortaklık sistemidir. KÖÖ modeli kapsamında kamu hizmetinin verilmesi veya kamu projesinin hayata geçirilmesi esnasındaki yetkilerin, risklerin, kaynakların ve sorumlulukların ortaklık esasına dayalı olarak paylaşmak, devletin kamu yönetimine dayalı olan yetkilerinin ve ayrıcalıklı fonksiyonlarının bir kısmını özel sektör teşebbüsü ile birlikte paylaşılması anlayışının bir sonucu olarak ortaya çıkmış bir işbirliği modelidir (Özer 2016).

4.1 Kamu Özel Ortaklığı Modeli

Son yıllarda dünyada yaşanan kaynak kısıtlılığı dolayısıyla kamu hizmetlerinin finansmanı için sadece bir tek kamunun riski üstlenmesi ve finansman sağlamanın zorluğu yaşanmakta ve tercih edilen bir idari yapılanması şekli olmamaktadır. Özel sektör teşebbüsün de kamu hizmetlerin için finansman sağlama isteği artmaktadır (Tanrıvermiş vd. 2022). KÖÖ modeli özellikle gelişmekte veya gelişimini tamamlamış kamu kaynağının yetersiz olduğu ülkelerde kullanılmakta olan önemli bir finansman modelidir. Kamu kaynaklarının yetersizliği sonucunda özel sektör teşebbüsünün finansman kaynaklarını kamu hizmet yatırımlarında kullanılmasıdır (Mayburd 2021). Finansman, teknoloji, uzmanlık, kar ve risklerin paylaşımı gibi konularda kamu yatırımları için alternatif bir model olan KÖÖ, uzun yıllar boyunca kamu hizmetlerinin hayata geçirilmesinde kullanılan modellerden birisidir (Zhang vd. 2016). KÖÖ modeli kapsamında sağlık hizmetlerinden otoyollara, altyapı hizmetlerinden enerji alanındaki yatırımlara, savunma sanayiinden havaalanlarına, eğitim hizmetleri alanından cezaevlerine kadar kamu kapsamındaki mal ve hizmetler gerçekleştirilmektedir.

Uluslararası literatürde İngilizce olarak “Public Private Partnership (PPP)” ve kısaltması PPP olarak bilinen KÖO, Türkiye’de kamu hizmetlerinin sunulması konusunda yaklaşık yarım yüzyıla yaklaşan bir süredir kullanılmaktadır. KÖO modelinin gelişmesi; yatırımların ve kamu finansman ihtiyacının artması, kamu hizmet kalitesinin artış beklentisi, devletin küçülüp işletmeci rolünü bırakarak bu rolü özel sektörün dinamizmine bırakma isteği etkili olmaktadır (Anonymous 2018a).

4.1.1 Kamu Özel Ortaklığı (KÖÖ) modelinin tarihsel gelişimi

Tarihte ilk kez kamu ve özel teşebbüsün ortaklığı ile gerçekleştirilen ilk projeler milattan sonra orta çağda Roma İmparatorluğu döneminde gerçekleştirildiği bilinmektedir. Roma döneminde limanlar, şehir pazarları ve hamamlar gibi halkın ortak ihtiyaçlarını karşılayan ve imparatorluğun yerine getirmesi gerekli olan bazı hizmet yapıları gerçekleştirilen özel anlaşmalarla özel sektör tarafından hayata geçirilmiştir (Atasoy 2011). Orta Çağ sonrasında kamu ile özel teşebbüsün birlikte dahil olduğu ilk sözleşmeler İngiltere ve Fransa’da ihtiyaç olan bazı altyapı projelerinde gerçekleştirilmiştir. Özellikle ulaşım ve altyapı hizmet yatırımlarında bu ortaklık şekli görülmüştür. 17. ve 18. yüzyıllarda ise KÖO uygulamaları Avrupa’da ağırlıklı olarak kanal ve köprü yapımında özel teşebbüse verilen imtiyaz sistemiyle gerçekleştirilmiştir (Saiyed 2015). İngiltere’de 1660’lı yıllarda yol inşaatlarında özel sektör teşebbüsünün kamunun yatırımlarına dahil olduğu görülmektedir. Sanayi Devrimi (Endüstri Devrimi) sonrasında kanal ve demir yolları projeleriyle birlikte kamu ile özel teşebbüsün ortaklığı projelerde zirve noktaya ulaşmıştır (Wettenhall 2010).

KÖO modelini 19. yüzyılda Avrupa ve Amerika’da kentleşmenin hızlanması şehirlerdeki kamu hizmet ihtiyaçlarının artması sonucunda toplu taşıma, kanalizasyon ve enerji gibi altyapı hizmetlerinin gerçekleştirilmesinde görülmektedir. Bu tür kamu hizmetlerinin büyük bir çoğunluğu imtiyaz sözleşmeleri çerçevesinde özel teşebbüs tarafından gerçekleştirilmiştir (Babatunde 2015). 1859 yılında inşaatına başlanan Süveyş Kanalı Projesi KÖO modelinin bir alt türü olan yap-işlet-devret modeliyle yapılmıştır (Bergere 2016).

Dünya’da yaşanan 1. ve 2. Dünya Savaşları ve 1929 yılı büyük ekonomik buhran sonrasında ülkeler daha devletçi politikalar izlemesi sonucunda kamu yatırımları devletlerin kendi bütçeleri çerçevesinde gerçekleştirilmiştir. 1980’li yıllarda neo-liberal ekonomi politikalarının hız kazanması sonrası ABD, İngiltere ve G-8 ülkeleri tarafından kabul edilen Washington Konsensüsü çerçevesinde ülkelerle kamu hizmetlerinin bir kısmının özelleştirilmesi akımı hız kazanmıştır. Kamunun yetersizliği sonucunda ortaya çıkan KÖO modeli; kamunun finansman kaynaklarının yetersizliği, bürokratik hantallık ve teknolojik yetersizlik gibi konularda özel teşebbüsün kaynaklarından yararlanılmasını sağlamaktadır (Miles 1995).

Osmanlı İmparatorluğu’nda ise devlet ile özel teşebbüsün işbirliği özellikle eğitim alanında yapılmıştır. Osmanlı’da eğitim faaliyetleri 1574 yılına kadar Kazaskere bağlı olan ve vakıf olarak kurulan medreseler tarafından gerçekleştirilmiştir. Vakıflar tarafından yönetilen medreselerdeki müderrislerin (ders veren eğitimciler) maaşları vakıf gelirlerinden ödenmekteydi. Ayrıca özel teşebbüs olan vakıflar sağlık, sosyal yardım, diyanet gibi alanlarda yatırımlar hayata gerçekleştirmekteydi. Çeşitli sağlık kurumları, hanlar, yollar ve çeşmeler vakıflar tarafından yapılmaktaydı (Gürkan 2014).

Günümüzdeki KÖO uygulamaları ise ilk olarak İngiltere’de 1992 yılında “Özel Sektör Finansman Girişimi (Private Finance Initiative)” adı altında İngiliz hükümeti tarafından başlatılmıştır. KÖO modelinin İngiltere’de başarılı bir şekilde uygulanmasından sonra Almanya, Avustralya, Kanada ve ABD gibi birçok ülkede yaygınlaşmıştır (Alfen 2010). Dünya’da 2000’li yıllara gelindiğinde çoğu gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde KÖO modelinin uygulamaları birçok kamu hizmetinin hayata geçirilmesinde halen uygulanmaktadır (Grimsey ve Lewis 2007).

KÖO modelinin ortaya çıkmasına neden olan yedi temel gelişmesi sıralamak mümkündür (Gürkan 2014, Şahin ve Cezlan 2023); artan nüfus sonucunda artan altyapı ihtiyacı, göçler nedeniyle artan kentleşme ve buna bağlı taleplerin artması, dünyada yaşanan küresel ekonomik krizler, uluslararası finansman şirketlerinin yeni ve uzun vadeli proje arayışları, devletlerin bütçelerinin yetersiz kalması, bürokratik engellerden kurtulma çabası ve teknolojik gelişmelerden yararlanılmasıdır.

4.1.2 Türkiye’deki KÖO modelleri

KÖO modelleri Türkiye’de 1986 yılından itibaren çeşitli şekillerde uygulanmaktadır. Türkiye’de uygulanmakta olan KÖO modellerini yap işlet devret, yap işlet, yap kirala devret ve işletme hakkı devri/kirala işlet devret olarak dört başlık altında incelemek mümkündür (Anonymous 2016).

4.1.2.1 Yap işlet devret (YİD) modeli

YİD modeli, devletin kamu hizmetinden idari bir sözleşme ile elde edeceği gelir karşılığında bir süre için kamu hizmetinin gerçekleştirilmesi temin etmesidir (Tanrıvermiş vd. 2022). YİD modelinde, özel teşebbüsün yatırımı gerçekleştirmek için devreye girdiği, yatırım için gerekli olan sermayeyi sağlamasına imkân veren ve özel teşebbüsün sağladığı bu finansman karşılığında bahse konu kamu hizmetinin gerçekleştirilmesini sağlayan bir modeldir. Bu finansman modelinde özel teşebbüs işletme süresi boyunca projeden elde edilen kâra veya zarara sahip olmakta ve işletme süresinin bitiminde projenin ilgili kamu idaresine devredilmesini sağlamaktadır (Yerlikaya 2002). Kamu tarafından yapılması gereken çeşitli hizmetlerin gerçekleştirilmesi için gerekli olan finansman kaynakları bazı durumlarda yetersiz kalmaktadır. YİD modeli, özel teşebbüsün sahip olduğu teknolojik ve mali kaynakların kamu yatırımlarının gerçekleştirilmesi için kullanıldığı finansman modelidir (Emek 1999).

4.1.2.2 Yap işlet (Yİ) modeli

Yİ modelini, YİD modelinden ayıran en temel özellik; yapılan sözleşme kapsamında tesislerin herhangi bir süre kısıtlaması olmadan özel teşebbüs tarafından yapılması ve süresiz olarak özel teşebbüsün olmasıdır. Sözleşme sona erdikten sonra tesis özel teşebbüsün uhdesinde kalmaya devam etmektedir. Yİ modeli, en fazla Türkiye’de elektrik üretimi yatırımlarının hayata geçirilmesinde görülmektedir. Bu kapsamda hayata gerçekleştirilen enerji santrallerinin işletilmesi süresiz olarak özel teşebbüse

bırakılmaktadır (Güngör 2012). Bu model kapsamında yatırımı gerçekleştiren özel teşebbüs yapılan tesisin mülkiyet hakkına sahiptir. Yani sözleşmede belirtilen süre sonunda tesisin kamuya devredilmesi zorunluluğu bulunmamaktadır (Sarısü 2009).

4.1.2.3 Yap kirala devret (YKD) modeli

YKD modelinde ise kamuya hizmeti kapsamında yer alan bir kısım altyapı proje yatırımlarının özel teşebbüs imkanlarıyla yapılması ve belirli bir süre için kamuya kiralanması şeklindedir. YKD modeli daha çok gerçekleştirilen kamu hizmetlerinin özel teşebbüs sahipliğinde kalmasının sakıncalı olduğu veya rahatsızlık yaratabileceği durumlarda uygulanan KÖO yatırım modelidir (Çınar vd. 2017). YKD modelinde özel teşebbüs tesisi inşa etmekte, işletilmesi için gerekli fiziksel donanımı sağlamakta, sözleşme süresince belirlenen tesis alanlarını işletmekte ve süre bitiminde tesisi kamuya devretmektedir. Kamu ise sözleşmede belirtilen süre boyunca özel teşebbüse her yıl kira ödemesi yapmaktadır (Küçükgüngör ve Öcal 2002, Tanrıvermiş vd. 2022). YKD modeli kapsamında özel teşebbüs tarafından projenin tasarlanması, yatırımın finansmanı, projenin inşa edilmesi sonucunda devlete kiralanması ve süre bitiminde ilgili kamu idaresine mülkiyetin devri söz konusudur (Ersöz 2010).

Türkiye’de YKD modeli kapsamında özellikle sağlık tesislerinin yatırımı gerçekleştirilmektedir. YKD kapsamında yapılacak sağlık yatırımlarında ilk önce Sağlık Bakanlığı’ndan proje yatırım onayı alınmaktadır. Proje onayının alınmasından sonra ön proje, fizibilite raporu, projenin ve hizmetin temel standartları ve proje ihale dokümanları Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanmaktadır. Proje ihale süreci tamamlandıktan sonra belirlenen özel teşebbüs ile yüklenici sözleşmesi imzalanmaktadır. Proje yapım aşamasından başlayarak işletme süresince de Sağlık Bakanlığı tarafından denetlenmektedir. İmzalanan sözleşme kapsamında olması durumunda radyoloji, görüntüleme ve laboratuvar hizmetleri gibi bir kısım yardımcı tıbbi hizmetlerde özel teşebbüs tarafından sunulabilmektedir. YKD yapılan sağlık yatırımlarının yıllık kira bedelleri sağlık tesisinin döner sermayesinden ödenmektedir. Sözleşme süresince kamu tarafından sağlık tesisine üst hakkı tesis edilerek özel teşebbüse devredilen taşınmazlar sözleşme bitiminde bedelsiz olarak kamuya devredilmektedir (Güngör 2012). YKD

modelinde gerçekleştirilen sağlık tesislerinde en iyi örnekler şehir hastanesi yatırımlarıdır (Anonymous 2018b).

4.1.2.4 İşletme hakkı devri (İHD) modeli

İHD modeli, kamuya ait olan hazır bir tesisin mülkiyet hakkının kamuda kalması şartıyla işletme hakkının belirlenen bir süreliğine özel teşebbüse devredilmedir. İHD modeliyle mal üretimi, hizmet üretimi, baraj, otoyol limanlar gibi fiziksel varlıkların özelleştirilmesi yoluyla işletme haklarının verilmesi, kiralanması veya mülkiyetinin özel teşebbüse devredilebilmektedir (Anonymous 2018b).

4.2 Türkiye’deki Sağlık Sistemi, Şehir Hastaneleri ve Ankara Bilkent Şehir Hastanesi

Türkiye’deki sağlık altyapısının fiziksel kapasitesi henüz gerekli ve yeterli düzeye gelememiştir. Türkiye’deki sağlık tesislerinin fiziksel üretim kapasitesi ve yatak sayıları Avrupa Birliği (AB) ile Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü (OECD) ülkeleri ortalamasının oldukça gerisindedir. Kamu, Türkiye’deki sağlık tesislerinin fiziksel kapasitesinin ve kamunun kaynaklarının yetersizliği, kamu bütçesi üzerindeki sağlık finansmanın olumsuz baskısı, kamunun özel sektörün sahip olduğu teknoloji, bilgi ve hizmet tecrübeden yararlanma isteğinin bir sonucu olarak KÖO modelinden yararlanmak istemektedir.

KÖO modelinin tercih edilmesi sadece sağlık tesislerinin fiziksel kapasite artırılması için değil aynı zamanda sağlık tesis projelerinin inşaat sürelerinin kısaltılarak hızlı bir şekilde hizmete alınmasının istenilmesidir. Sağlık Bakanlığının 2004 yılı verilerine göre hastane inşaatları ortalama 7 yıl sürmektedir. Son yıllarda inşaatı tamamlanan hastanelerde hız olarak büyük ilerleme kaydedilmiş olsa da hem yapı kalitesi hem de hastane işletmeciliği açısından yetersiz kalınmaktadır. Sağlık Bakanlığı tarafından klasik yönetim modelleriyle yürütülen sağlık hizmetlerinde bu gibi aksaklıklar tam olarak giderilememiştir. Bu nedenle model arayışına gidilmiş ve YKD modeli ile başarılı ve sürdürülebilir sağlık

hizmetleri oluşturma çabası içerisine girilmiştir (Uysal 2019). YKD modelinin tercih sebepleri arasında bir diğer faktör ise özel sektörün sahip olduğu hizmet kalitesi ve verimliliğinden faydalanma istediği ve kısa vadede finansman kaynağının sağlanmasıdır (Anonymous 2009).

Sağlık Bakanlığı tarafından Türkiye’deki sağlık hizmet sunumunda rol alan aktörler, coğrafi koşullar, sosyo-ekonomik durum, demografik yapı, epidemiyolojik özellikler dikkate alınarak sağlık planlaması yapılmış ve Türkiye’nin sağlık envanteri oluşturulmuştur. Bu planlamaya göre Türkiye 29 sağlık hizmet bölgesine ayrılmış ve her bir sağlık hizmet bölgesi için bölge sağlık merkezi bir ilçe belirlenmiştir. Bu plan çerçevesinde Türkiye genelinde 10.000 kişiye 32 yatak düşecek şekilde bir planlama yapılmıştır (Atasever 2018). Sağlık Bakanlığı, sağlık sektöründe gerçekleştirdiği yeniden planlama kapsamında hem örgütsel yönetim anlayışı hem de finansal açıdan KÖO modelini kullanma yolunu tercih etmiştir (Kerman ve Altan 2012). Türkiye’de sağlık sektöründeki yatırımlar açısından KÖO finansman şeklinin uygulanması amacıyla iki farklı modelden yararlanılması planlanmıştır. Bu modeller sağlık tesisinin inşası için YKD modeli iken ticari getiri alanları için ise YİD modelidir (Tekin ve Çelik 2012). Türkiye’de KÖO kapsamında YKD modeli ile inşaatı yapılan ve yönetilen hastanelere “şehir hastanesi/şehir hastaneleri modeli” adı verilmektedir. Bu yeni modelinde şehir hastanesi, yüklenici/özel teşebbüs firma tarafından inşa edilecek ve kamuya 25 yıl gibi uzun süreliğine kiraya verilecektir. Kamu şehir hastaneleri yatırım modelinde özel teşebbüs firmaya hem kira bedeli ödeyecek hem de çekirdek hizmet (tıbbi hizmet) dışındaki diğer hizmetlerin sağlanması yüklenici firmaya devredilecektir.

Türkiye’de gerçekleştirilmekte olan şehir hastaneleri modeli temel olarak İngiltere’den alınmıştır. Kamunun sağlık tesislerinin kiralama karşılığında özel teşebbüse yaptırılmasına ilişkin düzenleme 07.05.1987 tarih ve 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanun’a 03.07.2005 tarih ve 5396 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu’na Bir Ek Madde Eklenmesi Hakkında Kanun ile ek 7. maddenin eklenmesiyle yapılmıştır. Ardından 2006 yılında bir yönetmelik ve 2013 yılında ise yeni yasa ile kiralamanın kapsam ve içeriği ayrıntılı olarak belirlenmiştir (Atasever 2018).

Şehir hastaneleri modelinde kamu, şehir hastanesinin kurulacağı alanı belirleyip projesini hazırlamakta ve yüklenici olan özel teşebbüs firma hastaneyi yapmaktadır. Şehir hastanelerinin yapılacağı arazi hazine tarafından bedelsiz tahsis edilmektedir. Şehir hastanelerinde Sağlık Bakanlığı kiracı konumundadır (Savaş vd. 2020, Tanrıvermiş ve Bostancı 2021). Bu yatırımın karşılığında yüklenici firma 25 yıl boyunca aylık kira bedeli almaktadır. Yatırım sözleşmesinin sonunda şehir hastanesi tamamen kamuya devredilmektedir. YKD modeli kapsamında inşa edilen şehir hastanelerinde kamunun finansal riski ve yatırım bedelini özel teşebbüse yüklemektedir. Böylece kamu gerekli diğer yatırımlar için ayırdığı bedeli arttırmaktadır. Büyük bedelli yatırım gerektiren şehir hastaneleri modeliyle kamu, kısa vadede gerekli olan finansman kaynak ihtiyacını önemli ölçüde ortadan kaldırmaktadır.

Şehir hastaneleri modelinde gerçekleştirilen radyoloji, görüntüleme, laboratuvar, sterilizasyon ve dezenfektasyon, destek hizmetleri ve güvenlik hizmetleri gibi yardımcı hizmetler yatırımcı özel teşebbüs firma tarafından verilmektedir. Özel teşebbüs sorumluluğunda olan diğer destek hizmetleri olarak bina ve arazi, ortak hizmetler yönetimi, temizlik, hastane bilgi yönetim sistemi, uygulama ve işletmesi, hasta yönlendirmesi ve refakat edilmesi, güvenlik, yardım masası, resepsiyon hizmetleri, ilaç ve hasta taşıma, yemekhane, ilaçlama, mefruşat, yer ve bahçe bakımı, çamaşır hizmetleri, atık yönetimi ve otopark hizmetleridir (Atasever 2018). Bu hizmetlerden radyoloji, görüntüleme, laboratuvar, sterilizasyon ve dezenfektasyon gibi tıbbi destek hizmetleri sağlık bakanlığının denetiminde yapılmaktadır. Bu hizmetler dışında kalan diğer tüm destek hizmetlerinin kararları koordinasyon kurulu üyeleri tarafından alınmaktadır. Kurulan 6 üyeli koordinasyon kurulunda 3 üye yüklenici firmadan, 3 üye de Sağlık Bakanlığı tarafından atanan kişilerden oluşmaktadır (Savaş vd. 2020). Kurulda kararlar çoğunluk esasına göre alınmakta ve alınan kararlar Sağlık Bakanlığı'nın onayı olmadan yürürlüğe girmemektedir. Şehir hastaneleri modelinde kamu sadece sağlık hizmetleriyle, yüklenici firma ise yardımcı hizmetlerle ilgilenmektedir. Böylece kamu asıl hizmeti olan sağlık hizmeti sunumuna yoğunlaşmakta iken, yüklenici özel teşebbüs firma ise nitelikli hastane ortamının oluşturulması, hastanede güncel teknolojik sistemlerin kullanılmasıyla birlikte özel sektör hastane konforunda hizmet sunumu amaçlanmaktadır. Bunun bir

sonucu olarak şehir hastanelerinde artan konfor ve hizmet kalitesi ile sağlık turizminin de gelişmesine çok büyük katkı sağlaması hedeflenmektedir.

Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, YKD modeli kapsamında Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı (İdare) ile Bilkent Ankara Entegre Sağlık Hizmetleri Yatırım ve İşletme AŞ. (Şirket) arasında imzalanmıştır. Yatırımı gerçekleştirecek şirket ise yapılan ihale uhdesinde kalan IC İçtaş İnşaat Sanayi Ticaret AŞ. – DİA Holding FZCO iş ortaklığı tarafından gerçekleştirilmiştir. Gerçekleştirilen yatırım sözleşme süresi yer tesliminden itibaren süre uzatımları hariç 28 yıl 6 aydır. İnşaat öncesi hazırlıkları ve inşaat süresini kapsayan yatırım dönemi 42 ay, işletme dönemi ise 25 yıldır. Yatırım sözleşmesi sözleşmesel hükümlere göre daha önceden sona erdirilmedikçe sözleşme süresi sonunda kendiliğinden sona ermektedir. KÖO modeli kapsamında inşa edilen şehir hastanelerinde yatırımın finansal riski ve yatırım bedeli kamu yerine özel teşebbüse yüklenmektedir. Yatırım sözleşmesi kapsamında belirtilen yükümlülükleri gerçekleştirebilmesi için kullanacağı finansman kaynağının ana parası, faiz ile her türlü finansman giderinin geri ödemesi şirketin sorumluluğunda gerçekleştirilecektir. Böylece kamu gerekli diğer yatırımlar için ayırdığı bedeli arttırmaktadır. Büyük bedelli yatırım gerektiren şehir hastaneleri modeliyle kamu, kısa vadede gerekli olan finansman kaynak ihtiyacını önemli ölçüde ortadan kaldırmaktadır. Gerçekleştirilen sözleşmesinin sonunda şehir hastanesi tamamen kamuya devredilmektedir. Süre bitiminde sağlık tesisi iade prosedürleri ve şartları çerçevesinde kamuya iade edilecektir.

Bu yatırımın karşılığında şirket sözleşmeye kapsamındaki işlerin yapılması ve hizmetlerin verilmesi karşılığında kira bedeli ödemelerine hak kazanmaktadır. Kira bedeli ödemeleri, sağlık tesislerinin kullanım bedeli ve hizmetlerin karşılığı ödemeler olmak üzere iki kalem şeklindedir. Sözleşme süresinde şirket sorumluluğunda meydana gelen kullanım hatası veya hizmet eksikliği durumunda hesaplanan kesinti tutarı şirkete ödenecek bedel üzerinden düşülmektedir. İmzalanan sözleşme kapsamında şirket sağlık tesisi için gerekli olan mefruşatları ve tıbbi ekipmanları temin edip kurulumunu sağlamakla yükümlüdür. Temin edilip kurulan mefruşatlar ve tıbbi ekipmanlar her biri için belirlenmiş kullanım süresi sonunda değiştirilecektir. Bu değişim süreci idare tarafından yönetilecektir. İdare, bu süreçte en az maliyetle en yüksek fayda esasına göre

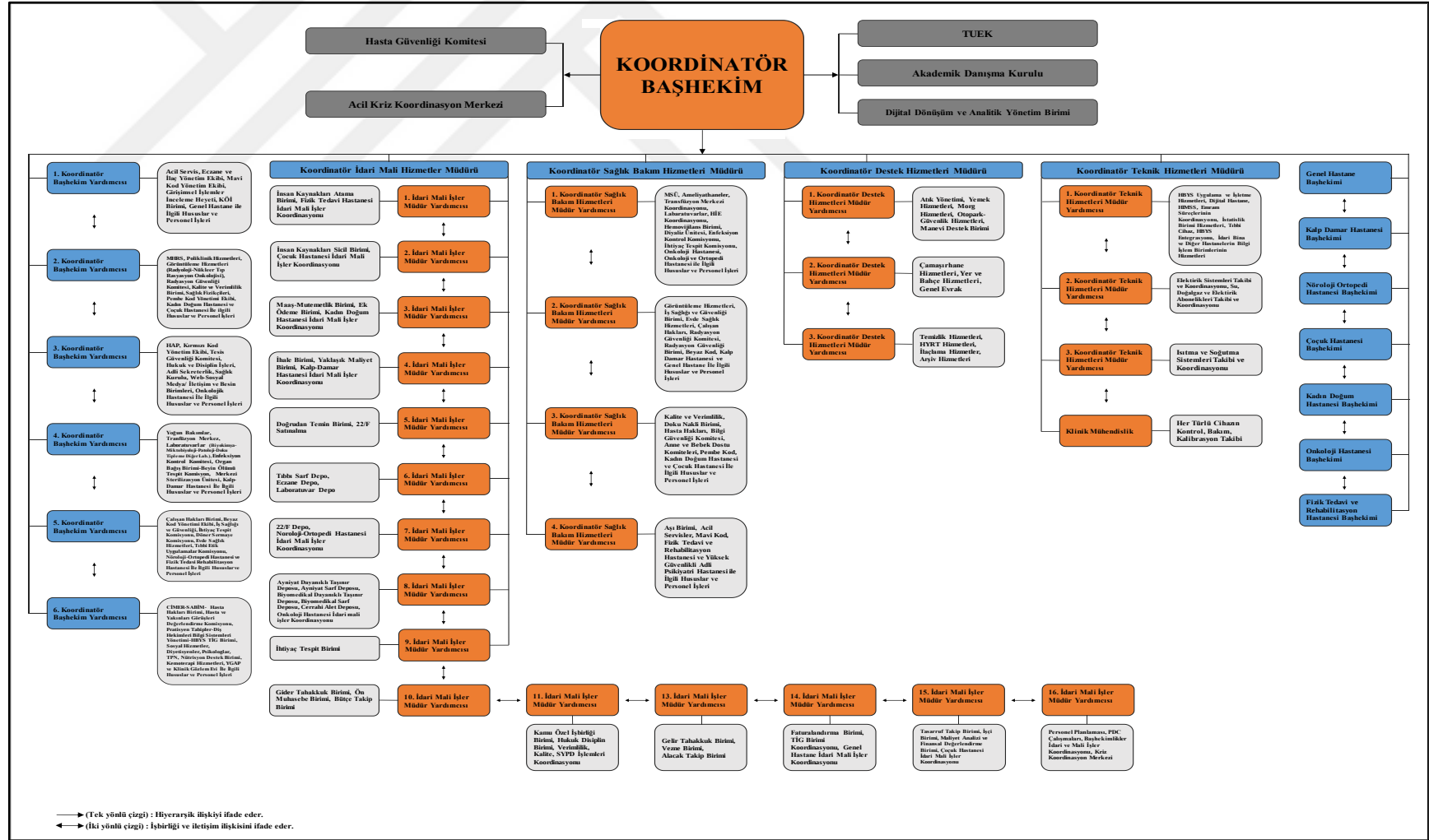
pazar araştırması gerçekleştirilecektir. Gerçekleştirilen pazar araştırması sonunda mevcut şirket eşdeğer bir teklifte bulunması şartıyla ön alım hakkı kullanabilmektedir.

Sözleşme hizmet seviye şartları kapsamında idarenin genel hizmet ihtiyaçları ve şirketin gerçekleştirilecek her bir hizmete ait özel gereklilikleri ayrıntılarıyla açıklanmaktadır. Şirket her bir hizmete ilişkin olarak yönetim yapısını, sorumluluklarını ve iletişim yöntemlerini sözleşme süresi boyunca gerçekleştirecek hizmet yapıları, sorumlukları ile iletişim araçlarındaki değişiklikleri idareye bildirmekle yükümlüdür. Ayrıca şirketin gerçekleştireceği her bir hizmet şartına ait olmak üzere gerekli standartlara uygun olarak sunup sunmadığının tespiti amacıyla her bir hizmet özelinde kullanılan parametreleri tarif eden bir performans parametre bilgileri yer almaktadır. Performans parametreleri kapsamında potansiyel hizmet hatalarını bildiren bir liste ile bu listeye hizmetlerin performansını değerlendirmek amacıyla genel hizmet şartları ve özel hizmet şartları için bir referans dahil edilecektir. Şirket kapsamında yer alan hizmetler için her bir performans parametresi çerçevesinde meydana gelebilecek hizmet hatası veya hizmet talebine karşılık bir önem derecesi, hizmet yanıt süresi, hizmet düzeltme süresi, performans izleme süresi, izleme yöntemi, hizmet yanıt süresi ile hizmet düzeltme süresi tanımlanmaktadır. Burada tanımlanmış süreler şirketin hizmet sorumluluğunda yer alan yardım masasına başvurulmasından itibaren başlamaktadır.

Yapılan sözleşme kapsamında şirket sağlık tesisinde görüntüleme hizmetleri, sterilizasyon ve dezenfektasyon hizmetleri, rehabilitasyon hizmetleri ve diğer tıbbi ekipman destek hizmetleri olarak tıbbi destek hizmetleri ile bina ve arazi hizmetleri, olağanüstü bakım ve onarım hizmetleri, ortak hizmetleri yönetimi hizmeti, mefruşat hizmeti, yer ve bahçe bakım hizmetleri, temizlik hizmetleri, hastane bilgi yönetim sistemi uygulama ve işletme hizmeti, güvenlik hizmetleri, hasta yönlendirme ve refakat, resepsiyon, yardım masası ve taşıma hizmetleri, ilaçlama hizmetleri, otopark hizmetleri, atık yönetim hizmetleri, çamaşır hizmetleri ve yemek hizmetleri olarak destek hizmetlerini gerçekleştirmektedir. Sözleşme kapsamında gerçekleştirilen hizmet 5 yıl süreyle gerçekleştirilecektir. İdare, gerçekleştirilen hizmetleri 5 yıllık sürenin sonunda bir veya bir kısmını en az maliyetle en yüksek fayda edilebilmesi esasıyla ilgili hizmet şartlarında istediği değişiklikleri gerçekleştirerek, “pazar testi” prosedürü kapsamında

temin edebilmektedir. Şirketin idarenin belirlediği hizmet esaslarına eşdeğer bir teklifte bulunması şartıyla ön alım hakkı bulunmaktadır. Gerçekleştirilmiş ürün ve hizmetlerin temin edilmesi işine ait sözleşme Türkiye açısından ilklerden olması ve oldukça kapsamlı bir şekilde hazırlanmış olması dolayısıyla başarılı bir sözleşmedir. Fakat dünyada sağlık tesis yönetimi anlayışı daha gelişmiş ülkelerin başarılı sözleşme sistemleri incelenerek Türkiye'nin mevcut şartlarına ve uygulanacak sağlık tesisine özgü daha başarılı, her iki tarafından da haklarını savunan, tesis yönetimi kapsamında verilen hizmetlerin kaliteli, verimli ve performans odaklı bir şekilde verilmesini teşvike eden sözleşmelerin oluşturulması gerekmektedir.

Ankara Bilkent Şehir Hastanesi 2019 yılında açılan, 674.000 m² araziye kurulu olan, toplam 1,3 milyon m² kapalı alana sahip Avrupa'nın en büyük sağlık tesisidir. Ankara Bilkent Şehir Hastanesi toplam 3.810 yatak kapasiteli, altı adet hastane kulesine ilave olarak biri ana hastane binası olmak üzere toplam dört adet hizmet binasıyla birlikte toplam on adet yapıdan oluşan bir sağlık tesisidir. Tesiste toplam 6.918 araçlık otopark alanı vardır. Tesiste binalar arası geçiş tüp geçitler ile yapılabildiği için hastane içerisinde yaşlı, engelli ve ihtiyacı olan ziyaretçilerin ulaşımını iç servis araçları (golf arabaları) ile sağlanmaktadır. Sağlık tesisindeki hizmet binaları; genel hastane, kalp damar hastanesi, nöroloji-ortopedi hastanesi, çocuk hastanesi, kadın doğum hastanesi, onkoloji hastanesi, fizik tedavi ve rehabilitasyon hastaneleri olmak üzere toplam yedi farklı hastaneye ilave adli polikliniği binası ve klinik araştırma merkezi bulunmaktadır. Hastanede toplam 39.000 m² alana sahip kadın doğum ve çocuk, yaşam desteği ve normal acil olmak üzere üç farklı acil servis polikliniği bulunmaktadır. Tesiste en üst düzey yönetici pozisyonundaki koordinatör başhekimin kendisine bağlı idari birimler ve kadrosuyla birlikte sağlık tesisinde bulunan idari binada hizmet verilmektedir (Şekil 4.1).



Şekil 4.1 Ankara Bilkent Şehir Hastanesi koordinatör başhekim organizasyon modeli (Anonymous 2022d)

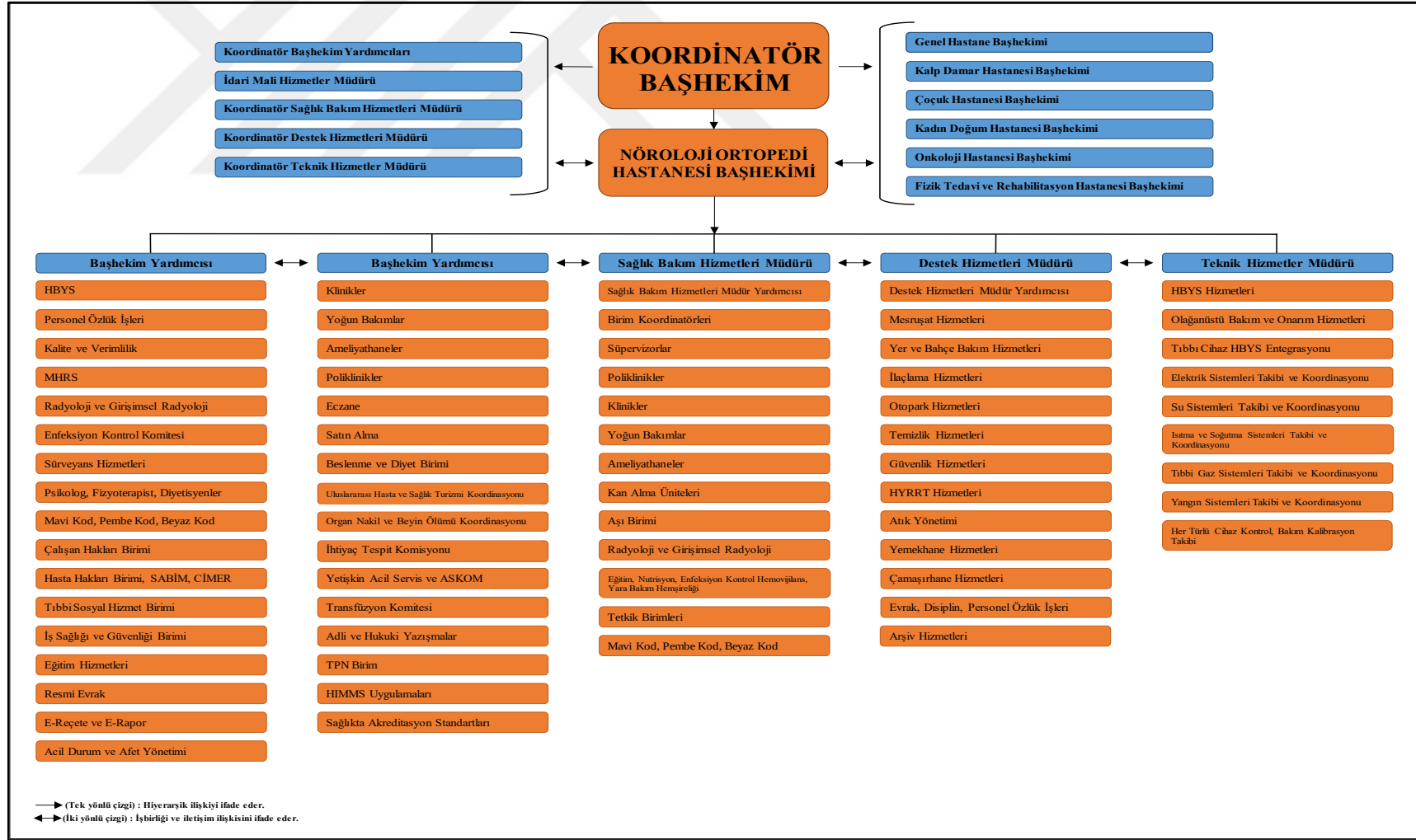
Koordinatör başhekime direkt bağı olan hasta güvenliği komitesi, acil kriz koordinasyon merkezi, tıpta uzmanlık eğitim kurulu (TUEK), dijital dönüşüm ve analitik yönetim birimi ve akademik danışma kurulu bulunmaktadır. Tesisteki hasta güvenliği komitesi; hastaların güvenliklerinin iyileştirilmesi ve sürdürülebilir olmasına yönelik tüm hizmetleri faaliyet süreçleri gözlemlenmektedir. Meydana gelebilecek tehlikelerden veya tehlikeler gerçekleştiğinde hastaların bundan etkilenmelerini engelleyici tedbirleri ve faaliyetlerden sorumludur. Hastaların tesisteki güvenliğinin sağlanmasına yönelik tüm faaliyetlerin düzenlenmesi, etkinliği, yürütülmesi ve sürekliliğinden birincil olarak sorumlu olan kuruldur.

Acil koordinasyon merkezi; tesiste ortaya çıkabilecek acil veya olağan dışı durumların meydana gelmesini engelleyici tedbirleri planlamak, almak ve bu tür durumlar meydana geldiğinde karşı tedbirleri planlamak görev sorumluluğundadır. Acil koordinasyon merkezi sağlık tesisinin risk yönetimi görevini yürütmektedir. TUEK; sağlık tesisindeki gerekli görülen eğitim ve akademik görevlerini yürütmektedirler. Kurul, tesisteki tıbbi ve mesleki eğitim, araştırma ve geliştirme faaliyetlerini belirlemek, yürütmek ve koordinatör başhekime sunmaktadır. Tesisteki kliniklerin eğitim plan ve programlarını tıp uzmanlık mevzuatı hükümlerine ve ilgili mevzuata göre değerlendirerek onaylamaktadır. Dijital dönüşüm ve analitik yönetim biriminin görevi hızla gelişmekte olan bilgi ve iletişim teknolojilerinin sağlık hizmetlerine sunduğu imkanlardan hastaların ve tesisin genel yönetimini daha etkin ve verimli olmasını sağlayacak dönüşüm sürecini yönetmektir. Tesisin dijital dönüşüm sürecinin organizasyonu, analitik yönetim çalışmaları ve bilimsel araştırmaların koordinasyonunu gerçekleştirmektedir.

Akademik danışma kurulu ise dünyadaki ve Türkiye'deki bilimsel ve akademik alanda gelişen konuları takip etmek ve koordinatör başhekimliğin koordinasyonunda bilimsel çalışmalarda bulunmakla sorumludur. Organizasyon şemasından da görüldüğü gibi koordinatör başhekim kendisine bağı oldukça geniş bir yönetim kadrosu ile sağlık tesisinin yönetimini yürütmektedir. Koordinatör başhekim koordinatörlük kadrosunda yer alan başhekim yardımcıları, idari mali hizmetleri müdürü ve yardımcıları, sağlık bakım hizmetleri müdürü ve yardımcıları, destek hizmetleri müdürü ve yardımcıları, teknik hizmetler müdürü ve yardımcıları ile hastane başhekimleriyle birlikte Ankara Şehir Hastanesini yönetmektedir.

Ankara Bilkent Şehir Hastanesi'nde her biri farklı hastane kulesinin/binasının ise farklı bir branşta hizmet verdiği ve her bir kule (hastane) kendi başhekimini ve idari kadrosu tarafından her kulenin içinde yer alan başhekimlik idari bölümünden yönetilmektedir. Hastane başhekimleri kendilerine bağlı başhekim yardımcıları, sağlık bakım hizmetleri müdürü, destek hizmetleri müdürü ve teknik hizmetler müdürleri ile bunlara bağlı alt idari kadro ile birlikte kendi hastanelerini yönetmektedirler. Her bir başhekim diğer hastane başhekimleri ile iş birliği ve iletişim içerisinde. Hastane başhekimleri koordinatör başhekimliği kadrosunda yer alan koordinatör başhekim yardımcıları, idari mali hizmetler müdürü, koordinatör destek hizmetleri müdürü ve koordinatör teknik hizmetler müdürü ile iletişim ve işbirliği içerisinde görevlerini yerine getirmektedirler (Şekil 4.2).





Şekil 4.2 Ankara Bilkent Şehir Hastanesi nöroloji ortopedi hastanesi başhekimlik organizasyon modeli (Anonymous 2022d)

5. MATERİYAL VE YÖNTEM

Bu tez çalışması kapsamında Ankara Bilkent Şehir Hastanesi'nde saha araştırması gerçekleştirilmiştir. Ankara Bilkent Şehir Hastanesi'nin kapalı alanın fazla olması ve tesis yönetimi yönlerinden blokların benzerlik göstermesi nedeni ile üç hastane bloku (Nöroloji ve Ortopedi Hastanesi, Çocuk Hastanesi ve Genel Hastanede) belirlenmiştir.

5.1 Araştırmanın Evreni ve Örneklem

Yapılan anket çalışmasında hastane yöneticileri, tesis yönetimi firma yöneticileri sağlık çalışanları, tesis yönetimi firma çalışanları ile hastane hizmetlerinden yararlanan yatan hastalar ve refakatçiler evreni oluşturulmuştur. Gerçekleştirilen saha çalışmasında; hastane yöneticileri (başhekim, başhekim yardımcısı, sağlık bakım hizmetleri müdür ve yardımcısı, destek hizmetleri müdür ve yardımcısı, teknik hizmetleri müdür ve yardımcısı, birim sorumluları ve amirler), tesis yönetimi firma yöneticileri (müdürler, müdür yardımcısı, birim sorumluları, teknik hizmet müdürleri, amirler ve yardımcısı), hastane çalışanları (hekim, eczacı, hemşire, ebe, diğer sağlık personeli, biyolog, psikolog, laborant, fizyoterapist, diyetisyen, sağlık memuru, teknisyen, tekniker ve diğer sağlık personeli), tesis çalışanları firma (temizlik, güvenlik, yemek, hasta yönlendirme, otopark ve dış mekân yönetimi ile diğer hizmetlerde çalışanlar), yatan hastalar ve refakatçilerine ulaşılması hedeflenmiştir. Hastane ve tesis firma yöneticileri çalışmaya tam sayım olarak dahil edilmiştir. Hastane çalışanları, tesis firma çalışanları ve yatan hastalar ile refakatçiler için örneklem sayıları % 95 güven ve % 5 duyarlılıkla evren biliniyorken örneklem formülü aracılığı ile belirlenmiştir. (Çizelge 5.1.).

$$n = \frac{Nt^2pq}{d^2(N - 1) + t^2pq}$$

n: Örneklem alınacak birey sayısı

N: Evrendeki birey sayısı

p: İncelenen olayın görülüş sıklığı (0,5)

q: İncelenen olayın görülmeyiş sıklığı (0,5)

t: Belirli serbestlik derecesinde ve saptanan yanılma düzeyinde t tablosundan bulunan teorik değer (1,96)

d: Duyarlılık (0.05)

Çizelge 5.1 Ankara Bilkent Şehir Hastanesi saha çalışması gruplarının evren ve örnekleme

Çalışma Grupları	Evren (N)	Örneklem (n)
Hastane yöneticileri	39	39**
Tesis firma yöneticileri	42	42**
Hastane çalışanları	3.774	349*
Tesis firma çalışanları	903	270*
Yatan hastalar ve refakatçiler	1.192	291*
Toplam	5950	991

(*) % 95 güven ve % 5 duyarlılıkla her bir gruptan beklenen örneklem büyüklüğü,

(**) Tam sayım yapılmıştır.

Bu çalışma Ankara Şehir Hastanesi'ndeki saha çalışması kapsamında 39 hastane yöneticisi, 42 tesis firma yöneticisi, 372 hastane çalışanı, 383 tesis firma çalışanı ile 369 yatan hasta ve refakatçi olmak üzere toplam 1.205 kişinin katılımıyla gerçekleştirilmiştir.

5.2 Ölçek Geliştirme ve Anket Soru Formlarının Hazırlanması

Kamu kontrolünde olan birçok sağlık tesisi incelendiğinde sağlık tesis yönetiminin olması gerektiği gibi profesyonel bir çerçevede ve hizmet odaklı yönetilmediği ve deneme yanılma olarak adlandırılabilir bir sisteme göre yönetilmeye çalışıldığı görülmektedir. Sağlık tesis yönetiminin önemi, Türkiye'de şehir hastanelerinin açılmasıyla birlikte anlaşılmaya başlanmıştır. Dünyadaki sağlık tesis yönetimi kavramının konumu dikkate alındığında Türkiye'de henüz çok yeni bir kavram olduğu ve gelişmeye oldukça açık olduğu fark edilmektedir. Bu çerçevede saha çalışmasında kullanılacak anket sorularının geliştirilmesi amacıyla yerli ve özellikle yabancı kaynaklar (Shohet vd. 2003, Sarshar vd. 2004, Sarshar 2006, Tansel Çetin 2007, Whitehead vd. 2007, Liyanage and Egbu 2008, Ali and Mohamad Nasbi Bin Wan Mohamad 2009, Kırılmaz 2012, Atkin and Brooks 2015, Weimann and Weimann 2017) ile tesis yönetiminin uluslararası kabul görmüş standartları (ISO 41011, ISO 41012, BS ISO 55000: 2014, BS ISO 55001: 2014, BS ISO 55002: 2014, BS ISO 37500, BS ISO 37500: 2014, BS ISO 41001, BS ISO 44001, BS EN 15221-1: 2006, BS EN 15221-2: 2006, BS EN 15221-3: 2011, BS EN 15221-4: 2011, BS EN 15221-5: 2011, BS EN 15221-6: 2011, BS EN 15221-7: 2012, PAS 1192-5: 2015) taranarak faydalanılmıştır. Yerli ve yabancı kaynakların detaylı incelenmesi neticesinde beş anket seti için soru havuzu oluşturulmuştur.

Akademik çalışmalarda, eğitim ve psikolojide tutum ile görüşlerin doğru şekilde tespiti oldukça önemlidir (Özbek vd. 2007, Yurdugül 2005). Bir bilimsel çalışmanın inandırıcılığının olması ve genellenebilmesi için kabul edilen bir geçerliliği olması gerekmektedir (Yıldırım ve Şimşek 2013). Bu genel kabul nedeniyle akademik ve bilimsel araştırmalarda ölçek geliştirme çalışmaları oldukça önem kazanmaktadır. Bu çerçevede ölçek geliştirme çalışmalarında ölçme araçlarının geçerliliği öncelikle dikkat edilmesi gereken bir durumdur (Brains vd. 2011).

Ölçek geliştirme çalışmalarında geliştirilmesi istenen ölçek ile ölçülmek istenen özellikler arasındaki bağın tutarlı ve doğru olması en önemli husustur. Kapsam geçerliliği olarak ifade edilen çalışmayla birlikte ölçme aracındaki her bir maddenin hedeflenen amaca ne ölçüde fayda sağladığı ortaya koyulmaya çalışılmaktadır. Böylece geliştirilen ölçekte birlikte, ölçme aracındaki amaçla ilgili olmayan maddeler çıkarılarak amaçla bağı yüksek olan maddeler yer alacaktır (Basham ve Sedlacek 2009, Wilson vd. 2012, Ayre ve Scally 2014, Yeşilyurt ve Çapraz 2018). İçerik, mantıksal ve rasyonel geçerlilik olarak da adlandırabileceğimiz kapsam geçerlilik çalışmasında ölçme araçlarının ölçülmesi hedeflenen özelliği kapsama gücünü belirlemek için yeterli sayıda konuya uzman kişilerin görüşlerinin alındığı bir ön çalışma yapılmaktadır. Geçerlilik çalışması sayesinde nitel süreç istatistiksel nicel bir sürece dönüştürülebilmektedir (Lawshe 1975, Allen and Yen 2002, Rubio vd. 2003, McMillan and Schumacher 2010, Shuttleworth 2016). Kapsam geçerliliği tespiti konusunda yapılan çalışmalar incelendiğinde Lawshe'nin (1975) geliştirdiği kapsam geçerlilik oranları "Lawshe Tekniği" hem objektif hem de kesin sonuçlar verdiği görülmektedir (Veneziano 1997, McKenzie vd. 1999). Lawshe tekniği altı aşamadan meydana gelmektedir. Birinci aşamada alanında uzman kişilerden bir grup oluşturulmuş, ikinci aşamada aday ölçek formlarının hazırlanması ve uzmanların görüşlerinin elde edilmiştir. Üçüncü aşamada her bir maddeye ilişkin kapsam geçerlilik oranlarının (KGO) hesaplanmış, dördüncü aşamada ölçeğe ilişkin kapsam geçerlilik indekslerinin (KGİ) hesaplanmış, beşinci aşamada ise KGO ve KGİ ölçütlerine göre her bir madde özelinde ölçekte yer verilip verilmeyeceği kararının verilmiştir. En son altıncı aşamada ise nihai ölçek aracının oluşturulmuştur.

Lawshe tekniğinde en az beş en fazla 40 uzmandan alınan görüşlere ihtiyaç duyulmaktadır. Alınan uzman görüşleri her bir madde için “madde hedeflenen yapıyı ölçüyor” ve “madde hedeflenen yapıyı ölçmez” şeklinde derecelendirilmektedir (Yurdugül 2005). Ng maddeye “gerekli” diyen uzman sayısını. N ise maddeye ilişkin toplam uzman görüş sayısını göstermektedir. Kapsam geçerlilik oranı (KGO), her bir maddeye ilişkin “gerekli” görüş ifade eden uzman sayısının, aynı maddeye ilişkin toplam görüş belirten toplam uzman sayısının yarısı oranının bir eksigidir. Kapsam geçerlilik indeksi (KGİ) ise ölçekte kalan maddelerin KGO değerlerinin ortalamasıdır. Hesaplanan KGİ değeri, kapsam geçerlilik ölçütü minimum değerleri ile karşılaştırılır. Büyük veya eşitse ankette en son kalan maddelerin kapsam geçerliliklerinin istatistiksel olarak yüksek anlamlı olduğu kabul edilmektedir (Yurdugül 2005, Wilson vd. 2012, Ayre and Scally 2014, Bashir ve Bala 2018, Yeşilyurt ve Çapraz 2018) (Çizelge 5.2).

Çizelge 5.2 $\alpha = 0,05$ anlamlılık düzeyinde KGO’lar için minimum değerler.

Uzman Sayısı	Minimum Değer	Uzman Sayısı	Minimum Değer
5	0.99	13	0.54
6	0.99	14	0.51
7	0.99	15	0.49
8	0.78	20	0.42
9	0.75	25	0.37
10	0.62	30	0.33
11	0.59	35	0.31
12	0.56	40+	0.29

$$KGO = \frac{Ng}{N/2} - 1$$

Ölçek çalışması için yatan hastalar ve refakatçiler, hastane çalışanları, hastane yöneticileri, tesis firma yöneticileri ve tesis firma çalışanlarına yönelik hazırlanan her bir soru havuzu (seti) için sağlık yönetimi alanında, kamu/özel sağlık tesislerinde, Sağlık Bakanlığı Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğünde görevli toplam dokuz uzmandan görüş alınarak kapsam geçerlilik çalışması yapılmıştır. Toplam dokuz uzmandan gelen görüşlerin değerlendirilmesi ile her bir soru maddesine ait KGO hesaplanmıştır. KGO ($KGO < \text{minimum değer } 0,75$) düşük olan maddeler her bir ölçekten çıkartılmıştır. Kalan maddeleri KGO değerlerinin ortalaması hesaba katılarak KGİ değeri hesaplanmış ve

hesaplanan KGI değerlerinin minimum değerden büyük olduğu ve maddelerin/soruların ölçekte kalması gerektiğine karar verilmiştir.

Anketlerin kapsam geliştirilmesi aşamasında yatan hastalar ve refakatçiler, hastane çalışanları, hastane yöneticileri, tesis firma yöneticileri ve tesis firma çalışanları için farklı formlar hazırlanmıştır. Yatan hastalar ve refakatçilerin deneme formu için 68 madde hazırlanmış iken uzman görüşleriyle 50 madde ve 10 boyutlu bir yapıya (Ek 1 ve Ek 2), hastane çalışanları için hazırlanan deneme formunda 127 madde yazılmış uzman görüşleriyle 97 madde ve 17 boyutlu bir yapıya (Ek 3 ve Ek 4), hastane yöneticilerine hazırlanan deneme formunda 184 madde olarak yazılmış uzman görüşleriyle 130 soru ve 25 boyutlu yapıya (Ek 5 ve Ek 6), tesis yöneticileri için hazırlanan deneme formunda 183 madde olarak yazılmış uzman görüşlerinden sonra 124 soru ve 25 boyutlu yapı (Ek 7 ve Ek 8) ve son olarak tesis çalışanlarının deneme formunda 137 madde yazılmış uzman görüşleriyle 96 soru ve 18 boyutlu yapıya (Ek 9 ve Ek 10) d n şt r lm ştir.

Ölçek geliştirmesi tamamlanan taslak ölçek formlarının son düzeltmeleri yapıldıktan sonra soruların anlaşılırlığının kontrolü için hedef kitleye ulaşılarak Ankara Bilkent şehir Hastanesi'nde pilot uygulama gerçekleştirilmiştir. Pilot uygulama olarak her bir soru k ğıdı için en az on kişi ile görüşme gerçekleştirilmiş ve pilot uygulama sonrasında soruların net olarak anlaşıldığı g r lm ştir. Daha sonra her bir gruba uygulanacak ölçek formlarının düzenlemesi yapılarak son şekli oluşturulmuştur.

Hazırlanan beş farklı veri toplama formu yatan hastalar ve refakatçiler için hazırlanmış olan formun (Ek 11) birinci bölümünde katılımcıların yaşları, cinsiyetleri, eğitim durumları, mesleği, aylık geliri gibi demografik özelliklerine yönelik açık ve kapalı uçlu beş soru yer almaktadır. İkinci bölümünde ise yatan hastalar ve refakatçilere yönelik tesis yönetimi anlayışından ne anladıklarını ve şehir hastanesinde tesis firma yönetiminin verdiği hizmetleri on konu başlığı altında elli adet soru olmak üzere toplamda elli beş adet soru sorularak değerlendirmeleri istenmiştir.

Hastane çalışanlarına sorulmak üzere hazırlanan veri toplama setinin (Ek 12) birinci bölümünde katılımcıların yaşları, cinsiyetleri, eğitim durumları, hastanedeki görevi, bu

görev ünvanında çalıştığı süre, hizmet süresi gibi demografik özelliklerine yönelik açık ve kapalı uçlu altı soru yer almaktadır. Hazırlanan veri toplama formunun ikinci bölümünde hastane çalışanlarının tesis yönetiminin etkinliğiyle ilgili bir adet kapalı uçlu soru ile sağlık tesisinde mevcutta tesis firma yönetiminin verdiği hizmetin değerlendirilmesi amacıyla toplam on yedi konu başlığı altında doksan yedi adet soru olmak üzere toplamda yüz dört adet soru yöneltilerek değerlendirmeleri istenmiştir.

Hastane yöneticilerine yönelik veri toplama formunun (Ek 13) ilk bölümünde yaşları, cinsiyetleri, eğitim durumları, hastanedeki görevleri, bu görev ünvanında çalıştığı süre, hizmet süresi gibi demografik özelliklerine yönelik açık ve kapalı uçlu altı soru yer almaktadır. Veri toplama formunun ikinci bölümünde ise hastane yöneticilerine, tesis firma yönetimiyle ilgili genel bir adet kapalı uçlu soru olmak üzere tesis firma yönetiminin verdiği hizmetin değerlendirilmesini yirmi beş başlık altında yüz otuz soru olmak üzere anket setinde toplam yüz otuz yedi adet soru sorularak değerlendirmeleri istenmiştir.

Tesis firma çalışanlarına yönelik olarak hazırlanan veri toplama formunun (Ek 14) birinci bölümünde katılımcıların yaşları, cinsiyetleri, eğitim durumları, görev ünvanları, bu görev ünvanında çalıştıkları süre, hizmet süresi ve kaç yıldır tesis yönetimi sektöründe çalıştıklarına yönelik olarak demografik özellikleri hakkında açık ve kapalı uçlu yedi soru yer almaktadır. İkinci bölümünde ise tesis firma çalışanlarının tesis firma yönetiminin etkinliği ile ilgili iki adet kapalı uçlu soru olmak üzere şehir hastanesinde tesis firma yönetiminin verdiği hizmetin değerlendirilmesini yönelik toplam on sekiz başlık altında doksan altı soru olmak üzere toplamda yüz beş adet soru sorularak tesis firma yönetimini değerlendirmeleri istenmiştir.

Tesis firma yöneticilerine yönelik olarak hazırlanan veri toplama setinin (Ek 15) birinci bölümünde yine diğer dört ankete olduğu gibi katılımcıların yaşları, cinsiyetleri, eğitim durumları, görev ünvanları, bu görev ünvanında çalıştıkları süre, hizmet süresi ve kaç yıldır tesis yönetimi sektöründe çalıştıkları gibi demografik özelliklerini yönelik açık ve kapalı uçlu yedi soru yer almaktadır. İkinci bölümünde ise tesis firma yöneticilerine yönelik tesis firma yönetimiyle ilgili genel iki adet kapalı uçlu soru ile sağlık tesisinde

tesis firma yönetiminin verdiği hizmetlerin değerlendirilmesini yönelik olarak yirmi beş konu başlığı altında toplam yüz yirmi dört soru, toplamda yüz otuz üç adet soru sorularak değerlendirmeleri beklenmiştir. Hazırlanan her bir ölçek formundaki maddelere verilecek cevaplar beşli likert ölçeği şeklinde olup, (kesinlikle katılıyorum (1), katılıyorum (2), fikrim yok (3), katılmıyorum (4) ve kesinlikle katılmıyorum (5)) kodlanarak hazırlanmıştır.

5.3 Doğrulayıcı Faktör Analizi

Doğrulayıcı faktör analizi (DFA), daha önceden belirlenmiş bir model veya yapının doğruluğunu test etmek amacıyla kullanılan bir analiz türüdür. Ölçme ve doğrulama süreci tamamlanmış bir modelin test edilerek sınanmasını veya geliştirilmiş bir ölçme aracının uyarlanmaya çalışıldığı hedef doğrultusunda tutarlık gösterip göstermediğinin doğrulanmasına dayanmaktadır (Harrington 2009, Brown and Moore 2012). Bir başka ifade ile doğrulayıcı faktör analizi, çok fazla sayıdaki gözlenebilir değişkenin oluşturduğu gizli değişkenlerden (faktörler) meydana gelen faktöriyel modelin gerçek olan veriler ile ne derecede uyumlu olduğunun değerlendirilmesini amaçlamaktadır. İncelenecek olan model ampirik bir araştırmanın verileri aracılığıyla belirlenmiş veya belirli bir teoriye dayanılarak kurgulanmış bir modeli tanımlamaktadır (Sümer 2000). DFA sürecinde oluşturulmuş modelin elde edilen veriyi ne kadar iyi açıkladığını ve geçerliliğini değerlendirebilmek amacıyla çok sayıda uyum indeksi kullanılmaktadır. DFA sürecinde en sık kullanılan indeksler (Cole 1987, Hoyle 2000, Sümer 2000, Thompson 2004); Ki-Kare Uyum Testi (Chi-Square Goodness, χ^2), Yaklaşık Hataların Ortalama Karekökü (Root Mean Square Error of Approximation, RMSEA), Karşılaştırmalı Uyum İndeksidir (Comparative Fit Index, CFI), Normlaştırılmamış Uyum İndeksi (Non-Normed Fit Index, NNFI), Normlaştırılmış Uyum İndeksi (Normed Fit Index, NFI), İyilik Uyum İndeksi (Goodness of Fit Index, GFI). Ölçek modelinde gözlenen değerlerin $X^2/d < 3$; $0 < RMSEA < 0.05$; $0.97 \leq NNFI \leq 1$; $0.97 \leq CFI \leq 1$; $0.95 \leq GFI \leq 1$ ve $0.95 \leq NFI \leq 1$ aralıklarında olması mükemmel uyumu; $4 < X^2/d < 5$; $0.05 < RMSEA < 0.08$; $0.95 \leq NNFI \leq 0.97$; $0.95 \leq CFI \leq 0.97$; $0.90 \leq GFI \leq 0.95$ ve $0.90 \leq NFI \leq 0.95$ ise kabul edilebilir uyumu göstermektedir (Sümer 2000, Kline 2005). Ayrıca, ölçeğin güvenirliğini belirlemek amacıyla Cronbach alfa iç tutarlılık anlamında güvenirlik katsayısı hesaplanmıştır.

Bu tez çalışmasında elde edilen veriler SPSS 22 paket programı aracılığı ile analiz edilmiştir. Verilerin normallik testine Kolmogorov-Smirnov testi ile Shapiro-Wilk testi (örneklem sayısı $n < 50$) ile bakılmıştır. Verilerin normal dağılmamasından dolayı 3 ve daha fazla gruplu karşılaştırmalarda Kruskal-Wallis H testi kullanılmıştır. Kategorik değişkenlerin değerlendirilmesinde Ki-Kare analizi uygulanmıştır. Anlamlılık seviyesi olarak 0,05 kullanılmış olup $p < 0,05$ olması durumunda anlamlı farklılığın olduğu, $p > 0,05$ olması durumunda ise anlamlı farklılığın olmadığı belirtilmiştir. Ölçeklerin yapı geçerliliğine DFA ile bakılmış olup, güvenirlik katsayısı olarak Cronbach Alpha istatistiği kullanılmıştır. Ayrıca uzmanlardan alınan geri dönüşlerle kapsam analizi yapılmıştır. Yatan hastalar ve refakatçilerin (Ek 16), hastane çalışanlarının (Ek 17) ve tesis firma çalışanlarının (Ek 18) anketlerinin ölçeklerine ait DFA sonuçları ek bilgilerde verilmiştir.

6. BULGULAR VE TARTIŞMA

Bu saha araştırması Ankara Bilkent Şehir Hastanesi'nde gerçekleştirilmiştir. Çalışmanın ana kitlesi Ankara Bilkent Şehir Hastanesi'nde görev yapmakta olan hastane yöneticileri, hastane çalışanları, tesis firma yöneticileri, tesis firma çalışanları ile sağlık tesisinden yararlanan ve sağlık tesis yönetimin firma birincil müşterisi olan yatan hastalar ve refakatçilerdir.

6.1 Demografik Bulgular

Sağlık tesisindeki anket çalışmasına toplam 369 yatan hasta ve refakatçi katılmıştır. Araştırmaya katılan yatan hasta ve refakatçilerin 283'ünün (% 76,7) kadın ve 86'sının (% 23,3) erkektir. Katılımcıların eğitim durumları incelendiğinde 15'inin (% 4,1) okur yazar olmadığı, 74'ünün (% 20,1) ilkokul, 40'ının (% 10,8) ortaokul, 124'ünün (% 33,6) lise, 31'inin (% 8,4) ön lisans, 68'inin (% 18,4) lisans ve 17'sinin (% 4,6) ise yüksek lisans mezunu olarak görülmektedir (Çizelge 6.1).

Çizelge 6.1 Araştırmaya katılan yatan hastalar ve refakatçilerin demografik özellikleri (toplam 369 kişi)

		Sayı (n)	Yüzdelik değişim (%)
Cinsiyet	Kadın	283	76,7
	Erkek	86	23,3
Eğitim durumu	Okur yazar değil	15	4,1
	İlkokul	74	20,1
	Ortaokul	40	10,8
	Lise	124	33,6
	Ön Lisans	31	8,4
	Lisans	68	18,4
	Yüksek Lisans	17	4,6

Araştırmaya katılan 372 hastane çalışanının 271'i (% 72,8) kadın ve 101'i (% 27,2) erkek olmakla birlikte 4'ü (% 1,1) ilkokul, 31'i (% 8,3) lise, 52'si (% 14) ön lisans, 258'i (% 69,4) lisans, 6'sı (% 1,6) yüksek lisans ve 21'i (% 5,6) doktora mezunu olduğu saptanmıştır. Hastane çalışanlarının görevleri incelendiğinde 22'si (% 5,9) doktor, 242'si (% 65,1) hemşire, 17'si (% 4,6) sağlık memuru, 40'ı (% 10,8) tekniker ve 50'si (% 13,4) diğer görevleri yürütmektedir. Görevlerinde çalışma süreleri 195'i (% 52,4) 0-5 yıl, 98'i

(% 26,3) 6-10 yıl, 31'i (% 8,3) 11-20 yıl, 28'i (% 7,5) 21-29 yıl ve 20'si (% 5,4) ise 30 yıl ve üstü olduğu görülmektedir. Katılımcıların toplam hizmet süreleri incelendiğinde ise 184'ü (% 49,5) 0-5 yıl, 93'ü (% 25) 6-10 yıl, 38'i (% 10,2) 11-20 yıl, 37'si (% 9,9) 21-29 yıl ve 20'si (% 5,4) 30 yıl ve üstü olduğu belirlenmiştir (Çizelge 6.2).

Çizelge 6.2 Araştırmaya katılan hastane çalışanlarının demografik özellikleri (toplam 372 kişi)

		Sayı (n)	Yüzdelik değişim (%)
Cinsiyeti	Kadın	271	72,8
	Erkek	101	27,2
Eğitim Durumu	İlkokul	4	1,1
	Lise	31	8,3
	Ön Lisans	52	14,0
	Lisans	258	69,4
	Yüksek Lisans	6	1,6
	Doktora	21	5,6
	Doktor	22	5,9
Hastanedeki Görevi	Hemşire	242	65,1
	Sağlık Memuru	17	4,6
	Tekniker	40	10,8
	Diğer	51	13,6
Bu Görev Ünvanında Çalışma Süresi (yıl)	0-5	195	52,4
	6-10	98	26,3
	11-20	31	8,3
	21-29	28	7,5
	30 ve üstü	20	5,5
Hizmet Süresi (yıl)	0-5	184	49,5
	6-10	93	25,0
	11-20	38	10,2
	21-29	37	9,9
	30 ve üstü	20	5,4

Ankara Bilkent Şehir Hastanesi'nde gerçekleştirilen saha çalışmasına katılan toplamda 39 hastane yöneticisinin 8'i (% 20,5) kadın ve 31'i (% 79,5) erkektir. Hastane yöneticilerinin 14'ü (% 35,9) lisans, 20'si (% 51,3) yüksek lisans ve 5'i (% 12,8) doktora mezunu olmakla birlikte hastanedeki görevleri incelendiğinde 10'u (% 25,6) birim sorumlusu, 12'si (% 30,8) müdür yardımcısı, 7'si (% 17,9) müdür, 5'i (% 12,8) başhekim yardımcısı ve 5'i (% 12,8) diğer yönetim görevlerini yürütmektedir. Çalışma süreleri incelendiğinde 9'u (% 23,1) 0-5 yıl, 18'i (% 46,2) 6-10 yıl, 9'u (% 23,1) 11-20 yıl, 2'si

(% 5,1) 21-29 yıl ve 1'i (% 2,6) 30 yıl ve üstü çalışma süresine sahip olduğu görülmekte ve hizmet süreleri incelendiğinde ise 2 'si (% 5,1) 6-10 yıl, 6'sı (% 15,4) 11-20 yıl, 25'i (% 64,1) 21-29 yıl ve 6'sı (% 15,4) 30 yıl ve üstü olduğu saptanmıştır (Çizelge 6.3).

Çizelge 6.3 Araştırmaya katılan hastane yöneticilerinin demografik özellikleri (toplam 39 kişi)

		Sayı (n)	Yüzdelik değişim (%)
Cinsiyet	Kadın	8	20,5
	Erkek	31	79,5
Eğitim Durumu	Lisans	14	35,9
	Yüksek Lisans	20	51,3
	Doktora	5	12,8
Hastanedeki Görevi	Diğer	5	12,8
	Başhekim	0	0,0
	Başhekim Yardımcısı	5	12,8
	Müdür	7	17,9
	Müdür Yardımcısı	12	30,8
	Hastane Birim Sorumlusu	10	25,7
Bu Görev Ünvanında Çalışma Süresi (yıl)	0-5	9	23,1
	6-10	18	46,1
	11-20	9	23,1
	21-29	2	5,1
	30 ve üstü	1	2,6
Hizmet Süresi (yıl)	0-5	0	0,0
	6-10	2	5,1
	11-20	6	15,4
	21-29	25	64,1
	30 ve üstü	6	15,4

Saha çalışmasına katılan 207'si (% 54) kadın ve 176'sı (% 46) erkek olmak üzere toplam 383 tesis firma çalışanının eğitim durumları incelendiğinde 87'si (% 22,7) ortaokul, 164'ü (% 42,8) lise, 80'i (% 20,9) ön lisans, 49'u (% 12,9) lisans, 2'si (% 0,5) yüksek lisans ve 1'i (% 0,3) doktora eğitimi aldığı saptanmış olup, sağlık tesisindeki görevleri incelendiğinde 9'u (% 2,3) mühendis, 12'si (% 3,1) uzman, 16'sı (% 4,2) tekniker, 222'si (% 58) işçi ve 124'ü (% 32,4) diğer çeşitli görev unvanlarında çalışmaktadırlar. Ankete katılanların çalışması sürelerine bakıldığında 319'u (% 83,3) 0-5 yıl, 27'si (% 7) 6-10 yıl, 23'ü (% 6) 11-20 yıl, 13'ü (% 4,3) 21-29 yıl ve 1'i (% 0,3) 30 yıl ve üzeri olduğu görülmektedir. Tesis firma çalışanlarının hizmet sürelerine bakıldığında 312'si (% 81,5) 0-5 yıl, 31'i (% 8,1) 6-10 yıl, 27'si (% 7) 11-20 yıl, 13'ü (% 3,4) 21-29 yıl olduğu görülmektedir. Tesis yönetimi sektöründe çalıştıkları süre incelendiğinde ise 319'u (% 83,3) 0-5 yıl, 28'i (% 7,3) 6-10 yıl, 20'si (% 5,2) 11-20 yıl ve 16'sı (% 4,2) 21-29 yıl şeklinde cevap verdikleri görülmektedir (Çizelge 6.4).

Çizelge 6.4 Araştırmaya katılan tesis firma çalışanlarının demografik özellikleri (toplam 383 kişi)

		Sayı (n)	Yüzdelik değişim (%)
Cinsiyet	Kadın	207	54,0
	Erkek	176	46,0
	Ortaokul	87	22,7
	Lise	164	42,8
	Ön Lisans	80	20,9
	Lisans	49	12,8
	Yüksek Lisans	2	0,5
	Doktora	1	0,3
Görev Ünvanı	Mühendis	9	2,3
	Uzman	12	3,1
	Tekniker	16	4,2
	İşçi	222	58,0
	Diğer	124	32,4
Bu Görev Ünvanında Çalışma Süresi (yıl)	0-5	319	83,3
	6-10	27	7,0
	11-20	23	6,0
	21 - 29	13	3,4
	30 ve üstü	1	0,3
Hizmet Süresi (yıl)	0-5	312	81,5
	6-10	31	8,1
	11-20	27	7,0
	21-29	13	3,4
Tesis Yönetimi Sektöründe Çalıştıkları Süre (yıl)	0-5	319	83,3
	6-10	28	7,3
	11-20	20	5,2
	21-29	16	4,2

Sağlık tesisindeki anket çalışmasına 26'sı (% 61,9) kadın ve 16'sı (% 38,1) erkek olmak üzere toplam 42 tesis firma yöneticisi katılmıştır. Katılımcıların eğitim durumları incelendiğinde 4'ü (% 9,5) lise, 20'si (% 47,6) ön lisans, 9'u (% 21,4) lisans, 5'i (% 11,9) yüksek lisans ve 4'ü (% 9,5) doktora mezunu olup, tesisindeki görevleri incelendiğinde 13'ü (% 31) müdür, 3'ü (% 7,1) müdür yardımcısı, 8'i (% 19) yönetici, 3'ü (% 7,1) bakım yöneticisi, 3'ü (% 7,1) baş mühendis ve 12'si (% 28,6) diğer yönetim görevlerinde yer almaktadır. Bu görev unvanında hizmet sürelerine bakıldığında 13'ü (% 31) 0-5 yıl, 16'sı (% 38,1) 6-10 yıl, 10'u (% 23,8) 11-20 yıl ve 3'ü (% 7,1) 21-29 yıl olduğu görülmektedir. Çalışmamıza katılımcıların toplam hizmet süreleri ise 12'si (% 28,6) 0-5 yıl, 13'ü (% 31) 6-10 yıl, 12'si (% 28,6) 11-20 yıl ve 5'i (% 11,9) 21-29 yıl tecrübeye sahip oldukları

görülmektedir. Katılımcılara kaç yıldır tesis yönetimi sektöründe çalıştıkları sorulduğunda 24'ü (% 57,1) 0-5 yıl, 12'si (% 28,6) 6-10 yıl, 4'ü (% 9,5) 11-20 yıl ve 2'si (% 4,8) 21-29 yıl olduğunu belirtmişlerdir (Çizelge 6.5).

Çizelge 6.5 Araştırmaya katılan tesis firma yöneticilerinin demografik özellikleri (toplam 42 kişi)

		Sayı (n)	Yüzdelik değişim (%)
Cinsiyet	Kadın	26	61,9
	Erkek	16	38,1
Eğitim Durumu	Lise	4	9,6
	Ön Lisans	20	47,6
	Lisans	9	21,4
	Yüksek Lisans	5	11,9
	Doktora	4	9,5
	Yönetici	8	19,0
Görev Ünvanı	Müdür	13	31,1
	Müdür Yardımcısı	3	7,1
	Bakım Yöneticisi	3	7,1
	Baş Mühendis	3	7,1
	Diğer	12	28,6
Bu Görev Ünvanında Çalışma Süresi (yıl)	0-5	13	31,0
	6-10	16	38,1
	11-20	10	23,8
	21-29	3	7,1
	30 ve üstü	0	0
Hizmet Süresi (yıl)	0-5	12	28,6
	6-10	13	31,0
	11-20	12	28,6
	21-29	5	11,8
	30 ve üstü	0	0
Tesis Yönetimi Sektöründe Çalıştıkları Süre (yıl)	0-5	24	57,1
	6-10	12	28,6
	11-20	4	9,5
	21-29	2	4,8
	30 ve üstü	0	0

6.2 Tesis Yönetim Anlayışının Değerlendirilmesine Yönelik Bulgular

Ankara Şehir Hastanesi'nde gerçekleştirilen saha araştırmasına katılan tüm anket gruplarının tesis yönetim anlayışlarının değerlendirilmesi amacıyla anket formunun ikinci bölümünde çeşitli sorular sorulmuştur. Çalışmaya katılan yatan hastalar ve refakatçilere, hastane çalışanlarına, hastane yöneticilerine, tesis firma yöneticilerine ve tesis firma çalışanlarına “tesis yönetimi anlayışının değerlendirilmesi” başlığı altındaki sorular sorulmuştur (Çizelge 6.6).

Çizelge 6.6 Çalışma gruplarının “tesis yönetim anlayışının değerlendirilmesine” ilişkin cevaplarının dağılımı

		Gruplar												Ki-Kare Analizi	
		Yatan Hastalar ve Refakatçiler		Hastane Çalışanları		Tesis Çalışanları		Hastane Yöneticileri		Tesis Yöneticileri		Toplam			
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	Ki-Kare	p
1. Tesis yönetimi hastanede tıbbi personelin işini kolaylaştırır.	Kesinlikle katılıyorum	60	16,3	80	21,5	209	54,6	13	33,3	25	59,5	387	32,1	-	0,0001
	Katılıyorum	196	53,1	182	48,9	129	33,7	25	64,1	13	31,0	545	45,2		
	Fikrim yok	105	28,5	23	6,2	14	3,7	0	0,0	1	2,4	143	11,9		
	Katılmıyorum	7	1,9	48	12,9	19	5,0	1	2,6	2	4,8	77	6,4		
	Kesinlikle katılmıyorum	1	0,3	39	10,5	12	3,1	0	0,0	1	2,4	53	4,4		
	Toplam	369	100,0	372	100,0	383	100,0	39	100,0	42	100,0	1205	100,0		
2. Tesis yönetimi hastane yönetim maliyetlerini azaltır.	Kesinlikle katılıyorum	39	10,6	60	16,1	21	5,5	11	28,2	15	35,7	146	12,1	210,973	0,0001
	Katılıyorum	82	22,2	150	40,3	112	29,2	18	46,2	21	50,0	383	31,8		
	Fikrim yok	210	56,9	111	29,8	135	35,2	3	7,7	4	9,5	463	38,4		
	Katılmıyorum	34	9,2	24	6,5	95	24,8	6	15,4	2	4,8	161	13,4		
	Kesinlikle katılmıyorum	4	1,1	27	7,3	20	5,2	1	2,6	0	0,0	52	4,3		
	Toplam	369	100,0	372	100,0	383	100,0	39	100,0	42	100,0	1205	100,0		
3. Tesis yönetimi hastane yaşam kalitesini yükseltir.	Kesinlikle katılıyorum	67	18,2	60	16,1	112	29,2	9	23,1	16	38,1	264	21,9	210,467	0,0001
	Katılıyorum	127	34,4	210	56,5	159	41,5	26	66,7	16	38,1	538	44,6		
	Fikrim yok	150	40,7	47	12,6	34	8,9	0	0,0	9	21,4	240	19,9		
	Katılmıyorum	25	6,8	36	9,7	63	16,4	4	10,3	1	2,4	129	10,7		
	Kesinlikle katılmıyorum	0	0,0	19	5,1	15	3,9	0	0,0	0	0,0	34	2,8		
	Toplam	369	100,0	372	100,0	383	100,0	39	100,0	42	100,0	1205	100,0		
4. Tesis yönetimi hastanede verilen hizmetin kalitesini ve niteliğini artırır.	Kesinlikle katılıyorum	65	17,6	64	17,2	74	19,3	14	35,9	13	31,0	230	19,1	235,931	0,0001
	Katılıyorum	122	33,1	207	55,6	201	52,5	20	51,3	14	33,3	564	46,8		
	Fikrim yok	161	43,6	50	13,4	28	7,3	0	0,0	7	16,7	246	20,4		
	Katılmıyorum	21	5,7	35	9,4	71	18,5	5	12,8	4	9,5	136	11,3		
	Kesinlikle katılmıyorum	0	0,0	16	4,3	9	2,3	0	0,0	4	9,5	29	2,4		
	Toplam	369	100,0	372	100,0	383	100,0	39	100,0	42	100,0	1205	100,0		
5. Tesis yönetimi hastanede verilen tıbbi hizmetin hata payını azaltır.	Kesinlikle katılıyorum	50	13,6	56	15,1	21	5,5	7	17,9	16	38,1	150	12,4	244,136	0,0001
	Katılıyorum	133	36,0	194	52,2	110	28,7	21	53,8	12	28,6	470	39,0		
	Fikrim yok	151	40,9	82	22,0	96	25,1	5	12,8	4	9,5	338	28,0		
	Katılmıyorum	32	8,7	28	7,5	133	34,7	6	15,4	4	9,5	203	16,8		
	Kesinlikle katılmıyorum	3	0,8	12	3,2	23	6,0	0	0,0	6	14,3	44	3,7		
	Toplam	369	100,0	372	100,0	383	100,0	39	100,0	42	100,0	1205	100,0		

Tesis yönetimi anlayışının değerlendirilmesi başlığı altındaki “Tesis yönetimi hastanede tıbbi personelin işini kolaylaştırır” ifadesine katılma durumları açısından cevap verenler arasında anlamlı bir farklılık görülmektedir ($p<0,05$). Tesis yöneticilerinde ifadeye katılma oranı % 31,0 hastane çalışanları, hastane yöneticileri ve yatan hastalar ve refakatçilere göre anlamlı derecede daha düşük görülmektedir. Tesis firma yöneticilerinde bu ifadeye katılma oranı % 90,5 ve hastane yöneticilerinde ise % 97,4 dır. Aynı ifadeye hastane çalışanlarında % 70,4, tesis firma çalışanlarında % 88,3, yatan hastalar ve refakatçilerde ise % 69,4 katılma oranı tespit edilerek anlamlı derecede daha yüksek olarak saptanmıştır.

Başlık altındaki ikinci sırada olan “Tesis yönetimi hastane yönetim maliyetlerini azaltır” ifadesine katılma durumları açısından cevap veren gruplar arasında anlamlı bir farklılık görülmektedir ($p<0,05$). Yatan hastalar ve refakatçilerde ifadeye katılma oranı % 32,8 ve tesis firma çalışanlarında % 34,7 olarak tespit edilmektedir. Bu ifadeye hastane çalışanlarının % 56,5, hastane yöneticilerinin % 74,4 ve tesis firma yöneticilerinin % 85,7 daha düşük belirlenmiştir.

Üçüncü olarak “Tesis yönetimi hastane yaşam kalitesini yükseltir” ifadesine katılma durumları açısından cevap verenler anlamlı bir farklılık görülmektedir ($p<0,05$). Yatan hastalar ve refakatçilerde ifadeye katılma oranı % 52,6 olup, diğer gruplarına göre anlamlı derecede düşük olarak saptanmıştır.

Tesis yönetimi anlayışının değerlendirilmesi başlığı altındaki dördüncü sıradaki “Tesis yönetimi hastanede verilen hizmetin kalitesini ve niteliğini arttırır” ifadesine katılma oranları açısından cevap verenler açısından anlamlı bir farklılık görülmektedir ($p<0,05$). Yatan hastalar ve refakatçilerde ifadeye katılma oranı % 50,7 olup, diğer gruplara göre daha düşük görülmektedir.

Tesis yönetimi anlayışının değerlendirilmesi başlığı altındaki son “Tesis yönetimi hastanede verilen tıbbi hizmetin hata payını azaltır” ifadesine katılma oranları açısından gruplar arasında anlamlı bir farklılık görülmektedir ($p<0,05$). Tesis firma çalışanlarında

ifadeye katılmama oranı % 34,2 olarak diğer gruplara göre daha düşük olarak değerlendirilmiştir.

Çalışmaya katılan gruplar arasında “Tesis Yönetimi Anlayışının Değerlendirilmesi” değerleri açısından anlamlı bir farklılık görülmektedir ($p<0,05$). Yatan hastalar ve refakatçilerde “tesis yönetimi anlayışının değerlendirilmesi” değerleri, “hastane çalışanları”, “hastane yöneticileri” ve “tesis yöneticileri” gruplarına göre anlamlı derecede daha düşük saptanmıştır. Tesis çalışanlarında “tesis yönetimi anlayışının değerlendirilmesi” değerleri, “hastane yöneticileri” ve “tesis yöneticileri” gruplarına göre anlamlı derecede daha düşük olarak tespit edilmektedir. Ankara Bilkent Şehir Hastanesi’nde gerçekleştirilen saha çalışmasına katılan tüm grupların tesis yönetim anlayışının değerlendirilmesi başlığı altındaki cevaplarını genel olarak incelediğinde hastane yöneticileri ile tesis firma yöneticilerinin literatürdeki sağlık tesis yönetimi organizasyonunun sağlık tesisinde yaratması gereken temel faydaların bilincinde oldukları ve bu faydaların karşılığını beklediklerini yüksek orandaki olumlu yanıtlarda değerlendirilmektedir (Çizelge 6.7).

Çizelge 6.7 Çalışma gruplarının “tesis yönetim anlayışının değerlendirilmesine” ilişkin cevaplarının genel dağılımı

		Gruplar						Kruskall Wallis H Testi			
		n	Ortalama	Medyan	Minimum	Maximum	ss	Sıra Ort.	H	p	İkili Karşılaştırma
Tesis Yönetimi Anlayışının Değerlendirilmesi Puanları	1. Yatan Hastalar ve Refakatçiler	369	71,78	68,00	36,00	100,00	13,32	553,39	35,158	0,0001	1-2 1-4 1-5 3-4 3-5
	2. Hastane Çalışanları	372	72,75	80,00	20,00	100,00	19,23	643,65			
	3. Tesis Çalışanları	383	70,92	72,00	20,00	100,00	13,09	575,18			
	4. Hastane Yöneticileri	39	79,90	80,00	44,00	100,00	14,92	782,64			
	5. Tesis Yöneticileri	42	80,10	80,00	48,00	100,00	15,82	765,65			
	Toplam	1205	72,36	76,00	20,00	100,00	15,58				

6.3 Hipotezlere Yönelik Bulgular

Kamu özel ortaklığı modeliyle işletilen ve entegre bir sağlık tesisi olan Ankara Bilkent Şehir Hastanesi özelinde çalışmanın birinci hipotezi katılımcılara yöneltilmiştir. Çalışmamızın birinci hipotezi “Tesis firma Yönetimi” algı puanı açısından hastane çalışanları, tesis firma çalışanları ile yatan hastalar ve refakatçiler arasında anlamlı farklılık vardır (Çizelge 6.8).



Çizelge 6.8 “Tesis firma Yönetimi” algı puanı açısından hastane çalışanları, tesis firma çalışanları ile yatan hastalar ve refakatçiler arasında anlamlı farklılık vardır ilişkisine yönelik bulgular

		Gruplar						Kruskall Wallis H Testi			
		n	Ortalama	Medyan	Minimum	Maximum	ss	Sıra Ort.	H	p	İkili Karşılaştırma
Tesis Yönetimi	1. Yatan Hastalar ve Refakatçiler	369	71,78	68,00	36,00	100,00	13,32	526,86	13,802	0,001	1-2 3-2
	2. Hastane Çalışanları	372	72,75	80,00	20,00	100,00	19,23	611,54			
	3. Tesis Çalışanları	383	70,92	72,00	20,00	100,00	13,09	549,20			
	Toplam	1124	71,81	72,00	20,00	100,00	15,46				
Hastanenin Fiziksel Koşulları ve Çevre Bakımı	1. Yatan Hastalar ve Refakatçiler	369	74,12	80,00	30,00	100,00	17,38	524,96	47,665	0,0001	1-3 2-3
	2. Hastane Çalışanları	372	74,82	76,00	38,00	100,00	13,57	505,12			
	3. Tesis Çalışanları	383	79,40	82,00	20,00	100,00	14,30	654,40			
	Toplam	1124	76,15	80,00	20,00	100,00	15,33				
Otopark ve Güvenlik Hizmet Koşulları	1. Yatan Hastalar ve Refakatçiler	369	68,70	70,00	23,00	100,00	16,43	536,71	144,814	0,0001	2-1 2-3 1-3
	2. Hastane Çalışanları	372	63,31	63,00	20,00	100,00	16,11	433,24			
	3. Tesis Çalışanları	383	77,10	80,00	20,00	100,00	16,87	712,90			
	Toplam	1124	69,78	73,00	20,00	100,00	17,42				
Taşıma Hizmetleri	1. Yatan Hastalar ve Refakatçiler	369	67,22	70,00	20,00	100,00	17,42	579,57	187,686	0,0001	2-1 2-3 1-3
	2. Hastane Çalışanları	372	54,20	52,00	20,00	100,00	20,80	391,12			
	3. Tesis Çalışanları	383	74,21	80,00	20,00	100,00	17,78	712,51			
	Toplam	1124	65,30	68,00	20,00	100,00	20,47				
Çamaşır Hizmet Koşulları	1. Yatan Hastalar ve Refakatçiler	369	64,81	65,00	20,00	100,00	23,31	547,13	134,283	0,0001	2-1 2-3 1-3
	2. Hastane Çalışanları	372	57,80	60,00	20,00	100,00	20,02	432,38			
	3. Tesis Çalışanları	383	74,84	80,00	20,00	100,00	15,75	703,69			
	Toplam	1124	65,91	70,00	20,00	100,00	21,08				
Genel Temizlik Hizmet Koşulları	1. Yatan Hastalar ve Refakatçiler	369	68,14	72,00	20,00	100,00	22,06	539,98	110,402	0,0001	2-1 2-3 1-3
	2. Hastane Çalışanları	372	64,22	67,00	20,00	100,00	18,10	449,78			
	3. Tesis Çalışanları	383	77,08	80,00	20,00	100,00	16,98	693,68			
	Toplam	1124	69,89	76,00	20,00	100,00	19,88				

Çizelge 6.8 “Tesis firma Yönetimi” algı puanı açısından hastane çalışanları, tesis firma çalışanları ile yatan hastalar ve refakatçiler arasında anlamlı farklılık vardır ilişkisine yönelik bulgular (devam)

		Gruplar						Kruskall Wallis H Testi			
		n	Ortalama	Medyan	Minimum	Maximum	ss	Sıra Ort.	H	p	İkili Karşılaştırma
Yemek Hizmet Koşulları	1. Yatan Hastalar ve Refakatçiler	369	66,94	70,00	20,00	100,00	18,82	680,67	79,555	0,0001	3-1
	2. Hastane Çalışanları	372	51,72	50,00	20,00	100,00	22,70	475,02			2-1
	3. Tesis Çalışanları	383	55,64	55,00	20,00	100,00	25,96	533,61			
	Toplam	1124	58,05	60,00	20,00	100,00	23,59				
Konfor Koşulları	1. Yatan Hastalar ve Refakatçiler	369	73,37	80,00	20,00	100,00	16,88	543,63	92,296	0,0001	2-1
	2. Hastane Çalışanları	372	69,01	72,00	20,00	100,00	15,99	459,12			2-3
	3. Tesis Çalışanları	383	78,91	80,00	20,00	100,00	15,92	681,09			1-3
	Toplam	1124	73,81	80,00	20,00	100,00	16,75				
Toplam Algı Ölçek Puanı	1. Yatan Hastalar ve Refakatçiler	369	70,38	69,00	42,00	100,00	10,12	540,50	276,379	0,0001	2-1
	2. Hastane Çalışanları	372	65,69	66,00	32,00	95,00	6,87	375,00			2-3
	3. Tesis Çalışanları	383	75,51	78,00	20,00	95,00	10,09	765,81			1-3
	Toplam	1124	70,58	70,00	20,00	100,00	10,00				
Yemek Hizmet Koşulları	1. Yatan Hastalar ve Refakatçiler	369	66,94	70,00	20,00	100,00	18,82	680,67	79,555	0,0001	3-1
	2. Hastane Çalışanları	372	51,72	50,00	20,00	100,00	22,70	475,02			2-1
	3. Tesis Çalışanları	383	55,64	55,00	20,00	100,00	25,96	533,61			
	Toplam	1124	58,05	60,00	20,00	100,00	23,59				
Konfor Koşulları	1. Yatan Hastalar ve Refakatçiler	369	73,37	80,00	20,00	100,00	16,88	543,63	92,296	0,0001	2-1
	2. Hastane Çalışanları	372	69,01	72,00	20,00	100,00	15,99	459,12			2-3
	3. Tesis Çalışanları	383	78,91	80,00	20,00	100,00	15,92	681,09			1-3
	Toplam	1124	73,81	80,00	20,00	100,00	16,75				
Toplam Algı Ölçek Puanı	1. Yatan Hastalar ve Refakatçiler	369	70,38	69,00	42,00	100,00	10,12	540,50	276,379	0,0001	2-1
	2. Hastane Çalışanları	372	65,69	66,00	32,00	95,00	6,87	375,00			2-3
	3. Tesis Çalışanları	383	75,51	78,00	20,00	95,00	10,09	765,81			1-3
	Toplam	1124	70,58	70,00	20,00	100,00	10,00				

“Tesis Yönetimi” algı ölçek puanı açısından anlamlı bir farklılık görülmektedir ($p<0,05$). Yatan hasta ve refakatçilerde ve tesis çalışanlarında “Tesis Yönetimi” algı ölçek puanı, hastane çalışanlarına göre anlamlı derecede daha düşük görülmektedir. Bu durumda tesis yönetimi kavramının ve tesis firma yönetiminden beklentinin neler olması gerektiği konusunda daha çok hastane çalışanlarının bilinçli olduğu söylenebilmektedir.

“Hastanenin Fiziksel Koşulları ve Çevre Bakımı” algı ölçek puanı açısından anlamlı bir farklılık görülmektedir ($p<0,05$). Yatan hastalar ve refakatçilerde ile hastane çalışanlarında “Hastanenin Fiziksel Koşulları ve Çevre Bakımı” algı ölçek puanı, tesis firma çalışanlarına göre anlamlı derecede daha düşüktür. Bu durumda tesis çalışanları açısından hastanenin fiziksel koşulları iyi değerlendirilirken hastane çalışanları ile yararlanıcı durumunda olan yatan hastalar ve yakınlarının memnuniyet düzeylerinin düşük olduğu saptanmaktadır.

“Otopark ve Güvenlik Hizmet Koşulları” algı ölçek puanı açısından anlamlı bir farklılık görülmektedir ($p<0,05$). Hastane çalışanları ile yatan hasta ve refakatçilerde “Otopark ve Güvenlik Hizmet Koşulları” algı ölçek puanı tesis çalışanlarına göre anlamlı derecede daha düşük olduğu görülmektedir. Sağlık tesisindeki otopark ve güvenlik hizmetlerinden birincil kullanıcı olan hastalar ve refakatçiler ile hastane çalışanlarının memnuniyet düzeyi oldukça düşüktür.

“Taşıma Hizmetleri” algı ölçek puanı açısından anlamlı bir farklılık görülmektedir ($p<0,05$). Hastane çalışanlarında “Taşıma Hizmetleri Algı Ölçek Puanı”, yatan hastalar ve refakatçiler ile tesis çalışanlarına göre anlamlı derecede daha düşük görülmektedir. Sağlık tesisinde taşıma hizmetlerinden yararlanmakta olan hem yatan hastalar ve refakatçiler hem de hastane çalışanlarının memnuniyet düzeyleri tesis firma çalışanlarına göre oldukça düşük düzeyde kalmaktadır.

“Çamaşır Hizmet Koşulları” algı ölçek puanı açısından anlamlı bir farklılık görülmektedir ($p<0,05$). Hastane çalışanları ile yatan hastalar ve refakatçiler “Çamaşır Hizmet Koşulları Algı Ölçek Puanı”, tesis çalışanlarına göre anlamlı derecede daha düşük görülmektedir.

Sağlık tesisindeki çamaşır hizmetlerinden yatan hastalar ve refakatçiler ile hastane çalışanlarının memnuniyet düzeyleri oldukça düşük kalmaktadır.

“Genel Temizlik Hizmet Koşulları” algı ölçek puanı açısından anlamlı bir farklılık görülmektedir ($p<0,05$). Yatan hasta ve refakatçiler ile hastane çalışanları “Genel Temizlik Hizmet Koşulları Algı Ölçek Puanı”, tesis çalışanlarına göre anlamlı derecede daha düşük görülmektedir. Bu durumda tesis firma çalışanlarına göre sağlık tesisinin genel temizlik koşulları iyi değerlendirilirken hem yatan hastalar ve refakatçiler ile hastane çalışanları açısından memnuniyet düzeyi düşük bulunmaktadır.

“Yemek Hizmet Koşulları” algı ölçek puanı açısından anlamlı bir farklılık görülmektedir ($p<0,05$). Hastane çalışanlarında “Yemek Hizmet Koşulları Algı Ölçek Puanı”, yatan hastalar ve refakatçilere göre anlamlı derecede daha düşük görülmektedir. Sağlık tesisinde çalışmakta olan hem hastane çalışanları hem de tesis firma çalışanlarının yemek hizmetlerinden memnuniyet düzeyi hastaneden birinci derecede hizmet alan hastalar ve refakatçilerine göre oldukça düşük düzeyde olduğu tespit edilmektedir.

“Konfor Koşulları” algı ölçek puanı açısından anlamlı bir farklılık görülmektedir ($p<0,05$). Hastane çalışanlarında “Konfor Koşulları Algı Ölçek Puanı”, tesis çalışanları ile yatan hastalar ve refakatçilere göre anlamlı derecede daha düşüktür. Yatan hastalar ve refakatçilerde “Konfor Koşulları Algı Ölçek Puanı”, tesis çalışanlarına göre anlamlı derecede daha düşük olduğu belirlenmektedir. Konfor koşullarını dikkate alındığında özellikle hastane çalışanlarının en düşük memnuniyet düzeyine sahip olduğu, sağlık tesisinden yararlanan hastalar ve refakatçilerinde memnuniyet düzeylerinin tesis firma çalışanlarına göre daha düşük olduğu tespit edilmiştir.

Sağlık tesisinde gerçekleştirilen saha çalışmasına katılan yatan hastalar ve refakatçiler, hastane çalışanları ve tesis firma çalışanlarının hipotez 1’e yönelik “Toplam Algı Ölçek Puanı” açısından anlamlı bir farklılık görülmektedir ($p<0,05$). Hastane çalışanlarında “Toplam Algı Ölçek Puanı”, yatan hastalar ve refakatçilere ile tesis çalışanlarına göre anlamlı derecede daha düşük görülmektedir. Yatan hastalar ve refakatçilerde “Toplam Algı Ölçek Puanı”, tesis çalışanlarına göre anlamlı derecede daha düşük görülmektedir.

Sağlık tesisinde toplam algı ölçek puanları dikkate alındığında hastane çalışanlarının diğer iki gruba göre daha düşük olduğu, yatan hastalar ve refakatçilerinde tesis firma çalışanların göre düşük algı ölçek puanı aldığı saptanmaktadır.

Genel olarak incelendiğinde tesis firma çalışanlarının sağlık tesisindeki yemek hizmetleri ve tesis yönetimi anlayışı dışında kalan hizmetlerden genel memnuniyet düzeylerinin diğer iki gruba göre en yüksek grup olduğu görülmektedir. Sağlık tesisini ziyaret eden yatan hastalar ve refakatçilerin yemek hizmet koşullarından diğer iki gruba göre memnuniyet düzeylerinin yüksek olduğunu görülmektedir. Bu durum aslında birincil öncelikli olarak sağlıkları için endişe duyan ziyaretçilerin diğer iki grubun memnuniyeti oldukça düşük olan yemek hizmetlerini önemsemeyebileceğini özellikle ziyaretçilerin alternatif olarak yararlandıkları oldukça çok sayıda ve çeşitli olan restoran ile kafeteryalardan yararlanabildiği şeklinde yorumlanabilir.

Hastane çalışanları ise tesis yönetimi anlayışı algı ölçek puanı en düşük olan grup olarak tespit edilmiştir. Bu durum hastane çalışanlarının sağlık tesis yönetimi anlayışını hizmet gereklilikleri konusunda farkındalıklarının ve beklentilerinin yüksek olduğu bunun sonucunda sağlık tesis yönetimi “hastanenin fiziksel koşulları ve çevre bakımı”, “otopark ve güvenlik hizmet koşulları”, “taşıma hizmetleri”, “çamaşır hizmet koşulları”, “genel temizlik hizmet koşulları”, “yemek hizmet koşulları”, “konfor koşulları” algı ölçek puanlarının diğer iki gruba göre oldukça düşük olduğu görülmektedir. Bu durumun bir sonucu olarak “toplam algı ölçek puanı” da görülmektedir.

Bu çalışmanın ikinci hipotezi, “Diğer kamu hastaneleri sistemine göre şehir hastanesi yönetim sistemi daha başarılıdır” Ankara Bilkent Şehir Hastanesi yönetim sistemi algısı açısından hastane yöneticileri ve hastane çalışanları arasında anlamlı farklılık vardır. “Diğer kamu hastaneleri sistemine göre şehir hastanesi tesis yönetim sistemi daha başarılıdır” ifadesine katılma durumları açısından hastane çalışanları ve hastane yöneticileri arasında anlamlı bir farklılık görülmemektedir ($p>0,05$). Hastane çalışanları ve hastane yöneticilerine yöneltilen bu ifade hastane çalışanlarında olumlu yanıt (kesinlikle katılıyorum ve katılıyorum) verenlerin oranı % 40,1 (% 7,5+% 32,5) olduğu görülürken hastane yöneticilerinde olumlu yanıt oranı % 33,4’ünün (% 2,6+% 30,8)

birbirlerine yakın düzeydedir. Bu soruya olumsuz yanıt verenlerin oranları ise hastane çalışanlarının % 38,2 (% 21,5+% 16,7) olarak tespit edilmişken hastane yöneticilerinde bu oran ise % 51,3 (% 28,2+% 23,1)'dür (Çizelge 6.9).

Çizelge 6.9 “Diğer kamu hastaneleri sistemine göre şehir hastanesi yönetim sistemi daha başarılıdır” Ankara Bilkent Şehir Hastanesi yönetim sistemi algısı açısından hastane yöneticileri ve hastane çalışanları arasında anlamlı farklılık vardır ilişkisine yönelik bulgular

		Gruplar						Ki-Kare Analizi	
		Hastane Çalışanları		Hastane Yöneticileri		Toplam		Ki-Kare	p
		n	%	n	%	n	%		
Diğer kamu hastaneleri sistemine göre şehir hastanesi tesis yönetim sistemi daha başarılıdır.	Kesinlikle katılıyorum	28	7,5	1	2,6	29	7,1	3,502	0,478
	Katılıyorum	121	32,5	12	30,8	133	32,4		
	Fikrim yok	81	21,8	6	15,4	87	21,2		
	Katılmıyorum	80	21,5	11	28,2	91	22,1		
	Kesinlikle katılmıyorum	62	16,7	9	23,1	71	17,3		
	Toplam	372	100,0	39	100,0	411	100,0		

“Diğer kamu hastaneleri sistemine göre şehir hastanesi tesis yönetim sistemi daha başarılıdır” önermesine katılanların hizmet süreleri ile çalışma pozisyonları arasında anlamlı bir farklılık görülmektedir ($p<0,05$). Hastane yöneticilerinde hizmet süresi arttıkça katılma oranı artarken, hastane çalışanlarında hizmet süresi azaldıkça artmaktadır (Çizelge 6.10).

Çizelge 6.10 “Diğer kamu hastaneleri sistemine göre şehir hastanesi tesis yönetim sistemi daha başarılıdır” ifadesine katılanların hizmet süreleri

		Diğer kamu hastaneleri sistemine göre şehir hastanesi tesis yönetim sistemi daha başarılıdır.						Ki-Kare Analizi	
		Kesinlikle katılıyorum + Katılıyorum							
		Hastane Çalışanları		Hastane Yöneticileri		Toplam		Ki-Kare	p
		n	%	n	%	n	%		
Hizmet Süreniz (yıl)	0-5	75	50,3	0	0,0	75	46,3	*	0,0001
	6-10	41	27,5	0	0,0	41	25,3		
	11-20	14	9,4	2	15,4	16	9,9		
	21-29	11	7,4	8	61,5	19	11,7		
	30 ve üstü	8	5,4	3	23,1	11	6,8		
	Toplam	149	100,0	13	100,0	162	100,0		

(*) monte carlo simülasyonu

“Diğer kamu hastaneleri sistemine göre şehir hastanesi tesis yönetim sistemi daha başarılıdır” önermesine katılmayanların hizmet süreleri ile çalışma pozisyonları arasında anlamlı bir farklılık görülmektedir ($p<0,05$). Hastane yöneticilerinde hizmet süresi arttıkça olumsuz cevaplar daha yüksek oranda görülürken, bu oranlar hastane çalışanlarında daha düşük hizmet süresinde daha yüksek oranda görülmektedir (Çizelge 6.11).

Çizelge 6.11 “Diğer kamu hastaneleri sistemine göre şehir hastanesi tesis yönetim sistemi daha başarılıdır” ifadesine katılmayanların hizmet süreleri

		Diğer kamu hastaneleri sistemine göre şehir hastanesi tesis yönetim sistemi daha başarılıdır.						Ki-Kare Analizi	
		Kesinlikle katılmıyorum + Katılmıyorum							
		Hastane Çalışanları		Hastane Yöneticileri		Toplam			
		n	%	n	%	n	%		
Hizmet Süreniz (yıl)	0-5	64	45,1	0	0,0	64	39,5	*	0,0001
	6-10	35	24,6	0	0,0	35	21,6		
	11-20	16	11,3	4	20,0	20	12,3		
	21-29	18	12,7	13	65,0	31	19,1		
	30 ve üstü	9	6,3	3	15,0	12	7,4		
	Toplam	142	100,0	20	100,0	162	100,0		

(*) monte carlo simülasyonu

Bu ifade altındaki bulgular incelendiğinde hastane çalışanlarının olumlu cevap oranları (% 40,1) ile olumsuz cevap oranları (% 38,2) birbirlerine yakın değerlerdir. Hastane yöneticilerinin olumsuz cevapları % 51,3 olarak tespit edilirken olumlu cevap verenlerin oranı % 38,2’dir. Soruya olumlu yanıt veren hastane yöneticilerinin hizmet sürelerine bakıldığında % 61,5 oranında 21-29 yıl tecrübeye sahip oldukları, olumsuz yanıt verenlerin hizmet sürelerinde ise % 65 oranında yine 21-29 yıl tecrübeye sahip oldukları tespit edilmektedir. Bu durum hastane çalışanları grubu incelendiğinde ise soruya olumlu yanıt veren hastane çalışanlarının % 50’sinin 0-5 yıl hizmet tecrübe süresine sahipken, olumsuz yanıt verenlerde ise % 45’inin ise 0-5 yıl tecrübe süresi olarak tespit edilmiştir. Bu karşılaştırmaların sonuçlarını değerlendirdiğimizde hastane yöneticilerinin hizmet tecrübelerinin oldukça fazla olduğu da dikkate alındığında hastane yöneticilerinin yanıtlarının daha dikkate değer oldukları şeklinde yorumlanabilir.

Çalışmanın üçüncü hipotezi olan “Tesis yönetimi çalışanları işimizi olumlu etkilemektedir” Ankara Bilkent Şehir Hastanesi yönetim sistemi algısı açısından hastane yöneticileri ve hastane çalışanları arasında anlamlı farklılık vardır. “Tesis yönetimi

çalışanları işimizi olumlu etkilemektedir” ifadesine verilen cevaplar açısından hastane çalışanları ve hastane yöneticileri arasında anlamlı farklılık görülmektedir ($p<0,05$). Hastane çalışanlarında bu ifadeye olumlu yanıt verenlerin oranı % 42,2 (% 3,5+% 38,7) iken hastane yöneticilerinde bu oran % 46,2 (% 2,6+% 43,6)’dir. Bu ifadeye olumsuz yanıt verenler incelendiğinde ise hastane çalışanlarında % 23,9 (% 18+% 5,9) iken hastane yöneticilerinde bu oran % 48,7 (% 33,3+% 15,4)’dir. Her iki grupta da “tesis yönetimi çalışanların işimizi olumlu etkilemektedir” ifadesine olumlu ve olumsuz katılımcıların oranları incelendiğinde birbirlerine yakın değerler tespit edilmektedir (Çizelge 6.12).

Çizelge 6.12 “Tesis yönetimi çalışanları işimizi olumlu etkilemektedir” Ankara Bilkent Şehir Hastanesi yönetim sistemi algısı açısından hastane yöneticileri ve hastane çalışanları arasında anlamlı farklılık vardır ilişkisine yönelik bulgular

		Gruplar						Ki-Kare Analizi	
		Hastane Çalışanları		Hastane Yöneticileri		Toplam		Ki-Kare	p
		n	%	n	%	n	%		
Tesis yönetimi çalışanları işimizi olumlu etkilemektedir.	Kesinlikle katılıyorum	13	3,5	1	2,6	14	3,4	18,573	0,0001
	Katılıyorum	144	38,7	17	43,6	161	39,2		
	Fikrim yok	126	33,9	2	5,1	128	31,1		
	Katılmıyorum	67	18,0	13	33,3	80	19,5		
	Kesinlikle katılmıyorum	22	5,9	6	15,4	28	6,8		
	Toplam	372	100,0	39	100,0	411	100,0		

Bu çalışmanın dördüncü hipotezi, “Hastane tesis yönetimi etkindir” Ankara Bilkent Şehir Hastanesi yönetim sistemi algısı açısından hastane yöneticileri, hastane çalışanları, tesis firma yöneticileri, tesis firma çalışanları arasında farklılık vardır. “Hastane tesis yönetimi etkindir” ifadesine katılma durumları açısından hastane çalışanları, tesis çalışanları, hastane yöneticileri ve tesis yöneticileri arasında anlamlı bir farklılık görülmektedir ($p<0,05$). Bu ifadeye katılma oranı tesis çalışanlarında % 71,3 (% 24,3+% 47) oranı ile diğer gruplara öre anlamlı derecede daha yüksek görülmektedir. Ankara Bilkent Şehir Hastanesi’nde tesis firmasının müşterisi pozisyonunda olan hastane çalışanları % 44,4 ve hastane yöneticileri % 30,8 olarak, tesis firmasında görev yapan katılımcılara göre oldukça düşük oranda tespit edilmiştir. Olumsuz yanıt sayısı ise hastane yöneticilerinde %53,8 oranında, hastane çalışanlarında ise %30,7 oranında olduğu görülmektedir. (Çizelge 6.13).

Çizelge 6.13 “Hastane tesis yönetimi etkindir” Ankara Bilkent Şehir Hastanesi yönetim sistemi algısı açısından hastane yöneticileri, hastane çalışanları, tesis firma yöneticileri, tesis firma çalışanları arasında anlamlı farklılık vardır ilişkisine yönelik bulgular

		Grup										Ki-Kare Analizi	
		Hastane Çalışanları		Tesis Çalışanları		Hastane Yöneticileri		Tesis Yöneticileri		Toplam		Ki-Kare	p
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Hastane tesis yönetimi etkindir.	Kesinlikle katılıyorum	26	7,0	93	24,3	0	0,0	7	16,7	126	15,1	107,26	0,0001
	Katılıyorum	139	37,4	180	47,0	12	30,8	15	35,7	346	41,4		
	Fikrim yok	93	25,0	48	12,5	6	15,4	11	26,2	158	18,9		
	Katılmıyorum	74	19,9	54	14,1	14	35,9	4	9,5	146	17,5		
	Kesinlikle katılmıyorum	40	10,8	8	2,1	7	17,9	5	11,9	60	7,2		
	Total	372	100,0	383	100,0	39	100,0	42	100,0	836	100,0		

Hipotez 2 ile hipotez 4’e olumlu yanıt verenler arasında anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). “Diğer kamu hastaneleri sistemine göre şehir hastanesi yönetim sistemi daha başarılıdır” ifadesine olumlu yanıt verenler ile “hastane tesis yönetimi etkindir” ifadesine olumlu yanıt veren hastane çalışanlarında oran % 92 (137 kişi; % 14,1+% 77,9) iken bu oran hastane yöneticilerinde ise % 76,9 (10 kişi; % 0+% 76,9) olarak tespit edilmiştir (Çizelge 6.14 ve Çizelge 6.15).

Çizelge 6.14 “Diğer kamu hastaneleri sistemine göre şehir hastanesi tesis yönetim sistemi daha başarılıdır (hipotez 2)” ifadesine katılanlar ile “hastane tesis yönetimi etkindir (hipotez 4)” ifade durumları arasındaki ilişki

		Diğer kamu hastaneleri sistemine göre şehir hastanesi tesis yönetim sistemi daha başarılıdır (Hipotez 2).						Ki-Kare Analizi	
		Kesinlikle katılıyorum + Katılıyorum						Ki-Kare	p
		Grup							
		Hastane Çalışanları		Hastane Yöneticileri		Toplam			
		n	%	n	%	n	%		
Hastane tesis yönetimi etkindir (Hipotez 4).	Kesinlikle katılıyorum	21	14,1	0	0,0	21	13,0	*	0,0001
	Katılıyorum	116	77,9	10	76,9	126	77,8		
	Fikrim yok	12	8,1	0	0,0	12	7,4		
	Katılmıyorum	0	0,0	1	7,7	1	0,6		
	Kesinlikle katılmıyorum	0	0,0	2	15,4	2	1,2		
	Toplam	149	100,0	13	100,0	162	100,0		

(*) monte carlo simülasyonu

Çizelge 6.15 “Diğer kamu hastaneleri sistemine göre şehir hastanesi tesis yönetim sistemi daha başarılıdır (hipotez 2)” ifadesine katılmayanlar ile “hastane tesis yönetimi etkindir (hipotez 4)” ifade durumları arasındaki ilişki

		Diğer kamu hastaneleri sistemine göre şehir hastanesi tesis yönetim sistemi daha başarılıdır (Hipotez 2).						Ki-Kare Analizi	
		Kesinlikle katılmıyorum + Katılmıyorum							
		Grup						Ki-Kare	p
		Hastane Çalışanları		Hastane Yöneticileri		Toplam			
		n	%	n	%	n	%		
Hastane tesis yönetimi etkindir (Hipotez 4).	Kesinlikle katılıyorum	5	3,5	0	0,0	5	3,1	*	0,216
	Katılıyorum	12	8,5	2	10,0	14	8,6		
	Fikrim yok	23	16,2	0	0,0	23	14,2		
	Katılmıyorum	62	43,7	13	65,0	75	46,3		
	Kesinlikle katılmıyorum	40	28,2	5	25,0	45	27,8		
	Toplam	142	100,0	20	100,0	162	100,0		

(*) monte carlo simülasyonu

“Diğer kamu hastaneleri sistemine göre şehir hastanesi yönetim sistemi daha başarılıdır” ifadesine olumsuz yanıt verenler ile “hastane tesis yönetimi etkindir” ifadesine olumsuz yanıt veren hastane çalışanları oranı % 71,9 (102 kişi; % 43,7+% 28,2) olarak tespit edilirken, bu oran hastane çalışanlarında % 80 (18 kişi; % 65+% 25) olarak tespit edilmiştir. Ankara Bilkent Şehir Hastanesi’nde gerçekleştirilen saha çalışmasına katılan hastane yöneticilerinin mesleki hizmet sürelerine bağlı olarak tecrübelerinin oldukça fazla olduğu görülmektedir. Hastane yöneticiler meslek yaşamları boyunca birçok farklı kamu hastanesinde görevlerde bulunan ve sorulara verdikleri cevaplarını da mesleki birikimlerine paralel olarak verdikleri cevapların daha dikkate alınması gerekmektedir. Bu çerçevede hastane yöneticilerinin bu soruya verdikleri olumsuz cevabın yüksek oranda olması sağlık tesis yönetimi firmasının sağlık tesisindeki işleyişi tam olarak kavrayamadığı şeklinde yorumlanabilir.

7. SONUÇ VE DEĞERLENDİRME

Dünyada özellikle tesis yönetimi anlayışının geliştiği ülkelerde sağlık tesis yönetiminin hizmet süreçleri ile başarı düzeyinin anlaşılabilmesi ve eksiklerinin giderilmesi amacıyla tesisin kullanım süresi boyunca belirli periyotlarla hem tesis yatırımcıları hem de kamu tarafından sık sık değerlendirilmesi amacıyla anket çalışması yapılması olağan bir durumdur. Ankara Bilkent Şehir Hastanesi'ndeki temel paydaşların tesis yönetim anlayışı, tesis yönetiminin firma hizmet süreçleri ve düzeyi, kullanılan fiziksel varlıklar, tıbbi cihazlar, bilgi teknolojisinin kullanımı, bakım ve onarım faaliyetleri gibi tesis yönetimini ilgilendiren alanlarda mevcut hizmet düzeyinin karşılaştırmalı sonuçlarla ortaya koymak amacıyla anket çalışması yapılmıştır. Bu anket çalışmasına dayalı elde edilen veriler ışığında sağlık tesisinin temel paydaşlarının refahını ve kuruluşun ana hedeflerini nasıl geliştirebileceklerine dair önemli sonuçlar elde edilmeye çalışılmıştır.

Ankara Bilkent Şehir Hastanesi'nde yapılan bu çalışma sağlık tesisindeki yatan hastalar ve refakatçiler, hastane yöneticileri, hastane çalışanları, tesis firma yöneticileri ve tesis firma çalışanları olarak beş temel paydaşa uygulanmıştır. Yapılan saha çalışmasında sağlık tesis firma yönetimine yönelik beş grup anketi düşündüğümüzde 27 farklı başlık altında toplamda 146 farklı soru ile tesis yönetimi değerlendirilmeye çalışılmıştır. Ankara Bilkent Şehir Hastanesi'nde gerçekleştirilen saha çalışmasında anket formlarında yer alan başlıkları ayrı şekilde değerlendirilecektir.

Tesis yönetimi anlayışının değerlendirilmesi; saha çalışmasında “Tesis Yönetimi Anlayışının Değerlendirilmesi” başlığı altında beş soruyu katılan tüm gruplara sorarak değerlendirilmiştir. Bu başlık altında bulunan “Tesis yönetimi hastanede verilen hizmetin kalitesini ve niteliğini arttırır” sorusuna ankete katılan hastane çalışanlarının % 72,8'inin (% 17,2 + % 55,6) olumlu, hastane yöneticilerinin % 87,2'sinin (% 35,9 + % 51,3) olumlu ve tesis firma çalışanlarının % 71,8'inin (% 19,3 + % 52,5) olumlu cevap verdikleri görülmektedir. Aynı başlık altındaki “Tesis yönetimi hastanede verilen tıbbi hizmetin hata payını azaltır” sorusuna hastane çalışanlarının % 67,3'sinin (% 15,1 + % 52,2) olumlu, hastane yöneticilerinin % 71,7'inin (% 17,9+ % 53,8) olumlu ve tesis çalışanlarının ise % 34,2'sinin (% 5,5 + % 28,7) olumlu yanıt verdikleri saptanmıştır.

Ankete verilen cevaplar incelendiğinde; hastane yöneticileri ile tesis firma yöneticilerinin sağlık tesis yönetiminin temel amacı, tesiste yaratılması gereken temel faydalar ile katkıların önemi konusunda ankete katılan diğer üç gruba göre daha fazla bilinçli oldukları şeklinde yorumlanabilir. Diğer taraftan yatan hastalar ve refakatçiler ile tesis firma çalışanlarının diğer iki gruba göre farkındalıklarının ise az olduğu anlaşılmaktadır. Performansı yüksek ve iyi organize edilmiş tesis yönetimi, hizmet verdiği hastanede yönetim maliyetlerinin önemli ölçüde azalmasına katkıda bulunmaktadır. Aynı zamanda da hastanede verilen hizmetin niteliğini arttırarak hizmet kalitesinin önemli ölçüde yükselmesini sağlamaktadır. Böylece tesis yönetimi hizmeti, hastanedeki tıbbi personelin işini kolaylaştırır ve hata payının azalmasına katkıda bulunmaktadır. Tüm bu gelişmeleri dikkate aldığımızda tesis yönetimi, hastanedeki yaşam kalitesinin yükselmesinde önemli rol oynadığı anlaşılmaktadır.

Sağlık tesis yönetiminin önemini ortaya koyan ancak sağlık tesisinin tüm temel paydaşları tarafından bu önemin anlaşılamadığı gerçeğinin anket çalışması sonucunda ortaya çıktığı görülmektedir. Tesis yönetiminin önemini yeterli düzeyde anlaşılmadığı kanaatine sahip olduğumuz tesis çalışanlarının tesis yönetiminin önemini daha yüksek kavrayabilmeleri durumunda verilen hizmet katılımları, motivasyonları ve çalışma performanslarının yükselmesi sağlanabilir.

Tesis planlamasının değerlendirilmesi; gerçekleştirilen anket çalışmasında “Tesis Planlamasının Değerlendirilmesi” başlığı altında yer alan beş soruyu çalışmaya katılan hastane yöneticileri ve tesis firma yöneticileri tarafından değerlendirilmesi istenmiştir. Bu başlık altında katılan her iki gruba sorulan “Tesis yönetimi, hizmet koşullarının değerlendirilmesi için uygun iletişim kanallarıyla bildirim/şikayetleri düzenli olarak toplamaktadır” sorusuna hastane yöneticilerinin % 38,4’ünün (% 33,3 + % 5,1) olumsuz yanıt verdikleri görülmektedir. Özellikle tesis firma yönetiminin kendi verdikleri hizmetler kapsamında bildirim veya şikayetler düzenli bir şekilde topladığı fakat yeterli olmadığı görülmektedir. Yine aynı başlık altında sorulan “Gelecekte oluşabilecek yeni ihtiyaçlara göre alan ve tesis hizmet planlaması yapılmıştır” soruya hastane yöneticilerinin % 51,3’ünün (% 41 + % 10,3) olumsuz (katılmıyorum ve kesinlikle katılmıyorum) yanıt verdikleri görülmektedir.

Sağlık tesislerinde, tesis yönetiminin birincil derecede müşterilerinden olan hastane yöneticilerinin bu başlık altındaki sorulara verdikleri cevapların dikkate değer bir şekilde olumsuzluk içermesi, sağlık tesis yönetimi firmasının tesiste “tesis planlaması” konusunda esnek ve başarılı bir çalışma yürütmediği sonucuna ulaşılmasına yönelik değerlendirme yapmamıza neden olmaktadır. Tüm tesislerde olduğu gibi sağlık tesislerinin de bir tesis planlamasının olması oldukça önemli bir husustur. Tıp bilimi ve tedavi teknolojilerinde gerçekleşen gelişmeler sonucunda değişen ihtiyaçlar ortaya çıkmaktadır. Tesisin mevcut kaynaklarının gün geçtikçe azalması ile fiziksel kısıtlılıklar nedeniyle zamanla ihtiyaçların değişmesi ve tesise müracaat eden hasta sayısının artması sonucunda ihtiyaçların karşılanabileceği esnek bir tesis planlamasına ihtiyacın gerekliliği gerekmektedir. Mevcut tesis yönetiminin tesis planlaması konusunda kapsamlı bir çalışma yürütmesi gerekliliği ortaya çıkmaktadır.

Tesis strateji planlamasının değerlendirilmesi; anket çalışmasında “Strateji Planlamasının Değerlendirilmesi” başlığı altında yer alan beş soruya saha çalışmasına katılan hastane yöneticileri ve tesis firma yöneticilerine yöneltilmiştir. Bu başlık altında katılımcılara yöneltilen “Tesis yönetiminin acil durumlar için stratejik planlaması vardır” sorusuna sağlık tesisinde tesis firma yönetiminin birincil müşterilerinden birisi olan hastane yöneticilerinin % 23,1’inin (% 15,4 + % 7,7) olumsuz yanıt verirken, % 23,1’inin ise fikir beyan etmedikleri görülmektedir.

Ankara Bilkent Şehir Hastanesi’nde hizmet veren tesis yönetimi firmasının acil durum stratejik planından hastane yöneticilerinin yaklaşık yarısının haberinin olmadığını belirtmesi oldukça dikkat çekmektedir. Genel olarak bu başlık altındaki sorular değerlendirildiğinde tesis firma yönetiminin tesis stratejik planının öneminin yeteri kadar anlaşılamadığı şeklinde yorumlanabilmektedir. Bunun sonucunda da sağlık tesisinin verimliliğine olumlu katkı sağlayabilecek bir stratejik plan çerçevesinde yönetim anlayışının oluşmadığı sonucuna varılabilmektedir. Sağlık tesisleri elektrik veya su kesintisi, arıza, doğal afet, deprem, salgın hastalıklar veya savaş zamanları da dahil olmak üzere tatil yapmadan 7 gün, 24 saat, 365 gün prensibiyle kesintisiz bir şekilde hizmetlerine devam etmek durumunda olan tesislerdendir. Sağlık tesisinin her türlü riske, acil ve beklenmedik durumlara karşı hazırlıklı olacak şekilde stratejik planlamalarının var

olması ve bu eylem planlarının en iyi performansla uygulanabilmesi için sürekli hazırlıklı olunması gerekmektedir.

Kaynak kullanımının değerlendirilmesi; Bilkent Şehir Hastanesi'ndeki anket çalışmasında "Kaynak Kullanımının Değerlendirilmesi" başlığı altındaki beş soru ankete katılan hastane yöneticileri ve tesis firma yöneticilerine sorulmuştur. Bu başlık altında anket katılımcılarına sorulan "Tesis yönetimi, tesis hizmetlerinin ihtiyacına göre kapsam ve standardını belirleyerek hizmet sunumlarını planlamaktadır" sorusuna hastane yöneticilerinin cevapları incelendiğinde % 46,2'sinin (% 38,5 + % 7,7) olumsuz yanıt verirken % 7,7'sinin ise fikrinin olmadığı görülmektedir. Aynı soruya ankete katılan tesis firma yöneticilerinin % 73,8'inin (% 19 + % 54,8) olumlu yanıt vermektedir. Aynı başlık altında bulunan "Tesis yönetimi, hizmetlerin önceliklerini uygunluk çerçevesinde belirleyip hızlı bir şekilde aksiyon almaktadır" sorusuna hastane yöneticilerinin % 35,9'unun (% 25,6 + % 10,3) olumsuz yanıt verirken % 5,1'inin ise fikrinin olmadığını belirttiği görülmektedir. Bu başlık altında bulunan "Hastanedeki hizmetlerin tesis yönetimi firmasıyla yapılması verimliliği arttırmaktadır" sorusuna hastane yöneticilerinin % 53,8'inin (% 33,3 + % 20,5) olumsuz yanıt verdiği görülmektedir. Yine aynı başlık altında yer alan "Tesis yönetimi, hizmetlerin performans raporlarına göre düşük/yetersiz olan hizmet sağlayıcıların/çalışanların sözleşmelerini iptal etmektedir" sorusuna katılımcı olan hastane yöneticilerinin % 48,7'sinin (% 30,8 + % 17,9) olumsuz yanıt vermiştir.

Sağlık tesis yönetiminin hizmet sunumları için en önemli olan "kaynak kullanımı" başlığı altında yer alan sorulara ankete katılan hastane yöneticilerinin verdikleri cevapların olumsuz oranlarının fazla olduğu görülmektedir. Sağlık tesis yönetimi firmasının verdiği hizmetlerinin mevcut durumunun belirlenmesi, iyileştirilmesi ve tespit edilen eksikliklerinin giderilmesi için tesis yönetiminin kaynak kullanımını ve yönetimini bir bütün olarak ele alıp azami düzeyde önem vermesi gerekmektedir. Sağlık tesislerinde iç ve dış kaynak kullanımı hizmetlerinin kesintisiz ve yüksek performanslı şekilde sürdürülebilmesi için oldukça gerekli bir koşuldur. Mevcut tüm kaynakların kısıtlı olmasına bağlı olarak sağlık tesislerindeki hizmet koşullarının değerlendirilmesi, hizmet paydaşlarının belirlenmesi, hizmet maliyetlerinin hesabı, iç veya dış kaynak kullanımının değerlendirilmesi kapsamında tesis kaynak yönetiminin önemi gün geçtikçe artmaktadır.

Sağlık tesis yönetimi firmasının verdiği hizmetlerin mevcut durumunun belirlenmesi, iyileştirilmesi ve tespit edilen eksikliklerinin giderilmesi için tesis yönetiminin kaynak kullanımını ve kaynak yönetimini bir bütün olarak ele alıp azami düzeyde önem verilmesi gerekmektedir.

Değişim yönetiminin değerlendirilmesi; gerçekleştirilen çalışmada “Değişim Yönetiminin Değerlendirilmesi” başlığı altında olan yer alan dört soruya katılımcı hastane yöneticileri ve tesis firma yöneticilerine yöneltilmiştir. “Değişim Yönetiminin Değerlendirilmesi” başlığı altında katılımcılara yöneltilen “Tesis yönetimi çıkabilecek yeni gelişmeleri yönetebilmek için şeffaf eylem planına sahiptir” sorusuna hastane yöneticilerinin cevapları incelendiğinde % 38,5’inin (% 35,9 + % 2,6) olumsuz cevap verdiği, % 33,3’ünün ise herhangi bir fikrinin olmadığını belirtmektedir. Aynı soruya tesis firma yöneticilerinin cevapları incelendiğinde ise % 71,4’ünün (% 21,4 + % 50) olumlu yanıt vermektedir. Aynı başlık altında katılımcılara yöneltilen “Tesis yönetimi, planlanan değişikliklerin uygulanması esnasında ortaya çıkan/çıkabilecek sorunlarla ilgili alternatif planlara sahiptir” sorusuna hastane yöneticilerinin % 38,5’inin (% 35,9 + % 2,6) olumsuz yanıtlarken % 15,4’ü ise fikrinin olmadığını belirtmektedir.

“Değişim Yönetiminin Değerlendirilmesi” başlığı altında katılımcılara yöneltilen sorulara tesis yönetimi firmasının birincil müşterileri arasında yer alan hastane yöneticilerinin verdikleri olumsuz yanıtlar dikkat çekici bir şekilde yüksektir. Bu durum; tesis yönetimi firmasının yeterli düzeyde yönetim ve hizmet esnekliğine sahip olmadığını; karşılaşılabilecek olumlu/olumsuz sonuçları dikkate alan hizmet değişimine hazırlıksız olduğu gerçeğini ortaya koymaktadır. Sağlık tesislerinin ortaya çıkabilecek yeni ihtiyaçlar, acil durumlar veya zorunluluklar karşısında esnek bir plan çerçevesinde yönetilmesi esastır. İhtiyaçların bir sonucu olarak ortaya çıkan değişim gerekliliği ve değişim yönetimi sürecinin yönetimi oldukça önem arz etmektedir. Ankara Şehir Hastanesi’ndeki tesis yönetiminde ortaya çıkabilecek ihtiyaçların sonucu olarak meydana gelecek değişim gerçekliği ile yönetimi sürecinin planlanması ve yeni operasyon çalışmalarına hazırlıkların yapılması gerekmektedir.

İnsan kaynakları yönetiminin değerlendirilmesi; Ankara Bilkent Şehir Hastanesindeki anket çalışmasında “İnsan Kaynakları Yönetiminin Değerlendirilmesi” başlığı altında yer alan beş soruya hastane yöneticileri ve tesis firma yöneticileri tarafından değerlendirilmesi istenmiştir. Bu başlık altında katılımcılara sorulan “Tesis iş prosedürü ile iş yönetmenliği, yürürlükteki yasal mevzuat ve standartlara uygun şekilde tanımlanmıştır” sorusuna hastane yöneticilerinin cevapları incelendiğinde % 82,1’inin (% 10,3 + % 71,8) olumlu (kesinlikle katılıyorum ve katılıyorum) oranda yanıt verdikleri görülmektedir. Yine aynı başlık altında katılımcılara yöneltilen “Tesis çalışanlarına hizmet performanslarına göre teşvik/prim/ödül verilmektedir” sorusuna hastane yöneticilerinin % 51,3’ünün (% 41 + % 10,3) olumsuz yanıt verirken ankete katılan tesis firma yöneticilerinin ise % 64,3’ünün (% 16,7 + % 47,6) olumlu yanıt verdiği görülmektedir.

“İnsan Kaynakları Yönetiminin Değerlendirilmesi” başlığı altında hastane yöneticilerinin verdikleri yanıtlar incelendiğinde tesis yönetimi firmasının insan kaynakları yönetiminin başarılı olduğu şeklinde bir değerlendirme yaptıkları gözlenmektedir. Fakat sağlık tesisindeki tesis yönetimi firmasının kapsamı altında verilen hizmetlerin performansının ve kalitesinin iyileştirilmesine yönelik tesis firma çalışanlarının daha fazla teşvik edilmesi gerekliliği de görülmektedir. Bu çelişkili yaklaşım her ne kadar hastane yöneticilerinin tesis yönetim firmasının insan kaynakları yönetimini başarılı bulmuş olmasına rağmen tesis yönetiminin daha da başarılı olmasına katkı verecek şekilde düzenlenmesi gerektiği görüşünde olduğu kanaatini güçlendirmektedir. Tüm tesislerde olduğu gibi sağlık tesislerinde de insan kaynakları yönetimi oldukça kritik bir yer tutmaktadır. Sağlık tesislerinde önemsiz olarak görülebilecek en ufak bir hatanın insan hayatına mal olabileceği gerçeğiyle hareket ederek verilen hizmetlere en uygun ve liyakatli çalışanların seçilmesi, çalışanların motivasyonlarının sürekli yüksek tutulmasına yönelik planlamaların yapılması tesis hizmetlerindeki hata payını azaltmaktadır. Böylece sağlık tesisindeki hizmetlerin performansı, verimi ve kalitesi bir bütün olarak yükselmektedir ve bunun bir sonucu olarak sağlık tesisindeki hizmetlerin maliyetinde de önemli ölçüde azalmalar sağlanabilmektedir. Bu başlık altındaki saha çalışmasında tesis yönetimi firması başarılı bulunmuş olmasına rağmen yeniden yapılandırılarak başarı düzeyinin daha iyi bir nokta çekilebilmesi mümkündür.

Hastane içi tesis tedarik sürecinin değerlendirilmesi; gerçekleştirilen çalışmada “Hastane İçi Tesis Tedarik Sürecinin Değerlendirilmesi” başlığı altında sorulan toplamda on iki soruyu değişken bir sayıda ankete katılımcı hastane yöneticileri, tesis firma yöneticileri, hastane çalışanları ve tesis firma çalışanlarına yöneltilmiştir. Bu başlık altında katılımcılara yöneltilen “Hastane içi birimlerin (klinikler, poliklinikler, ameliyathaneler, vs..), tesis hizmet sunumu karşısındaki müşteri rolleri eksiksiz tanımlanmıştır” sorusuna hastane yöneticilerinin cevapları incelendiğinde % 58,9’unun (% 5,1 + % 53,8) olumlu, tesis firma yöneticilerinin % 71,4’ünün (% 23,8 + % 47,6) olumlu yanıt verirken buna karşın hastane çalışanlarının ise % 27,7’sinin (% 3,5 + % 24,2) olumlu, % 27,7’inin (% 22,6 + % 5,1) olumsuz olup, % 44,6’sı ise fikir beyan etmemiştir. Aynı başlık altında bulunan “Tesis hizmetlerinde çıkan eksiklik hemen/derhal düzeltilmektedir” sorusuna hastane çalışanlarının % 35,2’sinin (% 4,6 + % 30,6) olumlu, % 46,2’sinin ise fikrim yok cevabını verdikleri görülmektedir. Aynı soruya hastane yöneticilerinde ise % 61,5’inin (% 43,6 + % 17,9) olumsuz yanıt verdikleri saptanmıştır. Yine aynı başlık altında ankete katılanlara yöneltilen “Tesis hizmet iş süreçlerinin ayrıntılı tanımlamaları, kritik başarı faktörleri ve anahtar performans göstergeleri hazırlanmıştır” sorusuna hastane çalışanlarının % 43,5’inin fikir beyan etmezken aynı soru içi hastane yöneticilerinin % 43,6’sının (% 35,9 + % 7,7) olumsuz görüş belirttiği görülmektedir. Yine aynı başlık altında katılımcılara sorulan “Tesis yönetimi şeffaf iletişim yöntemiyle kendisini devamlı geliştirmektedir ve önerilen iyileştirmeleri dikkate almaktadır” sorusuna hastane çalışanlarının % 35,2’sinin (% 3,5 + % 31,7) olumlu ve % 27,4’ünün (% 21,2 + % 6,2) olumsuz yanıt verdikleri görülmektedir. Aynı soruya hastane yöneticileri ise % 48,8’inin (% 2,6 + % 46,2) olumlu yanıt verirken aynı soruya % 43,6’ünün (% 33,3 + % 10,3) olumsuz yanıt verdikleri belirlenmiştir.

“Hastane İçi Tesis Tedarik Sürecinin Değerlendirilmesi” başlığı altında tesis yönetim firmasının kapsamında olan hizmetlerdeki rollerinin tanımlandığı, yani hizmet süreç yönetiminin iyi bir şekilde planlandığı anlaşılmaktadır. Fakat hizmet süreç yönetiminde ve süreçlerin iyileştirilmesinde eksiklikler olduğu gözlemlenmektedir. Bu kapsamda sağlık tesis yönetiminin hizmetlerini sert ve yumuşak tesis yönetimi şeklinde iki kategoriye ayırmak mümkündür. Sert tesis yönetimi; tesisteki fiziksel varlıkların bakımı, onarımı ve yeniden düzenlenmesi şeklinde ifade edilebilmektedir. Yumuşak tesis

yönetimi ise tesisteki tıbbi personele destek hizmetleri şeklinde tanımlanabilir. Tesis içi tedarik süreçleri ise tesis yönetiminin hem sert hem de yumuşak hizmetlerini kapsamaktadır. Sağlık tesislerindeki hizmetleri, tesis yönetimi ile tıbbi birimlerin (klinikler, poliklinikler, ameliyathaneler, vs.) ile diğer tesis paydaşlarının ortaklaşa bir operasyon süreci ve çalışması sonucunda birlikte gerçekleştirdikleri görülmektedir. Tesis içi hizmet süreçlerinde birçok farklı disiplinin yer alması, hizmet süreçlerinde ve operasyonlarda bazı boşluklarını meydana getirmektedir. Bu var olan boşlukların bir sonucu da tesis hizmetlerinde kesintilerin meydana gelmesine, hizmetlerin aksamasına ve hizmet performanslarının düşmesine neden olmaktadır. Bu durumu ortadan kaldırmak için hizmet süreçlerinde yer alan her bir paydaşın görev ve sorumluluklarının ayrıntılı bir şekilde tanımlanması oldukça önemlidir. Başarılı tesis hizmet süreçlerinin ve operasyonlarının oluşturulabilmesi için her bir hizmet sürecinin belirli periyotlarla gözden geçirilmesi, kontrol edilmesi önemlidir. Bu sürecin iyi yönetilebilmesi için hizmetlerin başarı faktörlerinin ve anahtar performans göstergelerinin çok iyi tanımlanması gerekmektedir. Firma bu başlık altında başarılı bulunmasına karşın diğer başlıklara ve hipotezlere verilen cevaplarla birlikte değerlendirildiğinde tesis iç tedarik süreçlerinin tesis yönetimi açısından yeniden değerlendirilmesi ve eksikliklerin ivedilikle giderilmesi gerekmektedir.

İş verimliliğinin değerlendirilmesi; gerçekleştirilen çalışmada “İş Verimliliğinin Değerlendirilmesi” başlığı altında sorulan beş soruya çalışmaya katılımcı olan hastane yöneticileri ve tesis firma yöneticilerine yöneltilmiştir. Bu başlık altında katılımcılara yöneltilen “Hastane yönetimi, tesis ortamının kalitesini sürekli denetlemektedir” sorusuna hastane yöneticilerinin cevapları incelendiğinde % 87,2’sinin (% 28,2 + % 59) olumlu yanıt verdiği görülürken aynı soruya tesis firma yöneticilerinin % 78,6’sının (% 31 + % 47,6) olumlu yanıt vermiştir. Aynı başlık altında bulunan “Tesis yönetimi, tüm çalışanlarının iş refahını olumsuz etkileyebilecek faktörlerin farkındadır” sorusuna hastane yöneticilerinin % 53,9’unun (% 2,6 + % 51,3) olumlu yanıt verirken tesis firma yöneticilerinde ise % 73,8’sinin (% 16,7 + % 57,1) olumlu yanıt verdiği görülmektedir. Yine aynı başlık altında katılımcılara yöneltilen “Hastane çalışanlarının tesis iş süreçleriyle ilgili endişeleri dikkate alınır, gerekli araştırma ve soruşturma hemen yapılır” sorusuna hastane yöneticilerinin % 38,5’inin (% 0 + % 38,5) olumlu yanıtı karşın %

41'ünün (% 33,3 + % 7,7) olumsuz yanıt verdiği görülmektedir. Aynı soruya tesis firma yöneticilerinin % 66,6'sının (% 21,4 + % 45,2) olumlu yanıt verdiği görülmektedir.

Sağlık tesisinde hizmet veren tesis yönetim firmasının iş verimliliği konusunda gerekli çalışmaları yaptığı anket katılımcılarının verdikleri cevaplardan anlaşılmaktadır. Ancak cevapların derinlemesine incelendiğinde bu konuda yeterli ve tatmin edici bir düzeyin henüz yakalanmadığı şeklinde yorum yapılabilmesini sağlayacak sonuçlara ulaşılabilmektedir. Tüm sektörlerde olduğu gibi sağlık tesis yönetimi de kendini geliştirmeye ve performansı attırmaya zorlanmaktadır. Bunun temel nedeni sağlık tesis yönetimi üzerindeki mevcut kaynakların yetersizliği, tesis bakım ve hizmet operasyonlarının maliyetlerinin düşürülme baskısıdır. Güncel durumda hangi yöntemi kullanırsak kullanalım özellikle sağlık tesislerinde performansın sağlıklı bir şekilde ölçülmesi oldukça zordur. Bu zorluklar, sağlık tesislerinin birbirinden farklı ve karmaşık hizmet düzeylerine sahip olmasına bağlıdır. Bu nedenle sağlık tesisleri için tutarlı, etkin ve her bir sağlık tesisine yönelik tek bir performans ölçüm sistemi geliştirmek mümkün değildir.

Dünyada sağlık tesis yönetimine yönelik ulusal ve bölgesel olarak ortak ve tek bir performans ölçüm sistemi yoktur. Tesisteki hizmetlerin anahtar performans göstergeleri (KPI), tesis hizmetlerinin performansının daha iyi, daha kötü veya aynı kalıp kalmadığını belirlemek için zaman içinde karşılaştırılabilecek bir başarı düzeyini gösterebilmektedir. Örnek verilmesi gerekirse; arabaların kullanılmasını değerlendirilebilir. Normal şartlarda bir arabanın yakıt tüketimini litre başına 16 km olarak varsayılabılır. Araba kullanımında daha ekonomik bir bütçe belirlenerek 1 litre yakıt ile 20 km hedefi belirlenebilir. Arabanın gerçekleşen yakıt tüketimi verilerini ise 1 er haftalık olarak kaydedilebilir. Böylece her bir 1 hafta süresince belirlenmiş hedefe göre daha iyi, daha kötü veya hedeflenen yakıt tüketimi ile aynı olup olmadığı görülebilir. Bu yönüyle incelendiğinde KPI'larla bir arabanın yakıt tüketimi ölçülebilir ve hedeflenen ile kıyaslama yapabilmek mümkün olabilir. Sağlık tesislerinde de mevcut hizmetlerin iyi örnekler ile kıyaslanması, hizmet süreçlerinin analizinin yapılarak en iyi hizmet uygulamalarını yaratmaya ve mevcut hizmetlerin izlenmesine yardımcı olan sistematik bir tesis iş verimliliği yönetim sürecinin oluşturulması oldukça önemlidir. Bu başlık altında yer alan çalışmalarda tesis yönetimi

firmasının kendi iç denetleme mekanizmasını dünyadaki iyi örneklerden yola çıkarak yeniden yapılandırması ve geliştirmesi daha iyi bir düzeye çıkartması oldukça önemlidir.

Akıllı bina sistemlerinin değerlendirilmesi; anket çalışmasındaki “Akıllı Bina Sistemlerinin Değerlendirilmesi” başlığı altında yer alan dört soruyu katılan hastane yöneticileri ve tesis firma yöneticileri tarafından değerlendirilmesi istenmiştir. “Akıllı Bina Sistemlerinin Değerlendirilmesi” başlığı altında katılımcılara sorulan “Hastanede hizmetlerin etkili bir şekilde algılanabilmesi, kontrolü ve izlenmesi için akıllı bina sistemleri kullanılmaktadır” sorusuna hastane yöneticilerinin cevapları incelendiğinde % 64,1’inin (% 0 + % 64,1) olumlu yanıt verirken tesis firma yöneticilerinin % 61,9’unun (% 23,8 + % 38,1) olumlu yanıt verdiği görülmektedir.

Bu başlık altında yer alan sorulara genel çerçevede bakıldığında tesis yönetimi firmasının hizmet sunumları kapsamında akıllı bina sistemlerinden yeteri kadar yararlandığı şeklinde yorum yapılabilmektedir. Fakat bu başlık altında yer alan soruların anket katılımcıları tarafından yanlış anlaşıldığı veya akıllı bina sistemleri hakkında yeterli düzeyde bilgi sahip olmadıkları için hali hazırda çalıştıkları sağlık tesis yönetimi kapsamında kullanılmayan yazılımların ve sistemlerin olduğunu zannederek olumlu cevaplar verdikleri gözlenmiştir.

Sağlık tesislerinin disiplinli bir yönetimle tasarımı, inşaatı ve işletilmesi tesisin sürdürülebildiğine önemli katkıda bulunacaktır. Teknoloji ve bilgi kapasitesinin çok hızlı gelişim gösterdiği görülmektedir. Bilişim teknolojileri (ICT) ve akıllı bina sistemlerinin uygulandığı tesislerde bu gelişmelerin her geçen gün daha fazla kullanılabilir bir konuma geldiği bir gerçekliktir. Sağlık tesislerinde tıbbi, elektronik ve teknolojik cihazların kullanımının artması, buna bağlı olarak yapay zekâ, nesnelerin interneti ve büyük veri uygulamaları tesisin çevrim içi ve dışı bağlantı akışını artırmaktadır.

Böylece ortaya çıkan akıllı binaları ve tesisleri gerçek zamanlı olarak izlemeye, anlamaya ve yöneterek tesislerin performanslarını arttırmak ve sürekliliğini sağlamak için gelişen teknolojiden yararlanılmaya çalışılmaktadır. Diğer tesislere göre bünyesinde benzersiz birçok özelliği ve teknolojik cihazları bir arada barındıran sağlık tesisleri, dijitalleşme ve

teknolojik gelişmelerden en çok etkilenecek ve fayda sağlayacak tesisler olarak ön plana çıkmaktadır. Sağlık tesis yönetimi gelişen teknolojik gelişmeleri kullanarak akıllı sağlık tesislerini (Smart HF) yaratabilir. Özellikle Endüstri 4.0'ın getirdiği ilave teknolojilerle birlikte, yapı bilgi modellemesi (BIM), küresel konumlandırma sistemleri (GPS), dijital ikiz (DT), nesnelerin interneti (IoT), büyük veri (BD), algılama teknolojileri (ST), sensörler ve otomatik algılama teknolojileri (AIT) gibi çeşitli bilgi iletişim teknolojilerinden (ICT) faydalanarak sağlık tesislerinin tüm faaliyetlerini, tesisteki tüm alanları ve sahip olduğu kullanılan bilgi iletişim teknolojileri sayesinde verilerin toplanarak bilgiye dönüşmesini, bu bilgiler ışığında politikaların şekillendirilmesi ve sağlık tesisine uyarlanması konusunda hayati öneme sahiptirler. Böylece sağlık tesis yönetimi, tesiste ortaya çıkabilecek hizmet ihtiyaçlarını ve cihaz arızalarına gecikmeden anında yanıt verebilir, reaktif davranışını gerçekleştirmiş olmaktadır. Sağlık tesis yönetimi dijitalleşmenin ve teknolojik gelişmelerin getirdiği kolaylıklar ile sağlık tesisindeki gelişen taleplerle mücadele ederken kısıtlı kaynak sorununun üstesinden de gelebileceği bir tesis çalışma ortamı yaratabilmektedir. Bu başlık altında gerçekleştirilen saha çalışmasında firmanın dünyadaki güncel gelişmeleri yeterli bir düzeyde takip etmediği ve teknolojilerden yararlanmadığı gözlemlenmektedir.

Eğitim ve mesleki gelişimin değerlendirilmesi; gerçekleştirilen çalışmada “Eğitim ve Mesleki Gelişimin Değerlendirilmesi” başlığı altında sorulan toplamda yedi soruyu farklı sayılarla çalışmaya katılımcı hastane yöneticileri, tesis firma yöneticileri ve tesis firma çalışanlarına yöneltilmiştir. Bu başlık altında katılımcılara yöneltilen “Tesis yönetimi, hizmet sunumlarının başarılı bir şekilde devamını sağlamak için tesis yönetimi personelinin ihtiyacı olan gerekli ve yeterli koşulların farkındadır” sorusuna tesis firma çalışanlarının % 77'sinin (% 20,1 + % 56,9) olumlu yanı verdiği görülmektedir.

Sağlık tesisinde hizmet veren tesis yönetim firmasının eğitim ve mesleki gelişim konusunda gerekli çalışmaları yaptığı anket katılımcılarının verdikleri cevaplardan anlaşılmaktadır. Sağlık tesis yönetiminin birbirinden farklı birçok disiplini bir arada tek bir çatıda harmanlandığı entegre bir organizasyondur. Sağlık tesis yönetimi firmalarının sosyal ve ekonomik hedeflerle sadece tesis binalarında bakım ve onarım faaliyeti yapmanın ötesine geçerek tıbbi ve medikal cihazlara yönelik alanlarda da yeterliliğe sahip

olmalıdır. Aynı zamanda faaliyette bulunduğu sağlık tesisindeki birçok tıbbi birim ile ortak bir çalışmayla operasyon faaliyetlerini gerçekleştirmektedir. Bunun bir sonucu olarak hizmet sunumlarını standartlar, yönetmelikler ve yasalara uyumlu yürütürken diğer taraftan da tıp bilimiyle ters düşmeyecek şekilde sürdürmek durumundadır. Yani sağlık tesis yönetimi organizasyonu en yüksek performans hedefiyle elindeki mevcut kaynakları kullanarak hizmet süreçlerini planlamalı, örgütlemeli, yönlendirmeli ve kontrollü bir şekilde en iyi koordinasyonu sağlamalıdır. Bunun sağlanabilmesi için tesis çalışanlarının kurumsal hedefleri öğrenmeli, eldeki mevcut kaynakları bilmeli, her düzeydeki çalışan görev çerçevesinde olan her hizmet sürecinin amacının ve tüm ayrıntılarının farkında olmalı, çalışanların kurumsal faaliyetlere katılımı sağlanmalı ve çeşitli şekillerde motive edilmelidirler. Tüm bunların yanında gelişen ve değişen sağlık tesis hizmetleri çerçevesinde tesis çalışanları belirli periyodlar ile uygulamalı bir şekilde hizmet içi eğitim faaliyetleri ile kişisel gelişimleri sağlanmalıdır. Yani sağlık tesis yönetimi bu entegre yapının sürekliliği sağlayabilmek amacıyla her düzey çalışanına yönelik hizmet içi eğitim verebilecek etkinlikleri düzenlemelidir. Bunun için gerekli olan eğitimcilerin belirlenmesi noktasında bilinçli hareket etmelidir. Sağlık tesis yönetimi organizasyonuna değer katmak hedefiyle çalışanların sürekli bir şekilde gelişiminin sağlanması oldukça önemlidir. Firmanın sağlık tesis yönetimi organizasyonuna değer katmak hedefiyle çalışanların sürekli gelişimine katkı sağlanması, eğitim faaliyetlerinin güncellenmesi ve çeşitlendirilmesi gerekmektedir.

Hastane bilgi teknolojileri kullanımının değerlendirilmesi; saha anket çalışmasında “Hastane Bilgi Teknolojileri Kullanımının Değerlendirilmesi” başlığı altında yer alan dört soru hastane yöneticileri, tesis firma yöneticileri, hastane çalışanları ve tesis firma çalışanlarına sorulmuştur. Bu başlık altında katılımcılara yöneltilen “Bilgi teknolojileri kullanımı çalışanların iş süreçlerinin iyileştirilmesine ve hastalara daha hızlı/kaliteli hizmet vermemize yardımcı olmaktadır” sorusuna tesis firma çalışanlarının % 80,4’ünün (% 40,5 + % 39,9) olumlu ve hastane çalışanlarının da % 65,9’unun (% 20,7 + % 45,2) olumlu yanıt verdikleri görülmektedir. Aynı başlık altında sorulan “Kullanılan bilgi teknolojileri bölümler arası hızlı iletişim kurmaya ve koordineli çalışma imkânı sağlamaktadır” sorusuna hastane çalışanlarının % 64,7’sinin (% 22 + % 42,7) olumlu ve tesis firma çalışanlarının ise % 77,8’inin (% 38,1 + % 39,7) olumlu yanıt verdikleri görülmektedir.

Ankara Bilkent Şehir Hastanesi'nde kullanılan hastane bilgi teknolojilerinin kullanılmasının, tesis hizmetlerinin koordinasyonu ile birlikte iletişimi de en üst seviyeye çıkarttığı ve bunun sonucunda bürokratik işlemlerin azaldığı, tesis hizmetlerinin daha hızlı sunulduğu şeklinde değerlendirme yapılması mümkün görülmektedir. Sağlık tesis yönetiminin tesis hizmetleri esnasında karşılabileceği zorlukların üstesinden gelebilmesindeki kullanılacak araçlardan birisi de teknolojik gereçler ve bu gereçlerin birbirleriyle uyumlu bir şekilde sağlık tesislerinde kullanılmasıdır. Sağlık tesislerinde yetersiz bilgi yönetimi; yetersiz, uygunsuz, tutarsız, geç veya problemlerin bir kombinasyonun bir sonucu olarak hizmet süreçlerinde yetersiz koordinasyonun meydana gelmesine neden olabilir. Binalardaki ve tesislerdeki yönetim ile işletme sorunlarını çözebilmek adına yenilikçi iletişim teknolojik gereçleri geliştirilmekte ve birbirleriyle uyumlu bir şekilde çalışmaları amaçlanmaktadır. Sağlık tesislerinde etkin bir bilgi yönetiminin var olması, bir sanienin bile insan hayatı için önem arz ettiği sağlık tesislerinde iletişimin geliştirilmesi, tesisin etkin ve verimli bir şekilde yönetilebilmesi ve sürdürülebilir bir başarının sağlanabilmesinde kilit faktörlerden birisidir. Başlık çerçevesinde firma, günümüzde teknolojinin oldukça hızlı geliştiği anlayışıyla güncel teknolojiler aynı paralellikle takip edilmeli ve tesiste katkı vereceği düşünülen yeni/güncel teknolojiler vakit kaybedilmeden kullanılmalıdır.

Sterilizasyon ve dezenfeksiyon hizmetlerinin değerlendirilmesi; Ankara Bilkent Şehir Hastanesi'nde gerçekleştirilen çalışmada “Sterilizasyon ve Dezenfeksiyon Hizmetlerinin Değerlendirilmesi” başlığı altında sorulan beş soruyu ankete katılımcı hastane yöneticileri, tesis firma yöneticileri, hastane çalışanları ve tesis firma çalışanlarına yöneltilmiştir. Bu başlık altında yöneltilen “Kullanılan tıbbi cihaz ve aletlerin sterilizasyonu düzenli ve güvenilir olarak yapılmaktadır” sorusuna tesis yönetim firmasının müşterilerinden olan hastane çalışanlarının % 57,3'ünün (% 14 + % 43,3) olumlu ve hastane yöneticilerinin ise % 46,2'sinin (% 7,7 + % 38,5) olumlu yanıt vermişlerdir. Bu başlık altında yöneltilen “Covid-19 ve diğer bulaşıcı hastalıkların önlenmesi için yeterli tedbirler hızlıca alınmaktadır” sorusuna hastane çalışanlarının % 71,3'ünün (% 14 + % 57,3) olumlu ile hastane yöneticilerinin ise % 76,9'unun (% 15,4 + % 61,5) olumlu yanıt verdikleri görülmektedir. Aynı başlık altındaki “Hastanedeki steril

alanlar yeterlidir” sorusuna hastane çalışanlarının % 39,8’inin (% 7,3 + % 32,5) olumlu ve hastane yöneticilerinin ise % 59’unun (% 10,3 + % 48,7) olumlu yanıt vermişlerdir.

Bilkent Şehir Hastanesi’ndeki anket çalışmasının “Sterilizasyon ve Dezenfeksiyon Hizmetlerinin Değerlendirilmesi” başlığı altındaki hizmetlerin ankete katılan tüm temel paydaşlar tarafından yüksek oranda kabul gördüğü anket sonuçlarından yorumlanabilmektedir. Sağlık tesislerindeki sterilizasyon ve dezenfektasyon hizmetleri ön planda olmamasına karşın tesisteki entegre işleyişin sürekliliğinin sağlanabilmesi açısından en önemli hizmet başlıklarından birisi olarak çıkmaktadır. Bu çerçevede sağlık tesisinde bulunan aletlerin kullanım alanlarından transferi, dekontaminasyon ve ön temizlik, bakım alanına taşınması, kontrolü ve bakımı, paketlenmesi, steril edilmesi, depolanmasına kadar geçen kullanım süreci içerisi de sterilliğin korunarak saklanması basamaklarının tümünü içeren işlemler dizisine sterilizasyon hizmeti denilmektedir. Burada temel amaç sterilize edilen malzemenin dış ortamla ilgisinin kesilerek mikroorganizmalar ile yeniden kontamine olmamasını sağlamaktır. Fiziksel, gaz buharları ve kimyasal ajan yöntemleri olmak üzere sterilizasyon üç farklı şekilde yapılabilmektedir. Sterilizasyon uygulamalarının sağlık tesislerinde her bir aşamasının doğru olarak yapılıp yapılmadığından emin olunması son derece önemlidir. Sterilizasyonun en kesin kontrol şekli, sterilize edilen araç ve gereçlerden mikrobiyolojik örnekler alınarak yapılan kontrollerdir. Ancak bu işlemlerin zaman alıcı olması sebebiyle pratik kabul edilmemektedir. Bunun yerine etkin sterilizasyon işlemleri fiziksel, kimyasal ve biyolojik testlerle gerçekleştirilmektedir.

Sağlık tesislerinde gerçekleştirilen dezenfeksiyon yöntemleri ve uygulamaları da oldukça önemlidir. Sağlık tesislerinde yapılan dezenfeksiyon işlemleri, nesnelerin yüzeyinden zararlı mikroorganizmaları uzaklaştırmak amacıyla yapılan dekontaminasyon işlemidir. Dezenfeksiyon işlemleri fiziksel (ısı) ile dezenfeksiyon ve kimyasal maddeler (dezenfektan ve antiseptik) ile gerçekleştirilen dezenfeksiyon şeklinde yapılmaktadır. Bu başlık çerçevesinde gerçekleştirilen başarılı hizmetin seviyesinin daha iyi düzeye çıkartılabilmesi için sürekli hizmet içi eğitim verilmesi ve çalışan personelin motive edilmesi gerekmektedir.

Hastanenin fiziksel koşullarının ve çevre bakımının değerlendirilmesi; saha çalışmasında “Hastanenin Fiziksel Koşullarının ve Çevre Bakımının Değerlendirilmesi” başlığı altında yer alan toplamda on iki soruyu değişken bir sayıda anketimize katılımcı olan yatan hastalar ve refakatçiler, hastane yöneticileri, tesis firma yöneticileri, hastane çalışanları ve tesis firma çalışanlarına sorulmuştur. Başlık altında katılımcılara yöneltilen “Hastanenin yataklı tedavi bölümleri kalmak için uygun konfordadır” sorusuna katılımcı olan yatan hastalar ve refakatçilerinin % 75,3’ünün (% 24,4 + % 50,9) olumlu yanıt vermiştir. Başlık altında yer alan “Hastanenin bekleme ve dinlenme ortamı yeterli/uygundur” sorusuna yatan hastalar ve refakatçilerinin % 63,1’inin (% 20,6 + % 42,5) olumlu yanıt verdiği görülmektedir. Yine aynı başlık altında yer alan “Yapısal aksaklıklarının onarım ve bakım işleri derhal/hemen yapılmaktadır” sorusuna ankete katılan hastane çalışanlarının % 70,5’inin (% 12,4 + % 58,1) olumlu cevap verdiği görülmektedir.

Anket başlığı altındaki soruları değerlendirildiğinde Ankara Bilkent Şehir Hastanesi’nin fiziksel koşullarının ve bakım faaliyetlerinin katılımcı olan tüm gruplar tarafından yüksek oranda olumlu karşılandığı görülmektedir. Sağlık tesisinin oldukça yakın bir tarihte hizmete alınması sebebiyle yıpranma ve eskimelerin henüz başlamamış olması, yeni ihtiyaçlara göre oluşabilecek büyük eksikliklerin henüz saptanmaması sebebiyle anket katılımcıların yüksek oranda olumlu değerlendirmede bulunmaları anlaşılabilir bir durum olarak dikkate alınmaktadır. Tesisin işletme sürecinde yeni ihtiyaçların ve sorunların ortaya çıkması sonucunda ihtiyaçlara cevap verilebilmesinde hem tesisin fiziksel koşulları önem kazanacak hem de tesis yönetiminin değişim yönetimi kapsamında ve stratejik/tesis planlamasının başarısı önem kazanacaktır.

Tıbbi ekipman ve cihazların bakımının değerlendirilmesi; anket çalışmasındaki “Tıbbi Ekipman ve Cihazların Bakımının Değerlendirilmesi” başlığı altında yer alan dört soruyu çalışmaya katılan hastane yöneticileri, tesis firma yöneticileri, hastane çalışanları ve tesis firma çalışanlarına sorulmuştur. Bu başlık altında katılımcılara yöneltilen “Tıbbi hassas ayarlı ekipmanlar ve cihazlar sorunsuz çalışır ve önleyici/rutin bakımları zamanında yapılmaktadır” sorusuna hastane çalışanlarının % 58,1’inin (% 10,5 + % 47,6) olumlu yanıt vermiştir. Hastane yöneticilerinde ise % 51,3’ünün (% 2,6 + % 48,7) olumlu yanıt

vermişlerdir. Aynı soruya tesis yöneticilerinin % 69'unun (% 23,8 + % 45,2) olumlu yanıt verdikleri görülmektedir. Aynı başlık altında sorulan "Tıbbi ekipmanlar ve cihazların tamir ve bakımları esnasında yeterli ikame cihaz bulunmaktadır" sorusuna katılımcı olan hastane çalışanlarının % 47,8'sinin (% 7,5 + % 40,3) olumlu, % 28,3'ünün (% 25,5 + % 3) olumsuz yanıt verirken aynı soruya hastane yöneticilerinin % 43,6'sının (% 28,2 + % 15,4) olumsuz yanıt verdiği görülmektedir.

Sağlık tesis yönetimi firmasının hizmeti kapsamında bulunan tıbbi ekipman ve cihazların kullanımı ve bakımlarının anket katılımcıları tarafından olumlu değerlendirildiği gözlenmektedir. Ancak hastane yöneticilerinin aynı sorulara verdikleri yanıtlar incelendiğinde ise tesis firmasının hizmeti kapsamında yer alan tıbbi ekipman ve cihazların kullanım sürelerine bağlı olarak zamanla ortaya çıkabilecek veya oluşabilecek kesintilerin giderilmesine yönelik eksikliklere atıflar dikkat çekmektedir. Tıbbi ekipman ve cihazlarda meydana gelebilecek arıza, bakım ve onarım durumlarında bu ekipman ve cihazların tesisteki hizmetlerin kesintiye uğramadan devamlılığının sağlanabilmesi için yerlerine ikamelerinin yeterli olmadığı gözlemlenmektedir. Tesiste yaşanan ve yaşanabilecek acil durumlar veya sıradan arızalar için daha fazla/yeterli sayıda yedek ekipman/cihazların hazır bulundurulması gerekmektedir.

Tesis cihazlarının (elektromekanik, iklimlendirme ve genel amaçlı cihazlar) ve tesisin ortak bakımının değerlendirilmesi; Ankara Bilkent Şehir Hastanesi'nde gerçekleştirilen çalışmada "Tesis Cihazlarının (elektromekanik, iklimlendirme ve genel amaçlı cihazlar) ve Tesisin Ortak Bakımının Değerlendirilmesi" başlığı altında sorulan yedi soruyu ankete katılımcı hastane yöneticileri, tesis firma yöneticileri, hastane çalışanları ve tesis firma çalışanlarına yöneltilmiştir. Bu anket başlığı altında katılımcılara sorulan "Kullanılan cihazlar sorunsuz çalışır ve önleyici/rutin bakımları zamanında yapılmaktadır" sorusuna hastane çalışanlarının % 47'sinin (% 2,4 + % 44,6) olumlu, hastane yöneticilerinin % 35,9'unun (% 5,1 + % 30,8) olumlu ve tesis çalışanlarının ise % 63,5'inin (% 22,2 + % 41,3) olumlu yanıt verdikleri görülmektedir. Bu başlık altında yöneltilen "Arızalar (elektrik, su, doğalgaz, kanalizasyon, telekom, vb.) hızlı/derhal giderilmektedir" sorusuna hastane yöneticilerinin % 41'inin (% 35,9 + % 5,1) olumsuz yanıt verdikleri görülmektedir. Yine aynı başlık altında sorulan "Yeterli teknik personel çalışmaktadır"

sorusuna hastane çalışanlarının % 30,9'unun (% 26,9 + % 4) olumsuz, hastane yöneticilerinin % 23'ünün (% 17,9 + % 5,1) olumsuz yanıt verdikleri görülmektedir.

Sağlık tesis yönetimi firmasının sorumlu altında yer alan elektromekanik, iklimlendirme ve genel amaçlı cihazların ve tesisin ortak bakım faaliyetlerinin sistemli bir şekilde yapıldığına yönelik ankete katılan paydaşların olumlu görüş beyan ettikleri anlaşılmaktadır. Tesisin bir sağlık tesisi olduğu gerçeğinden hareketle bu kritik hizmet faaliyetlerinin aksatılmadan, sürekli periyodik gözlemlenmesi, denenmesi ve bakım faaliyetlerinin aksatılmadan gerçekleştirilmesi önem arz etmektedir.

Mefruşat hizmetlerinin değerlendirilmesi; gerçekleştirilen saha çalışmasındaki “Mefruşat Hizmetlerinin Değerlendirilmesi” başlığı altında yer alan üç soruyu anketimize katılan hastane yöneticileri, tesis firma yöneticileri, hastane çalışanları ve tesis firma çalışanlarına sorulmuştur. “Mefruşat Hizmetlerinin Değerlendirilmesi” başlığı altında katılımcılara yöneltilen “Mobilya/mefruşatların bakım ve onarı düzenli yapılmaktadır” sorusuna hastane yöneticilerinin % 56,4'ünün (% 38,5 + % 17,9) olumsuz yanıt verdikleri görülmektedir. Yine aynı başlık altında katılımcılara yöneltilen “Mobilya/mefruşatların gerekli durumlarda değişimi hızlı yapılmaktadır” sorusuna hastane yöneticilerinin % 53,8'inin (% 35,9 + % 17,9) olumsuz ve hastane çalışanlarında ise % 39,8'inin (% 36,8 + % 3) olumsuz yanıt verdikleri görülmektedir.

Sağlık tesis yönetimi firmasının kapsamı altında olan mefruşat hizmetlerinin hastane yöneticileri ve hastane çalışanları açısından olumsuz değerlendirildiği görülmektedir. Bu çerçevede tesis yönetim firmasının tesisteki mobilya ve mefruşat hizmetlerinde gerekli hassasiyet ve önemi vermedikleri kanaati ortaya çıkmaktadır. Tesis yönetim firmasındaki hizmet içi eğitim kabiliyetindeki aksamaların, tesis çalışanlarındaki liyakatin ve iş performanslarının yükseltilmesinde eksikliklerin giderilmesine yönelik çalışmanın önemini ortaya çıkmaktadır. Mefruşat Hizmetleri kapsamında verilen hizmetlerin firma tarafından ivedilikle gözden geçirilmesi, yeniden planlanarak güncellenmesi ve iyileştirilmesi gerekmektedir.

Otopark ve güvenlik hizmet koşulları değerlendirmesi; gerçekleştirilen anket çalışmasında “Otopark ve Güvenlik Hizmet Koşulları Değerlendirmesi” başlığı altında altı soru ankete katılımcı olan yatan hastalar ve refakatçilere, hastane yöneticileri, tesis firma yöneticileri, hastane çalışanları ve tesis firma çalışanlarına sorulmuştur. Bu başlık altında anket katılımcılarına yöneltilen “Yeterli güvenlik personelinin varlığı kendimi güvende hissettiriyor” sorusuna hastane yöneticilerinin % 51,3’ünün (% 35,9 + % 15,4) olumsuz yanıt verdiği görülmektedir. Aynı başlık altında katılımcılara yöneltilen “Açık/kapalı otopark alanı yeterlidir” sorusuna hastane çalışanlarının % 43,3’ünün (% 14 + % 29,3) olumsuz ve hastane yöneticilerinin % 61,5’inin (% 20,5 + % 41) olumsuz yanıt verdikleri görülmektedir. Yine aynı başlık altında katılımcılara yönlendirilen “Güvenlik levhaları yeterli ve görünürdür” sorusuna yatan hastalar ve refakatçilerinin % 59,6’sının (% 10,8 + % 48,8) olumlu yanıt verdikleri görülmektedir.

Sağlık tesisinde bu başlık altında katılımcılara yöneltilen sorulara verilen cevaplar incelendiğinde; tesisindeki otopark alanlarından hoşnutsuzluğun üst düzeyde olduğu gözlemlenmektedir. Ayrıca hastane genelindeki güvenlik hizmetlerinin yetersizliği hastane yöneticilerinin anket sorularına verdikleri cevaplarda da anlaşılmaktadır. Psikolojik bir varlık olan insanın kendini güvende hissetmesi sağlıklı bir birey olması açısından önemlidir. İnsanoğlu kendini güvende hissedebilmek noktasında çeşitli tedbirler alır. Bir arada yaşamaya başlayan insanoğlunda güvenliğini sağlama görevi bir sistem olarak gelişmiştir. Bu sistem içerisinde sağlık tesislerinde de insanın kendini güvende hissetmesine yönelik insanoğlu tarihine eş düzeydeki bilgi birikiminin kullanılarak oluşturulduğu yapılanma dikkat çekicidir. Özellikle sağlık tesislerinde duygularını kontrol etmekte zorluk çeken insanın hem kendisine hem de sağlık tesisinde bulunan diğer paydaşlara karşı saldırgan tutumları engellemeye yönelik olarak önlemler alınmıştır. Beyaz kod uygulaması da bu çerçevede en dikkat çekici uygulamalardan biri olarak ortaya çıkmaktadır.

Sağlık hizmetlerinin verildiği alanlarda güvenlik hizmetlerinin temel amacı; kurumsal hedeflerin, politikaların ve kuralların yasal düzenlemeler doğrultusunda hizmetlerin kesintisiz gerçekleştirilmesidir. Bu kapsamda sağlık hizmetlerinin verildiği kurumlarda bir taraftan hizmet veren çalışanların diğer taraftan ise hizmet alan hastaların ve

refakatçilerinin güven içerisinde hizmet almaları için güvenli bir ortam oluşturulmaya çalışılmaktadır. Ancak bu güvenlik anlayışının saha çalışması yaptığımız Ankara Bilkent Şehir Hastanesi örneğinde de görüleceği gibi özellikle hastane yöneticileri tarafından yetersiz olarak algılanması dikkat çekicidir. Dolayısıyla bu alanda hem sağlık tesisi çalışanlarının hem de sağlık tesisinden hizmet alan hasta ve refakatçilerin güncel şartlara göre yeniden yapılandırılması gerekliliği ortaya çıkmaktadır. Firma tarafından, otopark alanlarının ivedilikle yeterli seviyede yeniden düzenlenmesi, güvenlik tedbirlerinin ve anlayışının güncel şartlara göre yeniden yapılandırılması ve güvenlik personel sayısının artırılması gerekliliği ortaya çıkmaktadır.

Taşıma hizmetleri değerlendirmesi; anket çalışmasındaki “Taşıma Hizmetleri Değerlendirmesi” başlığı altında yer alan beş soruyu farklı sayılarda yatan hastalar ve refakatçilere, hastane yöneticileri, tesis firma yöneticileri, hastane çalışanları ve tesis firma çalışanlarına sorulmuştur. Başlık altında katılımcılara yöneltilen “Hastane içi ulaşımı hızlı, kolay ve rahattır” sorusuna ankete katılan yatan hastalar ve refakatçilerinin % 51,2’sinin (% 8,1 + % 43,1) olumlu yanıt vermiştir. Aynı soruya hastane çalışanlarının % 55,1’inin (% 23,1 + % 32) olumsuz yanıt verdikleri görülmektedir. Aynı başlık altında sorulan “Hastaların taşınması/nakli için yeterli personel/taşıma aracı vardır” sorusuna hastane çalışanlarının % 56,9’unun (% 34,9 + % 22) olumsuz yanıt verdiği görülmektedir. Yine aynı başlık altında yer alan “Klinikler ile laboratuvarlar arası tıbbi taşıma hizmeti hızlı ve düzenli yapılmaktadır” sorusuna hastane çalışanlarının % 34,9’unun (% 19,6 + % 15,3) olumsuz yanıt vermiştir.

Tesis yönetim firmasının müşterisi olan ankete katılan grupların sorulara verdikleri cevaplar incelendiğinde tesis yönetimi firmasının hizmet kapsamında yer alan taşıma hizmetlerinde aksaklıkların yaşandığı dikkati çekmektedir. Ankara Bilkent Şehir Hastanesi 1.200.000 m² kapalı alan şeklinde faaliyetini sürdüren bir sağlık tesisidir. Dokuz ayrı hastane kulesinden oluşan ve birbiriyle bağlantısı olan böylesi büyük bir sağlık tesisinde tesis içi taşıma hizmetlerin çok iyi organize edilmesi gerekliliği vardır. Bu hizmetler kesintisiz bir şekilde hastane içinde sağlanmaktadır. Bu hizmetler hastanın sağlık tesisinden ayrıldığı son ana kadar verilmeye çalışılmaktadır. Bu kapsamda taşıma hizmetleri hastaların hastane kuleleri arasında ulaşimleri, muayene, radyoloji ve

laboratuvar hizmetlerinden yararlanmaları amacıyla kullanılmaktadır. Hastane içi hasta taşıma hizmetlerinin büyük bir kısmı elektrikli golf araçlarıyla yapılmakta, ihtiyacı olan hastalar için tekerlekli sandalye gibi çeşitli hizmetler de verilmektedir. Bu her iki hizmetinde yetersiz olduğu ve çeşitli aksamalar yaşandığı gözlenmektedir. Hastane çalışanları ise tıbbi poliklinikler arasında hasta taşıma hizmetlerinde aksamalar meydana geldiğini belirtmektedir. Bu hizmetlerin daha kapsayıcı, kesintisiz ve paydaşları tatmin edici düzeyde yeniden planlanması ve uygulanması gerekliliği görülmektedir.

Haşere kontrolü hizmetinin değerlendirilmesi; gerçekleştirilen çalışmada “Haşere Kontrolü Hizmetinin Değerlendirilmesi” başlığı altında sorulan üç soruyu ankete katılımcı hastane yöneticileri, tesis firma yöneticileri, hastane çalışanları ve tesis firma çalışanlarına yöneltilmiştir. Bu anket başlığı altında katılımcılara sorulan “Tüm alanlarda ilaçlama hizmetleri uzman ekipler tarafından düzenli yapılmaktadır” sorusuna hastane çalışanlarının % 48,7’sinin (% 7,3 + % 41,4) olumlu yanıt verdiği görülmektedir.

Tesis yönetiminin gerçekleştirdiği haşere kontrol hizmetlerinin ankete katılan tüm gruplar açısından yüksek oranda olumlu karşılandığı görülmektedir. Sağlık tesisinde bulunan hasta ve refakatçiler ile diğer paydaşların sağlıklı ve güvenli bir ortamda olmalarını sağlamak amacıyla tesiste bulunabilecek soğukkanlı zararlılar (hamamböceği, bit, tahta kurusu, güve, vb.) ve sıcakkanlı zararlılar (fare, sıçan, kemirgenlerle, gübresiyle zararlı kuş, vb.) ile en güncel ve teknik yöntemlerle mücadele edilmesi önemlidir. Ayrıca tesisteki gıda, ekipman ve cihazların korunarak zarar görmemelerini sağlamak amacıyla tedbirler alınmalıdır. Bu mücadele çalışması süresince suda ve toprakta kolayca çözünebilen teknik ve ilaçların kullanılması çevre sağlığı ve ekolojik denge açısından önem arz etmektedir. Bu başlık kapsamında memnuniyet düzeyi oldukça yüksek olan hizmetin kesintisiz bir şekilde hizmet düzeyi düşürülmeden devam ettirilmesi amacıyla hizmet içi eğitimlilerinin titizlikle devam ettirilmesi ve gelişen teknolojik gelişmelerden faydalanılması oldukça önemlidir.

Çamaşır hizmetlerinin değerlendirilmesi; Ankara Bilkent Şehir Hastanesi’nde yapılan anket çalışmasındaki “Çamaşır Hizmetlerinin Değerlendirilmesi” başlığı altında yer alan dört soruyu farklı sayılarda yatan hastalar ve refakatçilere, hastane yöneticileri, tesis firma

yöneticileri, hastane çalışanları ve tesis firma çalışanlarına sorulmuştur. “Çamaşır Hizmetlerinin Değerlendirilmesi” başlığı altında katılımcılara yöneltilen “Tüm tekstil ürünleri temiz, lekesiz, sağlam ve ütülüdür” sorusuna hastane çalışanlarının % 42,7’sinin (% 14,5 + % 28,2) olumsuz yanıt verdikleri görülmekte olup, başlık altında yer alan “Çamaşırhane hizmetlerinden memnunum” sorusuna yanıt veren hastane çalışanlarının % 48,4’ünün (% 20,2 + % 28,2) olumsuz yanıt verdikleri görülmektedir. Aynı başlık altındaki “Hastane personelinin giydiği kıyafetler temiz ve ütülüdür” sorusuna yanıt ver hastane yöneticilerinin % 61,5’inin (% 0 + % 61,5) olumlu yanıt verdikleri görülmektedir.

Sağlık tesis yönetimi hizmeti kapsamında yer alan çamaşır hizmetleri ankete katılan temel paydaşlar tarafından değerlendirilmiştir. Genel olarak değerlendirildiğinde bu hizmetten memnuniyet düzeyinin standartlar seviyesinde olduğu anlaşılmakla birlikte aksayan yönlerinin de var olduğu anlaşılmaktadır. Bu kapsamda verilen hizmet sağlık tesisindeki enfeksiyon kontrolünün sağlanması ve hijyenik bir ortamın oluşturulması amacıyla yapılmaktadır. Bu nedenle tesiste kullanılan tüm tekstil ürünlerinin temizliğine dikkat edilmesi gerekmektedir. Kullanılan ve kirli olarak kabul edilen tekstil ürünlerinin uygun şartlarda toplanması, taşınması, ayrıştırılması, yıkanması, kurutulmasının ardından bu ürünlerin tasnif edilerek ütülenmesi, depolanması ve uygun birimlere dağıtılması önem arz etmektedir. Ayrıca bir kısım tekstil ürünlerinin imha edilmesi işi yapılmaktadır. Bu hizmetlerin verileceği çamaşırhanelerin fiziksel yapısının ve cihaz ile ekipmanlarının uygun koşullarda ve şartlarda gerçekleştirilmesi sağlanmalıdır. Bu başlık çerçevesinde verilen hizmetin daha iyi bir seviyede gerçekleştirilebilmesi hedefiyle mevcut durumun gözlemlenmesi, yeniden planlanması ve uygulanması gerekmektedir.

Genel temizlik işlerinin değerlendirilmesi; saha araştırmasındaki “Genel Temizlik İşlerinin Değerlendirilmesi” başlığı altında sorulan altı soruyu farklı sayılarda ankete katılımcı olan yatan hastalar ve refakatçiler, hastane yöneticileri, tesis firma yöneticileri, hastane çalışanları ve tesis firma çalışanlarına yöneltilmiştir. Bu anket başlığı altında katılımcılara sorulan “Yataklı servisleri düzenli temizleniyordu” sorusuna hastane çalışanlarının % 60,3’ünün (% 6,5 + % 53,8) olumlu yanıt verdiği görülmektedir. Aynı başlık altında yer alan “Hastanede rahatsız edici koku yoktur” sorusuna yanıt veren yatan hastalar ve refakatçilerinin % 81,9’unun (% 22,8 + % 59,1) olumlu yanıt verdikleri

görülmektedir. Yine bu başlık altındaki “Genel temizlikte çalışan personel başka işlerde çalışmamaktadır” sorusuna yanıt veren hastane çalışanlarının % 42,2’sinin (% 21 + % 21,2) olumsuz yanıt verdikleri görülmektedir.

Sağlık tesisindeki genel temizlik işlerine yönelik anket sorularına paydaşların verdikleri cevaplar değerlendirildiğinde tesis yönetimi firmasının genel temizlik işlerinde başarılı olduğu anlaşılmaktadır. Fakat anket sonuçları yorumlandığında bu hizmetlerin verilmesi esnasında çalıştırılan elemanların yetersiz olduğu izlenimi ortaya çıkmaktadır. Ayrıca bu yetersiz kabul edilen elemanların tesis hizmetlerinin diğer alanlarında da çalıştırıldıkları, birçok tesis çalışanının asli görevinin yanında verilen ek görevleri de yaptığı anket sonuçlarının yorumlanmasından anlaşılmaktadır. Sağlık tesisleri birçok disiplinin bir arada yer aldığı entegre bir tesis olmasından ötürü, görev dağılımlarının ve sorumluluklarının belirlenerek yönetilebileceği dünyadaki mevcut diğer uygulamalardan da anlaşılmaktadır. Bu kapsamda sorumluluk alanları belirlenmiş elemanların sorumluluk alanları dışında çalıştırılması kendi asli görevlerini ve verilen ek görevleri layığı ile gerçekleştirmemesine neden olabilmektedir. Bu durum entegre sağlık tesisinin birbirine bağlı hizmet süreçlerinin kesintiye uğramasına ve genel sağlık hizmetlerinde aksamalara yol açabilmektedir. Tesis yönetim firmasının hem genel temizlik işleri kapsamında hem de diğer başlıklar altına verilen hizmetlerde çalışanlarının görev ve sorumluluklarını belirlemesi ve her bir çalışanının yapacağı hizmeti özelleştirilmesi gerekmektedir.

Yemek hizmet koşullarının değerlendirilmesi; Ankara Bilkent Şehir Hastanesi’nde yapılan anket çalışmasındaki “Yemek Hizmet Koşullarının Değerlendirilmesi” başlığı altında yer alan yedi soru farklı sayılarda çalışmaya katılan yatan hastalar ve refakatçilere, hastane yöneticileri, tesis firma yöneticileri, hastane çalışanları ve tesis firma çalışanlarına yöneltilmiştir. Bu anket başlığı altında katılımcılara sorulan “Yataklı servisin yemekleri zamanında dağıtıldı ve toplandı” sorusuna ankete katılan yatan hastalar ve refakatçilerinin % 68,3’ünün (% 18,4+% 49,9) olumlu yanıt vermektedir. Aynı başlık altından yer alan “Yemekhane yemek miktarı/çeşitleri yeterli, kaliteli ve lezzetlidir” sorusuna anket katılımcısı hastane çalışanlarının % 64’ünün (% 23,4+% 40,6) olumsuz ve tesis çalışanlarının % 53’ünün (% 19,3+% 33,7) olumsuz yanıt verdiği görülmektedir. Yine aynı başlık altındaki “Yemekhane yöneticisi ve çalışanları yapılan

talep ve eleştirilere dikkat etmektedir” sorusuna hastane çalışanlarının % 47,3’ünün (% 17,5+% 29,8) olumsuz ve ankete katılan tesis çalışanlarının ise % 54,6’sının (% 27,4+% 27,2) olumsuz yanıt verdikleri görülmektedir.

Bilkent Şehir Hastanesi’nin yemekhane hizmet koşullarının ankete katılan tüm katılımcılar tarafından olumsuz olarak değerlendirdikleri görülmektedir. Sağlık tesislerinde çalışanlar ile hasta ve refakatçilerine yemek hizmeti verilmektedir. Bu hizmet üç öğün olmanın yanında vardiya usulü ile çalışanların yemek ihtiyaçlarını karşılama şeklinde gerçekleştirilmektedir. Birçok sağlık tesisinde yemek hizmetleri dış kaynak üzerinden sağlamaktadır. Sağlık tesislerinde haftanın 7 günü farklı diyet çeşitlerine göre yemek menüleri gıda mühendisi ve diyetisyenlerin kontrolünde belirlenmektedir. Sağlık tesisleri arasında yer alan hastanelerde hizmet kalite standartlarına (mutfakta yemek hazırlama ve yıkama yerlerinin ayrı olması, yiyecek depolarının ısı, ışık ve nem kontrollerinin yapılması, mutfak personelinin koruyucu ekipmanları uygun şekilde kullanması, mutfak ortamının hijyenik şartlarda yıkanma ve dezenfeksiyona elverişli olması, vb.) uygun yemek hizmeti sağlanması hedeflenmektedir. Ancak yemek hizmeti sağlayan dış paydaşın yemekhanede veya ilgili birimde hizmet sunumu esnasında uygun sıcaklık şartlarını sağlayamaması, kalitesiz malzeme kullanımı, servis elemanlarının yetersizliği, yemek yenilen alanların uygun koşullarının sağlanamaması, servis arabaları ile yatan hastaların katlarına ulaşımındaki sürelerin uzunluğu gibi farklı nedenlerin sonucu olarak olumsuzlar ortaya çıkarmaktadır. Bu başlık altında verilen hizmetler özelinde tüm paydaşların ortak olarak memnun olmadı yemek hizmetlerinin ivedilikle tümüyle gözden geçirilmesi ve yeniden yapılandırılması gerekmektedir

Atık bertaraf yönetiminin değerlendirilmesi; Bilkent Şehir Hastanesi’nde yapılan anket çalışmasındaki “Atık Bertaraf Yönetiminin Değerlendirilmesi” başlığı altında yer alan beş soruyu ankete katılan hastane yöneticileri, tesis firma yöneticileri, hastane çalışanları ve tesis firma çalışanlarına sorulmuştur. Bu başlık altında katılımcılara yöneltilen “Tıbbi atıklar sınıflarına göre uygun koşullarda ve dezenfektasyonu yapılarak uygun araçlar ile düzenli toplanmaktadır” sorusuna hastane yöneticilerinin % 76,9’unun (% 5,1+% 71,8) olumlu yanıt verdiği görülmektedir. Aynı başlık altında katılımcılara yöneltilen “Evsel

atıklar ile tıbbi atıklar ayrı ayrı toplanmaktadır” sorusuna hastane çalışanlarının % 85,2’sinin (% 14,8+% 70,4) olumlu yanıt verdiği görülmektedir.

Sağlık tesis yönetimi firmasının görev sorumluluğu altında gerçekleştirilen atık bertaraf yönetimi hizmeti, direkt müşterisi olan hastane yöneticileri ve hastane çalışanları bakımından anket sonuçları incelendiğinde yüksek oranda olumlu katılımın alındığı görülmektedir. Temelde atık kavramı; ürünlerin kullanılması sonrasında ekonomik değer ifade etmeyen kısımlarını oluşturmaktadır. Dünyada sanayileşmenin günden güne gelişmesine bağlı olarak insan sağlığını tehdit eden çevre sorunları hızla büyümektedir. Sanayileşmenin yaygın olduğu toplumlarda bilinçli ve bilinçsiz kaynak kullanımına bağlı olarak ortaya çıkan hızlı tüketim atık problemlerini de beraberinde getirmektedir. Bu kapsamda sağlık tesislerinin oluşturduğu ölüme varan risklere neden olabilecek tıbbi atıklar ile evsel atıklar en önemli çevresel tehdit unsurları arasında yer almaktadır. Sağlık tesislerinde ortaya çıkan tıbbi atık çeşitleri arasında; genel olarak enfeksiyon bulaştırma riski taşıyan enfekte atıkları; patoloji laboratuvarlarında işlem görmüş olan doku örnekleri, vücut parçaları, hayvanlardan veya insanlardan oluşan anatomik atıkları kapsayan patolojik atıklar; sıvı, katı ve gaz halinde olan atıkların üretim veya işlemleri sonucunda açığa çıkan veya atılan kısımları oluşturan kimyasal atıklar bulunmaktadır.

Tıbbi atıklar patojenik özellikleri sebebiyle meydana gelebilecek bulaşıcı hastalıkların nedenini oluşturma potansiyeline sahiptir. İnsan sağlığı açısından tıbbi atıkların oluşturduğu risklerin minimum düzeye indirilmesi, oluşabilecek ekonomik kayıpların ortadan kaldırılması amacıyla tıbbi atıkların ve evsel atıkların kaynağında ayrıştırılması ve uygun yöntemler ile toplanarak uygun şekilde bertaraf edilmesi gerekmektedir. Sağlık tesislerinde atık yönetiminde ortaya çıkabilecek olumsuzlukların nedenleri arasında; atık yönetimi hizmetinin gerekli hassasiyet içerisinde yapılmaması, yeterli eğitimi almamış personelin çalıştırılması, atıkları hiçbir işleme tabi tutulmadan depolanması ve tıbbi atık konusunda duyarsız paydaşların varlığı yer almaktadır.

Sağlık tesislerinde ortaya çıkan atıkların yönetilmesi çevre sağlığı için önem arz etmektedir. Atık yönetim ve bertarafı kapsamında meydana gelen atıkların kaynağında ayrıştırılarak toplanması, sınıflandırılması, kontrol edilmesi, ayrı bir alanda ayrı bir

şekilde depolanması, tesisten uygun şartlarda uzaklaştırılması ve imha edilmesi işlemleri gerçekleştirilmektedir. İyi bir atık bertaraf yönetimi sistemi ile tesis ekonomisi, insan sağlığı ve çevreye etkisinin en az seviye tutulması amaçlanmaktadır. Gerçekleştirilen bu başarılı hizmet başlığının hizmet seviyesinin daha iyi düzeye çıkartılabilmesi için hizmet içi eğitim sürekli verilmesi, güncel ekipmanların kullanımı ve çalışan personelin motive edilmesi gerekmektedir.

Konfor koşullarının değerlendirilmesi; saha çalışmasındaki “Konfor Koşullarının Değerlendirilmesi” başlığı altında yer alan beş soru anket katılımcısı olan yatan hastalar ve refakatçilere, hastane yöneticileri, tesis firma yöneticileri, hastane çalışanları ve tesis firma çalışanlarına sorulmuştur. “Konfor Koşullarının Değerlendirilmesi” başlığı altında yer alan “Hastane içi iklimlendirme (soğutma/ısıtma/havalandırma) koşulları yeterlidir” sorusuna hastane çalışanlarının % 53,8’inin (% 7+ % 46,8) olumlu yanıt verdiği görülmektedir. Aynı başlık altında yer alan “Banyo ve tuvaletlerdeki sıcak su yeterlidir” sorusuna katılımcı olan yatan hastalar ve refakatçilerinin % 84,6’sının (% 28,5+ % 56,1) olumlu yanıt verdikleri görülmektedir.

Tesis yönetiminin sorumluluğu altında yer alan konfor koşullarına yönelik çalışmaya katılan paydaşların yanıtları incelendiğinde olumlu cevaplar verdikleri izlenmektedir. Sağlık tesislerinde konfor koşulları dört ana başlık altında değerlendirilebilmektedir.

İç ortam sıcaklığı ve ısı konfor koşulları tesis yaşam alanlarında en önemli konfor unsurların başında yer almaktadır. Sağlık tesisinde yer alan paydaşlara göre ısı konfor koşulları farklılıklar gösterebilmektedir. Bu çerçevede ısı konfor şartı; 20 - 25°C arasında değişen iç ortam sıcaklığı ile % 50 bağıl nem olarak kabul edilmektedir. Diğer taraftan sağlık tesisinde yer alan bazı alanların (ameliyathaneler, yoğun bakım alanları, tıbbi laboratuvar ortamları, vb.) kendine has ısı konfor şartı gerektirmektedir.

İşitsel konfor unsuru içinde sağlık tesisindeki fiziksel alanların akustik sınırlar değerlerinin belirlenmesi, tesis içerisinde yer alan çalışma alanlarının iç akustik tasarımı, optimum malzeme seçimi ve çevresel gürültülerden minimum etkilenme koşullarının oluşturulması, tesis iç mekanlarının işitsel konfor oluşumunu sağlayabilecek şekilde ses

geçirgenliğini engellemeye yönelik malzeme seçimi ve tesis içerisinde sabitlenerek kullanılan mekanik cihaz ile ekipmanların oluşturacağı titreşimlerin tesisin yapısal elamanlarına aktarılmasını önleyici tedbirlerin alınmasını kapsamaktadır.

Gün ışığı ve doğal aydınlatma konfor unsuru sağlık tesislerinde gün ışığının yeterli kullanımı, yapay aydınlatma yeterliliği ve tesis içi uygun renk seçimleri olarak kabul edilmektedir. Tüm yapılarda olduğu gibi sağlık tesislerinin mimari planlanmasında da temel ışık kaynağı olarak günışığının en verimli şekilde kullanımına dikkat edilmesi gerekmektedir. Bu sayede bir taraftan sağlık tesisi paydaşlarının sağlığı ve eylemlerini destekleyen dinamik mekanlar oluşturulurken diğer taraftan da binanın enerji ihtiyacının azaltımı sağlanabilir. Teknolojik gelişmelere bağlı olarak bu gelişmeleri sağlamaya yönelik binaların doğal aydınlatma tasarımı çalışmaları gün geçtikçe artmaktadır. İç hacmin tasarımı esnasında sağlanacak günışığı aydınlık değerleri, bir taraftan sağlık tesisi kullanıcılarının rahat görmesini sağlarken diğer taraftan da yorgunluk veya oluşabilecek gerginlikler olmadan eylemlerin etkin ve verimli gerçekleştirilmesinde kolaylık sağlayabilir. Diğer taraftan ışık kaynakları ile tüm yüzeylerde karşılaşılabilecek yansımalarının hesaplanması sayesinde görsel konforu sağlayacak ortamlar oluşturulabilir. Tesisin mimari planlanması sürecinde değişiklik gösteren günışığından yararlanmak için güneşin konumu, saat, meteorolojik durum, tesis binalarının konumu, tesis binalarının yönelimi, pencere boyutları ve iç boya renk seçimleri gibi etkenlerin dikkate alınması etkin bir gün ışığı ve doğal aydınlatma konforunun oluşumuna etki edecek performans kriterleri arasında yer almaktadır.

İç hava kalitesi ve doğal havalandırma sağlık tesislerinde değerlendirilmesi gereken performans kriterleri arasında yer almaktadır. Bu kriter sağlık tesislerinde yer alan iç havanın kalitesi, doğal havalandırma düzeyi ve hissedilen koku durumu ile ifade edilmektedir. Sağlık tesislerinde kapalı/açık her türlü alanda ve havada değişkenlik gösterebilen yoğunlukta mikroorganizma ve virüsler bulunmaktadır. Sağlık tesislerinde bulunan tüm paydaşlar arasında bulaşıcı hastalık taşıyan veya bağışıklık sistemi zayıflamış bireyler yer almaktadır. Ayrıca tesis içerisinde yer alan ünitelerde gerçekleştirilen tıbbi işlemler, tedaviler veya müdahalelere bağlı gelişen rahatsız edici koku ve gazların ortaya çıkması olasıdır. Bundan dolayı tesis iç hava kalitesinin olası

risklerden arındırılması zorunluluğu oluşmaktadır. Yetersiz ve kalitesiz havalandırma sisteminin bir sonucu olarak küf, mantar sporları ve hastane kaynaklı hastalıklar meydana getirebilecek bakteriyel oluşumlarına zemin hazırlayabilir. Bunlara ek olarak sağlık tesislerindeki farklı alanlarda hijyenik nedenlerden ötürü farklı hava koşullarını sağlanmak zorundadır. Bu kapsamda ameliyathanelerde, tüp bebek ve yeni doğan ünitelerinde, laboratuvarlarda ve yoğun bakım alanlarında meydana gelebilecek hava kalitesinin yetersizliği veya sterilizasyon eksikliğinden kaynaklı riskleri önlemek için iç ortam hava temizlik kalitesinin önemini bilinmektedir. Bu nedenle sağlık tesislerindeki iç havalandırma kalitesini artırmaya yönelik olarak tasarım kriterleri önem arz etmektedir. Bu ortamın sağlanabilmesi amacıyla havalandırma sisteminin gerekli koşulları ve şartları sağlayacak özelliklerde olması zorunluluğu vardır. Bu başlık çerçevesinde gerçekleştirilen hizmetlerin memnuniyet düzeyinin azalmadan devam ettirilmesi ve daha iyi bir seviyeye çıkartılması hedefiyle hem tesisin fiziksel koşullarının en iyi şekilde korunması hem de cihaz ve ekipmanların en iyi performansla kesintisiz bir şekilde çalışmasının sağlanması gerekmektedir.

Tıbbi destek hizmetleri (laboratuvar, görüntüleme, fizik tedavi ve rehabilitasyon) koşullarının değerlendirilmesi; Ankara Bilkent Şehir Hastanesi'nde yapılan anket çalışmasındaki "Tıbbi Destek Hizmetleri Koşullarının Değerlendirilmesi" başlığı altında yer alan beş soruyu ankete katılan yatan hastalar ve refakatçilere sorulmuştur. Bu başlık altında yatan hastalar ve refakatçilere yöneltilen "Tıbbi destek hizmetlerinden memnun kaldım" sorusuna % 75,9'unun (% 23,6+% 52,3) olumlu yanıt verdikleri görülmektedir.

Sağlık tesis yönetimi firmasının görevleri arasında yer alan tıbbi destek hizmetleri bakımından anket sonuçları incelendiğinde yüksek oranda olumlu cevap verildiği görülmektedir. Sağlık tesislerinde verilen laboratuvar, görüntüleme, fizik tedavi ve rehabilitasyon gibi tıbbi destek hizmetleri başlığı altında tıbbi ekipmanların planlaması ve yürütülmesi faaliyetleri olarak tesis yönetiminin hizmet kapsamı altında yer almaktadır. Sağlık tesislerinde verilen tıbbi teşhis, tedavi ve takip aşamalarının her bir aşamasında tesis yönetimi çerçevesinde laboratuvar, görüntüleme, fizik tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerinden yararlanılmaktadır. Tıbbi destek hizmetleri aracılığıyla hastaların tıbbi teşhisinin doğru olması, uygulanan tedavinin ve tedavi takibinin her

aşamasında tıbbi birimlerin başarısına önemli katkıyı tesis yönetimi vermektedir. Bu çerçevede tıbbi destek hizmetleri en son teknolojik tıbbi ekipmanlar, cihazlar ve uygulamaları kullanabilen personellerle gerçekleştirilmesi önem arz etmektedir. Zira sağlık tesisinde hasta memnuniyeti ile başarının sağlanması bu sayede gerçekleştirilebilecektir. Gerçekleştirilen bu başarılı hizmetin hizmet seviyesinin daha iyi seviyelere çıkartılabilmesi amacıyla sürekli hizmet içi eğitim verilmesi, güncel teknolojik cihaz/ekipmanların kullanımı ve çalışan personelin motive edilmesi gerekmektedir.

Kayıt ve yönlendirme hizmetlerinin değerlendirmesi; bu çalışmasındaki “Kayıt ve Yönlendirme Hizmetlerinin Değerlendirmesi” başlığı altında yer alan altı soru anket katılımcısı olan yatan hastalar ve refakatçilere yöneltilmiştir. Bu başlık altında yer alan “Kayıt ve yönlendirme çalışanları nazik, saygılı, güven verici davranmaktadır” sorusuna yatan hastalar ve refakatçilerin % 77,8’inin (% 17,6+% 60,2) olumlu yanıt verildiği görülmektedir.

Ankara Bilkent Şehir Hastanesi’nde yürütülen saha çalışmasında tesis yönetimi firmasının kayıt ve yönlendirme hizmetleri hakkında yatan hastalar ve refakatçilerin olumlu yanıt verdikleri gözlemlenmektedir. Sağlık hizmetlerinde kalitenin artırması amacıyla hasta takiplerinin daha düzenli yapılması sağlık tesislerinde hasta memnuniyetinin devamlılığını sağlamak açısından gerekli olduğu gözlemlenmektedir. Diğer taraftan sağlık tesislerinin birincil müşterisi olan hastalar ile ziyaretçilerin tesise ilk girişlerinden itibaren güven verici ve güçlü bir iletişim kurulması ziyaretçilerin tesiste aldıkları hizmet memnuniyetini, hizmet kalite algılarını ve sağlık tesisinden genel memnuniyetlerini pozitif yönde etkilemektedir. Sağlık tesislerindeki hastaların ve refakatçilerin güler yüzle, nazik ve kibarca kabul işlemlerini gerçekleştirmeleri, muayene sonrası tedavi, tıbbi destek (laboratuvar, görüntüleme, vb.) ve yatış işlemlerinin yürütülmesi, hasta refakatçilerinin bilgilendirilmesi, engelli veya yardıma ihtiyacı olan hastalara tesis çalışanlarınca refakat edilmesi şeklinde gerçekleştirilen danışmanlık ve halkla ilişkiler hizmetleri oldukça önem arz etmektedir. Bu başarılı hizmetin daha iyi seviyelere çıkartılabilmesi için hizmet içi eğitim devam ettirilmesi ve çalışan personelin en iyi şekilde motivasyonun sağlanması gerekmektedir.

Tesis yönetimi uygulama yönteminin değerlendirilmesi; saha çalışmasında “Tesis Yönetimi Uygulama Yönteminin Değerlendirilmesi” başlığı altında sorulan toplamda sekiz soruyu değişken bir sayıda çalışmaya katılımcı olan hastane yöneticileri, tesis firma yöneticileri, hastane çalışanları ve tesis firma çalışanlarına yöneltilmiştir. Bu başlık altında katılımcılara yöneltilen “Tüm yönetim işleri profesyonel tesis yönetimi şirketlerine bırakılmalıdır” sorusuna hastane yöneticilerinin cevapları incelendiğinde % 53,8’inin (% 33,3+% 20,5) olumsuz yanıt verdiği görülmektedir. Aynı başlık altında bulunan “Diğer kamu hastanelerine kıyasla hastanedeki tesis yönetimi tarafından kliniklere verilen destek hizmetlerinin kalitesi önemli ölçüde artmıştır” sorusuna hastane yöneticilerinin % 53,9’unun (% 30,8+% 23,1) olumsuz yanıt verdikleri görülmektedir. Yine aynı başlık altında yer alan “Hastanedeki tesis yönetimi faaliyetleri konusunda yeterli düzeyde bilgilendirildim” sorusuna hastane çalışanlarının % 62,1’unun (% 5,6+% 56,5) olumlu yanıt verdikleri görülmektedir.

Özellikle hastane yöneticilerinin “Tüm yönetim işleri profesyonel tesis yönetimi şirketlerine bırakılmalıdır” sorusuna verdikleri olumsuz cevabın yüksek oranda olması, aynı başlık altında hastane yöneticilerinin “Diğer kamu hastanelerine kıyasla hastanedeki tesis yönetimi tarafından kliniklere verilen destek hizmetlerinin kalitesi önemli ölçüde artmıştır” sorusuna verilen olumsuz cevapların, saha çalışmasındaki diğer soruların sonuçlarıyla birlikte değerlendirdiğimizde tesis yönetimi hizmet modelinden beklentilerin oldukça yüksek olduğu fakat bu beklentilerin tam anlamıyla karşılanamadığı, tesis yönetimi firmasının tesisindeki hizmetleri bir bütün olarak başarılı bir şekilde kavrayamadığı, faaliyetlerini ağırlıklı olarak maliyet odaklı yürüttüğü, bu tip durumlar kaynaklı ortaya çıkabilecek risklerin analizlerindeki yetersizlikler kapsamında memnuniyetsizliklerin oluşmasına zemin hazırladığı kanaatini güçlendirmektedir. Bu başlık altındaki sorular incelendiğinde beklentilerin altında kaldığı ve yeterli/hedeflenen hizmet kalitesinin sağlanamadığı hastane çalışanları ve yöneticilerinin yanıtlarından anlaşılmaktadır. Dünyada benzer iyi yönetim modelleri olan ve benzerlerinden yola çıkarak daha başarılı bir hizmet hedefiyle geliştirilebilecek yeni planlama ile birlikte eksiklikler giderilerek yeni bir sistematik ilerleme kazanılabilecektir.

Anket sorularında çalışma hipotezlerine yönelik sorulan soruların genel bir değerlendirilmesi yukarıda yapılmıştır. Bu genel değerlendirmeler kapsamında; bu çalışmada sağlık tesisleri ve tesis hizmetlerine, dünyada uygulanmakta olan tesis yönetimi disiplini açısından bakış açısı kazandırılmaya çalışılmıştır. Zira sağlık hizmetleri yüzyıllar içerisinde insanoğlunun bilgi birikimindeki artışa bağlı olarak kademe kademe gelişim göstermiştir. Ülkelerin gelişmişlik ve kalkınmışlık düzeylerinin belirlenmesinde kabul edilen önemli kriterlerden birisi sağlık hizmetleri düzeyi göstergeleridir. Bu göstergelerin geliştirilmesi ve iyileştirilmesi için ülkelerin sağlık hizmet sistemlerinin kalite düzeyinin artırılması gerekmektedir.

Günümüzde kaynağı kısıtlı bir şekilde sağlık hizmeti sunumu, mevcut kısıtlı koşullara meydan okuma haline dönüşmektedir. Sağlık tesisleri yetersiz kaynak ve imkanlar altında hizmet düzeyini korumaya çalışırken aynı zamanda da artan sayıda hasta ve hastalık yüküyle de mücadele etmeye çalışmaktadır. Sağlık hizmetleri her geçen gün artan ve yaşlanan nüfus, ortaya çıkan bulaşıcı ve kronik hastalıklar, sağlık teknolojilerinin gelişimi sonucunda insanların artan sağlık hizmetinden beklentileri, sayıca yetersiz ve kısmen vasıfsız olan sağlık çalışanları, konusunda yetersiz yönetim ve bilgi sistemleri gibi olumsuz koşullara karşı zorlu bir mücadele vermektedir. Bunun bir yansıması olarak Türkiye’inde benzer durumların varlığının araştırmasına yönelik Ankara Bilkent Şehir Hastanesi’nde bir saha çalışması gerçekleştirilmiştir.

Türkiye Cumhuriyeti Devleti’nin kurulduğu ilk andan itibaren merkezine insanı alan bir anlayışla hareket etmesinin yansımalarından birisi olan sağlık hizmetlerinin ücretsiz verilmesi anlayışı da halen devam ettirilmeye çalışılmaktadır. Bu hizmetin sürdürülmesi Türkiye Cumhuriyeti’nin ilk Sağlık Bakanı Adnan Adıvar Bey’in öncülüğünde 3 Mayıs 1920 yılında 3 Sayılı Kanun ile kurulan Sağlık Bakanlığı aracılığı ile gerçekleştirilmektedir. Bugüne kadar Sağlık Bakanlığı’nın tabi olduğu kanunda ihtiyaçlara göre oldukça fazla değişiklikler yapılmıştır. Özellikle 1980’li yıllar sonrası kurulan hükümetler tarafından uygulanmaya başlanan kamu özel ortaklığı modeliyle birlikte birçok büyük yatırım kamu hizmetlerine kazandırılmıştır. Bu model güncellenerek uygulanmakta ve Ankara Bilkent Şehir Hastanesi de bu modelle gerçekleştirilen bir yatırım olarak ortaya çıkmaktadır.

Şehir hastaneleri modeli şehrin veya bölgenin ihtiyacı olan sağlık hizmetlerinin tek bir çatı altında verilmesi anlayışını yansıtmaktadır. Bu kapsamda bir taraftan hastaların aynı mekân içerisinde tedavi edilebilme kolaylığına kavuşabilmesi hedeflenirken diğer taraftan da kamu kaynaklarının verimli kullanılması amaçlanmaktadır. Dünya’da olduğu gibi ülkemizde de işlevleri bakımından çok farklı türleri ile hastalara hizmet üretmeye çalışan sağlık kurumları gün geçtikçe çoğalmaktadır. Roller ve işlevleri her geçen zaman diliminde genişleyen sağlık kurumlarında bu genişlemeye bağlı olarak gözle görülen yapısal karmaşıklık ve yönetsel güçlükler ortaya çıkmaya başlamaktadır. Devlet işleyişi içerisinde bu güçlüklerin aşılması ve pratik çözümler üretilmesi zor olmaktadır. Devlet işleyişi içerisinde yasalar, kanunlar ve yönetmenlikler belirleyici konumdadır. Bunların ihtiyaca göre hızlı bir şekilde değiştirilerek çözümler üretebilmek pek de mümkün olmamaktadır. Buna karşın özel teşebbüs ile sağlanan sağlık hizmet yapısı içinde sağlık hizmetinin bir tesis olarak algılanmasına bağlı olarak hızlı hareket edebilme kabiliyeti dikkat çekmektedir.

İyi bir sağlık hizmetleri yönetimi, sadece kaynakları ve insanları yönetmenin ötesine uzanarak, doğru yönetim sistemi içerisinde, hastaların (müşterilerin) beklentilerini ve ihtiyaçlarını karşılayan, sistemi yürütmesi için yürütme, sorumluluk ve becerisi olan yöneticilerin görevlendirildiği ve çalışanların ortak bir vizyona doğru ekip şeklinde hareket ettiği bir sistem ile mümkündür. Sonuçta dünyada benzerleri olan ve bu benzerlerinden yola çıkarak geliştirilebilecek yeni bir sağlık tesis yönetimi hedeflenerek yeni bir sistematik ilerleme kazanılabilmektedir.

Sağlık tesisleri, ülkelerin sağlık sistemlerinde en temel bileşenlerin başında gelmektedir. Sağlık tesislerinin kapsamı fiziksel sermayenin ötesinde insan kaynakları, tıbbi sarf malzemeleri, organizasyon yapısı, sağlık hizmet süreçleri, çevre ve toplumsal bilinç gibi pek çok konuyu kapsamaktadır. Sağlık tesislerindeki sürdürülebilirlik başlığı; fiziksel yapılarının sürdürülebilirliklerini iyileştirmek, hastaların hizmet koşullarını iyileştirmek, çalışanlar için çalışma koşullarını iyileştirmek, sosyal ve ekonomik ilerlemeyi sağlamak gibi alt başlıkları kapsamaktadır. Sağlık tesislerinde sürdürülebilirliğin ekonomik yönü büyük ölçüde finansal kapasiteleriyle ilgilidir. Günümüzde Sağlık tesisleri açısından finansman kaynaklarına kolay erişim yöntemlerinden birisi de yeşil bina sertifika

programlarıdır. Bu çerçevede sağlık tesislerine finansal rekabet ve ticari açıdan itici bir güç katmaktadır.

Dünyada ve özellikle Türkiye’de sağlık sisteminin yönetimi sunulan bakım kalitesini arttırmak için köklü bir yönetsel değişim sürecine girmesi gerekmektedir. Yaşlanan nüfusa paralel olarak sağlık hizmetlerinin kalitesinin artırılması amacıyla kanıta dayalı hasta odaklı bir yaklaşıma dayalı uygulandığı görülmektedir. Hızlı bir çözümün olmadığı sağlık hizmetlerinde bu tür büyük stratejik değişiklikler karşısında dönüşüm sürecinin ve kurumsallaşmanın zaman aldığı görülmektedir. Böylesi büyük değişimler çok daha fazla ve karmaşık olayları içermekte ve uzun zaman almaktadır. Bunun bir göstergesi olarak gelişen ve genişleyen sağlık tesis yönetimini anlayışında sağlık tesislerinde fiziksel varlıkların bakım, onarım, mülk ve gayrimenkul yönetimini kapsayan “sert tesis hizmetleri” ve tıbbi hizmetlere destek amacıyla verilen hizmetleri kapsayan “yumuşak tesis hizmetleri” yer almaktadır. Zira sağlık tesislerinin entegre bir yapıya sahip olması ve günden güne ortaya çıkan değişim ihtiyaçlarının bu yapı içerisinde yer alan her bir alt sistemin bu değişimlere uyum süreçleri bu zorlulukların temel nedenidir.

Etkin bir sağlık hizmetlerinin yönetimi sadece tıbbi tedavi hizmetlerin sağlık kurumlarında gerçekleştirilmesinin ötesine geçerek sağlık kurumlarının bir “sağlık (üretim) tesisi” olarak kabul edilmesi anlayışına geçişi gerektirmektedir. Bu sayede sağlık tesislerinin hem fiziksel varlıkların hem de tıbbi hizmetlerinin koordineli bir şekilde sağlık tesis yönetimi başlığı altında yürütülmesi gerçekleştirilebilir. Etkin sağlık tesis yönetimi, tıbbi tedavi ve bakımı yönetmek için bir taraftan yeterli ve gerekli fiziksel ortamın sağlanmasının kritik bir yönüken diğer taraftan ise tıbbi destek hizmetleri kapsamında sistemin karmaşıklığı ve önemi, yeterli, güncel ve kolay erişilebilir bilgiye sahip olmayı gerektirmektedir. Sağlık sektöründe daha az kaynakla daha fazlasını yapmak için sağlık tesis yönetimi operasyonlarında sürekli ve güncel bilgiye ihtiyaç vardır. Bu kapsamda sağlık hizmetlerinde yer alan klinik ve tesis yönetim sistemleri arasında iletişim boşluğunun varlığı dikkat çekmektedir.

Sağlık tesislerinde verilen tıbbi tedavi ve destek birimlerinin entegrasyonunun sağlanması sonucunda sürdürülebilir ve bütüncül bir hizmetin verilmesi sağlık hizmetlerindeki

önemli gündem maddelerinden birisidir. Sağlık tesislerindeki bu hedefin başarabilmesi amacıyla modern ve en güncel tıbbi tedavi hizmetlerinin en iyi koşullarda kesintisiz bir şekilde sürdürülebilmesi amaçlanmaktadır.

Sağlık tesislerindeki tıbbi tedavi hizmetlerini göz önünde bulundurduğunda günümüzdeki hızlı gelişen teknolojiye paralel olarak tedavi ve ameliyatlarda kullanılan tıp/medikal cihazlar, ekipmanlar ve tedavi yöntemlerinde hızlı gelişim ortaya çıkmaktadır. Aynı çerçevede tıbbi tedavi yöntemleri de hızlı gelişim göstermektedir. Diğer taraftan Dünyada yaşam standartlarında meydana gelen gelişimlere paralel olarak artan beklentiler sonucunda sağlık tesislerinde tıbbi tedavi hizmetlerinde çalışan personellerin (doktorlar, hemşireler, vb.) beklentileri de artmaktadır. Bu zorluklar sağlık tesislerinin kendine has zor çalışma koşullar barındırmaktadır.

Sağlık tesislerinde bazı durumlarda verilen tıbbi hizmetleri tanımlamak ve kalitesini ölçmek oldukça zordur. Sağlık tesisleri doğal afet, deprem, salgın hastalıklar, savaş veya acil durumlar da dahil olmak üzere tatil yapmadan 7 gün, 24 saat, 365 gün prensibiyle kesintisiz bir şekilde hizmetlerine devam etmek durumunda olan tesislerdendir. Verilen tıbbi hizmetlerin büyük bir kısmı acil ve ertelenemez niteliktedir. Çok küçük bir ihmal veya hata insan hayatına mal olabildiğinden ötürü tıbbi tedavi çalışma koşulları belirsiz veya hataya karşı çok az toleranslıdır. Tıbbi tedavi hizmetleri birbirlerine bağımlı ve farklı uzmanlıkların çok iyi bir şekilde koordinasyonu gerekmektedir. Verilen birçok tıbbi tedavi hizmetinin en yüksek uzmanlık düzeyiyle ve hassasiyetiyle gerçekleştirilmesi gerekmektedir.

Sağlık tesislerinde tıbbi tedavi hizmetlerinde çalışan personel son derece profesyonel ve birincil derecede sadakati mesleğine karşıdır. Özellikle sağlık tesislerinde görev yapan doktorlar üzerinde organizasyonel ve yönetsel kontrol diğer meslek gruplarına göre daha azdır. Bu zorlu koşullara ilave olarak klinikler, poliklinikler ve ameliyathaneler gibi tıbbi tedavi birimlerinin rolleri, organizasyonları, koordinasyonları ile hesap verilebilirlikleri karmaşık ve oldukça zorlu koşullar barındırmaktadır. Sonuç olarak tüm bu zorluklar karşısında sağlık tesislerindeki tıbbi tedavi hizmetleri için tek bir doğru yönetim şekli olmadığı bilinmektedir. Her bir sağlık tesisinin içerisinde yer aldığı tıbbi

koşulları göz önüne alarak kendisine has zorlu çalışma koşullarıyla mücadele edebilecek yönetsel organizasyonun oluşturulması ve yönetilmesi son derece önemlidir.

Sağlık tesislerinde tıbbi tedavi hizmetleri çerçevesinde ifade ettiğimiz bakış açısı kapsamında sağlık tesis yönetimi, sağlık tesislerinde hasta odaklı ve kanıta dayalı tıbbi tedavi hizmetlerinin verilebilmesi ve tıbbi tedavi ile destek hizmetlerinin entegrasyonun sağlanmasıyla tesiste en iyi hizmet koşullarının oluşturulması amaçlanmaktadır. Gelişmiş sağlık hizmetlerinin uygulandığı ülkelerde sağlık tesislerindeki tıbbi tedavi hizmetlerinin dışında kalan tüm işler sağlık tesis yönetimi hizmetleri kapsamına girmektedir. Sağlık tesislerindeki sterilizasyon ve dezenfeksiyon hizmetleri, tıbbi destek (laboratuvar, görüntüleme, fizik tedavi ve rehabilitasyon vb.) hizmetleri, tesis binalarının fiziksel bakım, onarım işleri ve çevre bakımı, tesisin ortak bakım hizmetleri, tıbbi ekipman ve cihazların bakım, onarım ve tedarigi, tesis cihazlarının (elektromekanik, iklimlendirme ve genel amaçlı cihazlar vb.) bakım, onarım ve tedarigi, tesis mefruşat hizmetleri, otopark ve güvenlik hizmetleri, tesis içi ve dışı taşıma hizmetleri, haşere kontrol hizmetleri, çamaşır hizmetleri, genel temizlik hizmetleri, yemek hizmetleri, atık bertaraf yönetim hizmetleri, resepsiyon, kayıt ve yönlendirme hizmetleri, tesis konfor koşullarının sağlanması, gayrimenkul ve mülk yönetimi hizmetleri tesis yönetimi kapsamında gerçekleştirilmektedir. Bu hizmetler tesis kaynak kullanımının yönetimi, finansman ve maliyet yönetimi, değişim yönetimi, insan kaynakları yönetimi, hastane içi tesis tedarik süreç yönetimi, tesis hizmetlerinin iş verimliliğinin yönetimi, eğitim ve mesleki gelişiminin yönetimi, tesis genel plan yönetimi ile tesisin stratejik plan yönetimi gibi tesis yönetiminin genel yönetim anlayışı kapsamında gerçekleştirilmektedir.

Sağlık tesis yönetim kuruluşu, hizmet verdiği sağlık tesisinin kendine has koşullarını da dikkate alarak hizmet yöntemini şekillendirmelidir. Sağlık tesis yönetimi, tesisteki tıbbi ve tıbbi olmayan tüm birimlerden gelen veriler ile bilgileri akıllı bina sistemleri ve sağlık bilgi teknolojilerini aracılığıyla toplamalı, analiz etmeli ve anlık bilgiye dönüştürerek değerlendirilmelidir. Tesis yönetimi doğru ve güncel bilgi ışığında tesisteki entegre hizmet operasyonları kapsamında koordinasyonu sağlayarak sağlık tesisindeki kesintisiz tıbbi tedavi hizmetlerinin en iyi şartlarda uygulanmasını gerçekleştirmelidir.

Bu yaklaşımlar ışığında sağlık hizmetlerinin verildiği yapıların “tesis” olarak algılanmadığı ancak bu yapıların “tesis” olarak algılanması zorunluluğunu gerektirmektedir. Birçok sağlık kurumu incelendiğinde sağlık kurumlarının profesyonel bir anlayışla yönetilmediği ve deneme yanılma olarak adlandırılabilir bir sisteme göre yönetilmeye çalışıldığı görülmektedir. Bu yönetim anlayışı çerçevesindeki en büyük eksikliklerin nedenleri arasında konusunda uzman ve nitelikli yöneticilerin az veya hiç olmamasıdır. Tıbbi tedavi hizmetleri ile destek hizmetlerinin bir arada ve koordineli bir şekilde yönetilmesi ancak konusunda yeterli uzmanlığı olan yöneticiler aracılığıyla başarılı bir şekilde yürütülebilmektedir. Dünya’da sağlık hizmetleri gelişmiş ülkelerde tıp alanında uzmanlaşmış hekimlerin böylesi bir çalışma ortamında tıbbi tedavi hizmetleri yönetiminde gösterdikleri yüksek performansa karşın uzmanlıklarının yetersiz olduğu tesis destek hizmetleri alanında etkin bir yaklaşım sergileyemedikleri görülmektedir. Hekimler arasından seçilecek yöneticiler tıbbi tedavi, klinik hizmetler, hasta hekim ilişkileri, hasta memnuniyeti ve hekimlerin problemlerini çözme noktasında etkin bir rol üstlenebilirler. Hekim yöneticiler, hekim olmaları sebebiyle muhatapları olan hekimler ile hastaları en iyi anlayabilecek ve uygun çözümleri geliştirebilecek yeterliliğe sahiptirler. Sağlık tesis yönetimi kapsamında inşaat ve makine mühendisliği, mülk ve gayrimenkul yönetimi, finans, işletme ve muhasebe yönetimi, insan kaynakları yönetimi, satın alma ve tedarik yönetimi gibi birbirinden farklı konularda uzmanlıklar gerektirmektedir. Günümüzde tesis yöneticilerinin birçoğu tesis yönetimi bölümlerinden mezun değildir. Sağlık tesis yönetimi disiplininin gelişim gösterdiği ülkelerde ise tesis yöneticilerinin büyük bir kısmı inşaat veya mühendislik ile ilgili disiplin yeterliliğine ve karene sahip oldukları bilinmektedir. Bu çerçevede uzmanlığı tesis yönetimi konusunda olmayan, tesis yönetiminin kapsadığı disiplinleri bütün olarak yerine getirememesi sonucunda sağlık tesislerin organizasyonunda olumsuzluklarının meydana gelmesi olası bir durumdur.

Bu modelleme çerçevesinde tıbbi tedavi ve klinik hizmetlerini yönetecek “tıbbi yönetici” ile tesis yönetim hizmetlerini yönetecek “tesis yönetici” şeklinde birbirleriyle ast ve üst hiyerarşik ilişki içerisinde yer almayan ancak tesislerdeki hizmetlerin verimli bir şekilde sürdürülebilmesini sağlayacak iki farklı yönetici modeli uygun olacaktır. Bu iki yöneticiden birisi olan tıbbi yönetici, tıbbi tedavi hizmetlerinin verimli ve rasyonel bir

şekilde sürdürülebilmesini sağlayabilmek amacıyla hazırladığı ihtiyaç ile önerileri hazırlar. Bu ihtiyaç ve önerilerin tesis yöneticisiyle yapılacak görüşmeler çerçevesinde ortak bir akıl ile gerçekleştirilebileceği düşünülmektedir. Diğer taraftan tesis yöneticisi, sağlık tesisinin asli görevi olan tıbbi tedavi hizmetlerinin en iyi koşullarda yürütülebilmesini sağlamak görevini yerine getirmelidir. Bu yöneticiler, sağlık tesisinin verimli ve çağdaş yönetim ihtiyacına göre yeterli sayıda ve konusunun uzmanı alt idareciler ile desteklenmelidir.

Dünya’da yaşlanan nüfusa paralel olarak sağlık hizmetlerinin sürdürülebilirliğinin sağlanması amacıyla “sağlık (healthcare)” ve “tesis (facility)” kavramlarının bir araya gelmesiyle meydana getirilen “sağlık tesisi (healthcare facility)” anlayışı ön plana çıkmıştır. Bu anlayış zaman içerisinde “sağlık tesisi yönetimi” modelini ortaya çıkartmıştır. Türkiye’de bu modelle uygun sağlık ve tesis yöneticilerinin ast ve üst ilişkisi içerisinde bulunmadan bir arada çalışabileceği bir sağlık tesisi yapılanmasına ihtiyaç giderek artmaktadır. Bu modelin uygulanabilmesi için Dünyadaki modern uygulamaların da dikkate alındığı yasal düzenlemelerle desteklenmesi gerekmektedir.

Türkiye’de sağlık tesis yönetimi kavramının entegre sağlık tesisleri olarak modellenen Şehir Hastaneleri’nin işletilmeye alınmasıyla birlikte ortaya çıkmıştır. Türkiye açısından oldukça kısa bir geçmişi olan çok yeni bir kavramdır. Bu tez çalışması kapsamında Türkiye’nin ve Avrupa’nın en büyük entegre sağlık tesisi olan Ankara Şehir Hastanesi özelinde gerçekleştirilen saha çalışmasında “tesis yönetimi anlayışı” ile tesis yönetimi çerçevesinde “verilen hizmetlerin” mevcut durumu belirlenmeye ve çeşitli öneriler getirilmeye çalışılmıştır. Bu çalışma ışığında gelecekte “tesis yönetimi” başlığı altında gerçekleştirilecek yeni araştırmalar için öneriler geliştirilebilecektir;

- ❖ Gerçekleştirilen bu çalışmada Avrupa’nın en büyük sağlık tesisi olan Ankara Bilkent Şehir Hastanesi özelinde, tesis yönetiminin direkt müşterisi olan paydaşlar hedeflenerek memnuniyet ölçeği geliştirilmiştir. Geliştirilen ölçekler ışığında farklı tesislerde yeni araştırmalar yürütülerek “tesis yönetimi/sağlık tesis yönetimi” alanında yeni katkılar,

- ❖ Bu çalışmada geliştirilmiş ölçekler aracılığıyla iyi/ideal yönetim örneklerinin geliştirilmesi hedeflenerek, birbirlerine benzer sağlık tesislerinde farklı çalışmalar yürütülebilmesi,
- ❖ Tesis yönetimi/Sağlık tesis yönetimi alanı birbirinden farklı birçok disiplini kapsayan yönetim anlayışı olması ışığında, bu çalışmada geliştirilmiş ölçekler kapsamında yer alan yirmi yedi başlığın her biri tek bir araştırma konusu yapılabilir. Böylece her bir konu çerçevesinde derinlemesine incelenebilmesi,
- ❖ Bu çalışmada ortaya konulmuş ölçeklerin birbirine benzer farklı sağlık tesislerine uygulanması sonucunda elde edilen verilerin değerlendirilmesi ışığında tesis yönetimi alanında uzman sektör temsilcileri ve akademik çalışanlarında katılımlarıyla çalıştay, sempozyum veya konferans gibi ortak çalışma platformları düzenlenebilir. Gerçekleştirilen ortak çalışma platformlarının sonucunda Türkiye'ye özgü ideal tesis yönetimi modeli ve çalışma koşulları ile standartlar ve yasalar geliştirilebilmesi

sağlanarak Türkiye'de "tesis yönetimi/sağlık tesis yönetimi" alanında önemli ilerleme kaydedilebilir.

KAYNAKLAR

- Abidi S.S.R. 2008. Healthcare knowledge management: the art of the possible. In proceedings of the conference on knowledge management for health care procedures (Riaño D, Ed) 1–20, Springer, Berlin, Heidelberg, Germany.
- Adelino, M., Lewellen, K. and McCartney, W. B. 2022. Hospital financial health and clinical choices: evidence from the financial crisis. *Management Science*, 68(3), 2098-2119.
- Adewunmi, Y. and Omirin, M. 2008. Benchmarking in facilities management in Nigeria. www.unilag.edu.ng Web Sitesi: [www.unilag.edu.ng/opendoc .php? 13844\\$doctype pdf](http://www.unilag.edu.ng/opendoc.php?13844$doctype_pdf) erişim tarihi: 9.03.2020.
- Akhlaghi, F. 1994. History and development of facilities management from the definitive document of the postgraduate programme in facilities management. Sheffield Hallam University, Sheffield.
- Ala, A. and Chen, F. 2022. Appointment scheduling problem in complexity systems of the healthcare services: A comprehensive review. *Journal of Healthcare Engineering*, 2022.
- Alemsan, N., Tortorella, G., Rodriguez, C. M. T., Jamkhaneh, H. B. and Lima, R. M. 2022. Lean and resilience in the healthcare supply chain—a scoping review. *International Journal of Lean Six Sigma*.
- Alexander, K. 2003. A strategy for facilities management. *Facilities*, 269-74.
- Alfen, H. 2010. Public Private Partnership (PPP) as part of infrastructure management solutions—a structural approach of delimiting ppp from other private sector participation models. In 18th CIB World Building Congress.
- Alhurayess, S. and Darwish, M. K. 2012. Analysis of energy management in hospitals. In 2012 47th International Universities Power Engineering Conference (UPEC) (pp. 1-4). IEEE.
- Ali, M. and Mohamad Nasbi Bin Wan Mohamad, W. 2009. Audit assessment of the facilities maintenance management in a public hospital in Malaysia. *Journal of Facilities Management*, 7(2), 142-158.
- Allen, M. J. and Yen, W. M. 2002. Introduction to measurement theory. Long Grove, IL.
- Almutairi, A. M., Salonitis, K. and Al-Ashaab, A. 2019. A framework for implementing lean principles in the supply chain management at health-care organizations: Saudi's perspective. *International Journal of Lean Six Sigma*.
- Altschuler, S. 2018. The medical imagination: literature and health in the early United States. University of Pennsylvania Press.

- Amankwah, O., Choong, W. W. and Mohammed, A. H. 2019. Modelling the influence of healthcare facilities management service quality on patients satisfaction. *Journal of Facilities Management*, 17(3), 267-283.
- Amaratunga, D., Haigh, R., Sarshar, M. and Baldry, D. 2002a. Assessment of facilities management process capability: a NHS facilities case study”, *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 277-88.
- Amaratunga, D., Sarjan, M. and Baldry, D. 2002b. Process improvement in facilities management: the SPICE approach, *Business Process Management Journal*, 318 - 337.
- Amos, D., Au-Yong, C. P. and Musa, Z. N. 2021. The mediating effects of finance on the performance of hospital facilities management services. *Journal of Building Engineering*, 34.
- Angelopoulou, P., Kangis, P. and Babis, G. 1998. Private and public medicine: a comparison of quality perceptions. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 14.
- Anonymous. 1999a. British Institute of Facilities Management. Survey of Facilities Managers’ Responsibilities, BIFM, Saffron Walden.
- Anonymous. 1999b. British Institute of Management. Survey of Managers’ Responsibilities, 257-267, United Kingdom.
- Anonymous. 2007. Everybody’s business. Strengthening health systems to improve health outcomes. WHO’s framework for action. World Health Organization WHO, Geneva
- Anonymous. 2009. T.C. Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı “2009-2013 Stratejik Planı”, DPT Stratejik http://iklim.cob.gov.tr/iklim/Files/Stratejiler/2009_2013StratejikPlan.pdf, 50-54. Erişim Tarihi: 28.11.2022.
- Anonymous. 2016. Dünyada ve Türkiye’de kamu-özel işbirliği uygulamalarına ilişkin gelişmeler 2015. Ankara: Kalkınma Bakanlığı.
- Anonymous. 2018a. On Birinci Kalkınma Planı (2019-2023) İşgücü Piyasası ve Genç İstihdamı Özel İhtisas Komisyonu Raporu.
- Anonymous. 2018b. Kamu-Özel İşbirliği Raporu: Dünyada ve Türkiye’de Kamu-Özel İşbirliği Uygulamalarına İlişkin Gelişmeler Raporu 2017.
- Anonymous. 2021. National Fire Protection Association, NFPA 99: health care facilities code. 2021 Edition, US.
- Anonymous. 2022a. International Organization for Standardization (ISO), Web Sitesi: <https://www.iso.org/standards.html>. Erişim Tarihi: 28.07.2022.

- Anonymous. 2022b. European Committee for Standardization (CEN), Web Sitesi: <https://www.cencenelec.eu/european-standardization/>. Erişim Tarihi: 28.08.2022.
- Anonymous. 2022c. British Standards Institute (BSI) Standards: Standards provide the knowledge that organizations need to succeed, Web Sitesi: <https://www.bsigroup.com/en-GB/standards/>. Erişim Tarihi: 28.08.2022.
- Anonymous. 2022d. Web Sitesi: <https://ankarasehir.saglik.gov.tr/TR-849513/koordinatör-bashekimlik.html>. Erişim Tarihi: 28.09.2022.
- Anonymous. 2022e. Facility Guidelines Institute (FGI), The keystone to health care planning, design, and construction, Web Sitesi: <https://fgiguideelines.org/>. Erişim Tarihi: 28.09.2022.
- Anonymous. 2022f. National Fire Protection Association (NFPA), The leading information and knowledge resource on fire, electrical and related hazards, Web Sitesi: <https://www.nfpa.org/>. Erişim Tarihi: 28.09.2022.
- Anonymous. 2022g. National Fire Protection Association (NFPA). NFPA 101: Life Safety Code, Web Sitesi: <https://www.nfpa.org/codes-and-standards/all-codes-and-standards/list-of-codes-and-standards/detail?code=101>. Erişim Tarihi: 28.09.2022.
- Anonymous. 2022h. National Fire Protection Association (NFPA). NFPA 72: National Fire Alarm and Signaling Code, Web Sitesi: <https://www.nfpa.org/codes-and-standards/all-codes-and-standards/list-of-codes-and-standards/detail?code=72>. Erişim Tarihi: 28.09.2022.
- Anonymous. 2022ı. National Fire Protection Association, NFPA 72: National fire alarm and signaling code: 2022 Edition. The Association, US.
- Anonymous. 2022i. National Fire Protection Association (NFPA). NFPA 99: Health Care Facilities Code Hanbook, Web Sitesi: <https://www.nfpa.org/codes-and-standards/all-codes-and-standards/list-of-codes-and-standards/detail?code=99>. Erişim Tarihi: 28.09.2022.
- Anonymous. 2023. LEED (Leadership in Energy and Environmental Design), LEED certifications, Web Sitesi: <https://www.usgbc.org/leed/rating-systems/new-buildings>. Erişim Tarihi: 21.06.2023.
- Aslan, S. ve Erdem, R. 2017. Hastanelerin Tarihsel Gelişimi. Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 7-21.
- Atasever, M. (Ed.). 2018. Şehir Hastaneleri Araştırması. Sasam.
- Atasoy, H. 2011. Kamu özel işbirliği modeli ve Türkiye’de belediyelerin altyapı projelerinin finansmanında uygulanabilirliği. yayımlanmamış doktora tezi, Erciyes Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Kayseri.

- Atkin, B. 2003. Contracting-out or managing services in-house. *Nordic Journal of Surveying and Real Estate Research*, 18-33.
- Atkin, B. and Björk, B. 2007. Understanding the context for best practice facilities management from the client's perspective. *Facilities*, 479–92.
- Atkin, B. and Bildsten, L. 2017. A future for facility management. *Construction Innovation*.
- Atkin, B. and Brooks, A. 2021. *Total facility management*. John Wiley and Sons, US.
- Attwood, M. and Beer, N. 1990. Towards a working definition of a learning organisation. In: *Self-Development in Organisations*, (eds M. Pedler, J. Burgoyne, T. Boydell, G. Welshman). McGraw-Hill, New York.
- Ayre, C. and Scally, A. J. 2014. Critical values for Lawshe's content validity ratio: revisiting the original methods of calculation. *Measurement and evaluation in counseling and development*, 47(1), 79-86.
- Babatunde, S. O. 2015. *Developing public private partnership strategy for infrastructure delivery in Nigeria*. University of Northumbria at Newcastle (United Kingdom).
- Bailey, J., Lu, T. and Vogt, P. 2022. Certificate-of-need laws and substance use treatment. *Substance abuse treatment, prevention, and policy*, 17(1), 1-7.
- Barr, D. A. 2016. *Introduction to US health policy: The organization, financing, and delivery of health care in America*. Johns Hopkins University Press.
- Barrett, P. 1994. *Supply Systems for Quality Management*. RICS Research Paper Series, RICS, London.
- Barrett, P. 1995. *Facilities Management: Towards Best Practice*, Blackwell, Oxford.
- Barrett, P. 2000. Achieving strategic facilities management through strong relationships", *Facilities*, 421-6.
- Barrett, P. and Baldry, D. 2003. *Facility Management*. Blackwell Science Ltd, 298, Oxford.
- Barrett, P.S. and Stanley, C. 1999. *Better Construction Briefing*, Blackwell Science, 157, Oxford.
- Basham, A. and Sedlacek, W. E. 2009. Validity. *The ACA encyclopedia of counseling*, 557.
- Bashir, H. and Bala, R. 2018. Development and validation of academic dishonesty scale (ADS): Presenting a multidimensional scale. *International Journal of Instruction*, 11(2), 57-74.
- Bayat, A.H. 2003. *Tıp Tarihi*, Sade Matbaa, İzmir, Türkiye.

- Becker, F. 1990. *The Total Workplace*. Van Nostrand Reinhold, New York, NY, US.
- Becker, F. and Parsons, K. 2007. Department of design and environmental analysis, Cornell University, Ithaca, New York, USA.
- Beer, M. 1986. *Organization change and development: a system view*. Goodyear, 780, California.
- Belbin, R. 1981. *Management Teams: Why They Succeed or Fail*. Heinemann, London, UK.
- Bergere, F. 2016. Ten years of PPP: an initial assessment. *OECD Journal on Budgeting*, 15(1), 31-123.
- Boon, J. 1998. Management of buildings: lessons from the Auckland power crisis; risk management of buildings, CIB W70 International Symposium on Management, Maintenance and Modernisation of Building Facilities, 11The way ahead into the millennium, 18-20 November, Singapore.
- Brains, C., Willnat, L., Manheim, J. and Rich, R. 2011. *Empirical political analysis*. Abingdon, UK: Routledge, 105.
- Braun, S. 1999. *Die Prozesskostenrechnung*. Berlin, Verlag Wissenschaft und Praxis.
- Brewer, B., Wallin, C. and Ashenbaum, B. 2014. Outsourcing the procurement function: Doaction and results align with theory. *Journal of Purchasing and Supply Management*, 107-150.
- Brian A. and Brooks A. 2000. *Total Facilities Management / 1nd Edition*, Blackwell Science Ltd, 205 p, United Kingdom
- Brian A. and Brooks A. 2009. *Total Facilities Management / 3nd Edition*, Blackwell Science Ltd, 325 p, United Kingdom.
- Brian. A. and Brooks A. 2015. *Total Facilities Management / 4nd Edition*, Blackwell Science Ltd, 408 p, United Kingdom.
- Brown, T. A. and Moore, M. T. 2012. Confirmatory factor analysis. *Handbook of structural equation modeling*, 361-379.
- Buchmueller, T. C. and Monheit, A. C. 2009. Employer-sponsored health insurance and the promise of health insurance reform. *INQUIRY: The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing*, 46(2), 187-202.
- Chan, C. W., Green, L. V., Lekwijit, S., Lu, L. and Escobar, G. 2019. Assessing the impact of service level when customer needs are uncertain: An empirical investigation of hospital step-down units. *Management Science*, 65(2), 751-775.

- Chen, J., Rathore, S. S., Radford, M. J. and Krumholz, H. M. 2003. JCAHO accreditation and quality of care for acute myocardial infarction. *Health Affairs*, 22(2), 243-254.
- Chitopanich, S. 2004. Positioning facilities management, *Facilities*, 364-372.
- Chua, K. P. 2006. Overview of the US health care system. Sterling, Virginia: American Medical Student Association.
- Chung, A. P., Gaynor, M. and Richards-Shubik, S. 2017. Subsidies and structure: the lasting impact of the Hill-Burton program on the hospital industry. *Review of Economics and Statistics*, 99(5), 926-943.
- Coffey, J. and LeRoy, S. 2001. Clinical pathways: Linking outcomes for patients, clinicians, payers and employers. In: Kongstvedt PR. *The managed health care handbook*, 4th edition. Gaithersburg, MD, Aspen Publishers, 521–538.
- Coffey, R., Richards, J., Remmert, C., Leroy, S., Schoville, R. and Baldwin, P. 1992. An introduction to critical paths. *Quality Management in Health Care*, 45–55.
- Cole, D. A. 1987. Utility of confirmatory factor analysis in test validation research. *Journal of consulting and clinical psychology*, 55(4), 584.
- Cote, R. and Harrington, G. 2021. NFPA 101 Life Safety Code: 2021 edition.
- Cotts, D.G. Roper, K. and Payant R. 2010. *The Facility Management Handbook*. American Management Association, 676 p, New York
- Coulter, A. and Jenkinson, C. 2005. European patients' views on the responsiveness of health systems and healthcare providers. *Eur J Public Health*, 355–360.
- Croome, D. 2006. *Creating the Productive Workplace*, Taylor and Francis Group, 458 p, London.
- Çınar, N. F., Türkoğlu, Ç. ve Tütünsatar, A. 2017. Kamu-özel ortaklığı/işbirliği modeli ve sağlık hizmetlerinin sunumunda hizmet memnuniyetinin ölçülmesi: Entegre Sağlık Kampüsleri (Şehir Hastaneleri) İçin Bir Araştırma. *Journal Of Suleyman Demirel University Institute Of Social Sciences*, 29(4).
- Çoban, B. ve Karakaya, Y. 2010. Geleceği planlamada stratejik yönetim ve swot analizi: kavramsal yaklaşımlar. *e-Journal of New World Sciences Academy*, 342-352.
- De Rachewiltz, I. 2020. TEN. Turks in China under the Mongols: A Preliminary Investigation of Turco-Mongol Relations in the 13th and 14th Centuries. In *China among equals* (pp. 281-310). University of California Press.
- Demirdöğen, G., Işık, Z. and Arayıcı, Y. 2021. Facility management information taxonomy framework for queries in healthcare buildings. *Journal of Building Engineering*, 44.

- Demirsoy, Ş. 2020. Sürdürülebilirlik kapsamında tasarlanan yeşil binaların tesis yönetimine etkileri: yozgat şehir hastanesi binası örneğinin incelenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Ankara Üniversitesi.
- Deniz, E. 2019. Türkiye’de tesis yönetimi: perakende zinciri tesis yönetimi şirketi örneği için strateji analizi geliştirme. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul Teknik Üniversitesi, Fen Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Dinçer, S. 2019. Olağanüstü durumlarda hastane yönetimi. yüksek lisans tezi. Medipol Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Emek, U. 1999. Ek ve Değişiklikleri ile Yap-İşlet-Devret (YİD), Yap-İşlet (Yİ) ve Kamu Hizmeti İmtiyazı Mevzuatı. Devlet Planlama Teşkilatı.
- Erentürk, M. K. 2016. Dış kaynak kullanımı ile tesis yönetiminin konutlardaki yaşam kalitesine katkıları ve bir inşaat firması üzerine çalışma. Doktora Tezi. Haliç Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Erentürk, M. K. 2020. Bulaşıcı hastalık yönetiminde tesis yönetiminin katkıları. Turan: Stratejik Araştırmalar Merkezi, 12(46), 324-328.
- Ersöz, M. 2010. Avrupa Birliği ve Türk Hukuku Işığında Public Private Partnership Uygulamaları. Marmara Üniversitesi.
- Flexner, A. 2002. Medical education in the United States and Canada. Bulletin of the World Health Organization, 80, 594-602.
- Gallagher, M. 1998. Evolution of facilities management in the health care sector. in Harlow, P. (Eds), Construction Papers, No. 86, The Chartered Institute of Building, Ascot.
- Gately, M. E., Quach, E. D., Shirk, S. D. and Trudeau, S. A. 2022. Understanding Variation in Adoption of Video Telehealth and Implications for Health Care Systems. Medical research archives, 10(5).
- Gedikli, E. 2021. Sağlık işletmelerinde bütünleşik sağlık tesis yönetim sistemi için model Önerisi. Doktora Tezi. İstanbul Medipol Üniversitesi.
- Gelmez, M. ve Demirel, E. T. 2021. Hastanelerde bina yönetiminin sağlık çalışanlarının görüşleri açısından incelenmesi: bir ölçek geliştirme çalışması. Fırat Üniversitesi Harput Araştırmaları Dergisi, 8(16), 79-104.
- Gokhale, S. and Gormley, T. C. 2014. Construction management of healthcare projects. McGraw-Hill Education.
- Gottfredson, M., Puryear, R. and Phillips, S. 2005. Strategic sourcing. Harvard Business Review, 132-139.
- Graubner, C. A., Pelzeter, A., and Pohl, S. 2016. A new approach to measure sustainability in German facility management. Facilities.

- Greetham, B. 2019. How to write your undergraduate dissertation (Vol. 108). Bloomsbury Publishing.
- Grimsey, D. and Lewis, M. 2007. Public Private Partnerships: The Worldwide Revolution in Infrastructure Provision and Project Finance. Edward Elgar Publishing.
- Grimshaw, R. and Keeffe, G. 1993. Facilities management: the potential for research, in Barrett, P. (Ed.), Facilities Management: Research Directions, RICS Books, London.
- Güngör, H. 2012. Sağlık sektöründe kamu özel işbirliği uygulamaları ve Türkiye için bir değerlendirme, Kalkınma Bakanlığı Uzmanlık Tezi.
- Gürkan, M. F. 2014. Kamu özel ortaklığı. Adalet Yayınevi, Ankara.
- Güterbock, H. G. 1962. Hittite medicine. Bulletin of the History of Medicine, 36(2), 109-113.
- Hanson, A. E. 2006. Hippocrates: the "Greek Miracle" in Medicine. Medicine, Lee T. Percy, The Episcopal Academy, Merion, PA 19066, USA.
- Harrington, D. 2009. Confirmatory factor analysis. Oxford university press.
- Harrison, J. P. and Meyer, S. 2014. Measuring efficiency among US federal hospitals. The health care manager, 33(2), 117-127.
- Herwitz, M. 2011. An Analysis Of Medical Ethic Practice By Union And Confederate Medical Departments During The American Civil War. Marine Corps Command And Staff Coll Quantico va.
- Hessel, M. 2004. Standardprozessmodell für Klinische Pfade, in Greiling, M. (Ed.), Pfade durch das Klinische Prozessmanagement, Methodik und aktuelle Diskussionen, Verlag W. Kohlhammer, Stuttgart, 27-41.
- Hodge, G., Poglitsch, R. and Ankerstjerne, P. 2014. Perspectives on the FM market development. ISS White Paper.
- Hoffmann, K. and Menzel, K. 2019. A guideline for the implementation of an energy management system in facility management organisations. In Applied mechanics and materials (Vol. 887, pp. 247-254). Trans Tech Publications Ltd.
- Hofstede, G. 1991. Cultures and organisations: software of the mind: intercultural cooperation and its importance for survival, 576 p, New York.
- Hoppal, M. ve Erginer, G. 2001. Sibirya şamanizminde doğa tapınımı. Ankara Üniversitesi Dil ve Tarih-Coğrafya Fakültesi Dergisi, 41(1-2), 209-225.
- Hostetter, H. and Naser, M. Z. 2022. Characterizing disability in fire evacuation: A progressive review. Journal of Building Engineering, 53.

- Hoyle, R. H. 2000. Confirmatory factor analysis. In Handbook of applied multivariate statistics and mathematical modeling. Academic Press, 465-497.
- Hwang, S.H. 2017. Framework for earthquake-induced loss assessment of steel frame buildings-from building-specific to city-scale approaches. McGill University (Canada).
- Ikediashi, D. and Ekanem, M. 2015. Outsourcing of facilities management (FM) services in public hospitals , Journal of Facilities Management, 85 – 102.
- İlgen, G. A. 2015. Bina ve tesis yönetiminde iş sağlığı ve güvenliği uygulamalarının önemi. Yüksek Lisans Tezi. Nişantaşı Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Ilozor, B., Okoroh, M. and Gombera, 2002. Managing FM (support services): business risks in the health care sector, Facilities, 41-51.
- Jahiel, R. I. 1998. Health care system of the United States and its priorities: history and countries. Health Care, 39(3).
- Jashapara, A. 1993. Competitive learning organisations: A way forward in the European construction industry. In: Proceedings of CIB W-65 Symposium 93: Organisation and Management of Construction – The Way Forward, Trinidad.
- Jensen, P. A. 2014. A Model Approach to the Emergency Preparedness and Response Process. In SPE International Conference on Health, Safety, and Environment. OnePetro.
- Jeurissen, P. 2010. For-profit Hospitals: A comparative and longitudinal study of the for-profit hospital sector in four Western countries.
- Kakabadse, N. and Kakabadse, A. 2000. Critical review-outsourcing: A paradigm shift. Journal of Management Development, 670-728.
- Karakuş, M. 2015. Hastanelerde tesis yönetimi ve güvenliği konusunda yöneticilerin görüşlerinin belirlenmesine yönelik bir çalışma. yüksek lisans tezi. Gazi Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Karaman, A. 2004. Endüstriyel tesis yönetimi ve bir uygulama. yüksek lisans tezi. İstanbul Teknik Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Karlton, A., Sanne, J. M., Aase, K., Anderson, J. E., Fernandes, A., Fulop, N. J and Andersson-Gare, B. 2020. Knowledge management infrastructure to support quality improvement: a qualitative study of maternity services in four European hospitals. Health Policy, 124(2), 205-215.
- Kerman, U. ve Altan, Y. 2012. Sağlık hizmetlerinde kamu özel ortaklığı uygulaması. Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 17(3), 1-23.

- Keskin, E., Tanrıvermiş, H. and Temeljotov Salaj, A. 2023. Development trends and current status of facility management and professionalization of facility services in Turkey. *Facilities*, 41(7-8), 510-525.
- Khan, B. A., Khan, A. A., Ali, M. and Cheng, L. 2019. Greenhouse gas emission from small clinics solid waste management scenarios in an urban area of an underdeveloping country: A life cycle perspective. *Journal of the Air & Waste Management Association*, 69(7), 823-833.
- Kılıç, A. 2012. Anadolu selçuklu ve osmanlı şefkat abideleri şifahaneler, MedikalPark Hastaneler Grubu Yayını, İstanbul.
- Kırılmaz, H. 2012. Sağlık hizmetlerinde performans yönetimi: sağlık bakanlığı'na bağlı hastaneler örneği. Doctoral dissertation, Sakarya Üniversitesi.
- Kline, R. B. 2005. Principles and practice of structural equation modeling 2nd Edition. The Guilford Krejcie, RV, & Morgan, DW (1970). *Educational and Psychological Measurement*, 30, 607-610.
- Kongstvedt, P. R. 2013. Essentials of managed health care. Jones & Bartlett Publishers, USA.
- Kovner, A. R., Knickman, J. R. and Weisfeld, V. D. (Eds.). 2011. Jonas and kovner's health care delivery in the united states. Springer Publishing Company.
- Küçükgüngör, E. ve Öcal, Ş. A. 2002. Kamu İhale Sözleşmeleri Kanunu. İnşaat Sanayi Dergisi.
- Kula, B. 2019. Building Information Modelling in Facility Management. The Degree of Master of Science. Istanbul Technical University, Department of Civil Engineering, İstanbul.
- Lavy, S. and Shohet, I. M. 2007. A strategic integrated healthcare facility management model. *International Journal of Strategic Property Management*, 11(3), 125-142.
- Lawshe, C. H. 1975. A quantitative approach to content validity. *Personnel psychology*, 28(4), 563-575.
- Lawson, D. M. 2021. Energy Management in Healthcare Facilities (Doctoral dissertation, Pratt Institute).
- Lennerts, K. 2009a. A process-oriented analysis of facility management services in hospitals as a basis for strategic planning, *Journal of Facilities Management*, 52–60.
- Lennerts, K. 2009b. Investment in Hospital of The Future, World Health Organization, 167-186.

- Lennerts, K., Abel, J., Pfründer, U. and Sharma, V. 2003. Reducing health care costs through optimised facility management-related processes. *Journal of Facilities Management*.
- Lennerts, K., Abel, J., Pfründer, U. and Sharma, V. 2005. Step-by-step process analysis for hospital facility management: An insight into the OPIK research project. *Facilities*.
- Levainen, K. 1997. Building sites as a city facility, facilities management: European practic. Arko Publishers, Netherlands, 44-47.
- Li, Y., Pan, X., Han, Y. and Taylor, J. E. 2021. Sustainable Healthcare Facilities: A Scoping Review. *Journal of Construction Engineering and Management*, 147(12).
- Liyanage, C. and Egbu, C. 2005. Controlling healthcare associated infections (HAI) and the role of facilities management in achieving 'Quality' in healthcare: a three dimensional view. *Facilities*, 194.
- Liyanage, C. and Egbu, C. 2008. A performance management framework for healthcare facilities management. *Journal of facilities management*.
- Loosemore, M. and Hsin, Y. 2001. Customer-focused benchmarking for facilities management. *Facilities*, 464-75.
- Luce, J. M., Bindman, A. B. and Lee, P. R. 1994. A brief history of health care quality assessment and improvement in the United States. *Western journal of medicine*, 160(3), 263.
- Lusero, I. W. 2022. Redefining birth: the legal history of midwifery in Colorado and forging a path toward perinatal care that prioritizes health and wellness for all. *Drexel L. Rev.*, 14, 883.
- Madritsch, T. 2009. Best practice benchmarking in order to analyze operating costs in the health care sector, *Journal of Facilities Management*, 61 -73.
- Manupati, V. K., Ramkumar, M., Baba, V. and Agarwal, A. 2021. Selection of the best healthcare waste disposal techniques during and post COVID-19 pandemic era. *Journal of cleaner production*, 281.
- Mardani, A., Hooker, R. E., Ozkul, S., Yifan, S., Nilashi, M., Sabzi, H. Z. and Fei, G. C. 2019. Application of decision making and fuzzy sets theory to evaluate the healthcare and medical problems: a review of three decades of research with recent developments. *Expert Systems with Applications*, 137, 202-231.
- Mathis, R. C. 2007. Insulation Beyond the Code. *Construction Specifier*, 60(8), 54.
- May, D. and Pinder, J. 2008. "The impact of facilities management on patient outcomes", *Facilities*, 213-228.

- Mayburd, A. 2021. A Public-Private Partnership for The Express Development of Antiviral Leads: A Perspective View. *Expert Opinion on Drug Discovery*, 16(1), 23-38.
- McKenzie, J. F., Wood, M. L., Kotecki, J. E., Clark, J. K. and Brey, R. A. 1999. Establishing content validity: Using qualitative and quantitative steps. *American Journal of Health Behavior*.
- McMillan, J. H. and Schumacher, S. 2010. *Research in education: Evidence-based inquiry*. Pearson.
- Memiş, G. 2018. An occupant - oriented circular model for facility management strategy. the degree of Master of Science. Özyeğin University, Department Of Mechanical Engineering, İstanbul.
- Miles, D. 1995. International project marketing (No. 6). International Labour Organization.
- Mishra, A. R. and Rani, P. 2021. Multi-criteria healthcare waste disposal location selection based on Fermatean fuzzy WASPAS method. *Complex & Intelligent Systems*, 7(5), 2469-2484.
- Moore, J. D. and Smith, D. G. 2005. Legislating Medicaid: considering Medicaid and its origins. *Health Care Financing Review*, 27(2), 45.
- Muckleston, A. 1977. *Risk Management for the Smaller Company*. London: Association of Insurance and Risk Managers in Industry and Commerce.
- Mumford, A. 1991. Learning in action. *Personnel Management*, 34–37.
- Muscholl, M. 2005. Integrated clinical pathways in health information systems – an architectural concept. *Professional Knowledge Management, Lecture Notes in Computer Science*, 349–359.
- Mustafa, M., Ceylan, B. ve Tatlıoğlu, G. 2020. Hastanelerde tesis güvenliği ve önemi. *Bandırma Onyedi Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri ve Araştırmaları Dergisi*, 2(2); 80-102.
- Nataliia, V., Barzylovykh, A., Zabolotna, A., Boiko, M. ve Rybchych, I. 2021. Healthcare facilities management in digitalization context. *International Journal of Health Sciences*, 5(3), 429-440.
- Nilsen, E. R., Stendal, K. and Gullslett, M. K. 2020. Implementation of eHealth Technology in Community Health Care: the complexity of stakeholder involvement. *BMC health services research*, 20(1), 1-13.
- Nonaka, I. 1991. The knowledge creating company. *Harvard Business Review*, November/December.
- Nutt, B. 1999. Linking FM practice and research. *Facilities*, 11-17.

- Ogaboh, A. A. M., Ushie, E.M. and Osuchukwu, N.C. 2010. National Health Insurance Scheme (NHIS) and employees' access to healthcare services in Cross Rivers state, Nigeria, *Global Journal of Human Social Science*, 9-15.
- Okoroh, M., Gombera, P. and Alani, A. 2002. Managing Risks in the UK Healthcare Sector, *Risk Management*, 3.
- Okoroh, M., Ilozor, B. and Gombera, P. 2006. Modelling of risk management, *Facilities*, 197-210.
- Orsaah, S. 1984. Perception and Management of Risk in the Construction Industry. Unpublished PhD thesis, University of Strathclyde.
- Özbek, R., Kahyaoğlu, M. ve Özgen, N. 2007. Öğretmen adaylarının öğretmenlik mesleğine yönelik görüşlerinin değerlendirilmesi. *Sosyal Bilimler Dergisi*, 9(2), 221-232.
- Özdamar, K. 2002. Paket programlar ile istatistiksel veri analizi: SPSS-MINITAB (Çok değişkenli analizler). Kaan Kitabevi, Türkiye.
- Özer, M. A. 2016. Sağlık sektöründe yeni bir hizmet sunum modeli: kamu özel ortaklığı. *SGD-Sosyal Güvenlik Dergisi*, 6(1), 9-38.
- Peristadt, H. 1995. The development of the Hill-Burton legislation: interests, issues and compromises. *Journal of health & social policy*, 6(3), 77-96.
- Pfründer, U., Lennerts, K. and Abel, J. 2004. Space as a cost producing unit in hospitals. In: Bröchner J, Haugen, TI. *Proceedings of the third European Research Symposium in Facilities Management*. Trondheim, Norwegian University of Science and Technology Faculty of Architecture and Fine Art, 89-96.
- Pitt, M. and Hinks, J. 2001. Barriers to the operation of the facilities management: property management interface, *Facilities*, 304-307.
- Potkany, M., Vetrakova, M. and Babiakova, M. 2015. Facility management and its importance in the analysis of building life cycle. *Procedia Economics and Finance*, 26, 202-208.
- Rechel, B., Wright, S., Edwards, N., Dowdeswell, B. and McKee, M. 2009. Investing in hospitals of the future, WHO Regional Office for Europe, 304 p, Denmark.
- Regterschot, J. 1990. Facility management in changing organizations, *Proceedings of the International Symposium on Property Maintenance Management and Modernization*, CIB International Council for Building Research Studies and Documentation Working Commission, Singapore, 146-55.
- Reijula, J., Kouri, J., Aalto, J., Miettunen, R. and Reijula, K. 2015. Healthcare facility design development in Kuopio University Hospital. *Intelligent Buildings International*, 1-12.

- Rice, T., Rosenau, P., Unruh, L. Y., Barnes, A. J., Saltman, R. B., Van Ginneken, E. World Health Organization. 2013. United States of America: health system review.
- Roberts, J. S., Coale, J. G. and Redman, R. R. 1987. A history of the Joint Commission on Accreditation of Hospitals. *Jama*, 258(7), 936-940.
- Roberts, T. and Song, Z. 2022. Medicare Advantage Financing and Quality in Puerto Rico vs the 50 US States and Washington, DC. In *JAMA Health Forum* (Vol. 3, No. 9, pp. e223073-e223073). American Medical Association.
- Roper, K. and Borello, L. (Eds.). 2013. International facility management. John Wiley and Sons, US.
- Rosenberg, C. E. 1987. The care of strangers: The rise of America's hospital system, US.
- Rubio, D. M., Berg-Weger, M., Tebb, S. S., Lee, E. S. and Rauch, S. 2003. Objectifying content validity: Conducting a content validity study in social work research. *Social work research*, 27(2), 94-104.
- Rutkow, I. 2010. Seeking the cure: A history of medicine in America. Simon and Schuster.
- Saiyed, A. A. 2015. Public private partnership and legal education, US.
- Saleh, A. A., Abd Rased, A. N. N. W., Rijal, N. S., Ali, N. E. and Talmizi, N. M. 2021. Improving the built environment performance through facility management practices: The opportunities and challenges. In *IOP Conference Series: Earth and Environmental Science* (Vol. 881, No. 1, p. 012011). IOP Publishing.
- Sarısü, A. 2009. Kamu-özel işbirlikleri. Yaklaşım Yayınları, Ankara.
- Sarpin, J. and Weideman, G. 1999. Outsourcing in Health Care: The Administrator's Guide, AHA Press, Chicago, IL, US.
- Sarshar, M. 2006. Improving service delivery in FM: case study of a UK hospital facilities directorate. *Journal of Facilities Management*, 271-285.
- Sarshar, M., Haigh, R. and Amaratunga, D. 2004. Improving project processes: best practice case study, *Construction Innovation*, 69 – 82.
- Savaş, T., Keleş, R. ve Göktaş, B. 2020. Kamu özel işbirliği modeli Ankara Şehir Hastanesi örneği. *Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi*, 9(2), 22-31.
- Shah, S. 2008. Sustainable practice for the facilities manager. John Wiley and Sons, US.
- Sharma, V., Abel, J., Al-Hussein, M., Lennerts, K. and Pfründer, U. 2007. Simulation application for resource allocation in facility management processes in hospitals, *Facilities*, 493 – 506.

- Shohet, I. M. and Lavy, S. 2004a. Development of an integrated healthcare facilities management model. *Facilities*, 129-40.
- Shohet, I. M. and Lavy, S. 2004b. Healthcare facilities management: state of the art review, *Facilities*, 210 – 220.
- Shohet, I. M., Lavy-Leibovich, S. and Bar-On, D. 2003. Integrated maintenance monitoring of hospital buildings. *Construction Management & Economics*, 21(2), 219-228.
- Shuttleworth, M. 2016. Content validity. Retrieved Apr, 14.
- Siems, E., Land, A. and Seuring, S. 2021. Dynamic capabilities in sustainable supply chain management: An inter-temporal comparison of the food and automotive industries. *International Journal of Production Economics*, 236.
- Smits, H., Supachutikul, A. and Mate, K. S. 2014. Hospital accreditation: lessons from low-and middle-income countries. *Globalization and health*, 10(1), 1-8.
- Song, H., Tucker, A. L., Graue, R., Moravick, S. and Yang, J. J. 2020. Capacity pooling in hospitals: The hidden consequences of off-service placement. *Management Science*, 66(9), 3825-3842.
- Srinivasan, A. 2008. *Managing a modern hospital*, Sage, 392. United Kingdom.
- Starr, P. 2017. *The social transformation of American medicine: The rise of a sovereign profession and the making of a vast industry*. Hachette UK.
- Stratmann, T., Baker, M. and Amez-Droz, E. 2020. Public Health in Rural States: The Case against Certificate-of-Need Laws (No. 10731).
- Sümer, N. 2000. Yapısal eşitlik modelleri: temel kavramlar ve örnek uygulamalar. *Türk Psikoloji Yazıları*.
- Şahin, K. ve Cezlan, E. Ç. 2023. OECD ülkelerinin sağlık göstergeleri ve sağlık finansman modellerinin karşılaştırılması. *Hacettepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 41.
- Tamtomo, D. and Sulaeman, E. S. 2019. Multilevel analysis on the effect of marketing mix strategy toward patient satisfaction in Magelang, Central Java. *Journal of health policy and management*, 4(1), 39-46.
- Tanrıvermiş, H., Tanrıvermiş, Y. ve Demir, E. 2022. Proje Geliştirme ve Finansmanı Ders Notları. Web Sitesi: <https://acikders.ankara.edu.tr/course/view.php?id=7293>, Erişim Tarihi: 22.11.2022.
- Tanrıvermiş, Y. ve Bostancı, S. 2021. Şehir hastanesi yatırımları ve gayrimenkul katma değer yönetimi ilişkisi. *Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 25(Özel Sayı), 26-43.

- Tansel Çetin, A. 2007. Hastane yönetiminde kapasite ve kaynak yönetim kararlarının maliyet, kalite ve finansal performans üzerindeki etkileri. Doktora Tezi. Gebze Yüksek Teknoloji Enstitüsü.
- Tanveer, M., Khan, S. A. R., Umar, M., Yu, Z., Sajid, M. J. and Haq, I. U. 2022. Waste management and green technology: future trends in circular economy leading towards environmental sustainability. Environmental Science and Pollution Research, 1-18.
- Tay, L. and Ooi, J. T. 2001. Facilities management: a “Jack of all trades”? Facilities.
- Teicholz, E. 2001. Facility Design and Management Handbook, McGraw- Hill, 694, New York.
- Tekin, P. Ş. 2017. Küresel kamu özel ortaklığı uygulamaları ve Türkiye sağlık sektörü açısından bir değerlendirme. Ankara Sağlık Hizmetleri Dergisi, 16(2), 5-20.
- Tekin, P. Ş. ve Çelik, Y. 2012. Türkiye’de sağlık sektöründe bir finansman yöntemi olarak kamu-özel ortaklığı politikasının politika haritalama yöntemi ile analiz edilmesi. Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi, 1(3), 81-98.
- Terzioğlu, S. ve Tanrıvermiş, Y. 2020. Dünyada hastane yönetiminin tesis yönetimi ilkeleri açısından incelenmesi. Sağlıkta Tesis Yönetimi, Uslu, Y.D. (Ed.), 31-52.
- Tezbaşaran, A. A. 1997. Likert tipi ölçek geliştirme kılavuzu (ikinci baskı). Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları.
- Thompson, B. 2004. Exploratory and confirmatory factor analysis: Understanding concepts and applications. Washington, DC.
- Thompson, P. and Warhurst, C. 1998. Workplaces of the Future. Basingstoke, 344, London.
- Thomson, T. 1990. The essence of facilities management. Facilities, 8, Yorkshire, UK.
- Tütüncüler, T. 2020. Kamu yapılarında yapı bilgi modellemesi ile tesis yönetimi. Master’s thesis. Mimarlık A.B.D., Hasan Kalyoncu Üniversitesi.
- Uslu Y.D. (Ed.). 2020. Sağlıkta Tesis Yönetimi. Nobel Akademik Yayıncılık, Türkiye.
- Uslu, Y., Yılmaz, E., Hancıoğlu, Y. ve Gedikli, E. 2022. Sağlık yöneticilerinin bakış açısıyla sağlık kuruluşlarında risk yönetimi olgusunun analitik hiyerarşi süreci (AHS) yöntemi ile değerlendirilmesi. Third Sector Social Economic Review, 57(3), 1508-1527.
- Üstündağ, N. 1999. Akıllı binaların tesis yönetimi ve iş yaşamı kalitesi üzerine etkileri. Doktora Tezi. İstanbul Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

- Uysal, Y. 2019. Kamu-özel işbirliği (yap-kirala-devret) modeli ve şehir hastanelerinin sağlık hizmetlerindeki değişim ve dönüşüm üzerine etkileri. *Eskişehir Osmangazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 14(3), 877-898.
- Van Horne, F. 1977. *Financial Management Policy*. 4th edn. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, 115.
- Veneziano, L. 1997. A method for quantifying content validity of health-related questionnaires. *American Journal of Health Behavior*, 21(1), 67-70.
- Ventovuori, T. 2007. Analysis of supply models and FM service market trends in Finland. *Journal of Facilities Management*, 37-48.
- Vogel, M. J. and Rosenberg, C. E. (Eds.). 2017. *The therapeutic revolution: Essays in the social history of American medicine*. University of Pennsylvania Press.
- Wagstaff, T. 1997. Productive use of IT in support of FM solutions , *Journal of Management in Medicine*, 382-7.
- Wang, Y. 2019. Dynamic modeling of pulse-like earthquake and ground motion. University of California, San Diego.
- Wang, Z., Bulbul, T. and Lucas, J. 2015. A case study of BIM-based model adaptation for healthcare facility management—information needs analysis. In *Computing in Civil Engineering 2015*, 395-402.
- Weil, A. 2003. There's something about Medicaid. *Health Affairs*, 22(1), 13-30.
- Weimann, E. and Weimann P. 2017. *High performance in hospital management*, Springer, 232 p, Berlin, Germany.
- Wettenhall, R. 2010. Mixes and partnerships through time. in *international handbook on public-private partnerships*. Edward Elgar Publishing.
- Whitehead, H., May, D. and Agahi, H. 2007. An exploratory study into the factors that influence patients' perceptions of cleanliness in an acute NHS trust hospital. *Journal of facilities management*.
- Whittaker, J.P. 2016. Standardisation: One of today's most vital global trends. *IFMA FMJ*, Januray / February, 32-35.
- Wiig, S., Aase, K. and Bal, R. 2021. Reflexive spaces: Leveraging resilience into healthcare regulation and management. *Journal of Patient Safety*, 17(8), e1681.
- Williams, S. and Cooper, L. 2002. Managing workplace stress, *Facilities*, 349-349.
- Wilson, F. R., Pan, W. and Schumsky, D. A. 2012. Recalculation of the critical values for Lawshe's content validity ratio. *Measurement and evaluation in counseling and development*, 45(3), 197-210.

- Yaghoubian, S., Jahani, M. A., Yazdani-Charati, J. and Mahmoudi, G. 2018. The role of marketing mix (the 7 Ps) in patients' attitudes to Iranian hospitals based on their kind of ownership (case study in Iran). *International journal of healthcare management*.
- Yerlikaya, G. K. 2002. *Yap-işlet-devret modeli hukuki mahiyeti ve vergilendirme*. Seçkin Yayınları, Ankara.
- Yeşilyurt, S. ve Çapraz, C. 2018. Ölçek geliştirme çalışmalarında kullanılan kapsam geçerliği için bir yol haritası. *Erzincan Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 20(1), 251-264.
- Yi, T. C. and Jusoh, M. N. H. 2021. Overview of Clinical Waste Management in Malaysia. *Frontiers in Water and Environment*, 1(1), 47-57.
- Yıldırım, A. and Şimşek, H. 2013. *Qualitative research methods in social sciences*. Ankara: Seçkin Publishing, 78.
- Yousefli, Z. 2021. *Development of a multi-agent system for automated resource allocation in maintenance of hospital buildings* (Doctoral dissertation, Concordia University).
- Yousefli, Z., Nasiri, F. and Moselhi, O. 2021. Application of multiagent simulation for maintenance workflow management and resource allocation in hospital buildings. *Journal of Architectural Engineering*, 27(2).
- Yu, W., Zhao, G., Liu, Q. and Song, Y. 2021. Role of big data analytics capability in developing integrated hospital supply chains and operational flexibility: An organizational information processing theory perspective. *Technological Forecasting and Social Change*, 163.
- Yurdakul, B. 2019. *Kamu yapılarında tesis yönetimi. yüksek lisans tezi*. Yıldız Teknik Üniversitesi, Fen Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Yurdugül, H. 2005. Ölçek geliştirme çalışmalarında kapsam geçerliği için kapsam geçerlik indekslerinin kullanılması. XIV. Ulusal Eğitim Bilimleri Kongresi, 1, 771-774.
- Zhang, S., Chan, A. P., Feng, Y., Duan, H. and Ke, Y. 2016. Critical Review on PPP Research—A Search from the Chinese and International Journals. *International journal of project management*, 34(4), 597-612.
- Zhao, Y. and Canales, J. I. 2021. Never the twain shall meet? Knowledge strategies for digitalization in healthcare. *Technological Forecasting and Social Change*, 170.

EKLER

EK 1 Yatan Hastalar ve Refakatçilere Yönelik Hazırlanan Sorular

EK 2 Yatan Hastalar ve Refakatçilere Yönelik Çalışma Dışı Kalan Sorular

EK 3 Hastane Çalışanlarına Yönelik Hazırlanan Sorular

EK 4 Hastane Çalışanlarına Yönelik Çalışma Dışı Kalan Sorular

EK 5 Hastane Yöneticilerine Yönelik Hazırlanan Sorular

EK 6 Hastane Yöneticilerine Yönelik Çalışma Dışı Kalan Sorular

EK 7 Tesis firma Yöneticilerine Yönelik Hazırlanan Sorular

EK 8 Tesis firma Yöneticilerine Yönelik Çalışma Dışı Kalan Sorular

EK 9 Tesis firma Çalışanlarına Yönelik Hazırlanan Sorular

EK 10 Tesis firma Çalışanlarına Yönelik Çalışma Dışı Kalan Sorular

EK 11 Yatan Hastalar veya Refakatçiler Anket Soru Formu

EK 12 Hastane Çalışanları Anket Soru Formu

EK 13 Hastane Yöneticileri Anket Soru Formu

EK 14 Hastane Yöneticileri Anket Soru Formu

EK 15 Tesis Yöneticileri Anket Soru Formu

EK 16 Yatan Hasta ve Refakatçiler için Tesis Yönetimi Algı Ölçeğinin Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması

EK 17 Hastane Çalışanları Tesis Yönetimi Algı Ölçeğinin Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması

EK 18 Tesis Çalışanları Tesis Yönetimi Algı Ölçeğinin Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması

EK 19 Etik Kurul Onayı

EK 1 Yatan Hastalar ve Refakatçilere Yönelik Kapsam Geliştirme Çalışması

Yatan Hastalar ve Refakatçılar Anket Soruları Ölçeği	
1.Tesis Yönetimi Anlayışının Değerlendirilmesi	KGO
1. Tesis yönetimi hastanede tıbbi personelin işini kolaylaştırır.	0,78
2. Tesis yönetimi hastane yönetim maliyetlerini azaltır.	1
3. Tesis yönetimi hastane yaşam kalitesini yükseltir.	0,78
4. Tesis yönetimi hastanede verilen hizmetin kalitesini ve niteliğini artırır.	1
5. Tesis yönetimi hastanede verilen tıbbi hizmetin hata payını azaltır.	0,78
KGİ	0,87
2.Tıbbi Destek Hizmetleri (Laboratuvar, Görüntüleme, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon) Koşulları Değerlendirilmesi	KGO
1. Tıbbi destek hizmetleri işlemi öncesi hakkında bilgi verilmiştir.	1
2. Tıbbi destek hizmetlerinden beklemeden hizmet aldım.	1
3. Tıbbi destek hizmetlerinden sonuçlarımı zamanında aldım.	0,78
4. Tıbbi destek hizmetlerinden sonuçlarım hakkında bilgilendirme yapıldı.	0,78
5. Tıbbi destek hizmetlerinden memnun kaldım.	1
KGİ	0,92
3.Hastanenin Fiziksel Koşulları ve Çevre Bakımı Değerlendirilmesi	KGO
1.Hastane modern iç/dış görünümüne sahiptir.	1
2.Hastanede ki yönlendirme/bilgilendirme levhaları yeterlidir.	1
3.Hastanenin fiziksel koşulları yeterlidir.	0,78
4.Hastanenin yataklı tedavi bölümleri kalmak için uygun konfordadır.	1
5.Hastane içi/dışı bakımlı ve temizdir.	0,78
6.Hastanenin bekleme ve dinlenme ortamı yeterli/uygundur.	0,78
KGİ	0,89
4. Kayıt ve Yönlendirme Hizmetlerinin Değerlendirmesi	KGO
1. Muayene olmak için istediğim doktoru seçip sırasını almakta zorluk çekmedim.	1
2. Muayene olmak için hastanede fazla beklemedim.	1
3. Kayıt ve yönlendirme çalışanları nazik, saygılı, güven verici davranmaktadır.	0,78
4. Bu hastanede hasta haklarına/mahremiyetine özen gösterilir.	0,78
5. Bu hastanede ki hasta kayıtları düzgün ve güvenilirdir.	1
6. Hastanede hasta haklarını ihlal eden uygulamalarla karşılaştım.	1
KGİ	0,93
5.Otopark ve Güvenlik Hizmet Koşulları Değerlendirmesi	KGO
1.Yeterli güvenlik personelinin varlığı kendimi güvende hissettiriyor.	0,78
2.Açık/kapalı otopark yönlendirme levhaları yeterlidir.	1
3.Açık/kapalı otopark alanı yeterlidir.	1
4.Güvenlik levhaları yeterli ve görünürdür.	1
5.Güvenlik çalışanları nazik, saygılı, güven vericidir.	0,78
6.Güvenlik çalışanları hastalara/refakatçilere eşit biçimde davranmaktadır.	1
KGİ	0,93
6.Taşıma Hizmetleri Değerlendirmesi	KGO
1.Hastane içi ulaşımı hızlı, kolay ve rahattır.	1
2.Hastaların taşınması/nakli için yeterli personel/taşıma aracı vardır.	1
3.Asansörler ile yürüyen merdivenler çalışır/yeterlidir.	0,78
4.Engellilere, yaşlılara ve hamile bayanlara öncelikli taşıma hizmeti verilmektedir.	0,78
KGİ	0,89
7.Çamaşır Hizmet Koşulları Değerlendirilmesi	KGO
1.Tüm tekstil ürünleri temiz, lekesiz, sağlam ve ütülüdür.	0,78
2.Lekelenen ve kirlenen tekstil ürünleri düzenli değiştiriliyordu.	0,78
3.Çamaşırhane hizmetlerinden memnunum.	0,78
4.Hastane personelinin giydiği kıyafetler temiz ve ütülüdür.	1
KGİ	0,84
8.Genel Temizlik Hizmet Koşullarının Değerlendirilmesi	KGO
1.Hastane zemini, duvarları, tuvaletleri ve muayene odası düzenli, temiz ve lekesizdir.	1
2.Yataklı servisleri düzenli temizleniyordu.	1

3.Çöp kutuları boş ve yeterli sayıdadır.	1
4.Hastanede rahatsız edici koku yoktur.	0,78
5.Sedye ve mobilyaları sağlam, lekesiz ve temizdir.	0,78
KGİ	0,92
9.Yemek Hizmet Koşullarının Değerlendirilmesi	KGO
1.Kafeterya ile restoran yiyecek miktarı/çeşitleri yeterli, kaliteli ve lezzetlidir.	1
2.Yataklı servisin yemek miktarı/çeşidi yeterli, kaliteli ve lezzetlidir.	1
3.Yataklı servisin yemekleri zamanında dağıtıldı ve toplandı.	1
4.Yataklı servis yemekleri diyetime uygun şekildedir.	0,78
KGİ	0,95
10.Konfor Koşullarının Değerlendirilmesi	KGO
1.Hastane içi iklimlendirme (soğutma/ısıtma/havalandırma) koşulları yeterlidir.	1
2.Aydınlatma armatürleri/ekipmanları yeterlidir	1
3.Güneş kırıcılar/jaluziler/storlar yeterlidir.	1
4.Hastanedeki doğal havalandırma/pencereler düzgün çalışmaktadır.	0,78
5.Banyo/tuvaletlerdeki sıcak su yeterlidir.	0,78
KGİ	0,91

**EK 2 Yatan Hastalar ve Refakatçilere Yönelik Kapsam Geliştirme Çalışması Dışı
Kalan Maddeler**

KGO Değerinin Düşük Olması Nedeniyle Ölçekten Çıkarılan Sorular	
2.Tıbbi Destek Hizmetleri (Laboratuvar, Görüntüleme, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon) Koşulları Değerlendirilmesi	KGO
1.Görevlilere sorduğum sorulara yeterli cevaplar aldım.	0,33
2.Tetkik sonuçlarını zamanında aldım.	-0,11
3.Hastanenin Fiziksel Koşulları ve Çevre Bakımı Değerlendirilmesi	KGO
1.Hastanenin bahçesi güzel ve bakımlıdır.	0,33
2.İnşaat ve yenileme çalışmaları sırasında gerekli iş güvenliği önlemleri alınmaktadır.	-0,33
3.Yapısal aksaklıkların tespiti için düzenli alan/tesis turu ve denetimi yapılmaktadır.	-0,33
4.Yapısal aksaklıklarının onarım ve bakım işleri derhal/hemen yapılmaktadır.	-0,33
4. Kayıt ve Yönlendirme Hizmetlerinin Değerlendirmesi	KGO
1.Hasta kabul hizmetlerinden genel olarak memnun kaldım.	0,56
2.Sağlık tesis personeli sorunlarımı çözmemde yardımcı olur.	0,33
6.Taşıma Hizmetleri Değerlendirmesi	KGO
1.Hastanede taşıma hizmeti düzenli ve çevreye rahatsızlık verilmeden yapılır.	0,11
2.Klinikler ile laboratuvarlar arası tıbbi taşıma hizmeti hızlı ve düzenli yapılmaktadır.	-0,33
7.Çamaşır Hizmet Koşulları Değerlendirilmesi	KGO
1.Çarşaf lar ütülü ve temizdi.	0,56
8.Genel Temizlik Hizmet Koşullarının Değerlendirilmesi	KGO
1.Doktor muayene odası temizdi.	0,33
2.Hastane genel olarak temizdi.	0,56
3.Genel temizlikte çalışan personel başka işlerde çalışmamaktadır.	-0,33
9.Yemek Hizmet Koşullarının Değerlendirilmesi	KGO
1.Kafeterya sorumlu yöneticisi ve çalışanları yapılan talep ve eleştirilere dikkat etmektedir.	0,56
2.Yemekhane yemek miktarı/çeşitleri yeterli, kaliteli ve lezzetlidir.	-0,56
3.Yemekhane hizmetleri gıda güvenliği standartlarına uygunluğu düzenli denetlenmektedir.	-0,56
4.Yemekhane yöneticisi ve çalışanları yapılan talep ve eleştirilere dikkat etmektedir.	-0,56

EK 3 Hastane Çalışanlarına Yönelik Kapsam Geliştirme Çalışması

Hastane Çalışanları Anket Soruları Ölçeği	
1.Tesis Yönetimi Anlayışının Değerlendirilmesi	KGO
1. Tesis yönetimi hastanede tıbbi personelin işini kolaylaştırır.	1
2. Tesis yönetimi hastane yönetim maliyetlerini azaltır.	0,78
3. Tesis yönetimi hastane yaşam kalitesini yükseltir.	1
4. Tesis yönetimi hastanede verilen hizmetin kalitesini ve niteliğini artırır.	0,78
5. Tesis yönetimi hastanede verilen tıbbi hizmetin hata payını azaltır.	1
KGİ	0,92
2.Hastane Bilgi Teknolojileri Kullanımının Değerlendirilmesi	KGO
1.Bilgi teknolojileri kullanımı çalışanların iş süreçlerinin iyileştirilmesine ve hastalara daha hızlı/kaliteli hizmet vermemize yardımcı olmaktadır.	1
2.Kullanılan bilgi teknolojileri bürokratik işlemlerin yol açtığı iş yükümüzü azaltmaktadır.	1
3.Kullanılan bilgi teknolojileri bölümler arası hızlı iletişim kurmaya ve koordineli çalışma imkânı sağlamaktadır.	1
4.Teknoloji alanındaki yeni uygulamalar düzenli şekilde takip edilmekte ve uygulanmaktadır.	0,78
KGİ	0,95
3.Sterilizasyon ve Dezenfeksiyon Hizmetlerinin Değerlendirilmesi	KGO
1.Kullanılan tıbbi cihaz ve aletlerin sterilizasyonu düzenli ve güvenilir olarak yapılmaktadır.	1
2.Dezenfektasyon hizmetleri düzeli ve güvenilir olarak yapılmaktadır.	1
3.Hastanedeki steril alanlar yeterlidir.	1
4.Hastane enfeksiyonları kabul edilebilir sınırlardadır.	0,78
5. Covid-19 ve diğer bulaşıcı hastalıkların önlenmesi için yeterli tedbirler hızlıca alınmaktadır.	1
KGİ	0,96
4.Hastanenin Fiziksel Koşulları ve Çevre Bakımının Değerlendirilmesi	KGO
1.Hastane modern iç/dış görünümüne sahiptir.	0,78
2.Hastanedeki yönlendirme/bilgilendirme levhaları yeterlidir.	1
3.Hastanenin fiziksel koşulları yeterlidir.	0,78
4.Yataklı tedavi bölümleri kalmak için uygun konfordadır.	1
5.Hastane içi/dışı bakımlı ve temizdir.	1
6.Bekleme ve dinlenme ortamı yeterli/uygundur.	1
7.İnşaat ve yenileme çalışmaları sırasında gerekli iş güvenliği önlemleri alınmaktadır.	0,78
8.Yapısal aksaklıkların tespiti için düzenli alan/tesis turu ve denetimi yapılmaktadır.	1
9.Yapısal aksaklıklarının onarım ve bakım işleri derhal/hemen yapılmaktadır.	1
KGİ	0,95
5.Tıbbi Ekipman ve Cihazların Bakımının Değerlendirilmesi	KGO
1.Tıbbi hassas ayarlı ekipmanlar ve cihazlar sorunsuz çalışır ve önleyici/rutin bakımları zamanında yapılmaktadır.	1
2.Tıbbi ekipmanlar ve cihazların tamir ve bakımları esnasında yeterli ikame cihaz bulunmaktadır.	1
3.Tıbbi hassas ayarlı ekipmanların ve cihazların kolay anlaşılır kullanma kılavuzu vardır.	1
4.Yeterli teknik personel ve biomedikal mühendisi çalışmaktadır.	1
KGİ	1
6.Tesis Cihazlarının (elektromekanik, iklimlendirme ve genel amaçlı cihazlar) ve Tesisin Ortak Bakımının Değerlendirilmesi	KGO
1.Kullanılan cihazlar sorunsuz çalışır ve önleyici/rutin bakımları zamanında yapılmaktadır.	0,78
2.Kullanılan cihazlarda tespit edilen aksaklıklar kısa sürede/derhal düzeltilmektedir.	0,78
3.Kullanılan cihazların risk analizi ve değerlendirilmesi düzenli periyodlarla yapılmaktadır.	1
4.Yeterli teknik personel çalışmaktadır.	1
5.Yangın algılama sistemlerinin koruyucu test ve bakımları zamanında yapılmaktadır.	1
6.Arazlıların (elektrik, su, doğalgaz, kanalizasyon, telekom vb.) tespiti için düzenli alan/tesis turu ve denetimi yapılmaktadır.	1
7.Arızalar (elektrik, su, doğalgaz, kanalizasyon, Telekom, vb.) hızlı/derhal giderilmektedir.	1
KGİ	0,94

7.Mefruşat ve Mobilya Hizmetlerinin Değerlendirilmesi	KGO
1.Mobilya/mefruşatların bakım ve onarı düzenli yapılmaktadır.	1
2.Mobilya/mefruşatların gerekli durumlarda değişimi hızlı yapılmaktadır.	1
3.Mobilya/mefruşatlar kullanım amacına uygun olarak tasarlanmıştır.	1
KGİ	1
8.Otopark ve Güvenlik Hizmet Koşulları Değerlendirmesi	KGO
1.Yeterli güvenlik personelinin varlığı kendimi güvende hissettiriyor.	1
2.Açık/kapalı otopark yönlendirme levhaları yeterlidir.	1
3.Açık/kapalı otopark alanı yeterlidir.	1
4.Güvenlik levhaları yeterli ve görünürdür.	1
5.Güvenlik çalışanları nazik, saygılı, güven vericidir.	0,78
6.Güvenlik çalışanları hastalara/refakatçilere eşit biçimde davranmaktadır.	0,78
KGİ	0,93
9.Taşıma Hizmetleri Değerlendirmesi	KGO
1.Hastane içi ulaşımı hızlı, kolay ve rahattır.	1
2.Hastaların taşınması/nakli için yeterli personel/taşıma aracı vardır.	1
3.Asansörler ile yürüyen merdivenler çalışır/yeterlidir.	1
4.Engellilere, yaşlılara ve hamile bayanlara öncelikli taşıma hizmeti verilmektedir.	1
5.Klinikler ile laboratuvarlar arası tıbbi taşıma hizmeti hızlı ve düzenli yapılmaktadır.	1
KGİ	1
10.Haşere Kontrolü Hizmetinin Değerlendirilmesi	KGO
1.Tüm alanlarda ilaçlama hizmetleri uzman ekipler tarafından düzenli yapılmaktadır.	1
2.İlaçlama hizmeti yapılırken güvenlik, gıda ve çevre hijyenine azami ölçüde dikkat edilip gerekli önlemler alınmaktadır.	1
3. Hijyen ve ilaçlama için gerekli giysi ve teknolojik ekipmanlar kullanılmaktadır.	1
11.Çamaşır Hizmetlerinin Değerlendirilmesi	KGO
1.Tüm tekstil ürünleri temiz, lekesiz, sağlam ve ütülüdür.	1
2.Lekelenen ve kirlenen tekstil ürünleri düzenli değiştiriliyordu.	1
3.Çamaşırhane hizmetlerinden memnunum.	1
4.Personelinin giydiği kıyafetler temiz ve ütülüdür.	1
KGİ	1
12.Genel Temizlik İşlerinin Değerlendirilmesi	KGO
1.Hastane zemini, duvarları, tuvaletleri ve muayene odası düzenli, temiz ve lekesizdir.	0,78
2.Yataklı servisleri düzenli temizleniyordu.	0,78
3.Çöp kutuları boş ve yeterli sayıdadır.	1
4.Hastanede rahatsız edici koku yoktur.	1
5.Sedye ve mobilyaları sağlam, lekesiz ve temizdir.	1
6.Genel temizlikte çalışan personel başka işlerde çalışmamaktadır.	1
KGİ	0,93
13.Yemek Hizmet Koşullarının Değerlendirilmesi	KGO
1.Kafeterya ile restoran yiyecek miktarı/çeşitleri yeterli, hızlı, kaliteli ve lezzetlidir.	1
2.Yemekhane yemek miktarı/çeşitleri yeterli, kaliteli ve lezzetlidir.	1
3.Yemekhane hizmetleri gıda güvenliği standartlarına uygunluğu düzenli denetlenmektedir.	1
4.Yemekhane yöneticisi ve çalışanları yapılan talep ve eleştirilere dikkat etmektedir.	1
KGİ	1
14.Atık Bertaraf Yönetiminin Değerlendirilmesi	KGO
1.Tıbbi atıkların toplanması, taşınması ile depolanması için sorumlu birim vardır.	1
2.Tıbbi atıklar sınıflarına göre uygun koşullarda ve dezenfektasyonu yapılarak uygun araçlar ile düzenli toplanmaktadır.	1
3.Tıbbi atık yönetim planına göre atıkların depolandığı özel bir alan vardır.	1
4.Evsel atıklar ile tıbbi atıklar ayrı ayrı toplanmaktadır.	1
5.Tıbbi atık hizmetinde çalışan personeller başka bir hizmette çalışmamaktadır.	1
KGİ	1
15.Hastane İçi Tesis Tedarik Sürecinin Değerlendirilmesi	KGO
1. Hastane içi birimlerin (klinikler, poliklinikler, ameliyathaneler, vs..), tesis hizmet sunumu karşısındaki müşteri rolleri eksiksiz tanımlanmıştır.	1

2.Tesis hizmet sağlayıcılarının iş süreçlerindeki rolleri/sorumlulukları doğru tanımlanmıştır.	1
3.Hastane tesis hizmeti düzenli olarak denetlenmektedir.	0,78
4.Hastane tesis hizmetlerinde çıkan eksiklik hemen/derhal düzeltilmektedir.	0,78
5. Tüm paydaşlar tesis hizmetlerinin kabul edilebilir minimum performansının belirlenmesi aşamasına katılmıştır.	1
6. Tesis hizmet iş süreçlerinin ayrıntılı tanımlamaları, kritik başarı faktörleri ve anahtar performans göstergeleri hazırlanmıştır.	1
7. Hastanede tesis hizmetleri yeterli şekilde kontrolü gerçekleştirilir, ihtiyaç ve gereksinimlerine göre güncellenmektedir.	1
8.Tesis yönetimi şeffaf iletişim yöntemiyle kendisini devamlı geliştirmektedir ve önerilen iyileştirmeleri dikkate almaktadır.	1
9.Hastane yönetimi, tesis yönetimi ve klinik servis çalışanları arasındaki alışlagelmiş fikir ayrılıkları hizmet koşullarını olumsuz etkilemektedir.	1
10.Hastanede sağlık birimleri arasında (klinik, ilaç depoları, laboratuvar, poliklinikler, radyoloji, bakım, güvenlik, vs.) yardım ve destekleme üst seviyede yapılmaktadır.	1
11.Tesis yönetimi çalışanları işimizi olumlu etkilemektedir.	1
12.Tesis hizmetlerinin iş süreçlerini geliştirmek için düzenli anket çalışmaları yapılmaktadır.	1
13.Tesis yönetimi, hizmet koşullarının değerlendirilmesi için uygun iletişim kanallarıyla bildirim/şikayetleri düzenli olarak toplamaktadır.	0,78
14.Tesis yönetimi tüm paydaşlardan gelen bildirimleri/şikayetleri dikkate almaktadır.	1
KGİ	0,95
16.Konfor Koşullarının Değerlendirilmesi	KGO
1.Hastane içi iklimlendirme (soğutma/ısıtma/havalandırma) koşulları yeterlidir.	1
2.Aydınlatma armatürleri/ekipmanları yeterlidir	1
3.Güneş kırıcılar/jaluziler/storlar yeterlidir.	1
4.Hastanedeki doğal havalandırma/pencereler düzgün çalışmaktadır.	1
5.Banyo/tuvaletlerdeki sıcak su yeterlidir.	1
KGİ	1
17. Tesis Yönetimi Uygulama Yönteminin Değerlendirilmesi	KGO
1. Tüm yönetim işleri profesyonel tesis yönetimi şirketlerine bırakılmalıdır.	0,78
2. Bazı hizmetler dışarıdan temin edilmeli, bazıları hastane yönetimine bırakılmalıdır.	1
3. Tesis yönetimi konusunda yönetim desteği/ilgisi sağlanmalıdır.	1
4. Diğer kamu hastaneleri sistemine göre şehir hastanesi tesis yönetim sistemi daha başarılıdır.	1
5. Tesis yönetimi konusunda yasal mevzuat düzenlenmelidir.	1
6. Hastane tesis yönetimi etkindir.	1
7. Diğer kamu hastanelerine kıyasla hastanedeki tesis yönetimi tarafından kliniklere verilen destek hizmetlerinin kalitesi önemli ölçüde artmıştır.	1
8. Hastanedeki tesis yönetimi faaliyetleri konusunda yeterli düzeyde bilgilendirildim.	1
KGİ	0,97

EK 4 Hastane Çalışanlarına Yönelik Kapsam Geliştirme Çalışması Dışı Kalan Maddeler

KGO Değerinin Düşük Olması Nedeniyle Ölçekten Çıkarılan Sorular	
2.Hastane Bilgi Teknolojileri Kullanımının Değerlendirilmesi	KGO
1.Kullanılan bilişim teknolojileri işlerimizi daha hatasız yapmamıza yardımcı olmaktadır	0,33
2.Kullanılan yeni teknoloji içeren makinaların ve yazılımların kullanılması performansımı olumlu etki yapmaktadır.	0,56
3.Çalışanların yaptıkları hizmetlerin performans çıktılarının yeni teknoloji ürünü bilgisayar ve yazılımlarla alınarak çalışanların iş süreçlerinin iyileştirilmesine katkı sağlanmaktadır.	0,56
3.Sterilizasyon ve Dezenfeksiyon Hizmetlerinin Değerlendirilmesi	KGO
1.Polikliniklerde, yataklı servis ile ameliyathanede kullanılan tıbbi cihaz ve aletlerin sterilizasyonu tesis hizmetleri kapsamında düzenli olarak yapılır.	0,56
4.Hastanenin Fiziksel Koşulları ve Çevre Bakımının Değerlendirilmesi	KGO
1.Hastanenin bahçesi güzel ve bakımlıdır.	0,11
5.Tıbbi Ekipman ve Cihazların Bakımının Değerlendirilmesi	KGO
1.Kullanılan tıbbi ekipman ve cihazların aksaklıklarının iyileştirilmesi için kısa sürede aksiyon alınır.	0,56
2.Teknik ve tıbbi cihazlar sorunsuz çalışır.	0,33
6.Tesis Cihazlarının (elektromekanik, iklimlendirme ve genel amaçlı cihazlar) ve Tesisin Ortak Bakımının Değerlendirilmesi	KGO
1.Teknik, elektronik ve elektromekanik cihazlar sorunsuz çalışır.	0,56
7.Mefruşat ve Mobilya Hizmetlerinin Değerlendirilmesi	KGO
1.İhtiyaç duyulan mobilya ve aksesuarları zamanında tedarik edilir.	0,33
2.İhtiyaç duyulan mefruşat ve aksesuarları zamanında tedarik edilir.	0,33
9.Taşıma Hizmetleri Değerlendirmesi	KGO
1.Hastanede taşıma hizmeti düzenli ve çevreye rahatsızlık verilmeden yapılır.	0,33
10.Haşere Kontrolü Hizmetinin Değerlendirilmesi	KGO
1.Hastane dışındaki alanlarda zarar vermeden düzenli ve programlı haşere/diğer ilaçlama hizmeti sunulmaktadır.	0,56
2.Hastane iç ve dış allanlarında haşere görülmemektedir.	0,11
11.Çamaşır Hizmetlerinin Değerlendirilmesi	KGO
1.Çarşaf lar ütülü ve temizdi.	0,11
12.Genel Temizlik İşlerinin Değerlendirilmesi	KGO
1.Doktor muayene odası temizdi.	0,56
2.Hastane genel olarak temizdi.	0,56
13.Yemek Hizmet Koşullarının Değerlendirilmesi	KGO
1.Kafeterya sorumlu yöneticisi ve çalışanları yapılan talep ve eleştirilere dikkat etmektedir.	0,33
2.Yataklı servisin yemek miktarı/çeşidi yeterli, kaliteli ve lezzetlidir.	-0,33
3.Yataklı servisin yemekleri zamanında dağıtıldı ve toplandı.	-0,33
4.Yataklı servis yemekleri diyetime uygun şekildedir.	-0,33
14.Atık Bertaraf Yönetiminin Değerlendirilmesi	KGO
1.Tıbbi atıkları toplayan ve geçici depolama yerine götüren personelin özel koruyucu kıyafetleri vardır.	0,56
2.Tıbbi atıkların dışarı sızmasını önlemek için kullanılan torba ile kutuların ¾ ü doldurulmaktadır.	0,11
3.Tıbbi atıkların toplanması için kullanılan araç ve gereçler yeterli düzeyde dezenfektasyon yapılmaktadır.	0,56
4.Tıbbi atık yönetim planı vardır.	0,33
5.Tıbbi atık yönetim planı uygulanmaktadır.	0,33
15.Hastane İçi Tesis Tedarik Sürecinin Değerlendirilmesi	KGO
1.Senin fikrin karar verme aşamasında dikkate alınıyor.	0,56
2.Tesis yönetiminin aldığı kararlar şeffaf mı? Anlaşılabilir mi? ve bu kararlar personel ve senin tarafından kolaylıkla uygulanabiliyor.	0,33
3.Tesis yönetiminin verdiği hizmetler (hasta kabul, hastaneden taburcu edilme, hasta taburcu etme yönetimi, hastane içi süreçler) hasta merkezli bir yaklaşım vardır.	0,33
17. Tesis Yönetimi Uygulama Yönteminin Değerlendirilmesi	KGO
1.Tesis yönetimi personel için iletişim kültürünü ve iş ahlakını geliştirmeye yönelik düzenli olarak eğitimler düzenlenmektedir.	0,11
2.Tesis yöneticileri değişime karşı açık görüşlüdür.	0,56

EK 5 Hastane Yöneticilerine Yönelik Kapsam Geliştirme Çalışması

Hastane Yöneticileri Anket Soruları Ölçeği	
1.Tesis Yönetimi Anlayışının Değerlendirilmesi	KGO
1. Tesis yönetimi hastanede tıbbi personelin işini kolaylaştırır.	1
2. Tesis yönetimi hastane yönetim maliyetlerini azaltır.	1
3. Tesis yönetimi hastane yaşam kalitesini yükseltir.	1
4. Tesis yönetimi hastanede verilen hizmetin kalitesini ve niteliğini artırır.	1
5. Tesis yönetimi hastanede verilen tıbbi hizmetin hata payını azaltır.	1
KGİ	1
2.Tesis Planlamasının Değerlendirilmesi	KGO
1.Hastane yönetimi ile tesis yönetimi arasındaki ilişki sınırları belirlenmiş ve sınıflandırılmıştır.	1
2.Hastanenin bina içi ve bina dışı alanları verimli olarak kullanılmaktadır.	1
3.Gelecekte oluşabilecek yeni ihtiyaçlara göre alan ve tesis hizmet planlaması yapılmıştır.	1
4.Tesis yönetimi, hizmet koşullarının değerlendirilmesi için uygun iletişim kanallarıyla bildirim/şikayetleri düzenli olarak toplamaktadır.	1
5.Tesis yönetimi tüm paydaşlardan gelen bildirimleri/şikayetleri dikkate almaktadır.	0,78
KGİ	0,96
3.Strateji Planlamasının Değerlendirilmesi	KGO
1.Tesis yönetiminin acil durumlar için stratejik planlaması vardır.	1
2.Hastane tesis hizmetlerinde ortaya çıkan ihtiyaçlara göre derhal alt tedarikçilerle iş birliği yapılmaktadır.	1
3.Hastane tesis yönetimi kurum içi risk yönetimini stratejik plan çerçevesinde uygulamaktadır.	1
4.Hastane tesis yönetimi hazırlamış olduğu stratejik plan çerçevesinde dikkate aldığı yeni fikir ve çözümleri operasyonel planlarında başarı ile uygular.	1
5.Hastane tesis yönetimi çalışanlarına karşı objektiftir.	1
KGİ	1
4.Kaynak Kullanımının Değerlendirilmesi	KGO
1.Tesis yönetimi, tesis hizmetlerinin ihtiyacına göre kapsam ve standartını belirleyerek hizmet sunumlarını planlamaktadır.	1
2.Tesis yönetimi, hizmetlerin önceliklerini uygunluk çerçevesinde belirleyip hızlı bir şekilde aksiyon almaktadır.	1
3.Hastanedeki hizmetlerin tesis yönetimi firmasıyla yapılması verimliliği arttırmaktadır.	1
4.Tesis yönetimi, hizmetlerin performans raporlarına göre düşük/yetersiz olan hizmet sağlayıcıların/çalışanların sözleşmelerini iptal etmektedir.	1
5. Tesis hizmet sağlayıcıları ile müşteriler (doktor, hemşire, hasta, klinik/poliklinik çalışanları, vs.) arasında sürekli iletişim kanalları vardır.	1
KGİ	1
5.Değişim Yönetiminin Değerlendirilmesi	KGO
1.Tesis yönetimi çıkabilecek yeni gelişmeleri yönetebilmek için şeffaf eylem planına sahiptir.	0,78
2.Tesis yönetimi, yeni eylem planlarını tüm paydaşlarıyla yeterli düzeyde paylaşmaktadır.	1
3.Tesis yönetimi, planlanan değişikliklerin uygulanması esnasında ortaya çıkan/çıkabilecek sorunlarla ilgili alternatif planlara sahiptir.	1
4.Tesis yönetiminin DÖF (düzeltici önleyici faaliyetler) yönergesi bulunmaktadır.	1
KGİ	0,95
6.İnsan Kaynakları Yönetiminin Değerlendirilmesi	KGO
1.Hastanenin tesis yönetim yapısı uygun maliyetli ve verimli hizmet sunulmasına uygundur.	1
2.Sunulan tesis hizmetlerinin tanımları, fonksiyonları ve hizmet gereksinimleri açık, anlaşılır, tüm paydaşların katılımıyla, minimum hizmet ihtiyacına göre belirlenmiştir.	1
3.Tesis iş prosedürü ile iş yönetmenliği, yürürlükteki yasal mevzuat ve standartlara uygun şekilde tanımlanmıştır.	1
4.Tesis yönetimi, tüm hastanenin stratejik iş hedeflerine göre geliştirilmiş bir performans değerlendirme yöntemi uygulamaktadır.	1
5.Tesis çalışanlarına hizmet performanslarına göre teşvik/prim/ödül verilmektedir.	1
KGİ	1

7.Hastane İçi Tesis Tedarik Sürecinin Değerlendirilmesi	KGO
1. Hastane içi birimlerin (klinikler, poliklinikler, ameliyathaneler, vs.), tesis hizmet sunumu karşısındaki müşteri rolleri eksiksiz tanımlanmıştır.	1
2.Tesis hizmet sağlayıcılarının iş süreçlerindeki rolleri/sorumlulukları doğru tanımlanmıştır.	1
3.Tesis hizmetlerinde çıkan eksiklik hemen/derhal düzeltilmektedir.	1
4. Tesis hizmet iş süreçlerinin ayrıntılı tanımlamaları, kritik başarı faktörleri ve anahtar performans göstergeleri hazırlanmıştır.	1
5. Tesis hizmetleri yeterli şekilde kontrolü gerçekleştirilir, ihtiyaç ve gereksinimlerine göre güncellenmektedir.	0,78
6.Tesis yönetimi şeffaf iletişim yöntemiyle kendisini devamlı geliştirmektedir ve önerilen iyileştirmeleri dikkate almaktadır.	0,78
7.Hastane yönetimi, tesis yönetimi ve klinik servis çalışanları arasındaki alışlagelmiş fikir ayrılıkları hizmet koşullarını olumsuz etkilemektedir.	1
8.Hastanede sağlık birimleri arasında (klinik, ilaç depoları, laboratuvar, poliklinikler, radyoloji, bakım, güvenlik, vs.) yardım ve destekleme üst seviyede yapılmaktadır.	1
9.Tesis yönetimi çalışanları işimizi olumlu etkilemektedir.	1
10. Tesis hizmetlerinin iş süreçlerini geliştirmek için düzenli anket çalışmaları yapılmaktadır.	1
KGİ	0,96
8.İş Verimliliğinin Değerlendirilmesi	KGO
1.Hastane yönetimi, tesis ortamının kalitesini sürekli denetlemektedir.	1
2.Tesis yönetimi, çalışanlarının iş refahını olumsuz etkileyebilecek faktörlerin farkındadır.	1
3.Tesis yönetimi, çalışanlarının işini olumsuz etkileyecek faktörleri en aza indirmektedir.	1
4.Hastane çalışanlarının, tesis iş süreçleriyle ilgili endişeleri dikkate alınıp gerekli araştırma ve soruşturma hemen yapılır.	1
5.Tesis yönetimi, çalışanlarının motivasyonunu arttırmaya yönelik esnek çalışma politikaları benimsemektedir.	1
KGİ	1
9. Akıllı Bina Sistemlerinin Değerlendirilmesi	KGO
1.Hastanede hizmetlerin etkili bir şekilde algılanabilmesi, kontrolü ve izlenmesi için akıllı bina sistemleri kullanılmaktadır.	1
2.Bilgi yönetim sistemi çerçevesinde bilgi güvenliği gerçek zamanlı olarak izlenerek yönetilmektedir.	1
3.Tesis yönetimi hizmetlerini ve alanlarını yönetmek için BİM (yapı bilgi modellemesi) planına sahiptir.	1
4. Tesis yönetimi, hizmet sunumundaki eksikliği belirlemek için akıllı bina sistemleri üzerinden sürekli bilgi denetlemesi yapmaktadır.	1
KGİ	1
10.Eğitim ve Mesleki Gelişimin Değerlendirilmesi	KGO
1.Tesis yönetimi, çalışanları için çalıştığı bölüme/işe yönelik bir mesleki eğitim ve gelişim programı uygulamaktadır.	1
2.Tesis yönetimi, hizmet sunumlarının başarılı bir şekilde devamını sağlamak için tesis yönetimi personelinin ihtiyacı olan gerekli ve yeterli koşulların farkındadır	1
3.Tesis yönetimi, personelin işe alınmasında yeterlilik koşullarını göz önünde bulundurmaktadır.	1
4.Tesis yönetimi, tesis yönetimi personelinin mesleki gelişimini desteklemeye yönelik gündemi ve gelişmeleri takip etmektedir.	1
KGİ	1
11.Hastane Bilgi Teknolojileri Kullanımının Değerlendirilmesi	KGO
1.Bilgi teknolojileri kullanımı çalışanların iş süreçlerinin iyileştirilmesine ve hastalara daha hızlı/kaliteli hizmet vermemize yardımcı olmaktadır.	1
2.Kullanılan bilgi teknolojileri bürokratik işlemlerin yol açtığı iş yükümüzü azaltmaktadır.	1
3. Kullanılan bilgi teknolojileri bölümler arası hızlı iletişim kurmaya ve koordineli çalışma imkânı sağlamaktadır.	1
4.Teknoloji alanındaki yeni uygulamalar düzenli şekilde takip edilmekte ve uygulanmaktadır.	1
KGİ	1
12.Sterilizasyon ve Dezenfeksiyon Hizmetlerinin Değerlendirilmesi	KGO
1.Kullanılan tıbbi cihaz ve aletlerin sterilizasyonu düzenli ve güvenilir olarak yapılmaktadır.	1
2.Dezenfeksiyon hizmetleri düzeli ve güvenilir olarak yapılmaktadır.	1

3.Hastanedeki steril alanlar yeterlidir.	1
4.Hastane enfeksiyonları kabul edilebilir sınırlardadır.	1
5. Covid-19 ve diğer bulaşıcı hastalıkların önlenmesi için yeterli tedbirler hızlıca alınmaktadır.	1
KGİ	1
13.Hastanenin Fiziksel Koşulları ve Çevre Bakımının Değerlendirilmesi	KGO
1.Hastane modern iç/dış görünümüne sahiptir.	1
2.Hastanedeki yönlendirme/bilgilendirme levhaları yeterlidir.	0,78
3.Hastanenin fiziksel koşulları yeterlidir.	1
4.Yataklı tedavi bölümleri kalmak için uygun konfordadır.	1
5.Hastane içi/dışı bakımlı ve temizdir.	1
6.Bekleme ve dinlenme ortamı yeterli/uygundur.	1
7.İnşaat ve yenileme çalışmaları sırasında gerekli iş güvenliği önlemleri alınmaktadır.	1
8.Yapısal aksaklıkların tespiti için düzenli alan/tesis turu ve denetimi yapılmaktadır.	1
9.Yapısal aksaklıklarının onarım ve bakım işleri derhal/hemen yapılmaktadır.	1
KGİ	0,98
14.Tıbbi Ekipman ve Cihazların Bakımının Değerlendirilmesi	KGO
1.Tıbbi hassas ayarlı ekipmanlar ve cihazlar sorunsuz çalışır ve önleyici/rutin bakımları zamanında yapılmaktadır.	1
2.Tıbbi ekipmanlar ve cihazların tamir ve bakımları esnasında yeterli ikame cihaz bulunmaktadır.	1
3.Tıbbi hassas ayarlı ekipmanların ve cihazların kolay anlaşılır kullanma kılavuzu vardır.	1
4.Yeterli teknik personel ve biomedikal mühendisi çalışmaktadır.	1
KGİ	1
15.Tesis Cihazlarının (elektromekanik, iklimlendirme ve genel amaçlı cihazlar) ve Tesisin Ortak Bakımının Değerlendirilmesi	KGO
1.Kullanılan cihazlar sorunsuz çalışır ve önleyici/rutin bakımları zamanında yapılmaktadır.	1
2.Kullanılan cihazlarda tespit edilen aksaklıklar kısa sürede/derhal düzeltilmektedir.	0,78
3.Kullanılan cihazların risk analizi ve değerlendirilmesi düzenli periyodlarla yapılmaktadır.	1
4.Yeterli teknik personel çalışmaktadır.	1
5.Yangın algılama sistemlerinin koruyucu test ve bakımları zamanında yapılmaktadır.	1
6.Arazlıların (elektrik, su, doğalgaz, kanalizasyon, telekom vb.) tespiti için düzenli alan/tesis turu ve denetimi yapılmaktadır.	1
7.Arızalar (elektrik, su, doğalgaz, kanalizasyon, telekom, vb.) hızlı/derhal giderilmektedir.	1
KGİ	0,97
16.Mefruşat Hizmetlerinin Değerlendirilmesi	KGO
1.Mobilya/mefruşatların bakım ve onarı düzenli yapılmaktadır.	1
2.Mobilya/mefruşatların gerekli durumlarda değişimi hızlı yapılmaktadır.	1
3.Mobilya/mefruşatlar kullanım amacına uygun olarak tasarlanmıştır.	1
KGİ	1
17.Otopark ve Güvenlik Hizmet Koşulları Değerlendirmesi	KGO
1.Yeterli güvenlik personelinin varlığı kendimi güvende hissettiriyor.	1
2.Açık/kapalı otopark yönlendirme levhaları yeterlidir.	1
3.Açık/kapalı otopark alanı yeterlidir.	1
4.Güvenlik levhaları yeterli ve görünürdür.	1
5.Güvenlik çalışanları nazik, saygılı, güven vericidir.	1
6.Güvenlik çalışanları hastalara/refakatçilere eşit biçimde davranmaktadır.	1
KGİ	1
18.Taşıma Hizmetleri Değerlendirmesi	KGO
1.Hastane içi ulaşımı hızlı, kolay ve rahattır.	1
2.Hastaların taşınması/nakli için yeterli personel/taşıma aracı vardır.	1
3.Asansörler ile yürüyen merdivenler çalışır/yeterlidir.	1
4.Engellilere, yaşlılara ve hamile bayanlara öncelikli taşıma hizmeti verilmektedir.	1
5. Klinikler ile laboratuvarlar arası tıbbi taşıma hizmeti hızlı ve düzenli yapılmaktadır.	1
KGİ	1
19.Haşere Kontrolü Hizmetinin Değerlendirilmesi	KGO
1.Tüm alanlarda ilaçlama hizmetleri uzman ekipler tarafından düzenli yapılmaktadır.	1
2.İlaçlama hizmeti yapılırken güvenlik, gıda ve çevre hijyenine azami ölçüde dikkat edilip gerekli önlemler alınmaktadır.	1

3. Hijyen ve ilaçlama için gerekli giysi ve teknolojik ekipmanlar kullanılmaktadır.	1
KGİ	1
20.Çamaşır Hizmetlerinin Değerlendirilmesi	KGO
1.Tüm tekstil ürünleri temiz, lekesiz, sağlam ve ütülüdür.	1
2.Lekelenen ve kirlenen tekstil ürünleri düzenli değiştiriliyordu.	1
3.Çamaşırhane hizmetlerinden memnunuz.	1
4.Personelinin giydiği kıyafetler temiz ve ütülüdür.	1
KGİ	1
21.Genel Temizlik İşlerinin Değerlendirilmesi	KGO
1.Hastane zemini, duvarları, tuvaletleri ve muayene odası düzenli, temiz ve lekesizdir.	1
2.Yataklı servisleri düzenli temizleniyordu.	0,78
3.Çöp kutuları boş ve yeterli sayıdadır.	1
4.Hastanede rahatsız edici koku yoktur.	1
5.Sedye ve mobilyaları sağlam, lekesiz ve temizdir.	1
6.Genel temizlikte çalışan personel başka işlerde çalışmamaktadır.	0,78
KGİ	0,93
22.Yemek Hizmet Koşullarının Değerlendirilmesi	KGO
1.Kafeterya ile restoran yiyecek miktarı/çeşitleri yeterli, hızlı, kaliteli ve lezzetlidir.	1
2.Yemekhane yemek miktarı/çeşitleri yeterli, kaliteli ve lezzetlidir.	1
3.Yemekhane hizmetleri gıda güvenliği standartlarına uygunluğu düzenli denetlenmektedir.	1
4.Yemekhane yöneticisi ve çalışanları yapılan talep ve eleştirilere dikkat etmektedir.	1
KGİ	1
23.Atık Bertaraf Yönetiminin Değerlendirilmesi	KGO
1.Tıbbi atıkların toplanması, taşınması ile depolanması için sorumlu birim vardır.	1
2.Tıbbi atıklar sınıflarına göre uygun koşullarda ve dezenfektasyonu yapılarak uygun araçlar ile düzenli toplanmaktadır.	1
3.Tıbbi atık yönetim planına göre atıkların depolandığı özel bir alan vardır.	1
4.Evsel atıklar ile tıbbi atıklar ayrı ayrı toplanmaktadır.	1
5.Tıbbi atık hizmetinde çalışan personeller başka bir hizmette çalışmamaktadır.	1
KGİ	1
24.Konfor Koşullarının Değerlendirilmesi	KGO
1.Hastane içi iklimlendirme (soğutma/ısıtma/havalandırma) koşulları yeterlidir.	1
2.Aydınlatma armatürleri/ekipmanları yeterlidir	1
3.Güneş kırıcılar/jaluziler/storlar yeterlidir.	1
4.Hastanedeki doğal havalandırma/pencereler düzgün çalışmaktadır.	1
5.Banyo/tuvaletlerdeki sıcak su yeterlidir.	1
KGİ	1
25. Tesis Yönetimi Uygulama Yönteminin Değerlendirilmesi	KGO
1. Tüm yönetim işleri profesyonel tesis yönetimi şirketlerine bırakılmalıdır.	0,78
2. Bazı hizmetler dışarıdan temin edilmeli, bazıları hastane yönetimine bırakılmalıdır.	1
3. Tesis yönetimi konusunda yönetim desteği/ilgisi sağlanmalıdır.	1
4. Diğer kamu hastaneleri sistemine göre şehir hastanesi tesis yönetim sistemi daha başarılıdır.	1
5. Tesis yönetimi konusunda yasal mevzuat düzenlenmelidir.	1
6. Hastane tesis yönetimi etkindir.	1
7. Diğer kamu hastanelerine kıyasla hastanedeki tesis yönetimi tarafından kliniklere verilen destek hizmetlerinin kalitesi önemli ölçüde artmıştır.	1
8. Hastanedeki tesis yönetimi faaliyetleri konusunda yeterli düzeyde bilgilendirildim.	1
KGİ	0,97

EK 6 Hastane Yöneticilerine Yönelik Kapsam Geliştirme Çalışması Dışı Kalan Maddeler

KGO Değerinin Düşük Olması Nedeniyle Ölçekten Çıkarılan Sorular	
2.Tesis Planlamasının Değerlendirilmesi	KGO
1.Hastane tesis yönetimi düzenli periyodik (aylık ve yıllık) olarak değerlendirme yapılmaktadır.	0,33
2.Hastane tesis yönetiminin düzenli olarak yapılan değerlendirme raporuna göre tesis planı yenilenmektedir.	0,56
3.Strateji Planlamasının Değerlendirilmesi	KGO
1.Hastane sağlık endüstri tesisi olarak hizmet vermektedir.	0,11
2.Tesis yönetimi, tesis alt sağlayıcı firmanın hizmet düzeyini her alanda düzenli olarak değerlendirmektedir.	0,11
4.Kaynak Kullanımının Değerlendirilmesi	KGO
1.Tesis yönetimi, hizmetlerin kurum içi yerine dış kaynak kullanımının sonuçlarını planlı bir şekilde değerlendirmektedir.	0,56
2.Tesis yönetimi hizmet sunumlarının doğrudan ve dolaylı maliyetlerini kapsamlı şekilde değerlendirmektedir.	0,33
3.Tesis yönetimi, sözleşme kapsamında hizmet aldığı servis sağlayıcılarını yeterli kontrol/denetim düzeyine sahiptir.	0,56
5.Değişim Yönetiminin Değerlendirilmesi	KGO
1.Tesis yönetimi hizmet politikasını oluştururken tüm çalışanlarını da sürece dahil etmektedir.	0,33
6.İnsan Kaynakları Yönetiminin Değerlendirilmesi	KGO
1.Tesis iş planlarının ve prosedürlerinin oluşturulması esnasında tüm paydaşlar etkin bir şekilde bu süreçte yer almıştır.	0,56
2.Tesis performans değerlendirme yöntemi hastane stratejik iş hedefleri ve genel başarı kriterlerine göre hazırlanmıştır.	0,56
7.Hastane İçi Tesis Tedarik Sürecinin Değerlendirilmesi	KGO
1.Senin fikrin karar verme aşamasında dikkate alınıyor.	0,56
2.Tesis yönetiminin aldığı kararlar şeffaf mı? Anlaşılabilir mi? ve bu kararlar personel ve senin tarafından kolaylıkla uygulanabiliyor.	0,33
3.Tesis yönetiminin verdiği hizmetler (hasta kabul, hastaneden taburcu edilme, hasta taburcu etme yönetimi, hastane içi süreçler) hasta merkezli bir yaklaşım vardır.	0,33
4.Hastane tesis hizmeti düzenli olarak denetlenmektedir.	0,33
5. Tüm paydaşlar tesis hizmetlerinin kabul edilebilir minimum performansının belirlenmesi aşamasına katılmıştır.	0,11
8.İş Verimliliğinin Değerlendirilmesi	KGO
1.Tesis yönetimi çalışanların motivasyonunu arttırmaya yönelik faaliyetler yapıyor.	0,33
9. Akıllı Bina Sistemlerinin Değerlendirilmesi	KGO
1.Hastanede oluşturulmuş bilgi yönetim sistemi çerçevesinde ihtiyaç duyulan tüm verilere tam, güvenli ve sürekli erişim imkânı vardır.	0,33
2.Hastanede bilgi yönetim sistemi aracılığıyla kullanılan dijital entegre sistemi (hasta başı monitörler, bina otomasyonları, medikal teknolojiler, enerji çözümleri, aydınlatma, haberleşme ve ses/görüntü) sayesinde veriler sürekli, canlı ve hızlı bir şekilde izlenebilir, diğer sağlık tesisleri ile iletişim halinde kullanılabilir.	0,33
3.Hastanede akıllı etiketleme (radyo dalga frekans) sistemleri kullanılarak hasta ve nesne takipleri yapılarak belirlenen ihtiyaçların karşılanmasında hata payı azaltılmaktadır.	0,33
4.Tesis yönetimi işlevleri süreç modellemesi veya haritalaması biçiminde tanımlanmıştır.	0,56
5.Hastanede kullanılan BIM (Bina Bilgi Modellemesi) sürecinde karşılaşılabilecek aksaklıkları önleyici uygun bir sistem kullanılmaktadır.	0,33
10.Eğitim ve Mesleki Gelişimin Değerlendirilmesi	KGO
1.Tesis yönetimi hizmet sunumlarının başarılı bir şekilde devamını sağlamak için tesis yönetimi personelinin ihtiyacı olan gerekli ve yeterli koşullar hastanede mevcuttur.	0,11
2.Tesis yönetimi hizmetlerin sunum modellerini, şekillerini ve içeriklerindeki değişimleri incelemekte, bu değişim karşısında oluşabilecek zorluklara karşı çalışanlarına eğitim imkanı hazırlamaktadır.	0,33

3.Tesis yönetimi güncel teknolojik gelişmeleri gözlemleyerek ihtiyacı doğrultusunda yeni teknolojilerden faydalanmak amacıyla çalışanlarına mesleki eğitim programları öğretmektedir.	0,56
4.Tesis yönetimi, çalışanlarının iş refahını olumsuz etkileyebilecek faktörlerin farkındadır.	0,56
5.Tesis yönetimi, çalışanlarının işini olumsuz etkileyecek faktörleri en aza indirmektedir.	0,33
6.Tesis yönetimi, hizmet koşullarının değerlendirilmesi için uygun iletişim kanallarıyla bildirim/şikayetleri düzenli olarak toplamaktadır.	0,56
11.Hastane Bilgi Teknolojileri Kullanımının Değerlendirilmesi	KGO
1.Kullanılan bilişim teknolojileri işlerimizi daha hatasız yapmamıza yardımcı olmaktadır	0,56
2.Kullanılan yeni teknoloji içeren makinaların ve yazılımların kullanılması performansını olumlu etki yapmaktadır.	0,33
3.Çalışanların yaptıkları hizmetlerin performans çıktılarının yeni teknoloji ürünü bilgisayar ve yazılımlarla alınarak çalışanların iş süreçlerinin iyileştirilmesine katkı sağlanmaktadır.	0,33
12.Sterilizasyon ve Dezenfeksiyon Hizmetlerinin Değerlendirilmesi	KGO
1.Polikliniklerde, yataklı servis ile ameliyathanede kullanılan tıbbi cihaz ve aletlerin sterilizasyonu tesis hizmetleri kapsamında düzenli olarak yapılır.	0,56
13.Hastanenin Fiziksel Koşulları ve Çevre Bakımının Değerlendirilmesi	KGO
1.Hastanenin bahçesi güzel ve bakımlıdır.	0,56
14.Tıbbi Ekipman ve Cihazların Bakımının Değerlendirilmesi	KGO
1.Kullanılan tıbbi ekipman ve cihazların aksaklıklarının iyileştirilmesi için kısa sürede aksiyon alınır.	0,33
2.Teknik ve tıbbi cihazlar sorunsuz çalışır.	0,56
15.Tesis Cihazlarının (elektromekanik, iklimlendirme ve genel amaçlı cihazlar) ve Tesisin Ortak Bakımının Değerlendirilmesi	KGO
1.Teknik, elektronik ve elektromekanik cihazlar sorunsuz çalışır.	0,33
16.Mefruşat Hizmetlerinin Değerlendirilmesi	KGO
1.İhtiyaç duyulan mobilya ve aksesuarları zamanında tedarik edilir.	0,56
2.İhtiyaç duyulan mefruşat ve aksesuarları zamanında tedarik edilir.	0,56
18.Taşıma Hizmetleri Değerlendirmesi	KGO
1.Hastanede taşıma hizmeti düzenli ve çevreye rahatsızlık verilmeden yapılır.	0,56
19.Haşere Kontrolü Hizmetinin Değerlendirilmesi	KGO
1.Hastane dışındaki alanlarda zarar vermeden düzenli ve programlı haşere/diğer ilaçlama hizmeti sunulmaktadır.	0,33
2.Hastane iç ve dış allanlarında haşere görülmemektedir.	0,56
20.Çamaşır Hizmetlerinin Değerlendirilmesi	KGO
1.Çarşaf lar ütülü ve temizdi.	0,33
21.Genel Temizlik İşlerinin Değerlendirilmesi	KGO
1.Doktor muayene odası temizdi.	0,11
2.Hastane genel olarak temizdi.	0,33
22.Yemek Hizmet Koşullarının Değerlendirilmesi	KGO
1.Kafeterya sorumlu yöneticisi ve çalışanları yapılan talep ve eleştirilere dikkat etmektedir.	0,11
2.Yataklı servisin yemek miktarı/çeşidi yeterli, kaliteli ve lezzetlidir.	-0,56
3.Yataklı servisin yemekleri zamanında dağıtıldı ve toplandı.	-0,56
4.Yataklı servis yemekleri diyetime uygun şekildedir.	-0,56
23.Atık Bertaraf Yönetiminin Değerlendirilmesi	KGO
1.Tıbbi atıkları toplayan ve geçici depolama yerine götüren personelin özel koruyucu kıyafetleri vardır.	0,11
2.Tıbbi atıkların dışarı sızmasını önlemek için kullanılan torba ile kutuların ¾ ü doldurulmaktadır.	0,11
3.Tıbbi atıkların toplanması için kullanılan araç ve gereçler yeterli düzeyde dezenfektasyon yapılmaktadır.	0,11
4.Tıbbi atık yönetim planı vardır.	0,56
5.Tıbbi atık yönetim planı uygulanmaktadır.	0,11
25. Tesis Yönetimi Uygulama Yönteminin Değerlendirilmesi	KGO
1.Tesis yönetimi personel için iletişim kültürünü ve iş ahlakını geliştirmeye yönelik düzenli olarak eğitimler düzenlenmektedir.	0,56
2.Tesis yöneticileri değişime karşı açık görüşlüdür.	0,56

EK 7 Tesis firma Yöneticilerine Yönelik Kapsam Geliştirme Çalışması

Tesis Yöneticileri Anket Soruları Ölçeği	
1.Tesis Yönetimi Anlayışının Değerlendirilmesi	KGO
1. Tesis yönetimi hastanede tıbbi personelin işini kolaylaştırır.	1
2. Tesis yönetimi hastane yönetim maliyetlerini azaltır.	1
3. Tesis yönetimi hastane yaşam kalitesini yükseltir.	1
4. Tesis yönetimi hastanede verilen hizmetin kalitesini ve niteliğini artırır.	1
5. Tesis yönetimi hastanede verilen tıbbi hizmetin hata payını azaltır.	1
KGİ	1
2.Tesis Planlamasının Değerlendirilmesi	KGO
1.Hastane yönetimi ile tesis yönetimi arasındaki ilişki sınırları belirlenmiş ve sınıflandırılmıştır.	1
2.Hastanenin bina içi ve bina dışı alanları verimli olarak kullanılmaktadır.	1
3.Gelecekte oluşabilecek yeni ihtiyaçlara göre alan ve tesis hizmet planlaması yapılmıştır.	1
4.Tesis yönetimi, hizmet koşullarının değerlendirilmesi için uygun iletişim kanallarıyla bildirim/şikayetleri düzenli olarak toplamaktadır.	1
5.Tesis yönetimi tüm paydaşlardan gelen bildirimleri/şikayetleri dikkate almaktadır.	1
KGİ	1
3. Strateji Planlamasının Değerlendirilmesi	KGO
1.Tesis yönetiminin acil durumlar için stratejik planlaması vardır.	0,78
2.Hastane tesis hizmetlerinde ortaya çıkan ihtiyaçlara göre derhal alt tedarikçilerle iş birliği yapılmaktadır.	1
3.Hastane tesis yönetimi kurum içi risk yönetimini stratejik plan çerçevesinde uygulamaktadır.	1
4.Hastane tesis yönetimi hazırlamış olduğu stratejik plan çerçevesinde dikkate aldığı yeni fikir ve çözümleri operasyonel planlarında başarı ile uygular.	1
5.Hastane tesis yönetimi çalışanlarına karşı objektiftir.	1
KGİ	0,96
4.Kaynak Kullanımının Değerlendirilmesi	KGO
1.Tesis yönetimi, tesis hizmetlerinin ihtiyacına göre kapsam ve standartını belirleyerek hizmet sunumlarını planlamaktadır.	1
2.Tesis yönetimi, hizmetlerin önceliklerini uygunluk çerçevesinde belirleyip hızlı bir şekilde aksiyon almaktadır.	1
3.Hastanedeki hizmetlerin tesis yönetimi firmasıyla yapılması verimliliği arttırmaktadır.	1
4.Tesis yönetimi, hizmetlerin performans raporlarına göre düşük/yetersiz olan hizmet sağlayıcıların/çalışanların sözleşmelerini iptal etmektedir.	1
5. Tesis hizmet sağlayıcıları ile müşteriler (doktor, hemşire, hasta, klinik/poliklinik çalışanları, vs.) arasında sürekli iletişim kanalları vardır.	1
KGİ	1
5.Değişim Yönetiminin Değerlendirilmesi	KGO
1.Tesis yönetimi çıkabilecek yeni gelişmeleri yönetebilmek için şeffaf eylem planına sahiptir.	1
2.Tesis yönetimi, yeni eylem planlarını tüm paydaşlarıyla yeterli düzeyde paylaşmaktadır.	1
3.Tesis yönetimi, planlanan değişikliklerin uygulanması esnasında ortaya çıkan/çıkabilecek sorunlarla ilgili alternatif planlara sahiptir.	1
4.Tesis yönetiminin DÖF (düzeltici önleyici faaliyetler) yönergesi bulunmaktadır.	1
KGİ	1
6.İnsan Kaynakları Yönetiminin Değerlendirilmesi	KGO
1.Hastanenin tesis yönetim yapısı uygun maliyetli ve verimli hizmet sunulmasına uygundur.	1
2.Sunulan tesis hizmetlerinin tanımları, fonksiyonları ve hizmet gereksinimleri açık, anlaşılır, tüm paydaşların katılımıyla, minimum hizmet ihtiyacına göre belirlenmiştir.	1
3.Tesis iş prosedürü ile iş yönetmenliği, yürürlükteki yasal mevzuat ve standartlara uygun şekilde tanımlanmıştır.	1
4.Tesis yönetimi, tüm hastanenin stratejik iş hedeflerine göre geliştirilmiş bir performans değerlendirme yöntemi uygulamaktadır.	1
5.Tesis çalışanlarına hizmet performanslarına göre teşvik/prim/ödül verilmektedir.	1
KGİ	1

7.Hastane İçi Tesis Tedarik Sürecinin Değerlendirilmesi	KGO
1. Hastane içi birimlerin (klinikler, poliklinikler, ameliyathaneler, vs.), tesis hizmet sunumu karşısındaki müşteri rolleri eksiksiz tanımlanmıştır.	1
2.Tesis hizmet sağlayıcılarının iş süreçlerindeki rolleri/sorumlulukları doğru tanımlanmıştır.	1
3.Hastane tesis hizmetlerinde çıkan eksiklik hemen/derhal düzeltilmektedir.	1
4. Tesis hizmet iş süreçlerinin ayrıntılı tanımlamaları, kritik başarı faktörleri ve anahtar performans göstergeleri hazırlanmıştır.	1
5. Tesis hizmetleri yeterli şekilde kontrolü gerçekleştirilir, ihtiyaç ve gereksinimlerine göre güncellenmektedir.	1
6.Tesis yönetimi şeffaf iletişim yöntemiyle kendisini devamlı geliştirmektedir ve önerilen iyileştirmeleri dikkate almaktadır.	1
7.Hastane yönetimi, tesis yönetimi ve klinik servis çalışanları arasındaki alışlagelmiş fikir ayrılıkları hizmet koşullarını olumsuz etkilemektedir.	1
8.Hastanede sağlık birimleri arasında (klinik, ilaç depoları, laboratuvar, poliklinikler, radyoloji, bakım, güvenlik, vs.) yardım ve destekleme üst seviyede yapılmaktadır.	0,78
	KGİ 0,97
8.İş Verimliliğinin Değerlendirilmesi	KGO
1.Hastane yönetimi, tesis ortamının kalitesini sürekli denetlemektedir.	1
2.Tesis yönetimi, tüm çalışanlarının iş refahını olumsuz etkileyebilecek faktörlerin farkındadır.	1
3.Tesis yönetimi, çalışanlarının iş refahını etkileyecek faktörleri en aza indirmeye çalışır.	1
3.Hastane çalışanlarının tesis iş süreçleriyle ilgili endişeleri dikkate alınır, gerekli araştırma ve soruşturma hemen yapılır.	1
4.Tesis yönetimi, çalışanlarının motivasyonunu arttırmaya yönelik esnek çalışma politikaları benimsemektedir.	1
	KGİ 1
9. Akıllı Bina Sistemlerinin Değerlendirilmesi	KGO
1.Hastanede hizmetlerin etkili bir şekilde algılanabilmesi, kontrolü ve izlenmesi için akıllı bina sistemleri kullanılmaktadır.	1
2.Bilgi yönetim sistemi çerçevesinde bilgi güvenliği gerçek zamanlı olarak izlenerek yönetilmektedir.	1
3.Tesis yönetimi hizmetlerini ve alanlarını yönetmek için BİM (yapı bilgi modellemesi) planına sahiptir.	1
4. Tesis yönetimi, hizmet sunumundaki eksikliği belirlemek için akıllı bina sistemleri üzerinden sürekli bilgi denetlemesi yapmaktadır.	1
	KGİ 1
10.Eğitim ve Mesleki Gelişimin Değerlendirilmesi	KGO
1.Tesis yönetimi, çalışanları için çalıştığı bölüme/işe yönelik bir mesleki eğitim ve gelişim programı uygulamaktadır.	1
2.Tesis yönetimi, hizmet sunumlarının başarılı bir şekilde devamını sağlamak için tesis yönetimi personelinin ihtiyacı olan gerekli ve yeterli koşulların farkındadır	1
3.Tesis yönetimi, personelin işe alınmasında yeterlilik koşullarını göz önünde bulundurmaktadır.	1
4.Tesis yönetimi, tesis yönetimi personelinin mesleki gelişimini desteklemeye yönelik gündemi ve gelişmeleri takip etmektedir.	1
	KGİ 1
11.Hastane Bilgi Teknolojileri Kullanımının Değerlendirilmesi	KGO
1.Bilgi teknolojileri kullanımı çalışanların iş süreçlerinin iyileştirilmesine ve hastalara daha hızlı/kaliteli hizmet vermemize yardımcı olmaktadır.	1
2.Kullanılan bilgi teknolojileri bürokratik işlemlerin yol açtığı iş yükümüzü azaltmaktadır.	1
3.Kullanılan bilgi teknolojileri bölümler arası hızlı iletişim kurmaya ve koordineli çalışma imkânı sağlamaktadır.	1
4.Teknoloji alanındaki yeni uygulamalar düzenli şekilde takip edilmekte ve uygulanmaktadır.	1
	KGİ 1

12.Sterilizasyon ve Dezenfeksiyon Hizmetlerinin Değerlendirilmesi	KGO
1.Kullanılan tıbbi cihaz ve aletlerin sterilizasyonu düzenli ve güvenilir olarak yapılmaktadır.	1
2.Dezenfektasyon hizmetleri düzeli ve güvenilir olarak yapılmaktadır.	0,78
3.Hastanedeki steril alanlar yeterlidir.	1
4.Hastane enfeksiyonları kabul edilebilir sınırlardadır.	1
5. Covid-19 ve diğer bulaşıcı hastalıkların önlenmesi için yeterli tedbirler hızlıca alınmaktadır.	1
KGİ	0,96
13.Hastanenin Fiziksel Koşulları ve Çevre Bakımının Değerlendirilmesi	KGO
1. Hastane modern iç/dış görünümüne sahiptir.	0,78
2.Hastanedeki yönlendirme/bilgilendirme levhaları yeterlidir.	1
3.Hastanenin fiziksel koşulları yeterlidir.	1
4.Yataklı tedavi bölümleri kalmak için uygun konfordadır.	1
5.Hastane içi/dışı bakımlı ve temizdir.	1
6.Bekleme ve dinlenme ortamı yeterli/uygundur.	1
7.İnşaat ve yenileme çalışmaları sırasında gerekli iş güvenliği önlemleri alınmaktadır.	1
8.Yapısal aksaklıkların tespiti için düzenli alan/tesis turu ve denetimi yapılmaktadır.	1
9.Yapısal aksaklıklarının onarım ve bakım işleri hemen yapılmaktadır.	1
KGİ	0,98
14.Tıbbi Ekipman ve Cihazların Bakımının Değerlendirilmesi	KGO
1.Tıbbi hassas ayarlı ekipmanlar ve cihazlar sorunsuz çalışır ve önleyici/rutin bakımları zamanında yapılmaktadır.	1
2.Tıbbi ekipmanlar ve cihazların tamir ve bakımları esnasında yeterli ikame cihaz bulunmaktadır.	1
3.Tıbbi hassas ayarlı ekipmanların ve cihazların kolay anlaşılır kullanma kılavuzu vardır.	1
4.Yeterli teknik personel ve biomedikal mühendisi çalışmaktadır.	1
KGİ	1
15. Tesis Cihazlarının (elektromekanik, iklimlendirme ve genel amaçlı cihazlar) ve Tesisin Ortak Bakımının Değerlendirilmesi	KGO
1.Kullanılan cihazlar sorunsuz çalışır ve önleyici/rutin bakımları zamanında yapılmaktadır.	1
2.Kullanılan cihazlarda tespit edilen aksaklıklar kısa sürede/derhal düzeltilmektedir.	1
3.Kullanılan cihazların risk analizi ve değerlendirilmesi düzenli periyodlarla yapılmaktadır.	1
4.Yeterli teknik personel çalışmaktadır.	1
5.Yangın algılama sistemlerinin koruyucu test ve bakımları zamanında yapılmaktadır.	1
6.Arazıların (elektrik, su, doğalgaz, kanalizasyon, telekom vb.) tespiti için düzenli alan/tesis turu ve denetimi yapılmaktadır.	1
7.Arızalar (elektrik, su, doğalgaz, kanalizasyon, Telekom, vb.) hızlı/derhal giderilmektedir.	1
KGİ	1
16.Mefruşat Hizmetlerinin Değerlendirilmesi	KGO
1.Mobilya/mefruşatların bakım ve onarı düzenli yapılmaktadır.	1
2.Mobilya/mefruşatların gerekli durumlarda değişimi hızlı yapılmaktadır.	1
3.Mobilya/mefruşatlar kullanım amacına uygun olarak tasarlanmıştır.	1
KGİ	1
17.Otopark ve Güvenlik Hizmet Koşulları Değerlendirmesi	KGO
1.Yeterli güvenlik personelinin varlığı kendimi güvende hissettiriyor.	1
2.Açık/kapalı otopark yönlendirme levhaları yeterlidir.	1
3.Açık/kapalı otopark alanı yeterlidir.	1
4.Güvenlik levhaları yeterli ve görünürdür.	1
5.Güvenlik çalışanları nazik, saygılı, güven vericidir.	1
6.Güvenlik çalışanları hastalara/refakatçilere eşit biçimde davranmaktadır.	1
KGİ	1
18.Taşıma Hizmetleri Değerlendirmesi	KGO
1.Hastane içi ulaşımı hızlı, kolay ve rahattır.	1
2.Hastaların taşınması/nakli için yeterli personel/taşıma aracı vardır.	1
3.Asansörler ile yürüyen merdivenler çalışır/yeterlidir.	1
4.Engellilere, yaşlılara ve hamile bayanlara öncelikli taşıma hizmeti verilmektedir.	1
5. Klinikler ile laboratuvarlar arası tıbbi taşıma hizmeti hızlı ve düzenli yapılmaktadır.	1
KGİ	1

19.Haşere Kontrolü Hizmetinin Değerlendirilmesi	KGO
1.Tüm alanlarda ilaçlama hizmetleri uzman ekipler tarafından düzenli yapılmaktadır.	1
2.İlaçlama hizmeti yapılırken güvenlik, gıda ve çevre hijyenine azami ölçüde dikkat edilip gerekli önlemler alınmaktadır.	1
3. Hijyen ve ilaçlama için gerekli giysi ve teknolojik ekipmanlar kullanılmaktadır.	1
KGİ	1
20.Çamaşır Hizmetlerinin Değerlendirilmesi	KGO
1.Tüm tekstil ürünleri temiz, lekesiz, sağlam ve ütülüdür.	1
2.Lekelenen ve kirlenen tekstil ürünleri düzenli değiştiriliyordu.	1
3.Çamaşırhane hizmetlerinden memnunuz.	1
4.Personelinin giydiği kıyafetler temiz ve ütülüdür.	1
KGİ	1
21.Genel Temizlik İşlerinin Değerlendirilmesi	KGO
1.Hastane zemini, duvarları, tuvaletleri ve muayene odası düzenli, temiz ve lekesizdir.	1
2.Yataklı servisleri düzenli temizleniyordu.	1
3.Çöp kutuları boş ve yeterli sayıdadır.	1
4.Hastanede rahatsız edici koku yoktur.	1
5.Sedye ve mobilyaları sağlam, lekesiz ve temizdir.	1
6.Genel temizlikte çalışan personel başka işlerde çalışmamaktadır.	1
KGİ	1
22.Yemek Hizmet Koşullarının Değerlendirilmesi	KGO
1.Kafeterya ile restoran yiyecek miktarı/çeşitleri yeterli, hızlı, kaliteli ve lezzetlidir.	1
2.Yemekhane yemek miktarı/çeşitleri yeterli, kaliteli ve lezzetlidir.	1
3.Yemekhane hizmetleri gıda güvenliği standartlarına uygunluğu düzenli denetlenmektedir.	1
4.Yemekhane yöneticisi ve çalışanları yapılan talep ve eleştirilere dikkat etmektedir.	1
KGİ	1
23.Atık Bertaraf Yönetiminin Değerlendirilmesi	KGO
1.Tıbbi atıkların toplanması, taşınması ile depolanması için sorumlu birim vardır.	0,78
2.Tıbbi atıklar sınıflarına göre uygun koşullarda ve dezenfektasyonu yapılarak uygun araçlar ile düzenli toplanmaktadır.	1
3.Tıbbi atık yönetim planına göre atıkların depolandığı özel bir alan vardır.	1
4.Evsel atıklar ile tıbbi atıklar ayrı ayrı toplanmaktadır.	1
5.Tıbbi atık hizmetinde çalışan personeller başka bir hizmette çalışmamaktadır.	1
KGİ	0,96
24.Konfor Koşullarının Değerlendirilmesi	KGO
1.Hastane içi iklimlendirme (soğutma/ısıtma/havalandırma) koşulları yeterlidir.	1
2.Aydınlatma armatürleri/ekipmanları yeterlidir	1
3.Güneş kırıcılar/jaluziler/storlar yeterlidir.	1
4.Hastanedeki doğal havalandırma/pencereler düzgün çalışmaktadır.	1
5.Banyo/tuvaletlerdeki sıcak su yeterlidir.	1
KGİ	1
25. Tesis Yönetimi Uygulama Yönteminin Değerlendirilmesi	KGO
1. Tüm yönetim işleri profesyonel tesis yönetimi şirketlerine bırakılmalıdır.	1
2. Bazı hizmetler dışarıdan temin edilmeli, bazıları hastane yönetimine bırakılmalıdır.	1
3. Tesis yönetimi konusunda yönetim desteği/ilgisi sağlanmalıdır.	1
4. Tesis yönetimi konusunda yasal mevzuat düzenlenmelidir.	1
5. Hastanede tesis yönetimi etkindir.	1
KGİ	1

EK 8 Tesis firma Yöneticilerine Yönelik Kapsam Geliştirme Çalışması Dışı Kalan Maddeler

KGO Değerinin Düşük Olması Nedeniyle Ölçekten Çıkartılan Sorular	
2.Tesis Planlamasının Değerlendirilmesi	KGO
1.Hastane tesis yönetimi düzenli periyodik (aylık ve yıllık) olarak değerlendirme yapılmaktadır.	0,56
2.Hastane tesis yönetiminin düzenli olarak yapılan değerlendirme raporuna göre tesis planı yenilenmektedir.	0,56
3.Strateji Planlamasının Değerlendirilmesi	KGO
1.Hastane sağlık endüstri tesisi olarak hizmet vermektedir.	0,33
2.Tesis yönetimi, tesis alt sağlayıcı firmanın hizmet düzeyini her alanda düzenli olarak değerlendirmektedir.	0,56
4.Kaynak Kullanımının Değerlendirilmesi	KGO
1.Tesis yönetimi, hizmetlerin kurum içi yerine dış kaynak kullanımının sonuçlarını planlı bir şekilde değerlendirmektedir.	0,56
2.Tesis yönetimi hizmet sunumlarının doğrudan ve dolaylı maliyetlerini kapsamlı şekilde değerlendirmektedir.	0,56
3.Tesis yönetimi, sözleşme kapsamında hizmet aldığı servis sağlayıcılarını yeterli kontrol/denetim düzeyine sahiptir.	0,33
5.Değişim Yönetiminin Değerlendirilmesi	KGO
1.Tesis yönetimi hizmet politikasını oluştururken tüm çalışanlarını da sürece dahil etmektedir.	0,56
6.İnsan Kaynakları Yönetiminin Değerlendirilmesi	KGO
1.Tesis iş planlarının ve prosedürlerinin oluşturulması esnasında tüm paydaşlar etkin bir şekilde bu süreçte yer almıştır.	0,33
2.Tesis performans değerlendirme yöntemi hastane stratejik iş hedefleri ve genel başarı kriterlerine göre hazırlanmıştır.	0,56
7.Hastane İçi Tesis Tedarik Sürecinin Değerlendirilmesi	KGO
1.Senin fikrin karar verme aşamasında dikkate alınıyor.	0,56
2.Tesis yönetiminin aldığı kararlar şeffaf mı? Anlaşılabilir mi? ve bu kararlar personel ve senin tarafından kolaylıkla uygulanabiliyor.	0,33
3.Tesis yönetiminin verdiği hizmetler (hasta kabul, hastaneden taburcu edilme, hasta taburcu etme yönetimi, hastane içi süreçler) hasta merkezli bir yaklaşım vardır.	0,33
4.Hastane tesis hizmeti düzenli olarak denetlenmektedir.	0,33
5. Tüm paydaşlar tesis hizmetlerinin kabul edilebilir minimum performansının belirlenmesi aşamasına katılmıştır.	0,11
6.Tesis yönetimi çalışanları işimizi olumlu etkilemektedir.	0,56
7. Tesis hizmetlerinin iş süreçlerini geliştirmek için düzenli anket çalışmaları yapılmaktadır.	0,56
8.İş Verimliliğinin Değerlendirilmesi	KGO
1.Tesis yönetimi çalışanların motivasyonunu arttırmaya yönelik faaliyetler yapıyor.	0,56
9. Akıllı Bina Sistemlerinin Değerlendirilmesi	KGO
1.Hastanede oluşturulmuş bilgi yönetim sistemi çerçevesinde ihtiyaç duyulan tüm verilere tam, güvenli ve sürekli erişim imkânı vardır.	0,56
2.Hastanede bilgi yönetim sistemi aracılığıyla kullanılan dijital entegre sistemi (hasta başı monitörler, bina otomasyonları, medikal teknolojiler, enerji çözümleri, aydınlatma, haberleşme ve ses/görüntü) sayesinde veriler sürekli, canlı ve hızlı bir şekilde izlenebilir, diğer sağlık tesisleri ile iletişim halinde kullanılabilir.	0,56
3.Hastanede akıllı etiketleme (radyo dalga frekans) sistemleri kullanılarak hasta ve nesne takipleri yapılarak belirlenen ihtiyaçların karşılanmasında hata payı azaltılmaktadır.	0,56
4.Tesis yönetimi işlevleri süreç modellemesi veya haritalaması biçiminde tanımlanmıştır.	0,56
5.Hastanede kullanılan BİM (Bina Bilgi Modellemesi) sürecinde karşılaşılabilecek aksaklıkları önleyici uygun bir sistem kullanılmaktadır.	0,56
10.Eğitim ve Mesleki Gelişimin Değerlendirilmesi	KGO
1.Tesis yönetimi hizmet sunumlarının başarılı bir şekilde devamını sağlamak için tesis yönetimi personelinin ihtiyacı olan gerekli ve yeterli koşullar hastanede mevcuttur.	0,56
2.Tesis yönetimi hizmetlerin sunum modellerini, şekillerini ve içeriklerindeki değişimleri incelemekte, bu değişim karşısında oluşabilecek zorluklara karşı çalışanlarına eğitim imkanı hazırlamaktadır.	0,56

3.Tesis yönetimi güncel teknolojik gelişmeleri gözlemleyerek ihtiyacı doğrultusunda yeni teknolojilerden faydalanmak amacıyla çalışanlarına mesleki eğitim programları öğretmektedir.	0,33
4.Tesis yönetimi, çalışanlarının iş refahını olumsuz etkileyebilecek faktörlerin farkındadır.	0,33
5.Tesis yönetimi, çalışanlarının işini olumsuz etkileyecek faktörleri en aza indirmektedir.	0,56
6.Tesis yönetimi, hizmet koşullarının değerlendirilmesi için uygun iletişim kanallarıyla bildirim/şikayetleri düzenli olarak toplamaktadır.	0,56
11.Hastane Bilgi Teknolojileri Kullanımının Değerlendirilmesi	KGO
1.Kullanılan bilişim teknolojileri işlerimizi daha hatasız yapmamıza yardımcı olmaktadır	0,56
2.Kullanılan yeni teknoloji içeren makinaların ve yazılımların kullanılması performansını olumlu etki yapmaktadır.	0,56
3.Çalışanların yaptıkları hizmetlerin performans çıktılarının yeni teknoloji ürünü bilgisayar ve yazılımlarla alınarak çalışanların iş süreçlerinin iyileştirilmesine katkı sağlanmaktadır.	0,11
12.Sterilizasyon ve Dezenfeksiyon Hizmetlerinin Değerlendirilmesi	KGO
1.Polikliniklerde, yataklı servis ile ameliyathanede kullanılan tıbbi cihaz ve aletlerin sterilizasyonu tesis hizmetleri kapsamında düzenli olarak yapılır.	0,33
13.Hastanenin Fiziksel Koşulları ve Çevre Bakımının Değerlendirilmesi	KGO
1.Hastanenin bahçesi güzel ve bakımlıdır.	0,11
14.Tıbbi Ekipman ve Cihazların Bakımının Değerlendirilmesi	KGO
1.Kullanılan tıbbi ekipman ve cihazların aksaklıklarının iyileştirilmesi için kısa sürede aksiyon alınır	0,56
2.Teknik ve tıbbi cihazlar sorunsuz çalışır.	0,56
15.Tesis Cihazlarının (elektromekanik, iklimlendirme ve genel amaçlı cihazlar) ve Tesisin Ortak Bakımının Değerlendirilmesi	KGO
1.Teknik, elektronik ve elektromekanik cihazlar sorunsuz çalışır.	0,56
16.Mefruşat Hizmetlerinin Değerlendirilmesi	KGO
1.İhtiyaç duyulan mobilya ve aksesuarları zamanında tedarik edilir.	0,33
2.İhtiyaç duyulan mefruşat ve aksesuarları zamanında tedarik edilir.	0,33
18.Taşıma Hizmetleri Değerlendirmesi	KGO
1.Hastanede taşıma hizmeti düzenli ve çevreye rahatsızlık verilmeden yapılır.	0,33
19.Haşere Kontrolü Hizmetinin Değerlendirilmesi	KGO
1.Hastane dışındaki alanlarda zarar vermeden düzenli ve programlı haşere/diğer ilaçlama hizmeti sunulmaktadır.	0,11
2.Hastane iç ve dış allanlarında haşere görülmemektedir.	0,33
20.Çamaşır Hizmetlerinin Değerlendirilmesi	KGO
1.Çarşaf lar ütülü ve temizdi.	0,56
21.Genel Temizlik İşlerinin Değerlendirilmesi	KGO
1.Doktor muayene odası temizdi.	0,56
2.Hastane genel olarak temizdi.	0,56
22.Yemek Hizmet Koşullarının Değerlendirilmesi	KGO
1.Kafeterya sorumlu yöneticisi ve çalışanları yapılan talep ve eleştirilere dikkat etmektedir.	0,11
2.Yataklı servisin yemek miktarı/çeşidi yeterli, kaliteli ve lezzetlidir.	-0,56
3.Yataklı servisin yemekleri zamanında dağıtıldı ve toplandı.	-0,56
4.Yataklı servis yemekleri diyetime uygun şekildedir.	-0,56
23.Atık Bertaraf Yönetiminin Değerlendirilmesi	KGO
1.Tıbbi atıkları toplayan ve geçici depolama yerine götüren personelin özel koruyucu kıyafetleri vardır.	0,11
2.Tıbbi atıkların dışarı sızmasını önlemek için kullanılan torba ile kutuların ¾ ü doldurulmaktadır.	0,33
3.Tıbbi atıkların toplanması için kullanılan araç ve gereçler yeterli düzeyde dezenfektasyon yapılmaktadır.	0,11
4.Tıbbi atık yönetim planı vardır.	0,56
5.Tıbbi atık yönetim planı uygulanmaktadır.	0,33
25. Tesis Yönetimi Uygulama Yönteminin Değerlendirilmesi	KGO
1.Tesis yönetimi personel için iletişim kültürünü ve iş ahlakını geliştirmeye yönelik düzenli olarak eğitimler düzenlenmektedir.	0,56
2.Tesis yöneticileri değişime karşı açık görüşlüdür.	0,56
3.Diğer kamu hastaneleri sistemine göre şehir hastanesi tesis yönetim sistemi daha başarılıdır.	-0,33
4.Diğer kamu hastanelerine kıyasla hastanedeki tesis yönetimi tarafından kliniklere verilen destek hizmetlerinin kalitesi önemli ölçüde artmıştır.	-0,33
5.Hastanedeki tesis yönetimi faaliyetleri konusunda yeterli düzeyde bilgilendirildim.	-0,33

EK 9 Tesis firma Çalışanlarına Yönelik Kapsam Geliştirme Çalışması

Tesis Çalışanları Anket Soruları Ölçeği	
1.Tesis Yönetimi Anlayışının Değerlendirilmesi	KGO
1. Tesis yönetimi hastanede tıbbi personelin işini kolaylaştırır.	1
2. Tesis yönetimi hastane yönetim maliyetlerini azaltır.	1
3. Tesis yönetimi hastane yaşam kalitesini yükseltir.	1
4. Tesis yönetimi hastanede verilen hizmetin kalitesini ve niteliğini artırır.	0,78
5. Tesis yönetimi hastanede verilen tıbbi hizmetin hata payını azaltır.	1
KGİ	0,96
2.Hastane Bilgi Teknolojileri Kullanımının Değerlendirilmesi	KGO
1.Bilgi teknolojileri kullanımı çalışanların iş süreçlerinin iyileştirilmesine ve hastalara daha hızlı/kaliteli hizmet vermemize yardımcı olmaktadır.	1
2.Kullanılan bilgi teknolojileri bürokratik işlemlerin yol açtığı iş yükümüzü azaltmaktadır.	1
3. Kullanılan bilgi teknolojileri bölümler arası hızlı iletişim kurmaya ve koordineli çalışma imkânı sağlamaktadır.	1
4.Teknoloji alanındaki yeni uygulamalar düzenli şekilde takip edilmekte ve uygulanmaktadır.	1
KGİ	1
3.Sterilizasyon ve Dezenfeksiyon Hizmetlerinin Değerlendirilmesi	KGO
1.Kullanılan tıbbi cihaz ve aletlerin sterilizasyonu düzenli ve güvenilir olarak yapılmaktadır.	1
2.Dezenfektasyon hizmetleri düzeli ve güvenilir olarak yapılmaktadır.	1
3.Hastanedeki steril alanlar yeterlidir.	1
4.Hastane enfeksiyonları kabul edilebilir sınırlardadır.	1
5. Covid-19 ve diğer bulaşıcı hastalıkların önlenmesi için yeterli tedbirler hızlıca alınmaktadır.	1
KGİ	1
4.Hastanenin Fiziksel Koşulları ve Çevre Bakımının Değerlendirilmesi	KGO
1. Hastane modern iç/dış görünümüne sahiptir.	0,78
2.Hastanedeki yönlendirme/bilgilendirme levhaları yeterlidir.	1
3.Hastanenin fiziksel koşulları yeterlidir.	1
4.Yataklı tedavi bölümleri kalmak için uygun konfordadır.	1
5.Hastane içi/dışı bakımlı ve temizdir.	0,78
6.Bekleme ve dinlenme ortamı yeterli/uygundur.	1
7.İnşaat ve yenileme çalışmaları sırasında gerekli iş güvenliği önlemleri alınmaktadır.	1
8.Yapısal aksaklıkların tespiti için düzenli alan/tesis turu ve denetimi yapılmaktadır.	1
9.Yapısal aksaklıklarının onarım ve bakım işleri derhal/hemen yapılmaktadır.	1
KGİ	0,95
5.Tıbbi Ekipman ve Cihazların Bakımının Değerlendirilmesi	KGO
1.Tıbbi hassas ayarlı ekipmanlar ve cihazlar sorunsuz çalışır ve önleyici/rutin bakımları zamanında yapılmaktadır.	1
2.Tıbbi ekipmanlar ve cihazların tamir ve bakımları esnasında yeterli ikame cihaz bulunmaktadır.	1
3.Tıbbi hassas ayarlı ekipmanların ve cihazların kolay anlaşılır kullanma kılavuzu vardır.	1
4.Yeterli teknik personel ve biomedikal mühendisi çalışmaktadır.	1
KGİ	1
6. Tesis Cihazlarının (elektromekanik, iklimlendirme ve genel amaçlı cihazlar) ve Tesisin Ortak Bakımının Değerlendirilmesi	KGO
1.Kullanılan cihazlar sorunsuz çalışır ve önleyici/rutin bakımları zamanında yapılmaktadır.	1
2.Kullanılan cihazlarda tespit edilen aksaklıklar kısa sürede/derhal düzeltilmektedir.	1
3.Kullanılan cihazların risk analizi ve değerlendirilmesi düzenli periyodlarla yapılmaktadır.	1

4.Yeterli teknik personel çalışmaktadır.	1
5.Yangın algılama sistemlerinin koruyucu test ve bakımları zamanında yapılmaktadır.	1
6.Arazhların (elektrik, su, doğalgaz, kanalizasyon, telekom vb.) tespiti için düzenli alan/tesis turu ve denetimi yapılmaktadır.	1
7.Arızalar (elektrik, su, doğalgaz, kanalizasyon, Telekom, vb.) hızlı/derhal giderilmektedir.	1
KGİ	1
7.Mefruşat Hizmetlerinin Değerlendirilmesi	KGO
1.Mobilya/mefruşatların bakım ve onarı düzenli yapılmaktadır.	1
2.Mobilya/mefruşatların gerekli durumlarda değişimi hızlı yapılmaktadır.	1
3.Mobilya/mefruşatlar kullanım amacına uygun olarak tasarlanmıştır.	1
KGİ	1
8.Otopark ve Güvenlik Hizmet Koşulları Değerlendirmesi	KGO
1.Yeterli güvenlik personelinin varlığı kendimi güvende hissettiriyor.	1
2.Açık/kapalı otopark yönlendirme levhaları yeterlidir.	1
3.Açık/kapalı otopark alanı yeterlidir.	1
4.Güvenlik levhaları yeterli ve görünürdür.	1
5.Güvenlik çalışanları nazik, saygılı, güven vericidir.	1
6.Güvenlik çalışanları hastalara/refakatçilere eşit biçimde davranmaktadır.	0,78
KGİ	0,98
9.Taşıma Hizmetleri Değerlendirmesi	KGO
1.Hastane içi ulaşımı hızlı, kolay ve rahattır.	1
2.Hastaların taşınması/nakli için yeterli personel/taşıma aracı vardır.	1
3.Asansörler ile yürüyen merdivenler çalışır/yeterlidir.	1
4.Engellilere, yaşlılara ve hamile bayanlara öncelikli taşıma hizmeti verilmektedir.	1
5. Klinikler ile laboratuvarlar arası tıbbi taşıma hizmeti hızlı ve düzenli yapılmaktadır.	1
KGİ	1
10.Haşere Kontrolü Hizmetinin Değerlendirilmesi	KGO
1.Tüm alanlarda ilaçlama hizmetleri uzman ekipler tarafından düzenli yapılmaktadır.	1
2.İlaçlama hizmeti yapılırken güvenlik, gıda ve çevre hijyenine azami ölçüde dikkat edilip gerekli önlemler alınmaktadır.	1
3. Hijyen ve ilaçlama çalışmaları için gerekli giysi ve teknolojik ekipmanlar kullanılmaktadır.	1
KGİ	1
11.Çamaşır Hizmetlerinin Değerlendirilmesi	KGO
1.Tüm tekstil ürünleri temiz, lekesiz, sağlam ve ütülüdür.	1
2.Lekelenen ve kirlenen tekstil ürünleri düzenli değiştiriliyordu.	1
3.Çamaşırhane hizmetlerinden memnunuz.	1
4.Personelinin giydiği kıyafetler temiz ve ütülüdür.	1
KGİ	1
12.Genel Temizlik İşlerinin Değerlendirilmesi	KGO
1.Hastane zemini, duvarları, tuvaletleri ve muayene odası düzenli, temiz ve lekesizdir.	1
2.Yataklı servisleri düzenli temizleniyordu.	1
3.Çöp kutuları boş ve yeterli sayıdadır.	1
4.Hastanede rahatsız edici koku yoktur.	1
5.Sedye ve mobilyaları sağlam, lekesiz ve temizdir.	1
6.Genel temizlikte çalışan personel başka işlerde çalışmamaktadır.	1
KGİ	1
13.Yemek Hizmet Koşullarının Değerlendirilmesi	KGO
1.Kafeterya ile restoran yiyecek miktarı/çeşitleri yeterli, hızlı, kaliteli ve lezzetlidir.	1
2.Yemekhane yemek miktarı/çeşitleri yeterli, kaliteli ve lezzetlidir.	0,78
3.Yemekhane hizmetleri gıda güvenliği standartlarına uygunluğu düzenli denetlenmektedir.	1
4.Yemekhane yöneticisi ve çalışanları yapılan talep ve eleştirilere dikkat etmektedir.	0,78
KGİ	0,89
14.Atık Bertaraf Yönetiminin Değerlendirilmesi	KGO

1. Tıbbi atıkların toplanması, taşınması ile depolanması için sorumlu birim vardır.	1
2. Tıbbi atıklar sınıflarına göre uygun koşullarda ve dezenfektasyonu yapılarak uygun araçlar ile düzenli toplanmaktadır.	1
3. Tıbbi atık yönetim planına göre atıkların depolandığı özel bir alan vardır.	1
4. Evsel atıklar ile tıbbi atıklar ayrı ayrı toplanmaktadır.	1
5. Tıbbi atık hizmetinde çalışan personeller başka bir hizmette çalışmamaktadır.	1
KGİ	1
15. Hastane İçi Tesis Tedarik Sürecinin Değerlendirilmesi	KGO
1. Hastane içi birimlerin (klinikler, poliklinikler, ameliyathaneler, vs.), tesis hizmet sunumu karşısındaki müşteri rolleri eksiksiz tanımlanmıştır.	1
2. Tesis hizmet sağlayıcılarının iş süreçlerindeki rolleri/sorumlulukları doğru tanımlanmıştır.	1
3. Hastane tesis hizmeti düzenli olarak denetlenmektedir.	1
4. Hastane tesis hizmetlerinde çıkan eksiklik hemen/derhal düzeltilmektedir.	1
5. Tüm paydaşlar tesis hizmetlerinin kabul edilebilir minimum performansının belirlenmesi aşamasına katılmıştır.	1
6. Tesis hizmet iş süreçlerinin ayrıntılı tanımlamaları, kritik başarı faktörleri ve anahtar performans göstergeleri hazırlanmıştır.	1
7. Hastanede tesis hizmetleri yeterli şekilde kontrolü gerçekleştirilir, ihtiyaç ve gereksinimlerine göre güncellenmektedir.	0,78
8. Tesis yönetimi şeffaf iletişim yöntemiyle kendisini devamlı geliştirmektedir ve önerilen iyileştirmeleri dikkate almaktadır.	0,78
9. Hastane yönetimi, tesis yönetimi ve klinik servis çalışanları arasındaki alışlagelmiş fikir ayrılıkları hizmet koşullarını olumsuz etkilemektedir.	0,78
KGİ	0,93
16. Konfor Koşullarının Değerlendirilmesi	KGO
1. Hastane içi iklimlendirme (soğutma/ısıtma/havalandırma) koşulları yeterlidir.	1
2. Aydınlatma armatürleri/ekipmanları yeterlidir	1
3. Güneş kırıcılar/jaluziler/storlar yeterlidir.	1
4. Hastanedeki doğal havalandırma/pencereler düzgün çalışmaktadır.	1
5. Banyo/tuvaletlerdeki sıcak su yeterlidir.	1
KGİ	1
17. Eğitim ve Mesleki Gelişimin Değerlendirilmesi	KGO
1. Tesis yönetimi, çalışanları için çalıştığı bölüme/işe yönelik bir mesleki eğitim ve gelişim programı uygulamaktadır.	1
2. Tesis yönetimi, hizmet sunumlarının başarılı bir şekilde devamını sağlamak için tesis yönetimi personelinin ihtiyacı olan gerekli ve yeterli koşulların farkındadır	1
3. Tesis yönetimi, personelin işe alınmasında yeterlilik koşullarını göz önünde bulundurmaktadır.	1
4. Tesis yönetimi, tesis yönetimi personelinin mesleki gelişimini desteklemeye yönelik gündemi ve gelişmeleri takip etmektedir.	1
5. Tesis yönetimi, çalışanlarının iş refahını olumsuz etkileyebilecek faktörlerin farkındadır.	1
6. Tesis yönetimi, çalışanlarının işini olumsuz etkileyecek faktörleri en aza indirmektedir.	1
7. Tesis yönetimi, hizmet koşullarının değerlendirilmesi için uygun iletişim kanallarıyla bildirim/şikayetleri düzenli olarak toplamaktadır.	1
KGİ	1
18. Tesis Yönetimi Uygulama Yönteminin Değerlendirilmesi	KGO
1. Tüm yönetim işleri profesyonel tesis yönetimi şirketlerine bırakılmalıdır.	1
2. Bazı hizmetler dışarıdan temin edilmeli, bazıları hastane yönetimine bırakılmalıdır.	1
3. Tesis yönetimi konusunda yönetim desteği/ilgisi sağlanmalıdır.	1
4. Tesis yönetimi konusunda yasal mevzuat düzenlenmelidir.	1
5. Hastanede tesis yönetimi etkindir	1
KGİ	1

EK 10 Tesis firma Çalışanlarına Yönelik Kapsam Geliştirme Çalışması Dışı Kalan Maddeler

KGO Değerinin Düşük Olması Nedeniyle Ölçekten Çıkarılan Sorular	
2.Hastane Bilgi Teknolojileri Kullanımının Değerlendirilmesi	KGO
1.Kullanılan bilişim teknolojileri işlerimizi daha hatasız yapmamıza yardımcı olmaktadır	0,56
2.Kullanılan yeni teknoloji içeren makinaların ve yazılımların kullanılması performansımı olumlu etki yapmaktadır.	0,56
3.Çalışanların yaptıkları hizmetlerin performans çıktılarının yeni teknoloji ürünü bilgisayar ve yazılımlarla alınarak çalışanların iş süreçlerinin iyileştirilmesine katkı sağlanmaktadır.	0,33
3.Sterilizasyon ve Dezenfeksiyon Hizmetlerinin Değerlendirilmesi	KGO
1.Polikliniklerde, yataklı servis ile ameliyathanede kullanılan tıbbi cihaz ve aletlerin sterilizasyonu tesis hizmetleri kapsamında düzenli olarak yapılır.	0,56
4.Hastanenin Fiziksel Koşulları ve Çevre Bakımının Değerlendirilmesi	KGO
1.Hastanenin bahçesi güzel ve bakımlıdır.	0,33
5.Tıbbi Ekipman ve Cihazların Bakımının Değerlendirilmesi	KGO
1.Kullanılan tıbbi ekipman ve cihazların aksaklıklarının iyileştirilmesi için kısa sürede aksiyon alınır.	0,33
2.Teknik ve tıbbi cihazlar sorunsuz çalışır.	0,33
6.Tesis Cihazlarının (elektromekanik, iklimlendirme ve genel amaçlı cihazlar) ve Tesisin Ortak Bakımının Değerlendirilmesi	KGO
1.Teknik, elektronik ve elektromekanik cihazlar sorunsuz çalışır.	0,33
7.Mefruşat ve Mobilya Hizmetlerinin Değerlendirilmesi	KGO
1.İhtiyaç duyulan mobilya ve aksesuarları zamanında tedarik edilir.	0,33
2.İhtiyaç duyulan mefruşat ve aksesuarları zamanında tedarik edilir.	0,11
9.Taşıma Hizmetleri Değerlendirmesi	KGO
1.Hastanede taşıma hizmeti düzenli ve çevreye rahatsızlık verilmeden yapılır.	0,56
10.Haşere Kontrolü Hizmetinin Değerlendirilmesi	KGO
1.Hastane dışındaki alanlarda zarar vermeden düzenli ve programlı haşere/diğer ilaçlama hizmeti sunulmaktadır.	0,56
2.Hastane iç ve dış allanlarında haşere görülmemektedir.	0,33
11.Çamaşır Hizmetlerinin Değerlendirilmesi	KGO
1.Çarşaf lar ütülü ve temizdi.	0,11
12.Genel Temizlik İşlerinin Değerlendirilmesi	KGO
1.Doktor muayene odası temizdi.	0,33
2.Hastane genel olarak temizdi.	0,56
13.Yemek Hizmet Koşullarının Değerlendirilmesi	KGO
1.Kafeterya sorumlu yöneticisi ve çalışanları yapılan talep ve eleştirilere dikkat etmektedir.	0,33
2.Yataklı servisin yemek miktarı/çeşidi yeterli, kaliteli ve lezzetlidir.	-0,56
3.Yataklı servisin yemekleri zamanında dağıtıldı ve toplandı.	-0,56
4.Yataklı servis yemekleri diyettime uygun şekildedir.	-0,56
14.Atık Bertaraf Yönetiminin Değerlendirilmesi	KGO
1.Tıbbi atıkları toplayan ve geçici depolama yerine götüren personelin özel koruyucu kıyafetleri vardır.	0,33
2.Tıbbi atıkların dışarı sızmasını önlemek için kullanılan torba ile kutuların ¾ ü doldurulmaktadır.	0,33
3.Tıbbi atıkların toplanması için kullanılan araç ve gereçler yeterli düzeyde dezenfektasyon yapılmaktadır.	0,56
4.Tıbbi atık yönetim planı vardır.	0,56
5.Tıbbi atık yönetim planı uygulanmaktadır.	0,56
15.Hastane İçi Tesis Tedarik Sürecinin Değerlendirilmesi	KGO
1.Senin fikrin karar verme aşamasında dikkate alınıyor.	0,56

2.Tesis yönetiminin aldığı kararlar şeffaf mı? Anlaşılabilir mi? ve bu kararlar personel ve senin tarafından kolaylıkla uygulanabiliyor.	0,56
3.Tesis yönetiminin verdiği hizmetler (hasta kabul, hastaneden taburcu edilme, hasta taburcu etme yönetimi, hastane içi süreçler) hasta merkezli bir yaklaşım vardır.	0,33
4.Hastanede sağlık birimleri arasında (klinik, ilaç depoları, laboratuvar, poliklinikler, radyoloji, bakım, güvenlik, vs.) yardım ve destekleme üst seviyede yapılmaktadır.	0,56
5.Tesis yönetimi çalışanları işimizi olumlu etkilemektedir.	-0,11
6.Tesis hizmetlerinin iş süreçlerini geliştirmek için düzenli anket çalışmaları yapılmaktadır.	0,11
7.Tesis yönetimi, hizmet koşullarının değerlendirilmesi için uygun iletişim kanallarıyla bildirim/şikayetleri düzenli olarak toplamaktadır.	0,33
8.Tesis yönetimi tüm paydaşlardan gelen bildirimleri/şikayetleri dikkate almaktadır.	0,56
17.Eğitim ve Mesleki Gelişimin Değerlendirilmesi	KGO
1.Tesis yönetimi hizmet sunumlarının başarılı bir şekilde devamını sağlamak için tesis yönetimi personelinin ihtiyacı olan gerekli ve yeterli koşullar hastanede mevcuttur.	0,33
2.Tesis yönetimi hizmetlerin sunum modellerini, şekillerini ve içeriklerindeki değişimleri incelemekte, bu değişim karşısında oluşabilecek zorluklara karşı çalışanlarına eğitim imkanı hazırlamaktadır.	0,56
3.Tesis yönetimi güncel teknolojik gelişmeleri gözlemleyerek ihtiyacı doğrultusunda yeni teknolojilerden faydalanmak amacıyla çalışanlarına mesleki eğitim programları öğretmektedir.	0,56
18. Tesis Yönetimi Uygulama Yönteminin Değerlendirilmesi	KGO
1.Tesis yönetimi personel için iletişim kültürünü ve iş ahlakını geliştirmeye yönelik düzenli olarak eğitimler düzenlenmektedir.	0,11
2.Tesis yöneticileri değişime karşı açık görüşlüdür.	0,56
3.Diğer kamu hastaneleri sistemine göre şehir hastanesi tesis yönetim sistemi daha başarılıdır.	-0,11
4.Diğer kamu hastanelerine kıyasla hastanede tesis yönetimi tarafından kliniklere verilen destek hizmetlerinin kalitesi önemli ölçüde artmıştır.	-0,11
5.Hastanede tesis yönetimi faaliyetleri konusunda yeterli düzeyde bilgilendirildim.	-0,11

EK 11 Yatan Hastalar veya Refakatçiler Veri Toplama Formu

Araştırmanın adı: “Türkiye’de Hastanelerde Tesis Yönetiminin Uluslararası Standartlar Yönünden Değerlendirilmesi: Ankara Şehir Hastanesi Örneği”

“Sayın Gönüllü,

Ankara Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü, Gayrimenkul Geliştirme ve Yönetimi Anabilim Dalı kapsamında planlanmış olan yukarıda adı yazılı araştırmaya katılmak üzere davet edilmiş bulunuyorsunuz. Bu araştırmada yer almayı kabul etmeden önce, araştırmanın hangi amaçla yapılmak istendiğini anlamanız ve kararınızı bu bilgilendirme çerçevesinde özgürce vermeniz gerekmektedir. Lütfen aşağıdaki bilgileri dikkatlice okuyunuz, sorularınız olursa sorunuz ve açık yanıtlar isteyiniz.”

Bu araştırma, Ankara Şehir Hastanesinde hastane yöneticileri, hastane çalışanları, tesis yöneticileri, tesis çalışanları ve yatan hastalar üzerinde, tesis yönetiminin hizmet içeriğinin performans ölçümlerinin yapılması amacıyla yapılacaktır.

Ankara Şehir Hastanesinde yatan hastalar/refakatçiler için hazırlanan anket çalışmamız iki bölümden oluşmaktadır. Kişisel Bilgi Formu sizler hakkında tanımlamaya yönelik bazı demografik, kişisel ve mesleki özelliklere ilişkin beş adet sorudan oluşmaktadır. Hastanedeki tesis yönetiminin işleyişinin içsel süreçleri, iş süreçleri, algısal memnuniyetini ölçmeye ve süreç iyileştirme olanaklarını araştırmaya yönelik geliştirilen sorular hazırlanmıştır. Bu araştırmaya toplam 291 gönüllü dahil edilecektir. Bu soruların cevaplanması yaklaşık 15 dakika sürecek yüz yüze görüşme ve COVID-19 salgını nedeni ile formları dağıtma ve tekrar toplama gibi yöntemler ile gerekli olması halinde online anket çalışmaları şeklinde yürütülecektir. Online yapılacak anket çalışmalarında anketin ilk sorusu aydınlatılmış onam formu ile başlayacaktır. Gönüllü “kabul etmiyorum” seçeneğini tıkladığı takdirde çalışma sonlanacaktır. Eğer gönüllü “kabul ediyorum” seçeneğini tıklarsa da ankete devam edebilecektir. Gönüllünün “kabul ediyorum” seçeneğine tıklaması; gönüllünün imzası olarak kabul edilecektir. Diğer anket çalışmalarında ise aydınlatılmış onam formu gönüllüye ilk başta okutulacak, gönüllünün kabul etmesi durumunda imzası alınarak ankete devam edilecektir. Bu ankete katılan gönüllüler için risk oluşturabilecek bir durum söz konusu değildir. Gönüllülerin araştırmaya katılmayı kabul etmemeleri ya da araştırmadan ayrılmaları durumunda herhangi bir olumsuz sonuç ile karşılaşmaları söz konusu olamayacaktır.

“Bu araştırmada yer almak tümtüyle sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da başladıktan sonra yarıda bırakabilirsiniz. Bu araştırmanın sonuçları bilimsel amaçlarla kullanılacaktır. Araştırmadan çekilmeniz ya da araştırmacı tarafından araştırmadan çıkarılmanız halinde, sizle ilgili veriler kullanılmayacaktır. Ancak veriler bir kez anonimleştikten sonra araştırmadan çekilmeniz mümkün olmayacaktır. Sizden elde edilen tüm bilgiler gizli tutulacak, araştırma yayınlandığında da varsa kimlik bilgilerinizin gizliliği korunacaktır.”

“Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllülere verilmesi gereken bilgileri içeren metni okudum (ya da sözlü olarak dinledim). Eksik kaldığını düşündüğüm konularda sorularımı araştırmacılara sordum ve doyurucu yanıtlar aldım. Yazılı ve sözlü olarak tarafıma sunulan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anladığım kanısındayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğim konusunda karar vermem için yeterince zaman tanındı.

Bu koşullar altında, araştırma kapsamında elde edilen şahsıma ait bilgilerin bilimsel amaçlarla kullanılmasını, gizlilik kurallarına uyulmak kaydıyla sunulmasını ve yayınlanmasını, hiçbir baskı ve zorlama altında kalmaksızın, kendi özgür irademle kabul ettiğimi beyan ederim.”

İmza/Tarih

Katılımcının Adı/Soyadı

Doç. Dr. Yeşim ALİEFENDİOĞLU, Ankara Üniversitesi
İletişim:
Sinan TERZİOĞLU- Doktora Öğrencisi, Ankara Üniversitesi
İletişim:

I.BÖLÜM KİŞİSEL BİLGİ FORMU

Yaşınız?	
Cinsiyetiniz?	1 () Kadın 2 () Erkek
Eğitim Durumu?	1 () Okur Yazar Değil 2 () İlkokul 3 () Ortaokul 4 () Lise 5 () Ön Lisans 6 () Lisans 7 () Yüksek Lisans 8 () Doktora
Mesleğiniz?	1 () İşsiz 2 () Özel Sektör Çalışanı 3 () Esnaf 4 () Emekli 5 () Memur
Aylık Geliriniz	1 () Asgari Ücret Altı 2 () Asgari Ücret 3 () 4.500-6.000 4 () 6.000-8.000 5 () 8.000-10.000 6 () 10.000-üstü

2.BÖLÜM TESİS YÖNETİMİ

	Kesinlikle Katılıyorum	Katılıyorum	Fikrim Yok	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
1.Tesis Yönetimi Anlayışının Değerlendirilmesi					
1. Tesis yönetimi hastanede tıbbi personelin işini kolaylaştırır.	☐	☐	☐	☐	☐
2. Tesis yönetimi hastane yönetim maliyetlerini azaltır.	☐	☐	☐	☐	☐
3. Tesis yönetimi hastane yaşam kalitesini yükseltir.	☐	☐	☐	☐	☐
4. Tesis yönetimi hastanede verilen hizmetin kalitesini ve niteliğini artırır.	☐	☐	☐	☐	☐
5. Tesis yönetimi hastanede verilen tıbbi hizmetin hata payını azaltır.	☐	☐	☐	☐	☐
2.Tıbbi Destek Hizmetleri (Laboratuvar, Görüntüleme, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon) Koşulları Değerlendirilmesi					
1. Tıbbi destek hizmetleri işlemi öncesi hakkında bilgi verilmiştir.	☐	☐	☐	☐	☐
2. Tıbbi destek hizmetlerinden beklemeden hizmet aldım.	☐	☐	☐	☐	☐
3. Tıbbi destek hizmetlerinden sonuçlarımı zamanında aldım.	☐	☐	☐	☐	☐
4. Tıbbi destek hizmetlerinden sonuçlarım hakkında bilgilendirme yapıldı.	☐	☐	☐	☐	☐
5. Tıbbi destek hizmetlerinden memnun kaldım.	☐	☐	☐	☐	☐
3.Hastanenin Fiziksel Koşulları ve Çevre Bakımı Değerlendirilmesi					
1.Hastane modern iç/dış görünümüne sahiptir.	☐	☐	☐	☐	☐
2.Hastanedeki yönlendirme/bilgilendirme levhaları yeterlidir.	☐	☐	☐	☐	☐
3.Hastanenin fiziksel koşulları yeterlidir.	☐	☐	☐	☐	☐
	Kesinlikle Katılıyorum	Katılıyorum	Fikrim Yok	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
4.Hastanenin yataklı tedavi bölümleri kalmak için uygun konfordadır.	☐	☐	☐	☐	☐
5.Hastane içi/dışı bakımlı ve temizdir.	☐	☐	☐	☐	☐
6.Hastanenin bekleme ve dinlenme ortamı yeterli/uygundur.	☐	☐	☐	☐	☐
4. Kayıt ve Yönlendirme Hizmetlerinin Değerlendirmesi					
1. Muayene olmak için istediğim doktoru seçip sırasını almakta zorluk çekmedim.	☐	☐	☐	☐	☐
2. Muayene olmak için hastanede fazla beklemedim.	☐	☐	☐	☐	☐
3. Kayıt ve yönlendirme çalışanları nazik, saygılı, güven verici davranmaktadır.	☐	☐	☐	☐	☐
4. Bu hastanede hasta haklarına/mahremiyetine özen gösterilir.	☐	☐	☐	☐	☐
5. Bu hastanedeki hasta kayıtları düzgün ve güvenilirdir.	☐	☐	☐	☐	☐
6. Hastanede hasta haklarını ihlal eden uygulamalarla karşılaşım.	☐	☐	☐	☐	☐
5.Otopark ve Güvenlik Hizmet Koşulları Değerlendirmesi					
1.Yeterli güvenlik personelinin varlığı kendimi güvende hissettiriyor.	☐	☐	☐	☐	☐
2.Açık/kapalı otopark yönlendirme levhaları yeterlidir.	☐	☐	☐	☐	☐
3.Açık/kapalı otopark alanı yeterlidir.	☐	☐	☐	☐	☐
4.Güvenlik levhaları yeterli ve görünürdür.	☐	☐	☐	☐	☐
5.Güvenlik çalışanları nazik, saygılı, güven vericidir.	☐	☐	☐	☐	☐
6.Güvenlik çalışanları hastalara/refakatçilere eşit biçimde davranmaktadır.	☐	☐	☐	☐	☐
6.Taşıma Hizmetleri Değerlendirmesi					
1.Hastane içi ulaşımı hızlı, kolay ve rahattır.	☐	☐	☐	☐	☐
2.Hastaların taşınması/nakli için yeterli personel/taşıma aracı vardır.	☐	☐	☐	☐	☐
3.Asansörler ile yürüyen merdivenler çalışır/yeterlidir.	☐	☐	☐	☐	☐
4.Engellilere, yaşlılara ve hamile bayanlara öncelikli taşıma hizmeti verilmektedir.	☐	☐	☐	☐	☐
7.Çamaşır Hizmet Koşulları Değerlendirilmesi					
1.Tüm tekstil ürünleri temiz, lekesiz, sağlam ve ütülüdür.	☐	☐	☐	☐	☐
2.Lekelenen ve kirlenen tekstil ürünleri düzenli değiştiriliyordu.	☐	☐	☐	☐	☐
3.Çamaşırhane hizmetlerinden memnunum.	☐	☐	☐	☐	☐
4.Hastane personelinin giydiği kıyafetler temiz ve ütülüdür.	☐	☐	☐	☐	☐

8.Genel Temizlik Hizmet Koşullarının Değerlendirilmesi					
1.Hastane zemini, duvarları, tuvaletleri ve muayene odası düzenli, temiz ve lekesizdir.	○	○	○	○	○
2.Yataklı servisleri düzenli temizleniyordu.	○	○	○	○	○
3.Çöp kutuları boş ve yeterli sayıdadır.	○	○	○	○	○
4.Hastanede rahatsız edici koku yoktur.	○	○	○	○	○
5.Sedye ve mobilyaları sağlam, lekesiz ve temizdir.	○	○	○	○	○
9.Yemek Hizmet Koşullarının Değerlendirilmesi					
1.Kafeterya ile restoran yiyecek miktarı/çeşitleri yeterli, kaliteli ve lezzetlidir.	○	○	○	○	○
2.Yataklı servisin yemek miktarı/çeşidi yeterli, kaliteli ve lezzetlidir.	○	○	○	○	○
3.Yataklı servisin yemekleri zamanında dağıtıldı ve toplandı.	○	○	○	○	○
4.Yataklı servis yemekleri diyetime uygun şekildedir.	○	○	○	○	○
10.Konfor Koşullarının Değerlendirilmesi					
1.Hastane içi iklimlendirme (soğutma/ısıtma/havalandırma) koşulları yeterlidir.	○	○	○	○	○
2.Aydınlatma armatürleri/ekipmanları yeterlidir	○	○	○	○	○
3.Güneş kırıcılar/jaluziler/storlar yeterlidir.	○	○	○	○	○
4.Hastanedeki doğal havalandırma/pencereler düzgün çalışmaktadır.	○	○	○	○	○
5.Banyo/tuvaletlerdeki sıcak su yeterlidir.	○	○	○	○	○

ZAMAN AYIRARAK KATKI YAPTIĞINIZ İÇİN TEŞEKKÜR EDERİZ.

EK 12 Hastane Çalışanları Veri Toplama Formu

Araştırmanın adı: “Türkiye’de Hastanelerde Tesis Yönetiminin Uluslararası Standartlar Yönünden Değerlendirilmesi: Ankara Şehir Hastanesi Örneği”

“Sayın Gönüllü,

Ankara Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü, Gayrimenkul Geliştirme ve Yönetimi Anabilim Dalı kapsamında planlanmış olan yukarıda adı yazılı araştırmaya katılmak üzere davet edilmiş bulunuyorsunuz. Bu araştırmada yer almayı kabul etmeden önce, araştırmanın hangi amaçla yapılmak istendiğini anlamanız ve kararınızı bu bilgilendirme çerçevesinde özgürce vermeniz gerekmektedir. Lütfen aşağıdaki bilgileri dikkatlice okuyunuz, sorularınız olursa sorunuz ve açık yanıtlar isteyiniz.”

Bu araştırma, Ankara Şehir Hastanesinde hastane yöneticileri, hastane çalışanları, tesis yöneticileri, tesis çalışanları ve yatan hastalar üzerinde, tesis yönetiminin hizmet içeriğinin performans ölçümlerinin yapılması amacıyla yapılacaktır.

Ankara Şehir Hastanesinde hastane çalışanları için hazırlanan anket çalışmamız iki bölümden oluşmaktadır. Kişisel Bilgi Formu sizler hakkında tanımlamaya yönelik bazı demografik, kişisel ve mesleki özelliklere ilişkin altı adet sorudan oluşmaktadır. Hastanedeki tesis yönetiminin işleyişinin içsel süreçleri, iş süreçleri, algısal memnuniyetini ölçmeye ve süreç iyileştirme olanaklarını araştırmaya yönelik geliştirilen sorular hazırlanmıştır. Bu araştırmaya toplam 349 gönüllü dahil edilecektir. Bu soruların cevaplanması yaklaşık 15 dakika sürecek yüz yüze görüşme ve KOVID-19 salgını nedeni ile formları dağıtma ve tekrar toplama gibi yöntemler ile gerekli olması halinde online anket çalışmaları şeklinde yürütülecektir. Online yapılacak anket çalışmalarında anketin ilk sorusu aydınlatılmış onam formu ile başlayacaktır. Gönüllü “kabul etmiyorum” seçeneğini tıkladığı takdirde çalışma sonlanacaktır. Eğer gönüllü “kabul ediyorum” seçeneğini tıklarsa da ankete devam edebilecektir. Gönüllünün “kabul ediyorum” seçeneğine tıklaması; gönüllünün imzası olarak kabul edilecektir. Diğer anket çalışmalarında ise aydınlatılmış onam formu gönüllüye ilk başta okutulacak, gönüllünün kabul etmesi durumunda imzası alınarak ankete devam edilecektir. Bu ankete katılan gönüllüler için risk oluşturabilecek bir durum söz konusu değildir. Gönüllülerin araştırmaya katılmayı kabul etmemeleri ya da araştırmadan ayrılmaları durumunda herhangi bir olumsuz sonuç ile karşılaşmaları söz konusu olamayacaktır.

“Bu araştırmada yer almak tümtüyle sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da başladıktan sonra yarıda bırakabilirsiniz. Bu araştırmanın sonuçları bilimsel amaçlarla kullanılacaktır. Araştırmadan çekilmeniz ya da araştırmacı tarafından araştırmadan çıkarılmanız halinde, sizle ilgili veriler kullanılmayacaktır. Ancak veriler bir kez anonimleştikten sonra araştırmadan çekilmeniz mümkün olmayacaktır. Sizden elde edilen tüm bilgiler gizli tutulacak, araştırma yayınlandığında da varsa kimlik bilgilerinizin gizliliği korunacaktır.”

“Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllülere verilmesi gereken bilgileri içeren metni okudum (ya da sözlü olarak dinledim). Eksik kaldığımı düşündüğüm konularda sorularımı araştırmacılara sordum ve doyurucu yanıtlar aldım. Yazılı ve sözlü olarak tarafıma sunulan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anladığım kanısındayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğim konusunda karar vermem için yeterince zaman tanındı.

Bu koşullar altında, araştırma kapsamında elde edilen şahsıma ait bilgilerin bilimsel amaçlarla kullanılmasını, gizlilik kurallarına uyulmak kaydıyla sunulmasını ve yayınlanmasını, hiçbir baskı ve zorlama altında kalmaksızın, kendi özgür irademle kabul ettiğimi beyan ederim.”

İmza/Tarih

Katılımcının Adı/Soyadı

Doç. Dr. Yeşim ALİEFENDİOĞLU, Ankara Üniversitesi
İletişim:
Sinan TERZİOĞLU- Doktora Öğrencisi, Ankara Üniversitesi
İletişim:

I.BÖLÜM KİŞİSEL BİLGİ FORMU

Yaşınız?	
Cinsiyetiniz?	1 () Kadın 2 () Erkek
Eğitim Durumu?	1 () İlkokul 2 () Ortaokul 3 () Lise 4 () Ön Lisans 5 () Lisans 6 () Yüksek Lisans 7 () Doktora
Hastanedeki Göreviniz?	1 () Doktor 2 () Hemşire 3 () Sağlık Memuru 4 () Tekniker 5 () Diğer
Bu Görev Unvanında Çalışma Süreniz (yıl)?	1 () 0-5 2 () 6-10 3 () 11-20 4 () 21-29 5 () 30-üstü
Hizmet Süreniz (yıl)?	1 () 0-5 2 () 6-10 3 () 11-20 4 () 21-29 5 () 30-üstü

2.BÖLÜM TESİS YÖNETİMİ

	Kesinlikle Katılıyorum	Katılıyorum	Fikrim Yok	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
1.Tesis Yönetimi Anlayışının Değerlendirilmesi					
1. Tesis yönetimi hastanede tıbbi personelin işini kolaylaştırır.	☐	☐	☐	☐	☐
2. Tesis yönetimi hastane yönetim maliyetlerini azaltır.	☐	☐	☐	☐	☐
3. Tesis yönetimi hastane yaşam kalitesini yükseltir.	☐	☐	☐	☐	☐
4. Tesis yönetimi hastanede verilen hizmetin kalitesini ve niteliğini artırır.	☐	☐	☐	☐	☐
5. Tesis yönetimi hastanede verilen tıbbi hizmetin hata payını azaltır.	☐	☐	☐	☐	☐
2.Hastane Bilgi Teknolojileri Kullanımının Değerlendirilmesi					
1.Bilgi teknolojileri kullanımı çalışanların iş süreçlerinin iyileştirilmesine ve hastalara daha hızlı/kaliteli hizmet vermemize yardımcı olmaktadır.	☐	☐	☐	☐	☐
2.Kullanılan bilgi teknolojileri bürokratik işlemlerin yol açtığı iş yükümüzü azaltmaktadır.	☐	☐	☐	☐	☐
3.Kullanılan bilgi teknolojileri bölümler arası hızlı iletişim kurmaya ve koordineli çalışma imkânı sağlamaktadır.	☐	☐	☐	☐	☐
4.Teknoloji alanındaki yeni uygulamalar düzenli şekilde takip edilmekte ve uygulanmaktadır.	☐	☐	☐	☐	☐
3.Sterilizasyon ve Dezenfeksiyon Hizmetlerinin Değerlendirilmesi					
1.Kullanılan tıbbi cihaz ve aletlerin sterilizasyonu düzenli ve güvenilir olarak yapılmaktadır.	☐	☐	☐	☐	☐
2.Dezenfeksiyon hizmetleri düzeli ve güvenilir olarak yapılmaktadır.	☐	☐	☐	☐	☐
3.Hastanedeki steril alanlar yeterlidir.	☐	☐	☐	☐	☐
4.Hastane enfeksiyonları kabul edilebilir sınırlardadır.	☐	☐	☐	☐	☐
	Kesinlikle Katılıyorum	Katılıyorum	Fikrim Yok	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
5. Covid-19 ve diğer bulaşıcı hastalıkların önlenmesi için yeterli tedbirler hızlıca alınmaktadır.	☐	☐	☐	☐	☐
4.Hastanenin Fiziksel Koşulları ve Çevre Bakımının Değerlendirilmesi					
1.Hastane modern iç/dış görünümüne sahiptir.	☐	☐	☐	☐	☐
2.Hastanedeki yönlendirme/bilgilendirme levhaları yeterlidir.	☐	☐	☐	☐	☐
3.Hastanenin fiziksel koşulları yeterlidir.	☐	☐	☐	☐	☐
4.Yataklı tedavi bölümleri kalmak için uygun konfordadır.	☐	☐	☐	☐	☐
5.Hastane içi/dışı bakımlı ve temizdir.	☐	☐	☐	☐	☐
6.Bekleme ve dinlenme ortamı yeterli/uygundur.	☐	☐	☐	☐	☐
7.İnşaat ve yenileme çalışmaları sırasında gerekli iş güvenliği önlemleri alınmaktadır.	☐	☐	☐	☐	☐
8.Yapısal aksaklıkların tespiti için düzenli alan/tesis turu ve denetimi yapılmaktadır.	☐	☐	☐	☐	☐
9.Yapısal aksaklıklarının onarım ve bakım işleri derhal/hemen yapılmaktadır.	☐	☐	☐	☐	☐
5.Tıbbi Ekipman ve Cihazların Bakımının Değerlendirilmesi					
1.Tıbbi hassas ayarlı ekipmanlar ve cihazlar sorunsuz çalışır ve önleyici/rutin bakımları zamanında yapılmaktadır.	☐	☐	☐	☐	☐
2.Tıbbi ekipmanlar ve cihazların tamir ve bakımları esnasında yeterli ikame cihaz bulunmaktadır.	☐	☐	☐	☐	☐
3.Tıbbi hassas ayarlı ekipmanların ve cihazların kolay anlaşılır kullanma kılavuzu vardır.	☐	☐	☐	☐	☐
4.Yeterli teknik personel ve biomedikal mühendisi çalışmaktadır.	☐	☐	☐	☐	☐
6.Tesis Cihazlarının (elektromekanik, iklimlendirme ve genel amaçlı cihazlar) ve Tesisin Ortak Bakımının Değerlendirilmesi					
1.Kullanılan cihazlar sorunsuz çalışır ve önleyici/rutin bakımları zamanında yapılmaktadır.	☐	☐	☐	☐	☐
2.Kullanılan cihazlarda tespit edilen aksaklıklar kısa sürede/derhal düzeltilmektedir.	☐	☐	☐	☐	☐
3.Kullanılan cihazların risk analizi ve değerlendirilmesi düzenli periyodlarla yapılmaktadır.	☐	☐	☐	☐	☐
4.Yeterli teknik personel çalışmaktadır.	☐	☐	☐	☐	☐

5.Yangın algılama sistemlerinin koruyucu test ve bakımları zamanında yapılmaktadır.	☐	☐	☐	☐	☐
6.Arazıların (elektrik, su, doğalgaz, kanalizasyon, telekom vb.) tespiti için düzenli alan/tesis turu ve denetimi yapılmaktadır.	☐	☐	☐	☐	☐
7.Arızalar (elektrik, su, doğalgaz, kanalizasyon, Telekom, vb.) hızlı/derhal giderilmektedir.	☐	☐	☐	☐	☐
7.Mefruşat ve Mobilya Hizmetlerinin Değerlendirilmesi					
1.Mobilya/mefruşatların bakım ve onarı düzenli yapılmaktadır.	☐	☐	☐	☐	☐
2.Mobilya/mefruşatların gerekli durumlarda değişimi hızlı yapılmaktadır.	☐	☐	☐	☐	☐
3.Mobilya/mefruşatlar kullanım amacına uygun olarak tasarlanmıştır.	☐	☐	☐	☐	☐
8.Otopark ve Güvenlik Hizmet Koşulları Değerlendirmesi					
1.Yeterli güvenlik personelinin varlığı kendimi güvende hissettiriyor.	☐	☐	☐	☐	☐
2.Açık/kapalı otopark yönlendirme levhaları yeterlidir.	☐	☐	☐	☐	☐
3.Açık/kapalı otopark alanı yeterlidir.	☐	☐	☐	☐	☐
4.Güvenlik levhaları yeterli ve görünürdür.	☐	☐	☐	☐	☐
5.Güvenlik çalışanları nazik, saygılı, güven vericidir.	☐	☐	☐	☐	☐
6.Güvenlik çalışanları hastalara/refakatçilere eşit biçimde davranmaktadır.	☐	☐	☐	☐	☐
9.Taşıma Hizmetleri Değerlendirmesi					
1.Hastane içi ulaşımı hızlı, kolay ve rahattır.	☐	☐	☐	☐	☐
2.Hastaların taşınması/nakli için yeterli personel/taşıma aracı vardır.	☐	☐	☐	☐	☐
3.Asansörler ile yürüyen merdivenler çalışır/yeterlidir.	☐	☐	☐	☐	☐
4.Engellilere, yaşlılara ve hamile bayanlara öncelikli taşıma hizmeti verilmektedir.	☐	☐	☐	☐	☐
5.Klinikler ile laboratuvarlar arası tıbbi taşıma hizmeti hızlı ve düzenli yapılmaktadır.	☐	☐	☐	☐	☐
10.Haşere Kontrolü Hizmetinin Değerlendirilmesi					
1.Tüm alanlarda ilaçlama hizmetleri uzman ekipler tarafından düzenli yapılmaktadır.	☐	☐	☐	☐	☐
2.İlaçlama hizmeti yapılırken güvenlik, gıda ve çevre hijyenine azami ölçüde dikkat edilip gerekli önlemler alınmaktadır.	☐	☐	☐	☐	☐
3. Hijyen ve ilaçlama için gerekli giysi ve teknolojik ekipmanlar kullanılmaktadır.	☐	☐	☐	☐	☐
11.Çamaşır Hizmetlerinin Değerlendirilmesi					
1.Tüm tekstil ürünleri temiz, lekesiz, sağlam ve ütülüdür.	☐	☐	☐	☐	☐
2.Lekelenen ve kirlenen tekstil ürünleri düzenli değiştiriliyordu.	☐	☐	☐	☐	☐
3.Çamaşırhane hizmetlerinden memnunuz.	☐	☐	☐	☐	☐
4.Personelinin giydiği kıyafetler temiz ve ütülüdür.	☐	☐	☐	☐	☐
12.Genel Temizlik İşlerinin Değerlendirilmesi					
1.Hastane zemini, duvarları, tuvaletleri ve muayene odası düzenli, temiz ve lekesizdir.	☐	☐	☐	☐	☐
2.Yataklı servisleri düzenli temizleniyordu.	☐	☐	☐	☐	☐
3.Çöp kutuları boş ve yeterli sayıdadır.	☐	☐	☐	☐	☐
4.Hastanede rahatsız edici koku yoktur.	☐	☐	☐	☐	☐
5.Sedye ve mobilyaları sağlam, lekesiz ve temizdir.	☐	☐	☐	☐	☐
6.Genel temizlikte çalışan personel başka işlerde çalışmamaktadır.	☐	☐	☐	☐	☐
13.Yemek Hizmet Koşullarının Değerlendirilmesi					
1.Kafeterya ile restoran yiyecek miktarı/çeşitleri yeterli, hızlı, kaliteli ve lezzetlidir.	☐	☐	☐	☐	☐
2.Yemekhane yemek miktarı/çeşitleri yeterli, kaliteli ve lezzetlidir.	☐	☐	☐	☐	☐
3.Yemekhane hizmetleri gıda güvenliği standartlarına uygunluğu düzenli denetlenmektedir.	☐	☐	☐	☐	☐
4.Yemekhane yöneticisi ve çalışanları yapılan talep ve eleştirilere dikkat etmektedir.	☐	☐	☐	☐	☐

	Kesinlikle Katılıyorum	Katılıyorum	Fikrim Yok	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
14. Atık Bertaraf Yönetiminin Değerlendirilmesi					
1. Tıbbi atıkların toplanması, taşınması ile depolanması için sorumlu birim vardır.	☐	☐	☐	☐	☐
2. Tıbbi atıklar sınıflarına göre uygun koşullarda ve dezenfektasyonu yapılarak uygun araçlar ile düzenli toplanmaktadır.	☐	☐	☐	☐	☐
3. Tıbbi atık yönetim planına göre atıkların depolandığı özel bir alan vardır.	☐	☐	☐	☐	☐
4. Evsel atıklar ile tıbbi atıklar ayrı ayrı toplanmaktadır.	☐	☐	☐	☐	☐
5. Tıbbi atık hizmetinde çalışan personeller başka bir hizmette çalışmamaktadır.	☐	☐	☐	☐	☐
15. Hastane İçi Tesis Tedarik Sürecinin Değerlendirilmesi					
1. Hastane içi birimlerin (klinikler, poliklinikler, ameliyathaneler, vs.), tesis hizmet sunumu karşısındaki müşteri rolleri eksiksiz tanımlanmıştır.	☐	☐	☐	☐	☐
2. Tesis hizmet sağlayıcılarının iş süreçlerindeki rolleri/sorumlulukları doğru tanımlanmıştır.	☐	☐	☐	☐	☐
3. Hastane tesis hizmeti düzenli olarak denetlenmektedir.	☐	☐	☐	☐	☐
4. Hastane tesis hizmetlerinde çıkan eksiklik hemen/derhal düzeltilmektedir.	☐	☐	☐	☐	☐
5. Tüm paydaşlar tesis hizmetlerinin kabul edilebilir minimum performansının belirlenmesi aşamasına katılmıştır.	☐	☐	☐	☐	☐
6. Tesis hizmet iş süreçlerinin ayrıntılı tanımlamaları, kritik başarı faktörleri ve anahtar performans göstergeleri hazırlanmıştır.	☐	☐	☐	☐	☐
7. Hastanede tesis hizmetleri yeterli şekilde kontrolü gerçekleştirilir, ihtiyaç ve gereksinimlerine göre güncellenmektedir.	☐	☐	☐	☐	☐
8. Tesis yönetimi şeffaf iletişim yöntemiyle kendisini devamlı geliştirmektedir ve önerilen iyileştirmeleri dikkate almaktadır.	☐	☐	☐	☐	☐
9. Hastane yönetimi, tesis yönetimi ve klinik servis çalışanları arasındaki alışılmış fikir ayrılıkları hizmet koşullarını olumsuz etkilemektedir.	☐	☐	☐	☐	☐
10. Hastanede sağlık birimleri arasında (klinik, ilaç depoları, laboratuvar, poliklinikler, radyoloji, bakım, güvenlik, vs.) yardım ve destekleme üst seviyede yapılmaktadır.	☐	☐	☐	☐	☐
11. Tesis yönetimi çalışanları işimizi olumlu etkilemektedir.	☐	☐	☐	☐	☐
12. Tesis hizmetlerinin iş süreçlerini geliştirmek için düzenli anket çalışmaları yapılmaktadır.	☐	☐	☐	☐	☐
13. Tesis yönetimi, hizmet koşullarının değerlendirilmesi için uygun iletişim kanallarıyla bildirim/şikayetleri düzenli olarak toplamaktadır.	☐	☐	☐	☐	☐
14. Tesis yönetimi tüm paydaşlardan gelen bildirimleri/şikayetleri dikkate almaktadır.	☐	☐	☐	☐	☐
16. Konfor Koşullarının Değerlendirilmesi					
1. Hastane içi iklimlendirme (soğutma/ısıtma/havalandırma) koşulları yeterlidir.	☐	☐	☐	☐	☐
2. Aydınlatma armatürleri/ekipmanları yeterlidir.	☐	☐	☐	☐	☐
3. Güneş kırıcılar/jaluziler/storlar yeterlidir.	☐	☐	☐	☐	☐
4. Hastanedeki doğal havalandırma/pencereler düzgün çalışmaktadır.	☐	☐	☐	☐	☐
5. Banyo/tualetlerdeki sıcak su yeterlidir.	☐	☐	☐	☐	☐
17. Tesis Yönetimi Uygulama Yönteminin Değerlendirilmesi					
1. Tüm yönetim işleri profesyonel tesis yönetimi şirketlerine bırakılmalıdır.	☐	☐	☐	☐	☐
2. Bazı hizmetler dışarıdan temin edilmeli, bazıları hastane yönetimine bırakılmalıdır.	☐	☐	☐	☐	☐
3. Tesis yönetimi konusunda yönetim desteği/ilgisi sağlanmalıdır.	☐	☐	☐	☐	☐
4. Diğer kamu hastaneleri sistemine göre şehir hastanesi tesis yönetim sistemi daha başarılıdır.	☐	☐	☐	☐	☐
5. Tesis yönetimi konusunda yasal mevzuat düzenlenmelidir.	☐	☐	☐	☐	☐

6. Hastane tesis yönetimi etkindir.	☐	☐	☐	☐	☐
7. Diğer kamu hastanelerine kıyasla hastanedeki tesis yönetimi tarafından kliniklere verilen destek hizmetlerinin kalitesi önemli ölçüde artmıştır.	☐	☐	☐	☐	☐
8. Hastanedeki tesis yönetimi faaliyetleri konusunda yeterli düzeyde bilgilendirildim.	☐	☐	☐	☐	☐

18.Etkin bir tesis yönetimi için eğitime ne sıklıkla ihtiyaç olduğunu belirtiniz

1 () haftada bir 2 () ayda bir 3 () üç ayda bir 4 () altı ayda bir 5 () yılda bir 6 () Fikrim Yok

ZAMAN AYIRARAK KATKI YAPTIĞINIZ İÇİN TEŞEKKÜR EDERİZ



EK 13 Hastane Yöneticileri Veri Toplama Formu

Araştırmanın adı: “Türkiye’de Hastanelerde Tesis Yönetiminin Uluslararası Standartlar Yönünden Değerlendirilmesi: Ankara Şehir Hastanesi Örneği”

“Sayın Gönüllü,

Ankara Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü, Gayrimenkul Geliştirme ve Yönetimi Anabilim Dalı kapsamında planlanmış olan yukarıda adı yazılı araştırmaya katılmak üzere davet edilmiş bulunuyorsunuz. Bu araştırmada yer almayı kabul etmeden önce, araştırmanın hangi amaçla yapılmak istendiğini anlamanız ve kararınızı bu bilgilendirme çerçevesinde özgürce vermeniz gerekmektedir. Lütfen aşağıdaki bilgileri dikkatlice okuyunuz, sorularınız olursa sorunuz ve açık yanıtlar isteyiniz.”

Bu araştırma, Ankara Şehir Hastanesinde hastane yöneticileri, hastane çalışanları, tesis yöneticileri, tesis çalışanları ve yatan hastalar üzerinde, tesis yönetiminin hizmet içeriğinin performans ölçümlerinin yapılması amacıyla yapılacaktır.

Ankara Şehir Hastanesinde hastane yöneticileri için hazırlanan anket çalışmamız iki bölümden oluşmaktadır. Kişisel Bilgi Formu sizler hakkında tanımlamaya yönelik bazı demografik, kişisel ve mesleki özelliklere ilişkin altı adet sorudan oluşmaktadır. Hastanedeki tesis yönetiminin işleyişinin içsel süreçleri, iş süreçleri, algısal memnuniyetini ölçmeye ve süreç iyileştirme olanaklarını araştırmaya yönelik geliştirilen sorular hazırlanmıştır. Bu araştırmaya toplam 37 gönüllü dahil edilecektir. Bu soruların cevaplanması yaklaşık 15 dakika sürecek yüz yüze görüşme ve KOVID-19 salgını nedeni ile formları dağıtma ve tekrar toplama gibi yöntemler ile gerekli olması halinde online anket çalışmaları şeklinde yürütülecektir. Online yapılacak anket çalışmalarında anketin ilk sorusu aydınlatılmış onam formu ile başlayacaktır. Gönüllü “kabul etmiyorum” seçeneğini tıkladığı takdirde çalışma sonlanacaktır. Eğer gönüllü “kabul ediyorum” seçeneğini tıklarsa da ankete devam edebilecektir. Gönüllünün “kabul ediyorum” seçeneğine tıklaması; gönüllünün imzası olarak kabul edilecektir. Diğer anket çalışmalarında ise aydınlatılmış onam formu gönüllüye ilk başta okutulacak, gönüllünün kabul etmesi durumunda imzası alınarak ankete devam edilecektir. Bu ankete katılan gönüllüler için risk oluşturabilecek bir durum söz konusu değildir. Gönüllülerin araştırmaya katılmayı kabul etmemeleri ya da araştırmadan ayrılmaları durumunda herhangi bir olumsuz sonuç ile karşılaşmaları söz konusu olamayacaktır.

“Bu araştırmada yer almak tümtüyle sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da başladıktan sonra yarıda bırakabilirsiniz. Bu araştırmanın sonuçları bilimsel amaçlarla kullanılacaktır. Araştırmadan çekilmeniz ya da araştırmacı tarafından araştırmadan çıkarılmanız halinde, sizle ilgili veriler kullanılmayacaktır. Ancak veriler bir kez anonimleştikten sonra araştırmadan çekilmeniz mümkün olmayacaktır. Sizden elde edilen tüm bilgiler gizli tutulacak, araştırma yayınlandığında da varsa kimlik bilgilerinizin gizliliği korunacaktır.”

“Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllülere verilmesi gereken bilgileri içeren metni okudum (ya da sözlü olarak dinledim). Eksik kaldığımı düşündüğüm konularda sorularımı araştırmacılara sordum ve doyurucu yanıtlar aldım. Yazılı ve sözlü olarak tarafıma sunulan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anladığım kanısındayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğim konusunda karar vermem için yeterince zaman tanındı.

Bu koşullar altında, araştırma kapsamında elde edilen şahsıma ait bilgilerin bilimsel amaçlarla kullanılmasını, gizlilik kurallarına uyulmak kaydıyla sunulmasını ve yayınlanmasını, hiçbir baskı ve zorlama altında kalmaksızın, kendi özgür irademle kabul ettiğimi beyan ederim.”

İmza/Tarih

Katılımcının Adı/Soyadı

Doç. Dr. Yeşim ALİEFENDİOĞLU, Ankara Üniversitesi
İletişim:
Sinan TERZİOĞLU- Doktora Öğrencisi, Ankara Üniversitesi
İletişim:

I.BÖLÜM KİŞİSEL BİLGİ FORMU

Yaşınız?	
Cinsiyetiniz?	1 () Kadın 2 () Erkek
Eğitim Durumu?	1() Lise 2() Ön Lisans 3() Lisans 4() Yüksek lisans 5() Doktora
Hastanedeki Göreviniz?	1 () Başhekim 2 () Başhekim Yardımcısı 3 () Müdür 4 () Müdür Yardımcısı 5 () Hastane Birim Sorumlusu 6 () Diğer
Bu Görev Ünvanında Çalışma Süreniz (yıl)?	1 () 0-5 2 () 6-10 3 () 11-20 4 () 21-29 5 () 30-üstü
Hizmet Süreniz (yıl)?	1 () 0-5 2 () 6-10 3 () 11-20 4 () 21-29 5 () 30-üstü

2.BÖLÜM TESİS YÖNETİMİ

	Kesinlikle Katılıyorum	Katılıyorum	Fikrim Yok	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
1.Tesis Yönetimi Anlayışının Değerlendirilmesi					
1. Tesis yönetimi hastanede tıbbi personelin işini kolaylaştırır.	☐	☐	☐	☐	☐
2. Tesis yönetimi hastane yönetim maliyetlerini azaltır.	☐	☐	☐	☐	☐
3. Tesis yönetimi hastane yaşam kalitesini yükseltir.	☐	☐	☐	☐	☐
4. Tesis yönetimi hastanede verilen hizmetin kalitesini ve niteliğini artırır.	☐	☐	☐	☐	☐
5. Tesis yönetimi hastanede verilen tıbbi hizmetin hata payını azaltır.	☐	☐	☐	☐	☐
2.Tesis Planlamasının Değerlendirilmesi					
1.Hastane yönetimi ile tesis yönetimi arasındaki ilişki sınırları belirlenmiş ve sınıflandırılmıştır.	☐	☐	☐	☐	☐
2.Hastanenin bina içi ve bina dışı alanları verimli olarak kullanılmaktadır.	☐	☐	☐	☐	☐
3.Gelecekte oluşabilecek yeni ihtiyaçlara göre alan ve tesis hizmet planlaması yapılmıştır.	☐	☐	☐	☐	☐
4.Tesis yönetimi, hizmet koşullarının değerlendirilmesi için uygun iletişim kanallarıyla bildirim/şikayetleri düzenli olarak toplamaktadır.	☐	☐	☐	☐	☐
5.Tesis yönetimi tüm paydaşlardan gelen bildirimleri/şikayetleri dikkate almaktadır.	☐	☐	☐	☐	☐
3.Strateji Planlamasının Değerlendirilmesi					
1.Tesis yönetiminin acil durumlar için stratejik planlaması vardır.	☐	☐	☐	☐	☐
	Kesinlikle Katılıyorum	Katılıyorum	Fikrim Yok	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
2.Hastane tesis hizmetlerinde ortaya çıkan ihtiyaçlara göre derhal alt tedarikçilerle iş birliği yapılmaktadır.	☐	☐	☐	☐	☐
3.Hastane tesis yönetimi kurum içi risk yönetimini stratejik plan çerçevesinde uygulamaktadır.	☐	☐	☐	☐	☐
4.Hastane tesis yönetimi hazırlamış olduğu stratejik plan çerçevesinde dikkate aldığı yeni fikir ve çözümleri operasyonel planlarında başarı ile uygular.	☐	☐	☐	☐	☐
5.Hastane tesis yönetimi çalışanlarına karşı objektiftir.	☐	☐	☐	☐	☐
4.Kaynak Kullanımının Değerlendirilmesi					
1.Tesis yönetimi, tesis hizmetlerinin ihtiyacına göre kapsam ve standartını belirleyerek hizmet sunumlarını planlamaktadır.	☐	☐	☐	☐	☐
2.Tesis yönetimi, hizmetlerin önceliklerini uygunluk çerçevesinde belirleyip hızlı bir şekilde aksiyon almaktadır.	☐	☐	☐	☐	☐
3.Hastanede ki hizmetlerin tesis yönetimi firmasıyla yapılması verimliliği arttırmaktadır.	☐	☐	☐	☐	☐
4.Tesis yönetimi, hizmetlerin performans raporlarına göre düşük/yetersiz olan hizmet sağlayıcıların/çalışanların sözleşmelerini iptal etmektedir.	☐	☐	☐	☐	☐
5. Tesis hizmet sağlayıcıları ile müşteriler (doktor, hemşire, hasta, klinik/poliklinik çalışanları, vs.) arasında sürekli iletişim kanalları vardır.	☐	☐	☐	☐	☐
5.Değişim Yönetiminin Değerlendirilmesi					
1.Tesis yönetimi çıkabilecek yeni gelişmeleri yönetebilmek için şeffaf eylem planına sahiptir.	☐	☐	☐	☐	☐
2.Tesis yönetimi, yeni eylem planlarını tüm paydaşlarıyla yeterli düzeyde paylaşmaktadır.	☐	☐	☐	☐	☐
3.Tesis yönetimi, planlanan değişikliklerin uygulanması esnasında ortaya çıkan/çıkabilecek sorunlarla ilgili alternatif planlara sahiptir.	☐	☐	☐	☐	☐
4.Tesis yönetiminin DÖF (düzeltici önleyici faaliyetler) yönereği bulunmaktadır.	☐	☐	☐	☐	☐
6.İnsan Kaynakları Yönetiminin Değerlendirilmesi					
1.Hastanenin tesis yönetim yapısı uygun maliyetli ve verimli hizmet sunulmasına uygundur.	☐	☐	☐	☐	☐

2.Sunulan tesis hizmetlerinin tanımları, fonksiyonları ve hizmet gereksinimleri açık, anlaşılır, tüm paydaşların katılımıyla, minimum hizmet ihtiyacına göre belirlenmiştir.	☐	☐	☐	☐	☐
3.Tesis iş prosedürü ile iş yönetmenliği, yürürlükteki yasal mevzuat ve standartlara uygun şekilde tanımlanmıştır.	☐	☐	☐	☐	☐
4.Tesis yönetimi, tüm hastanenin stratejik iş hedeflerine göre geliştirilmiş bir performans değerlendirme yöntemi uygulamaktadır.	☐	☐	☐	☐	☐
5.Tesis çalışanlarına hizmet performanslarına göre teşvik/prim/ödül verilmektedir.	☐	☐	☐	☐	☐
7.Hastane İçi Tesis Tedarik Sürecinin Değerlendirilmesi					
1. Hastane içi birimlerin (klinikler, poliklinikler, ameliyathaneler, vs.), tesis hizmet sunumu karşısındaki müşteri rolleri eksiksiz tanımlanmıştır.	☐	☐	☐	☐	☐
2.Tesis hizmet sağlayıcılarının iş süreçlerindeki rolleri/sorumlulukları doğru tanımlanmıştır.	☐	☐	☐	☐	☐
3.Tesis hizmetlerinde çıkan eksiklik hemen/derhal düzeltilmektedir.	☐	☐	☐	☐	☐
4. Tesis hizmet iş süreçlerinin ayrıntılı tanımlamaları, kritik başarı faktörleri ve anahtar performans göstergeleri hazırlanmıştır.	☐	☐	☐	☐	☐
5. Tesis hizmetleri yeterli şekilde kontrolü gerçekleştirilir, ihtiyaç ve gereksinimlerine göre güncellenmektedir.	☐	☐	☐	☐	☐
6.Tesis yönetimi şeffaf iletişim yöntemiyle kendisini devamlı geliştirmektedir ve önerilen iyileştirmeleri dikkate almaktadır.	☐	☐	☐	☐	☐
7.Hastane yönetimi, tesis yönetimi ve klinik servis çalışanları arasındaki alışagelmış fikir ayrılıkları hizmet koşullarını olumsuz etkilemektedir.	☐	☐	☐	☐	☐
8.Hastanede sağlık birimleri arasında (klinik, ilaç depoları, laboratuvar, poliklinikler, radyoloji, bakım, güvenlik, vs.) yardım ve destekleme üst seviyede yapılmaktadır.	☐	☐	☐	☐	☐
9.Tesis yönetimi çalışanları işimizi olumlu etkilemektedir.	☐	☐	☐	☐	☐
10. Tesis hizmetlerinin iş süreçlerini geliştirmek için düzenli anket çalışmaları yapılmaktadır.	☐	☐	☐	☐	☐
8.İş Verimliliğinin Değerlendirilmesi					
1.Hastane yönetimi, tesis ortamının kalitesini sürekli denetlemektedir.	☐	☐	☐	☐	☐
2.Tesis yönetimi, çalışanlarının iş refahını olumsuz etkileyebilecek faktörlerin farkındadır.	☐	☐	☐	☐	☐
3.Tesis yönetimi, çalışanlarının işini olumsuz etkileyecek faktörleri en aza indirmektedir.	☐	☐	☐	☐	☐
4.Hastane çalışanlarının, tesis iş süreçleriyle ilgili endişeleri dikkate alınıp gerekli araştırma ve soruşturma hemen yapılır.	☐	☐	☐	☐	☐
5.Tesis yönetimi, çalışanlarının motivasyonunu arttırmaya yönelik esnek çalışma politikaları benimsemektedir.	☐	☐	☐	☐	☐
9. Akıllı Bina Sistemlerinin Değerlendirilmesi					
1.Hastanede hizmetlerin etkili bir şekilde algılanabilmesi, kontrolü ve izlenmesi için akıllı bina sistemleri kullanılmaktadır.	☐	☐	☐	☐	☐
2.Bilgi yönetim sistemi çerçevesinde bilgi güvenliği gerçek zamanlı olarak izlenerek yönetilmektedir.	☐	☐	☐	☐	☐
3.Tesis yönetimi hizmetlerini ve alanlarını yönetmek için BİM (yapı bilgi modellemesi) planına sahiptir.	☐	☐	☐	☐	☐
4. Tesis yönetimi, hizmet sunumundaki eksikliği belirlemek için akıllı bina sistemleri üzerinden sürekli bilgi denetlemesi yapmaktadır.	☐	☐	☐	☐	☐
10.Eğitim ve Mesleki Gelişimin Değerlendirilmesi					
1.Tesis yönetimi, çalışanları için çalıştığı bölüme/işe yönelik bir mesleki eğitim ve gelişim programı uygulamaktadır.	☐	☐	☐	☐	☐
2.Tesis yönetimi, hizmet sunumlarının başarılı bir şekilde devamını sağlamak için tesis yönetimi personelinin ihtiyacı olan gerekli ve yeterli koşulların farkındadır	☐	☐	☐	☐	☐
	Kesinlikle Katılıyorum	Katılıyorum	Fikrim Yok	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum

3.Tesis yönetimi, personelin işe alınmasında yeterlilik koşullarını göz önünde bulundurmaktadır.	○	○	○	○	○
4.Tesis yönetimi, tesis yönetimi personelinin mesleki gelişimini desteklemeye yönelik gündemi ve gelişmeleri takip etmektedir.	○	○	○	○	○
11.Hastane Bilgi Teknolojileri Kullanımının Değerlendirilmesi					
1.Bilgi teknolojileri kullanımı çalışanların iş süreçlerinin iyileştirilmesine ve hastalara daha hızlı/kaliteli hizmet vermemize yardımcı olmaktadır.	○	○	○	○	○
2.Kullanılan bilgi teknolojileri bürokratik işlemlerin yol açtığı iş yükümü azaltmaktadır.	○	○	○	○	○
3. Kullanılan bilgi teknolojileri bölümler arası hızlı iletişim kurmaya ve koordineli çalışma imkânı sağlamaktadır.	○	○	○	○	○
4.Teknoloji alanındaki yeni uygulamalar düzenli şekilde takip edilmekte ve uygulanmaktadır.	○	○	○	○	○
12.Sterilizasyon ve Dezenfeksiyon Hizmetlerinin Değerlendirilmesi					
1.Kullanılan tıbbi cihaz ve aletlerin sterilizasyonu düzenli ve güvenilir olarak yapılmaktadır.	○	○	○	○	○
2.Dezenfeksiyon hizmetleri düzeli ve güvenilir olarak yapılmaktadır.	○	○	○	○	○
3.Hastanedeki steril alanlar yeterlidir.	○	○	○	○	○
4.Hastane enfeksiyonları kabul edilebilir sınırlardadır.	○	○	○	○	○
5. Covid-19 ve diğer bulaşıcı hastalıkların önlenmesi için yeterli tedbirler hızlıca alınmaktadır.	○	○	○	○	○
13.Hastanenin Fiziksel Koşulları ve Çevre Bakımının Değerlendirilmesi					
1.Hastane modern iç/dış görünümüne sahiptir.	○	○	○	○	○
2.Hastanedeki yönlendirme/bilgilendirme levhaları yeterlidir.	○	○	○	○	○
3.Hastanenin fiziksel koşulları yeterlidir.	○	○	○	○	○
4.Yataklı tedavi bölümleri kalmak için uygun konfordadır.	○	○	○	○	○
5.Hastane içi/dışı bakımlı ve temizdir.	○	○	○	○	○
6.Bekleme ve dinlenme ortamı yeterli/uygundur.	○	○	○	○	○
7.İnşaat ve yenileme çalışmaları sırasında gerekli iş güvenliği önlemleri alınmaktadır.	○	○	○	○	○
8.Yapısal aksaklıkların tespiti için düzenli alan/tesis turu ve denetimi yapılmaktadır.	○	○	○	○	○
9.Yapısal aksaklıklarının onarım ve bakım işleri derhal/hemen yapılmaktadır.	○	○	○	○	○
14.Tıbbi Ekipman ve Cihazların Bakımının Değerlendirilmesi					
1.Tıbbi hassas ayarlı ekipmanlar ve cihazlar sorunsuz çalışır ve önleyici/rutin bakımları zamanında yapılmaktadır.	○	○	○	○	○
2.Tıbbi ekipmanlar ve cihazların tamir ve bakımları esnasında yeterli ikame cihaz bulunmaktadır.	○	○	○	○	○
3.Tıbbi hassas ayarlı ekipmanların ve cihazların kolay anlaşılır kullanma kılavuzu vardır.	○	○	○	○	○
4.Yeterli teknik personel ve biomedikal mühendisi çalışmaktadır.	○	○	○	○	○
15.Tesis Cihazlarının (elektromekanik, iklimlendirme ve genel amaçlı cihazlar) ve Tesisin Ortak Bakımının Değerlendirilmesi					
1.Kullanılan cihazlar sorunsuz çalışır ve önleyici/rutin bakımları zamanında yapılmaktadır.	○	○	○	○	○
2.Kullanılan cihazlarda tespit edilen aksaklıklar kısa sürede/derhal düzeltilmektedir.	○	○	○	○	○
3.Kullanılan cihazların risk analizi ve değerlendirilmesi düzenli periyodlarla yapılmaktadır.	○	○	○	○	○
4.Yeterli teknik personel çalışmaktadır.	○	○	○	○	○
5.Yangın algılama sistemlerinin koruyucu test ve bakımları zamanında yapılmaktadır.	○	○	○	○	○
6.Arazlıların (elektrik, su, doğalgaz, kanalizasyon, telekom vb.) tespiti için düzenli alan/tesis turu ve denetimi yapılmaktadır.	○	○	○	○	○
7.Arızalar (elektrik, su, doğalgaz, kanalizasyon, Telekom, vb.) hızlı/derhal giderilmektedir.	○	○	○	○	○
16.Mefruşat Hizmetlerinin Değerlendirilmesi					
1.Mobilya/mefruşatların bakım ve onarı düzenli yapılmaktadır.	○	○	○	○	○

2.Mobilya/mefruşatların gerekli durumlarda değişimi hızlı yapılmaktadır.	☐	☐	☐	☐	☐
3.Mobilya/mefruşatlar kullanım amacına uygun olarak tasarlanmıştır.	☐	☐	☐	☐	☐
17.Otopark ve Güvenlik Hizmet Koşulları Değerlendirmesi					
1.Yeterli güvenlik personelinin varlığı kendimi güvende hissettiriyor.	☐	☐	☐	☐	☐
2.Açık/kapalı otopark yönlendirme levhaları yeterlidir.	☐	☐	☐	☐	☐
3.Açık/kapalı otopark alanı yeterlidir.	☐	☐	☐	☐	☐
4.Güvenlik levhaları yeterli ve görünürdür.	☐	☐	☐	☐	☐
5.Güvenlik çalışanları nazik, saygılı, güven vericidir.	☐	☐	☐	☐	☐
6.Güvenlik çalışanları hastalara/refakatçilere eşit biçimde davranmaktadır.	☐	☐	☐	☐	☐
18.Taşıma Hizmetleri Değerlendirmesi					
1.Hastane içi ulaşımı hızlı, kolay ve rahattır.	☐	☐	☐	☐	☐
2.Hastaların taşınması/nakli için yeterli personel/taşıma aracı vardır.	☐	☐	☐	☐	☐
3.Asansörler ile yürüyen merdivenler çalışır/yeterlidir.	☐	☐	☐	☐	☐
4.Engellilere, yaşlılara ve hamile bayanlara öncelikli taşıma hizmeti verilmektedir.	☐	☐	☐	☐	☐
5. Klinikler ile laboratuvarlar arası tıbbi taşıma hizmeti hızlı ve düzenli yapılmaktadır.	☐	☐	☐	☐	☐
19.Haşere Kontrolü Hizmetinin Değerlendirilmesi					
1.Tüm alanlarda ilaçlama hizmetleri uzman ekipler tarafından düzenli yapılmaktadır.	☐	☐	☐	☐	☐
2.İlaçlama hizmeti yapılırken güvenlik, gıda ve çevre hijyenine azami ölçüde dikkat edilip gerekli önlemler alınmaktadır.	☐	☐	☐	☐	☐
3. Hijyen ve ilaçlama için gerekli giysi ve teknolojik ekipmanlar kullanılmaktadır.	☐	☐	☐	☐	☐
20.Çamaşır Hizmetlerinin Değerlendirilmesi					
1.Tüm tekstil ürünleri temiz, lekesiz, sağlam ve ütülüdür.	☐	☐	☐	☐	☐
	Kesinlikle Katılıyorum	Katılıyorum	Fikrim Yok	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
2.Lekelenen ve kirlenen tekstil ürünleri düzenli değiştiriliyordu.	☐	☐	☐	☐	☐
3.Çamaşırhane hizmetlerinden memnunuz.	☐	☐	☐	☐	☐
4.Personelinin giydiği kıyafetler temiz ve ütülüdür.	☐	☐	☐	☐	☐
21.Genel Temizlik İşlerinin Değerlendirilmesi					
1.Hastane zemini, duvarları, tuvaletleri ve muayene odası düzenli, temiz ve lekesizdir.	☐	☐	☐	☐	☐
2.Yataklı servisleri düzenli temizleniyordu.	☐	☐	☐	☐	☐
3.Çöp kutuları boş ve yeterli sayıdadır.	☐	☐	☐	☐	☐
4.Hastanede rahatsız edici koku yoktur.	☐	☐	☐	☐	☐
5.Sedye ve mobilyaları sağlam, lekesiz ve temizdir.	☐	☐	☐	☐	☐
6.Genel temizlikte çalışan personel başka işlerde çalışmamaktadır.	☐	☐	☐	☐	☐
22.Yemek Hizmet Koşullarının Değerlendirilmesi					
1.Kafeterya ile restoran yiyecek miktarı/çeşitleri yeterli, hızlı, kaliteli ve lezzetlidir.	☐	☐	☐	☐	☐
2.Yemekhane yemek miktarı/çeşitleri yeterli, kaliteli ve lezzetlidir.	☐	☐	☐	☐	☐
3.Yemekhane hizmetleri gıda güvenliği standartlarına uygunluğu düzenli denetlenmektedir.	☐	☐	☐	☐	☐
4.Yemekhane yöneticisi ve çalışanları yapılan talep ve eleştirilere dikkat etmektedir.	☐	☐	☐	☐	☐
23.Atık Bertaraf Yönetiminin Değerlendirilmesi					
1.Tıbbi atıkların toplanması, taşınması ile depolanması için sorumlu birim vardır.	☐	☐	☐	☐	☐
2.Tıbbi atıklar sınıflarına göre uygun koşullarda ve dezenfektasyonu yapılarak uygun araçlar ile düzenli toplanmaktadır.	☐	☐	☐	☐	☐
3.Tıbbi atık yönetim planına göre atıkların depolandığı özel bir alan vardır.	☐	☐	☐	☐	☐

4.Evsel atıklar ile tıbbi atıklar ayrı ayrı toplanmaktadır.	☐	☐	☐	☐	☐
5.Tıbbi atık hizmetinde çalışan personeller başka bir hizmette çalışmamaktadır.	☐	☐	☐	☐	☐
24.Konfor Koşullarının Değerlendirilmesi					
1.Hastane içi iklimlendirme (soğutma/ısıtma/havalandırma) koşulları yeterlidir.	☐	☐	☐	☐	☐
2.Aydınlatma armatürleri/ekipmanları yeterlidir	☐	☐	☐	☐	☐
3.Güneş kırıcılar/jaluziler/storlar yeterlidir.	☐	☐	☐	☐	☐
4.Hastanedeki doğal havalandırma/pencereler düzgün çalışmaktadır.	☐	☐	☐	☐	☐
5.Banyo/tuvaletlerdeki sıcak su yeterlidir.	☐	☐	☐	☐	☐
25. Tesis Yönetimi Uygulama Yönteminin Değerlendirilmesi					
1. Tüm yönetim işleri profesyonel tesis yönetimi şirketlerine bırakılmalıdır.	☐	☐	☐	☐	☐
2. Bazı hizmetler dışarıdan temin edilmeli, bazıları hastane yönetimine bırakılmalıdır.	☐	☐	☐	☐	☐
3. Tesis yönetimi konusunda yönetim desteği/ilgisi sağlanmalıdır.	☐	☐	☐	☐	☐
4. Diğer kamu hastaneleri sistemine göre şehir hastanesi tesis yönetim sistemi daha başarılıdır.	☐	☐	☐	☐	☐
5. Tesis yönetimi konusunda yasal mevzuat düzenlenmelidir.	☐	☐	☐	☐	☐
6. Hastane tesis yönetimi etkindir.	☐	☐	☐	☐	☐
7. Diğer kamu hastanelerine kıyasla hastanedeki tesis yönetimi tarafından kliniklere verilen destek hizmetlerinin kalitesi önemli ölçüde artmıştır.	☐	☐	☐	☐	☐
8. Hastanedeki tesis yönetimi faaliyetleri konusunda yeterli düzeyde bilgilendirildim.	☐	☐	☐	☐	☐

26.Etkin bir tesis yönetimi için eğitime ne sıklıkla ihtiyaç olduğunu belirtiniz

1 () haftada bir 2 () ayda bir 3 () üç ayda bir 4 () altı ayda bir 5 () yılda bir 6 () Fikrim Yok

ZAMAN AYIRARAK KATKI YAPTIĞINIZ İÇİN TEŞEKKÜR EDERİZ

EK 14 Tesis Çalışanları Veri Toplama Formu

Araştırmanın adı: “Türkiye’de Hastanelerde Tesis Yönetiminin Uluslararası Standartlar Yönünden Değerlendirilmesi: Ankara Şehir Hastanesi Örneği”

“Sayın Gönüllü,

Ankara Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü, Gayrimenkul Geliştirme ve Yönetimi Anabilim Dalı kapsamında planlanmış olan yukarıda adı yazılı araştırmaya katılmak üzere davet edilmiş bulunuyorsunuz. Bu araştırmada yer almayı kabul etmeden önce, araştırmanın hangi amaçla yapılmak istendiğini anlamanız ve kararınızı bu bilgilendirme çerçevesinde özgürce vermeniz gerekmektedir. Lütfen aşağıdaki bilgileri dikkatlice okuyunuz, sorularınız olursa sorunuz ve açık yanıtlar isteyiniz.”

Bu araştırma, Ankara Şehir Hastanesinde hastane yöneticileri, hastane çalışanları, tesis yöneticileri, tesis çalışanları ve yatan hastalar üzerinde, tesis yönetiminin hizmet içeriğinin performans ölçümlerinin yapılması amacıyla yapılacaktır.

Ankara Şehir Hastanesinde tesis çalışanları için hazırlanan anket çalışmamız iki bölümden oluşmaktadır. Kişisel Bilgi Formu sizler hakkında tanımlamaya yönelik bazı demografik, kişisel ve mesleki özelliklere ilişkin yedi adet sorudan oluşmaktadır. Hastanedeki tesis yönetiminin işleyişinin içsel süreçleri, iş süreçleri, algısal memnuniyetini ölçmeye ve süreç iyileştirme olanaklarını araştırmaya yönelik geliştirilen sorular hazırlanmıştır. Bu araştırmaya toplam 270 gönüllü dahil edilecektir. Bu soruların cevaplanması yaklaşık 15 dakika sürecek yüz yüze görüşme ve KOVID-19 salgını nedeni ile formları dağıtma ve tekrar toplama gibi yöntemler ile gerekli olması halinde online anket çalışmaları şeklinde yürütülecektir. Online yapılacak anket çalışmalarında anketin ilk sorusu aydınlatılmış onam formu ile başlayacaktır. Gönüllü “kabul etmiyorum” seçeneğini tıkladığı takdirde çalışma sonlanacaktır. Eğer gönüllü “kabul ediyorum” seçeneğini tıklarsa da ankete devam edebilecektir. Gönüllünün “kabul ediyorum” seçeneğine tıklaması; gönüllünün imzası olarak kabul edilecektir. Diğer anket çalışmalarında ise aydınlatılmış onam formu gönüllüye ilk başta okutulacak, gönüllünün kabul etmesi durumunda imzası alınarak ankete devam edilecektir. Bu ankete katılan gönüllüler için risk oluşturabilecek bir durum söz konusu değildir. Gönüllülerin araştırmaya katılmayı kabul etmemeleri ya da araştırmadan ayrılmalari durumunda herhangi bir olumsuz sonuç ile karşılaşmaları söz konusu olamayacaktır.

“Bu araştırmada yer almak tümtüyle sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da başladıktan sonra yarıda bırakabilirsiniz. Bu araştırmanın sonuçları bilimsel amaçlarla kullanılacaktır. Araştırmadan çekilmeniz ya da araştırmacı tarafından araştırmadan çıkarılmanız halinde, sizle ilgili veriler kullanılmayacaktır. Ancak veriler bir kez anonimleştikten sonra araştırmadan çekilmeniz mümkün olmayacaktır. Sizden elde edilen tüm bilgiler gizli tutulacak, araştırma yayınlandığında da varsa kimlik bilgilerinizin gizliliği korunacaktır.”

“Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllülere verilmesi gereken bilgileri içeren metni okudum (ya da sözlü olarak dinledim). Eksik kaldığımı düşündüğüm konularda sorularımı araştırmacılara sordum ve doyurucu yanıtlar aldım. Yazılı ve sözlü olarak tarafıma sunulan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anladığım kanısındayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğim konusunda karar vermem için yeterince zaman tanındı.

Bu koşullar altında, araştırma kapsamında elde edilen şahsıma ait bilgilerin bilimsel amaçlarla kullanılmasını, gizlilik kurallarına uyulmak kaydıyla sunulmasını ve yayınlanmasını, hiçbir baskı ve zorlama altında kalmaksızın, kendi özgür irademle kabul ettiğimi beyan ederim.”

İmza/Tarih

Katılımcının Adı/Soyadı

Doç. Dr. Yeşim ALİEFENDİOĞLU, Ankara Üniversitesi
İletişim:
Sinan TERZİOĞLU- Doktora Öğrencisi, Ankara Üniversitesi
İletişim:

I.BÖLÜM KİŞİSEL BİLGİ FORMU

Yaşınız?	
Cinsiyetiniz?	1 () Kadın 2 () Erkek
Eğitim Durumu?	1 () İlkokul 2 () Ortaokul 3 () Lise 4 () Ön Lisans 5 () Lisans 6 () Yüksek lisans 7 () Doktora
Görev Unvanınız?	1 () Mühendis 2 () Uzman 3 () Tekniker 4 () İşçi 5 () Diğer
Bu Görev Unvanında Çalışma Süreniz (yıl)?	1 () 0-5 2 () 6-10 3 () 11-20 4 () 21-29 5 () 30-üstü
Hizmet Süreniz (yıl)?	1 () 0-5 2 () 6-10 3 () 11-20 4 () 21-29 5 () 30-üstü
Kaç Yıldır Tesis Yönetimi Sektöründe Çalışmaktasınız?	1 () 0-5 2 () 6-10 3 () 11-20 4 () 21-29 5 () 30-üstü

2.BÖLÜM TESİS YÖNETİMİ

	Kesinlikle Katılıyorum	Katılıyorum	Fikrim Yok	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
1.Tesis Yönetimi Anlayışının Değerlendirilmesi					
1. Tesis yönetimi hastanede tıbbi personelin işini kolaylaştırır.	☐	☐	☐	☐	☐
2. Tesis yönetimi hastane yönetim maliyetlerini azaltır.	☐	☐	☐	☐	☐
3. Tesis yönetimi hastane yaşam kalitesini yükseltir.	☐	☐	☐	☐	☐
4. Tesis yönetimi hastanede verilen hizmetin kalitesini ve niteliğini artırır.	☐	☐	☐	☐	☐
5. Tesis yönetimi hastanede verilen tıbbi hizmetin hata payını azaltır.	☐	☐	☐	☐	☐
2.Hastane Bilgi Teknolojileri Kullanımının Değerlendirilmesi					
1.Bilgi teknolojileri kullanımı çalışanların iş süreçlerinin iyileştirilmesine ve hastalara daha hızlı/kaliteli hizmet vermemize yardımcı olmaktadır.	☐	☐	☐	☐	☐
2.Kullanılan bilgi teknolojileri bürokratik işlemlerin yol açtığı iş yükümüzü azaltmaktadır.	☐	☐	☐	☐	☐
3. Kullanılan bilgi teknolojileri bölümler arası hızlı iletişim kurmaya ve koordineli çalışma imkânı sağlamaktadır.	☐	☐	☐	☐	☐
4.Teknoloji alanındaki yeni uygulamalar düzenli şekilde takip edilmekte ve uygulanmaktadır.	☐	☐	☐	☐	☐
3.Sterilizasyon ve Dezenfeksiyon Hizmetlerinin Değerlendirilmesi					
1.Kullanılan tıbbi cihaz ve aletlerin sterilizasyonu düzenli ve güvenilir olarak yapılmaktadır.	☐	☐	☐	☐	☐
2.Dezenfeksiyon hizmetleri düzeli ve güvenilir olarak yapılmaktadır.	☐	☐	☐	☐	☐
	Kesinlikle Katılıyorum	Katılıyorum	Fikrim Yok	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
3.Hastanedeki steril alanlar yeterlidir.	☐	☐	☐	☐	☐
4.Hastane enfeksiyonları kabul edilebilir sınırlardadır.	☐	☐	☐	☐	☐
5. Covid-19 ve diğer bulaşıcı hastalıkların önlenmesi için yeterli tedbirler hızlıca alınmaktadır.	☐	☐	☐	☐	☐
4.Hastanenin Fiziksel Koşulları ve Çevre Bakımının Değerlendirilmesi					
1. Hastane modern iç/dış görünümüne sahiptir.	☐	☐	☐	☐	☐
2.Hastanedeki yönlendirme/bilgilendirme levhaları yeterlidir.	☐	☐	☐	☐	☐
3.Hastanenin fiziksel koşulları yeterlidir.	☐	☐	☐	☐	☐
4.Yataklı tedavi bölümleri kalmak için uygun konfordadır.	☐	☐	☐	☐	☐
5.Hastane içi/dışı bakımlı ve temizdir.	☐	☐	☐	☐	☐
6.Bekleme ve dinlenme ortamı yeterli/uygundur.	☐	☐	☐	☐	☐
7.İnşaat ve yenileme çalışmaları sırasında gerekli iş güvenliği önlemleri alınmaktadır.	☐	☐	☐	☐	☐
8.Yapısal aksaklıkların tespiti için düzenli alan/tesis turu ve denetimi yapılmaktadır.	☐	☐	☐	☐	☐
9.Yapısal aksaklıklarının onarım ve bakım işleri derhal/hemen yapılmaktadır.	☐	☐	☐	☐	☐
5.Tıbbi Ekipman ve Cihazların Bakımının Değerlendirilmesi					
1.Tıbbi hassas ayarlı ekipmanlar ve cihazlar sorunsuz çalışır ve önleyici/rutin bakımları zamanında yapılmaktadır.	☐	☐	☐	☐	☐
2.Tıbbi ekipmanlar ve cihazların tamir ve bakımları esnasında yeterli ikame cihaz bulunmaktadır.	☐	☐	☐	☐	☐
3.Tıbbi hassas ayarlı ekipmanların ve cihazların kolay anlaşılır kullanma kılavuzu vardır.	☐	☐	☐	☐	☐
4.Yeterli teknik personel ve biomedikal mühendisi çalışmaktadır.	☐	☐	☐	☐	☐
6. Tesis Cihazlarının (elektromekanik, iklimlendirme ve genel amaçlı cihazlar) ve Tesisin Ortak Bakımının Değerlendirilmesi					
1.Kullanılan cihazlar sorunsuz çalışır ve önleyici/rutin bakımları zamanında yapılmaktadır.	☐	☐	☐	☐	☐
2.Kullanılan cihazlarda tespit edilen aksaklıklar kısa sürede/derhal düzeltilmektedir.	☐	☐	☐	☐	☐
3.Kullanılan cihazların risk analizi ve değerlendirilmesi düzenli periyotlarla yapılmaktadır.	☐	☐	☐	☐	☐
4.Yeterli teknik personel çalışmaktadır.	☐	☐	☐	☐	☐
5.Yangın algılama sistemlerinin koruyucu test ve bakımları zamanında yapılmaktadır.	☐	☐	☐	☐	☐

6.Arazhların (elektrik, su, doğalgaz, kanalizasyon, telekom vb.) tespiti için düzenli alan/tesis turu ve denetimi yapılmaktadır.	☐	☐	☐	☐	☐
7.Arızalar (elektrik, su, doğalgaz, kanalizasyon, Telekom, vb.) hızlı/derhal giderilmektedir.	☐	☐	☐	☐	☐
7.Mefruşat Hizmetlerinin Değerlendirilmesi					
1.Mobilya/mefruşatların bakım ve onarı düzenli yapılmaktadır.	☐	☐	☐	☐	☐
2.Mobilya/mefruşatların gerekli durumlarda değişimi hızlı yapılmaktadır.	☐	☐	☐	☐	☐
3.Mobilya/mefruşatlar kullanım amacına uygun olarak tasarlanmıştır.	☐	☐	☐	☐	☐
8.Otopark ve Güvenlik Hizmet Koşulları Değerlendirmesi					
1.Yeterli güvenlik personelinin varlığı kendimi güvende hissettiriyor.	☐	☐	☐	☐	☐
2.Açık/kapalı otopark yönlendirme levhaları yeterlidir.	☐	☐	☐	☐	☐
3.Açık/kapalı otopark alanı yeterlidir.	☐	☐	☐	☐	☐
4.Güvenlik levhaları yeterli ve görünürdür.	☐	☐	☐	☐	☐
5.Güvenlik çalışanları nazik, saygılı, güven vericidir.	☐	☐	☐	☐	☐
6.Güvenlik çalışanları hastalara/refakatçilere eşit biçimde davranmaktadır.	☐	☐	☐	☐	☐
9.Taşıma Hizmetleri Değerlendirmesi					
1.Hastane içi ulaşımı hızlı, kolay ve rahattır.	☐	☐	☐	☐	☐
2.Hastaların taşınması/nakli için yeterli personel/taşıma aracı vardır.	☐	☐	☐	☐	☐
3.Asansörler ile yürüten merdivenler çalışır/yeterlidir.	☐	☐	☐	☐	☐
4.Engellilere, yaşlılara ve hamile bayanlara öncelikli taşıma hizmeti verilmektedir.	☐	☐	☐	☐	☐
5. Klinikler ile laboratuvarlar arası tıbbi taşıma hizmeti hızlı ve düzenli yapılmaktadır.	☐	☐	☐	☐	☐
10.Haşere Kontrolü Hizmetinin Değerlendirilmesi					
1.Tüm alanlarda ilaçlama hizmetleri uzman ekipler tarafından düzenli yapılmaktadır.	☐	☐	☐	☐	☐
2.İlaçlama hizmeti yapılırken güvenlik, gıda ve çevre hijyenine azami ölçüde dikkat edilip gerekli önlemler alınmaktadır.	☐	☐	☐	☐	☐
3. Hijyen ve ilaçlama çalışmaları için gerekli giysi ve teknolojik ekipmanlar kullanılmaktadır.	☐	☐	☐	☐	☐
11.Çamaşır Hizmetlerinin Değerlendirilmesi					
1.Tüm tekstil ürünleri temiz, lekesiz, sağlam ve ütülüdür.	☐	☐	☐	☐	☐
2.Lekelenen ve kirlenen tekstil ürünleri düzenli değiştiriliyordu.	☐	☐	☐	☐	☐
3.Çamaşırhane hizmetlerinden memnunuz.	☐	☐	☐	☐	☐
4.Personelinin giydiği kıyafetler temiz ve ütülüdür.	☐	☐	☐	☐	☐
12.Genel Temizlik İşlerinin Değerlendirilmesi					
1.Hastane zemini, duvarları, tuvaletleri ve muayene odası düzenli, temiz ve lekesizdir.	☐	☐	☐	☐	☐
2.Yataklı servisleri düzenli temizleniyordu.	☐	☐	☐	☐	☐
3.Çöp kutuları boş ve yeterli sayıdadır.	☐	☐	☐	☐	☐
4.Hastanede rahatsız edici koku yoktur.	☐	☐	☐	☐	☐
5.Sedye ve mobilyaları sağlam, lekesiz ve temizdir.	☐	☐	☐	☐	☐
6.Genel temizlikte çalışan personel başka işlerde çalışmamaktadır.	☐	☐	☐	☐	☐
13.Yemek Hizmet Koşullarının Değerlendirilmesi					
1.Kafeterya ile restoran yiyecek miktarı/çeşitleri yeterli, hızlı, kaliteli ve lezzetlidir.	☐	☐	☐	☐	☐
	Kesinlikle Katılıyorum	Katılıyorum	Fikrim Yok	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
2.Yemekhane yemek miktarı/çeşitleri yeterli, kaliteli ve lezzetlidir.	☐	☐	☐	☐	☐
3.Yemekhane hizmetleri gıda güvenliği standartlarına uygunluğu düzenli denetlenmektedir.	☐	☐	☐	☐	☐
4.Yemekhane yöneticisi ve çalışanları yapılan talep ve eleştirilere dikkat etmektedir.	☐	☐	☐	☐	☐
14.Atık Bertaraf Yönetiminin Değerlendirilmesi					
1.Tıbbi atıkların toplanması, taşınması ile depolanması için sorumlu birim vardır.	☐	☐	☐	☐	☐

2. Tıbbi atıklar sınıflarına göre uygun koşullarda ve dezenfektasyonu yapılarak uygun araçlar ile düzenli toplanmaktadır.	○	○	○	○	○
3. Tıbbi atık yönetim planına göre atıkların depolandığı özel bir alan vardır.	○	○	○	○	○
4. Evsel atıklar ile tıbbi atıklar ayrı ayrı toplanmaktadır.	○	○	○	○	○
5. Tıbbi atık hizmetinde çalışan personeller başka bir hizmette çalışmamaktadır.	○	○	○	○	○
15. Hastane İçi Tesis Tedarik Sürecinin Değerlendirilmesi					
1. Hastane içi birimlerin (klinikler, poliklinikler, ameliyathaneler, vs.), tesis hizmet sunumu karşısındaki müşteri rolleri eksiksiz tanımlanmıştır.	○	○	○	○	○
2. Tesis hizmet sağlayıcılarının iş süreçlerindeki rolleri/sorumlulukları doğru tanımlanmıştır.	○	○	○	○	○
3. Hastane tesis hizmeti düzenli olarak denetlenmektedir.	○	○	○	○	○
4. Hastane tesis hizmetlerinde çıkan eksiklik hemen/derhal düzeltilmektedir.	○	○	○	○	○
5. Tüm paydaşlar tesis hizmetlerinin kabul edilebilir minimum performansının belirlenmesi aşamasına katılmıştır.	○	○	○	○	○
6. Tesis hizmet iş süreçlerinin ayrıntılı tanımlamaları, kritik başarı faktörleri ve anahtar performans göstergeleri hazırlanmıştır.	○	○	○	○	○
7. Hastanede tesis hizmetleri yeterli şekilde kontrolü gerçekleştirilir, ihtiyaç ve gereksinimlerine göre güncellenmektedir.	○	○	○	○	○
8. Tesis yönetimi şeffaf iletişim yöntemiyle kendisini devamlı geliştirmektedir ve önerilen iyileştirmeleri dikkate almaktadır.	○	○	○	○	○
9. Hastane yönetimi, tesis yönetimi ve klinik servis çalışanları arasındaki alışılmış fikir ayrılıkları hizmet koşullarını olumsuz etkilememektedir.	○	○	○	○	○
16. Konfor Koşullarının Değerlendirilmesi					
1. Hastane içi iklimlendirme (soğutma/ısıtma/havalandırma) koşulları yeterlidir.	○	○	○	○	○
2. Aydınlatma armatürleri/ekipmanları yeterlidir	○	○	○	○	○
3. Güneş kırıcılar/jaluziler/storlar yeterlidir.	○	○	○	○	○
4. Hastanede doğal havalandırma/pencereler düzgün çalışmaktadır.	○	○	○	○	○
5. Banyo/tuvaletlerdeki sıcak su yeterlidir.	○	○	○	○	○
17. Eğitim ve Mesleki Gelişimin Değerlendirilmesi					
1. Tesis yönetimi, çalışanları için çalıştığı bölüme/işe yönelik bir mesleki eğitim ve gelişim programı uygulamaktadır.	○	○	○	○	○
2. Tesis yönetimi, hizmet sunumlarının başarılı bir şekilde devamını sağlamak için tesis yönetimi personelinin ihtiyacı olan gerekli ve yeterli koşulların farkındadır	○	○	○	○	○
3. Tesis yönetimi, personelin işe alınmasında yeterlilik koşullarını göz önünde bulundurmaktadır.	○	○	○	○	○
4. Tesis yönetimi, tesis yönetimi personelinin mesleki gelişimini desteklemeye yönelik gündemi ve gelişmeleri takip etmektedir.	○	○	○	○	○
5. Tesis yönetimi, çalışanlarının iş refahını olumsuz etkileyebilecek faktörlerin farkındadır.	○	○	○	○	○
6. Tesis yönetimi, çalışanlarının işini olumsuz etkileyecek faktörleri en aza indirmektedir.	○	○	○	○	○
7. Tesis yönetimi, hizmet koşullarının değerlendirilmesi için uygun iletişim kanallarıyla bildirim/şikayetleri düzenli olarak toplamaktadır.	○	○	○	○	○
18. Tesis Yönetimi Uygulama Yönteminin Değerlendirilmesi					
1. Tüm yönetim işleri profesyonel tesis yönetimi şirketlerine bırakılmalıdır.	○	○	○	○	○
2. Bazı hizmetler dışarıdan temin edilmeli, bazıları hastane yönetimine bırakılmalıdır.	○	○	○	○	○
3. Tesis yönetimi konusunda yönetim desteği/ilgisi sağlanmalıdır.	○	○	○	○	○
4. Tesis yönetimi konusunda yasal mevzuat düzenlenmelidir.	○	○	○	○	○
5. Hastanede tesis yönetimi etkindir	○	○	○	○	○

19. Tesis Yönetimi konusunda almış olduğunuz sertifika programları nelerdir? (çoktan seçmeli)

- a) İş güvenliği eğitimi b) Bilgisayar programı c) Elektronik/teknolojik cihaz d) Çalıştığım hizmet özelinde
e) Diğer f) Eğitim Almadım

20.Etkin bir tesis yönetimi için eğitime ne sıklıkla ihtiyaç olduğunu belirtiniz

- 1 () haftada bir 2 () ayda bir 3 () üç ayda bir 4 () altı ayda bir 5 () yılda bir 6 () Fikrim Yok

ZAMAN AYIRARAK KATKI YAPTIĞINIZ İÇİN TEŞEKKÜR EDERİZ



EK 15 Tesis Yöneticileri Veri Toplama Formu

Araştırmanın adı: “Türkiye’de Hastanelerde Tesis Yönetiminin Uluslararası Standartlar Yönünden Değerlendirilmesi: Ankara Şehir Hastanesi Örneği”

“Sayın Gönüllü,

Ankara Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü, Gayrimenkul Geliştirme ve Yönetimi Anabilim Dalı kapsamında planlanmış olan yukarıda adı yazılı araştırmaya katılmak üzere davet edilmiş bulunuyorsunuz. Bu araştırmada yer almayı kabul etmeden önce, araştırmanın hangi amaçla yapılmak istendiğini anlamanız ve kararınızı bu bilgilendirme çerçevesinde özgürce vermeniz gerekmektedir. Lütfen aşağıdaki bilgileri dikkatlice okuyunuz, sorularınız olursa sorunuz ve açık yanıtlar isteyiniz.”

Bu araştırma, Ankara Şehir Hastanesinde hastane yöneticileri, hastane çalışanları, tesis yöneticileri, tesis çalışanları ve yatan hastalar üzerinde, tesis yönetiminin hizmet içeriğinin performans ölçümlerinin yapılması amacıyla yapılacaktır.

Ankara Şehir Hastanesinde tesis yöneticileri için hazırlanan anket çalışmamız iki bölümden oluşmaktadır. Kişisel Bilgi Formu sizler hakkında tanımlamaya yönelik bazı demografik, kişisel ve mesleki özelliklere ilişkin yedi adet sorudan oluşmaktadır. Hastanedeki tesis yönetiminin işleyişinin içsel süreçleri, iş süreçleri, algısal memnuniyetini ölçmeye ve süreç iyileştirme olanaklarını araştırmaya yönelik geliştirilen sorular hazırlanmıştır. Bu araştırmaya toplam 37 gönüllü dahil edilecektir. Bu soruların cevaplanması yaklaşık 15 dakika sürecektir yüz yüze görüşme ve KOVID-19 salgını nedeni ile formları dağıtma ve tekrar toplama gibi yöntemler ile gerekli olması halinde online anket çalışmaları şeklinde yürütülecektir. Online yapılacak anket çalışmalarında anketin ilk sorusu aydınlatılmış onam formu ile başlayacaktır. Gönüllü “kabul etmiyorum” seçeneğini tıkladığı takdirde çalışma sonlanacaktır. Eğer gönüllü “kabul ediyorum” seçeneğini tıklarsa da ankete devam edebilecektir. Gönüllünün “kabul ediyorum” seçeneğine tıklaması; gönüllünün imzası olarak kabul edilecektir. Diğer anket çalışmalarında ise aydınlatılmış onam formu gönüllüye ilk başta okutulacak, gönüllünün kabul etmesi durumunda imzası alınarak ankete devam edilecektir. Bu ankete katılan gönüllüler için risk oluşturabilecek bir durum söz konusu değildir. Gönüllülerin araştırmaya katılmayı kabul etmemeleri ya da araştırmadan ayrılmaları durumunda herhangi bir olumsuz sonuç ile karşılaşmaları söz konusu olmayacaktır.

“Bu araştırmada yer almak tümüyle sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da başladıktan sonra yarıda bırakabilirsiniz. Bu araştırmanın sonuçları bilimsel amaçlarla kullanılacaktır. Araştırmadan çekilmeniz ya da araştırmacı tarafından araştırmadan çıkarılmanız halinde, sizle ilgili veriler kullanılmayacaktır. Ancak veriler bir kez anonimleştikten sonra araştırmadan çekilmeniz mümkün olmayacaktır. Sizden elde edilen tüm bilgiler gizli tutulacak, araştırma yayınlandığında da varsa kimlik bilgilerinizin gizliliği korunacaktır.”

“Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllülere verilmesi gereken bilgileri içeren metni okudum (ya da sözlü olarak dinledim). Eksik kaldığını düşündüğüm konularda sorularımı araştırmacılara sordum ve doyurucu yanıtlar aldım. Yazılı ve sözlü olarak tarafıma sunulan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anladığım kanısındayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğim konusunda karar vermem için yeterince zaman tanındı.

Bu koşullar altında, araştırma kapsamında elde edilen şahsıma ait bilgilerin bilimsel amaçlarla kullanılmasını, gizlilik kurallarına uyulmak kaydıyla sunulmasını ve yayınlanmasını, hiçbir baskı ve zorlama altında kalmaksızın, kendi özgür irademle kabul ettiğimi beyan ederim.”

İmza/Tarih

Katılımcının Adı/Soyadı

Doç. Dr. Yeşim ALİEFENDİOĞLU, Ankara Üniversitesi
İletişim:
Sinan TERZİOĞLU- Doktora Öğrencisi, Ankara Üniversitesi
İletişim:

1.BÖLÜM KİŞİSEL BİLGİ FORMU

Yaşınız?	
Cinsiyetiniz?	1 () Kadın 2 () Erkek
Eğitim Durumu?	1 () Lise 2 () Ön Lisans 3 () Lisans 4 () Yüksek lisans 5 () Doktora
Görev Ünvanınız	1 () Yönetici 2 () Müdür 3 () Müdür Yrd. 4 () Bakım Yöneticisi 5 () Baş Mühendis 6 () Diğer
Bu Görev Ünvanında Çalışma Süreniz (yıl)?	1 () 0-5 2 () 6-10 3 () 11-20 4 () 21-29 5 () 30-üstü
Hizmet Süreniz (yıl)?	1 () 0-5 2 () 6-10 3 () 11-20 4 () 21-29 5 () 30-üstü
Kaç Yıldır Tesis Yönetimi Sektöründe Çalışmaktasınız?	1 () 0-5 2 () 6-10 3 () 11-20 4 () 21-29 5 () 30-üstü

2.BÖLÜM TESİS YÖNETİMİ

	Kesinlikle Katılıyorum	Katılıyorum	Fikrim Yok	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
1.Tesis Yönetimi Anlayışının Değerlendirilmesi					
1. Tesis yönetimi hastanede tıbbi personelin işini kolaylaştırır.	☐	☐	☐	☐	☐
2. Tesis yönetimi hastane yönetim maliyetlerini azaltır.	☐	☐	☐	☐	☐
3. Tesis yönetimi hastane yaşam kalitesini yükseltir.	☐	☐	☐	☐	☐
4. Tesis yönetimi hastanede verilen hizmetin kalitesini ve niteliğini artırır.	☐	☐	☐	☐	☐
5. Tesis yönetimi hastanede verilen tıbbi hizmetin hata payını azaltır.	☐	☐	☐	☐	☐
2.Tesis Planlamasının Değerlendirilmesi					
1.Hastane yönetimi ile tesis yönetimi arasındaki ilişki sınırları belirlenmiş ve sınıflandırılmıştır.	☐	☐	☐	☐	☐
2.Hastanenin bina içi ve bina dışı alanları verimli olarak kullanılmaktadır.	☐	☐	☐	☐	☐
3.Gelecekte oluşabilecek yeni ihtiyaçlara göre alan ve tesis hizmet planlaması yapılmıştır.	☐	☐	☐	☐	☐
4.Tesis yönetimi, hizmet koşullarının değerlendirilmesi için uygun iletişim kanallarıyla bildirim/şikayetleri düzenli olarak toplamaktadır.	☐	☐	☐	☐	☐
5.Tesis yönetimi tüm paydaşlardan gelen bildirimleri/şikayetleri dikkate almaktadır.	☐	☐	☐	☐	☐
	Kesinlikle Katılıyorum	Katılıyorum	Fikrim Yok	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
3. Strateji Planlamasının Değerlendirilmesi					
1.Tesis yönetiminin acil durumlar için stratejik planlaması vardır.	☐	☐	☐	☐	☐
2.Hastane tesis hizmetlerinde ortaya çıkan ihtiyaçlara göre derhal alt tedarikçilerle iş birliği yapılmaktadır.	☐	☐	☐	☐	☐
3.Hastane tesis yönetimi kurum içi risk yönetimini stratejik plan çerçevesinde uygulamaktadır.	☐	☐	☐	☐	☐
4.Hastane tesis yönetimi hazırlamış olduğu stratejik plan çerçevesinde dikkate aldığı yeni fikir ve çözümleri operasyonel planlarında başarı ile uygular.	☐	☐	☐	☐	☐
5.Hastane tesis yönetimi çalışanlarına karşı objektiftir.	☐	☐	☐	☐	☐
4.Kaynak Kullanımının Değerlendirilmesi					
1.Tesis yönetimi, tesis hizmetlerinin ihtiyacına göre kapsam ve standartını belirleyerek hizmet sunumlarını planlamaktadır.	☐	☐	☐	☐	☐
2.Tesis yönetimi, hizmetlerin önceliklerini uygunluk çerçevesinde belirleyip hızlı bir şekilde aksiyon almaktadır.	☐	☐	☐	☐	☐
3.Hastanedeki hizmetlerin tesis yönetimi firmasıyla yapılması verimliliği artırmaktadır.	☐	☐	☐	☐	☐
4.Tesis yönetimi, hizmetlerin performans raporlarına göre düşük/yetersiz olan hizmet sağlayıcıların/çalışanların sözleşmelerini iptal etmektedir.	☐	☐	☐	☐	☐
5. Tesis hizmet sağlayıcıları ile müşteriler (doktor, hemşire, hasta, klinik/poliklinik çalışanları, vs.) arasında sürekli iletişim kanalları vardır.	☐	☐	☐	☐	☐
5.Değişim Yönetiminin Değerlendirilmesi					
1.Tesis yönetimi çıkabilecek yeni gelişmeleri yönetebilmek için şeffaf eylem planına sahiptir.	☐	☐	☐	☐	☐
2.Tesis yönetimi, yeni eylem planlarını tüm paydaşlarıyla yeterli düzeyde paylaşmaktadır.	☐	☐	☐	☐	☐
3.Tesis yönetimi, planlanan değişikliklerin uygulanması esnasında ortaya çıkan/çıkabilecek sorunlarla ilgili alternatif planlara sahiptir.	☐	☐	☐	☐	☐
4.Tesis yönetiminin DÖF (düzeltici önleyici faaliyetler) yönergesi bulunmaktadır.	☐	☐	☐	☐	☐
6.İnsan Kaynakları Yönetiminin Değerlendirilmesi					
1.Hastanenin tesis yönetim yapısı uygun maliyetli ve verimli hizmet sunulmasına uygundur.	☐	☐	☐	☐	☐

2.Sunulan tesis hizmetlerinin tanımları, fonksiyonları ve hizmet gereksinimleri açık, anlaşılır, tüm paydaşların katılımıyla, minimum hizmet ihtiyacına göre belirlenmiştir.	☐	☐	☐	☐	☐
3.Tesis iş prosedürü ile iş yönetmenliği, yürürlükteki yasal mevzuat ve standartlara uygun şekilde tanımlanmıştır.	☐	☐	☐	☐	☐
4.Tesis yönetimi, tüm hastanenin stratejik iş hedeflerine göre geliştirilmiş bir performans değerlendirme yöntemi uygulamaktadır.	☐	☐	☐	☐	☐
5.Tesis çalışanlarına hizmet performanslarına göre teşvik/prim/ödül verilmektedir.	☐	☐	☐	☐	☐
7.Hastane İçi Tesis Tedarik Sürecinin Değerlendirilmesi					
1. Hastane içi birimlerin (klinikler, poliklinikler, ameliyathaneler, vs.), tesis hizmet sunumu karşısındaki müşteri rolleri eksiksiz tanımlanmıştır.	☐	☐	☐	☐	☐
2.Tesis hizmet sağlayıcılarının iş süreçlerindeki rolleri/sorumlulukları doğru tanımlanmıştır.	☐	☐	☐	☐	☐
3.Hastane tesis hizmetlerinde çıkan eksiklik hemen/derhal düzeltilmektedir.	☐	☐	☐	☐	☐
4. Tesis hizmet iş süreçlerinin ayrıntılı tanımlamaları, kritik başarı faktörleri ve anahtar performans göstergeleri hazırlanmıştır.	☐	☐	☐	☐	☐
5. Tesis hizmetleri yeterli şekilde kontrolü gerçekleştirilir, ihtiyaç ve gereksinimlerine göre güncellenmektedir.	☐	☐	☐	☐	☐
6.Tesis yönetimi şeffaf iletişim yöntemiyle kendisini devamlı geliştirmektedir ve önerilen iyileştirmeleri dikkate almaktadır.	☐	☐	☐	☐	☐
7.Hastane yönetimi, tesis yönetimi ve klinik servis çalışanları arasındaki alışlagelmiş fikir ayrılıkları hizmet koşullarını olumsuz etkilememektedir.	☐	☐	☐	☐	☐
8.Hastanede sağlık birimleri arasında (klinik, ilaç depoları, laboratuvar, poliklinikler, radyoloji, bakım, güvenlik, vs.) yardım ve destekleme üst seviyede yapılmaktadır.	☐	☐	☐	☐	☐
8.İş Verimliliğinin Değerlendirilmesi					
1.Hastane yönetimi, tesis ortamının kalitesini sürekli denetlemektedir.	☐	☐	☐	☐	☐
2.Tesis yönetimi, tüm çalışanlarının iş refahını olumsuz etkileyebilecek faktörlerin farkındadır.	☐	☐	☐	☐	☐
3.Tesis yönetimi, çalışanlarının iş refahını etkileyecek faktörleri en aza indirmeye çalışır.	☐	☐	☐	☐	☐
3.Hastane çalışanlarının tesis iş süreçleriyle ilgili endişeleri dikkate alınır, gerekli araştırma ve soruşturma hemen yapılır.	☐	☐	☐	☐	☐
4.Tesis yönetimi, çalışanlarının motivasyonunu arttırmaya yönelik esnek çalışma politikaları benimsemektedir.	☐	☐	☐	☐	☐
9. Akıllı Bina Sistemlerinin Değerlendirilmesi					
1.Hastanede hizmetlerin etkili bir şekilde algılanabilmesi, kontrolü ve izlenmesi için akıllı bina sistemleri kullanılmaktadır.	☐	☐	☐	☐	☐
2.Bilgi yönetim sistemi çerçevesinde bilgi güvenliği gerçek zamanlı olarak izlenerek yönetilmektedir.	☐	☐	☐	☐	☐
3.Tesis yönetimi hizmetlerini ve alanlarını yönetmek için BİM (yapı bilgi modellemesi) planına sahiptir.	☐	☐	☐	☐	☐
4. Tesis yönetimi, hizmet sunumundaki eksikliği belirlemek için akıllı bina sistemleri üzerinden sürekli bilgi denetlemesi yapmaktadır.	☐	☐	☐	☐	☐
10.Eğitim ve Mesleki Gelişimin Değerlendirilmesi					
1.Tesis yönetimi, çalışanları için çalıştığı bölüme/işe yönelik bir mesleki eğitim ve gelişim programı uygulamaktadır.	☐	☐	☐	☐	☐
2.Tesis yönetimi, hizmet sunumlarının başarılı bir şekilde devamını sağlamak için tesis yönetimi personelinin ihtiyacı olan gerekli ve yeterli koşulların farkındadır	☐	☐	☐	☐	☐
	Kesinlikle Katılıyorum	Katılıyorum	Fikrim Yok	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
3.Tesis yönetimi, personelin işe alınmasında yeterlilik koşullarını göz önünde bulundurmaktadır.	☐	☐	☐	☐	☐
4.Tesis yönetimi, tesis yönetimi personelinin mesleki gelişimini desteklemeye yönelik gündemi ve gelişmeleri takip etmektedir.	☐	☐	☐	☐	☐

11.Hastane Bilgi Teknolojileri Kullanımının Değerlendirilmesi					
1.Bilgi teknolojileri kullanımı çalışanların iş süreçlerinin iyileştirilmesine ve hastalara daha hızlı/kaliteli hizmet vermemize yardımcı olmaktadır.	☐	☐	☐	☐	☐
2.Kullanılan bilgi teknolojileri bürokratik işlemlerin yol açtığı iş yükümüzü azaltmaktadır.	☐	☐	☐	☐	☐
3. Kullanılan bilgi teknolojileri bölümler arası hızlı iletişim kurmaya ve koordineli çalışma imkânı sağlamaktadır.	☐	☐	☐	☐	☐
4.Teknoloji alanındaki yeni uygulamalar düzenli şekilde takip edilmekte ve uygulanmaktadır.	☐	☐	☐	☐	☐
12.Sterilizasyon ve Dezenfeksiyon Hizmetlerinin Değerlendirilmesi					
1.Kullanılan tıbbi cihaz ve aletlerin sterilizasyonu düzenli ve güvenilir olarak yapılmaktadır.	☐	☐	☐	☐	☐
2.Dezenfeksiyon hizmetleri düzeli ve güvenilir olarak yapılmaktadır.	☐	☐	☐	☐	☐
3.Hastanedeki steril alanlar yeterlidir.	☐	☐	☐	☐	☐
4.Hastane enfeksiyonları kabul edilebilir sınırlardadır.	☐	☐	☐	☐	☐
5. Covid-19 ve diğer bulaşıcı hastalıkların önlenmesi için yeterli tedbirler hızlıca alınmaktadır.	☐	☐	☐	☐	☐
13.Hastanenin Fiziksel Koşulları ve Çevre Bakımının Değerlendirilmesi					
1. Hastane modern iç/dış görünüme sahiptir.	☐	☐	☐	☐	☐
2.Hastanedeki yönlendirme/bilgilendirme levhaları yeterlidir.	☐	☐	☐	☐	☐
3.Hastanenin fiziksel koşulları yeterlidir.	☐	☐	☐	☐	☐
4.Yataklı tedavi bölümleri kalmak için uygun konfordadır.	☐	☐	☐	☐	☐
5.Hastane içi/dışı bakımlı ve temizdir.	☐	☐	☐	☐	☐
6.Bekleme ve dinlenme ortamı yeterli/uygundur.	☐	☐	☐	☐	☐
7.İnşaat ve yenileme çalışmaları sırasında gerekli iş güvenliği önlemleri alınmaktadır.	☐	☐	☐	☐	☐
8.Yapısal aksaklıkların tespiti için düzenli alan/tesis turu ve denetimi yapılmaktadır.	☐	☐	☐	☐	☐
9.Yapısal aksaklıklarının onarım ve bakım işleri hemen yapılmaktadır.	☐	☐	☐	☐	☐
14.Tıbbi Ekipman ve Cihazların Bakımının Değerlendirilmesi					
1.Tıbbi hassas ayarlı ekipmanlar ve cihazlar sorunsuz çalışır ve önleyici/rutin bakımları zamanında yapılmaktadır.	☐	☐	☐	☐	☐
2.Tıbbi ekipmanlar ve cihazların tamir ve bakımları esnasında yeterli ikame cihaz bulunmaktadır.	☐	☐	☐	☐	☐
3.Tıbbi hassas ayarlı ekipmanların ve cihazların kolay anlaşılır kullanma kılavuzu vardır.	☐	☐	☐	☐	☐
4.Yeterli teknik personel ve biomedikal mühendisi çalışmaktadır.	☐	☐	☐	☐	☐
15. Tesis Cihazlarının (elektromekanik, iklimlendirme ve genel amaçlı cihazlar) ve Tesisin Ortak Bakımının Değerlendirilmesi					
1.Kullanılan cihazlar sorunsuz çalışır ve önleyici/rutin bakımları zamanında yapılmaktadır.	☐	☐	☐	☐	☐
2.Kullanılan cihazlarda tespit edilen aksaklıklar kısa sürede/derhal düzeltilmektedir.	☐	☐	☐	☐	☐
3.Kullanılan cihazların risk analizi ve değerlendirilmesi düzenli periyodlarla yapılmaktadır.	☐	☐	☐	☐	☐
4.Yeterli teknik personel çalışmaktadır.	☐	☐	☐	☐	☐
5.Yangın algılama sistemlerinin koruyucu test ve bakımları zamanında yapılmaktadır.	☐	☐	☐	☐	☐
6.Arazlıların (elektrik, su, doğalgaz, kanalizasyon, telekom vb.) tespiti için düzenli alan/tesis turu ve denetimi yapılmaktadır.	☐	☐	☐	☐	☐
7.Arızalar (elektrik, su, doğalgaz, kanalizasyon, Telekom, vb.) hızlı/derhal giderilmektedir.	☐	☐	☐	☐	☐
16.Mefruşat Hizmetlerinin Değerlendirilmesi					
1.Mobilya/mefruşatların bakım ve onarı düzenli yapılmaktadır.	☐	☐	☐	☐	☐
2.Mobilya/mefruşatların gerekli durumlarda değişimi hızlı yapılmaktadır.	☐	☐	☐	☐	☐
3.Mobilya/mefruşatlar kullanım amacına uygun olarak tasarlanmıştır.	☐	☐	☐	☐	☐
17.Otopark ve Güvenlik Hizmet Koşulları Değerlendirmesi					

1.Yeterli güvenlik personelinin varlığı kendimi güvende hissettiriyor.	☐	☐	☐	☐	☐
2.Açık/kapalı otopark yönlendirme levhaları yeterlidir.	☐	☐	☐	☐	☐
3.Açık/kapalı otopark alanı yeterlidir.	☐	☐	☐	☐	☐
4.Güvenlik levhaları yeterli ve görünürdür.	☐	☐	☐	☐	☐
5.Güvenlik çalışanları nazik, saygılı, güven vericidir.	☐	☐	☐	☐	☐
6.Güvenlik çalışanları hastalara/refakatçilere eşit biçimde davranmaktadır.	☐	☐	☐	☐	☐
18.Taşıma Hizmetleri Değerlendirmesi					
1.Hastane içi ulaşımı hızlı, kolay ve rahattır.	☐	☐	☐	☐	☐
2.Hastaların taşınması/nakli için yeterli personel/taşıma aracı vardır.	☐	☐	☐	☐	☐
3.Asansörler ile yürüyen merdivenler çalışır/yeterlidir.	☐	☐	☐	☐	☐
4.Engellilere, yaşlılara ve hamile bayanlara öncelikli taşıma hizmeti verilmektedir.	☐	☐	☐	☐	☐
5. Klinikler ile laboratuvarlar arası tıbbi taşıma hizmeti hızlı ve düzenli yapılmaktadır.	☐	☐	☐	☐	☐
19.Haşere Kontrolü Hizmetinin Değerlendirilmesi					
1.Tüm alanlarda ilaçlama hizmetleri uzman ekipler tarafından düzenli yapılmaktadır.	☐	☐	☐	☐	☐
2.İlaçlama hizmeti yapılırken güvenlik, gıda ve çevre hijyenine azami ölçüde dikkat edilip gerekli önlemler alınmaktadır.	☐	☐	☐	☐	☐
3. Hijyen ve ilaçlama için gerekli giysi ve teknolojik ekipmanlar kullanılmaktadır.	☐	☐	☐	☐	☐
20.Çamaşır Hizmetlerinin Değerlendirilmesi					
1.Tüm tekstil ürünleri temiz, lekesiz, sağlam ve ütülüdür.	☐	☐	☐	☐	☐
	Kesinlikle Katılıyorum	Katılıyorum	Fikrim Yok	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
2.Lekelenen ve kirlenen tekstil ürünleri düzenli değiştiriliyordu.	☐	☐	☐	☐	☐
3.Çamaşırhane hizmetlerinden memnunuz.	☐	☐	☐	☐	☐
4.Personelinin giydiği kıyafetler temiz ve ütülüdür.	☐	☐	☐	☐	☐
21.Genel Temizlik İşlerinin Değerlendirilmesi					
1.Hastane zemini, duvarları, tuvaletleri ve muayene odası düzenli, temiz ve lekesizdir.	☐	☐	☐	☐	☐
2.Yataklı servisleri düzenli temizleniyordu.	☐	☐	☐	☐	☐
3.Çöp kutuları boş ve yeterli sayıdadır.	☐	☐	☐	☐	☐
4.Hastanede rahatsız edici koku yoktur.	☐	☐	☐	☐	☐
5.Sedye ve mobilyaları sağlam, lekesiz ve temizdir.	☐	☐	☐	☐	☐
6.Genel temizlikte çalışan personel başka işlerde çalışmamaktadır.	☐	☐	☐	☐	☐
22.Yemek Hizmet Koşullarının Değerlendirilmesi					
1.Kafeterya ile restoran yiyecek miktarı/çeşitleri yeterli, hızlı, kaliteli ve lezzetlidir.	☐	☐	☐	☐	☐
2.Yemekhane yemek miktarı/çeşitleri yeterli, kaliteli ve lezzetlidir.	☐	☐	☐	☐	☐
3.Yemekhane hizmetleri gıda güvenliği standartlarına uygunluğu düzenli denetlenmektedir.	☐	☐	☐	☐	☐
4.Yemekhane yöneticisi ve çalışanları yapılan talep ve eleştirilere dikkat etmektedir.	☐	☐	☐	☐	☐
23.Atık Bertaraf Yönetiminin Değerlendirilmesi					
1.Tıbbi atıkların toplanması, taşınması ile depolanması için sorumlu birim vardır.	☐	☐	☐	☐	☐
2.Tıbbi atıklar sınıflarına göre uygun koşullarda ve dezenfektasyonu yapılarak uygun araçlar ile düzenli toplanmaktadır.	☐	☐	☐	☐	☐
3.Tıbbi atık yönetim planına göre atıkların depolandığı özel bir alan vardır.	☐	☐	☐	☐	☐
4.Evsel atıklar ile tıbbi atıklar ayrı ayrı toplanmaktadır.	☐	☐	☐	☐	☐
5.Tıbbi atık hizmetinde çalışan personeller başka bir hizmette çalışmamaktadır.	☐	☐	☐	☐	☐
24.Konfor Koşullarının Değerlendirilmesi					

1.Hastane içi iklimlendirme (soğutma/ısıtma/havalandırma) koşulları yeterlidir.	☐	☐	☐	☐	☐
2.Aydınlatma armatürleri/ekipmanları yeterlidir	☐	☐	☐	☐	☐
3.Güneş kırıcılar/jaluziler/storlar yeterlidir.	☐	☐	☐	☐	☐
4.Hastanedeki doğal havalandırma/pencereler düzgün çalışmaktadır.	☐	☐	☐	☐	☐
5.Banyo/tuvaletlerdeki sıcak su yeterlidir.	☐	☐	☐	☐	☐
25. Tesis Yönetimi Uygulama Yönteminin Değerlendirilmesi					
1. Tüm yönetim işleri profesyonel tesis yönetimi şirketlerine bırakılmalıdır.	☐	☐	☐	☐	☐
2. Bazı hizmetler dışarıdan temin edilmeli, bazıları hastane yönetimine bırakılmalıdır.	☐	☐	☐	☐	☐
3. Tesis yönetimi konusunda yönetim desteği/ilgisi sağlanmalıdır.	☐	☐	☐	☐	☐
4. Tesis yönetimi konusunda yasal mevzuat düzenlenmelidir.	☐	☐	☐	☐	☐
5. Hastanede tesis yönetimi etkindir.	☐	☐	☐	☐	☐

26. Tesis Yönetimi konusunda tesis çalışanlarına sertifika programları düzenlenmektedir, (çoktan seçmeli)

- a) İş güvenliği eğitimi b) Bilgisayar programı c) Elektronik/teknolojik cihaz d) Çalıştığım hizmet özelinde
e) Diğer f) Düzenlenmez

27.Etkin bir tesis yönetimi için eğitime ne sıklıkla ihtiyaç olduğunu belirtiniz

- 1 () haftada bir 2 () ayda bir 3 () üç ayda bir 4 () altı ayda bir 5 () yılda bir 6 () Fikrim Yok

ZAMAN AYIRARAK KATKI YAPTIĞINIZ İÇİN TEŞEKKÜR EDERİZ

EK 16 Yatan Hasta ve Refakatçiler için Tesis Yönetimi Algı Ölçeğinin Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması

Yöntem

Veriler, araştırmacı tarafından geliştirilmek amacıyla “Yatan Hasta ve Refakatçiler Tesis Yönetimi Algı Ölçeği” aracılığı ile toplanmıştır. Ölçeğin deneme formu için 68 madde yazılmıştır. Daha sonra uzman görüşü ile 50 madde ve 10 boyutlu bir yapı planlanmıştır. Toplam katılımcı sayısı 361’dir. Ölçeğin planlanan bu faktör yapısının doğrulanıp doğrulanmadığı birinci düzey doğrulayıcı faktör analizi (DFA) ile incelenmiştir. Doğrulayıcı faktör analizi (DFA), pek çok gözlenebilir değişkenin oluşturduğu faktörlerden (gizil değişkenlerden) oluşan faktöryel bir modelin gerçek verilerle ne derece uyum gösterdiğini değerlendirmeyi amaçlar. İncelenen model, ampirik bir çalışmanın verileri kullanılarak belirlenmiş ya da belirli bir kurama dayandırılarak kurgulanmış bir yapıyı tanımlayabilir (Sümer, 2000). DFA’da modelin geçerliliğini değerlendirmek için çok sayıda uyum indeksi kullanılmaktadır. Bunlar içinde en sık kullanılanları (Cole, 1987, Sümer, 2000); Ki-Kare Uyum Testi (Chi-Square Goodness, χ^2), Yaklaşık Hataların Ortalama Karekökü (Root Mean Square Error of Approximation, RMSEA), Karşılaştırmalı Uyum İndeksi (Comparative Fit Index, CFI), Normlaştırılmamış Uyum İndeksi (Non-Normed Fit Index, NNFI), Normlaştırılmış Uyum İndeksi (Normed Fit Index, NFI), İyilik Uyum İndeksi (Goodness of Fit Index, GFI). Ölçek modelinde gözlenen değerlerin $X^2/d < 3$; $0 < RMSEA < 0.05$; $0.97 \leq NFI \leq 1$; $0.97 \leq CFI \leq 1$; $0.95 \leq GFI \leq 1$ ve $0.95 \leq IFI \leq 1$ aralıklarında olması mükemmel uyumu; $4 < X^2/d < 5$; $0.05 < RMSEA < 0.08$; $0.95 \leq NNFI \leq 0.97$; $0.95 \leq CFI \leq 0.97$; $0.90 \leq GFI \leq 0.95$ ve $0.90 \leq NFI \leq 0.95$ ise kabul edilebilir uyumu göstermektedir (Kline, 2005; Sümer, 2000). Ayrıca, ölçeğin güvenirliliğini belirlemek amacıyla Cronbach alfa iç tutarlılık anlamında güvenirlilik katsayısı hesaplanmıştır.

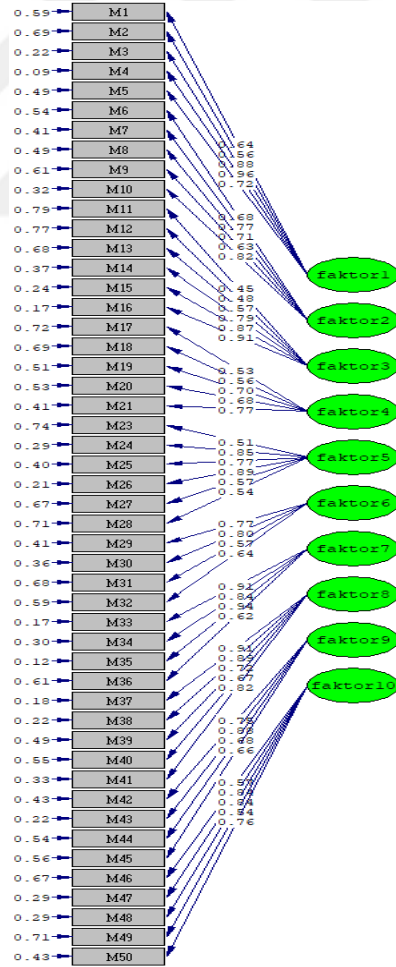
Geçerlik Çalışması

Ölçeğin geçerliğinin belirlenmesinde birinci düzey doğrulayıcı faktör analizi uygulanmıştır.

Yatan Hasta ve Refakatçiler Tesis Yönetimi Algı Ölçeğinin Faktör Yapısı

Bu bölümde, ölçeğin 10 boyutuna ait 50 maddelik yapısının doğrulanıp doğrulanmadığını değerlendirmek amacıyla DFA uygulanmıştır. Uygulanan ilk DFA’da istatistiksel olarak anlamlı olmayan t değerine sahip 22. Madde ölçekten çıkartılarak analiz tekrar edilmiştir. Tekrar edilen analiz sonucunda tüm maddelere ait t değerlerinin anlamlı olduğu belirlenmiştir. Bu DFA sonucunda ölçeğin 10 faktör ve 49 madde ile doğrulandığı belirlenmiştir. Path diagramı Şekil 1’de yer almaktadır.

Modele ait uyum indeksleri $\chi^2=2471.51$, $X^2/d= 2.28$, RMSEA=0.048, CFI=0.98, IFI=0.95, NFI=0.98 ve NNFI=0.96 olarak bulunmuştur. Bu ölçeğin faktöriyel yapısını gösteren modelin gözlenen değişkenleriyle faktörleri arasındaki ilişkiyi gösteren katsayılar incelendiğinde, tüm katsayıların yeterli düzeyde olduğu sonucuna varılmıştır. DFA ile hesaplanan uyum istatistikleri dikkate alındığında, ölçeğin daha önce belirlenen yapısının toplanan verilerle genel olarak uyum sağladığına karar verilmiştir.



Maddelere ait regresyon değerleri ve t değerlerine aşağıdaki tabloda yer verilmiştir.

Ölçeğe ait Regresyon ve T Değerleri Tablosu

Maddeler	Regresyon değerleri	t değerleri	Maddeler	Regresyon değerleri	t değerleri
M1	,64	13,29	M26	,89	20,73
M2	,56	11,17	M27	,57	11,34
M3	,88	20,80	M28	,54	10,62
M4	,96	23,72	M29	,77	15,59
M5	,72	15,37	M30	,80	16,46
M6	,68	13,67	M31	,57	10,70
M7	,77	16,27	M32	,64	12,50
M8	,71	14,63	M33	,91	22,14
M9	,63	13,39	M34	,84	19,30
M10	,82	17,90	M35	,94	23,28
M11	,45	8,71	M36	,62	12,77
M12	,48	9,22	M37	,91	21,80
M13	,57	11,30	M38	,89	21,01
M14	,79	17,55	M39	,72	15,81
M15	,87	20,31	M40	,67	14,01
M16	,91	21,69	M41	,82	18,61
M17	,53	9,72	M42	,75	15,78
M18	,56	10,43	M43	,88	19,65
M19	,70	13,66	M44	,68	13,68
M20	,68	13,35	M45	,66	13,30
M21	,77	15,46	M46	,57	11,05
M22	-	-	M47	,84	18,69
M23	,51	9,90	M48	,84	18,74
M24	,85	19,16	M49	,54	10,38
M25	,77	16,84	M50	,76	16,10

Tablo incelendiğinde, elde edilen regresyon katsayılarının ve t değerlerinin anlamlı olduğu ve modelin doğrulandığı belirlenmiştir.

Güvenirlilik Çalışması

Ölçeğin güvenirliğinin belirlenmesinde iç tutarlılık katsayısı olan Cronbach alfa hesaplanmıştır. Alfa değerleri aşağıdaki tabloda yer almaktadır.

Faktörler	Alfa değerleri
Faktör1	,87
Faktör2	,85
Faktör3	,85
Faktör4	,77
Faktör5	,85
Faktör6	,79

Faktör7	,90
Faktör8	,90
Faktör9	,83
Faktör10	,83
Tüm ölçek	,92

Ölçeğe ait alt faktörlere ait alfa değerleri ,77 - ,90 aralığında değişmektedir. Ölçeğin bütününe ait alfa değeri ise .92 olarak belirlenmiştir. Tezbaşaran (1997: 47), likert tipi bir ölçekte yeterli sayılabilecek bir güvenirlik katsayısının olabildiğince 1'e yakın olması gerektiğini ifade etmektedir. Bu sonuçlara göre araştırma için kullanılan ölçme aracının güvenirliğinin yüksek düzeyde olduğu söylenebilmektedir.

EK 17 Hastane Çalışanları Tesis Yönetimi Algı Ölçeğinin Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması

Yöntem

Veriler, araştırmacı tarafından geliştirilmek amacıyla “Hastane Çalışanları Tesis Yönetimi Algı Ölçeği” aracılığı ile toplanmıştır. Ölçeğin deneme formu için 107 madde yazılmıştır. Daha sonra uzman görüşü ile 97 madde ve 17 boyutlu bir yapı planlanmıştır. Toplam katılımcı sayısı 372’dir. Ölçeğin planlanan bu faktör yapısının doğrulanıp doğrulanmadığı birinci düzey doğrulayıcı faktör analizi (DFA) ile incelenmiştir. Doğrulayıcı faktör analizi (DFA), pek çok gözlenebilir değişkenin oluşturduğu faktörlerden (gizil değişkenlerden) oluşan faktöryel bir modelin gerçek verilerle ne derece uyum gösterdiğini değerlendirmeyi amaçlar. İncelenen model, ampirik bir çalışmanın verileri kullanılarak belirlenmiş ya da belirli bir kurama dayandırılarak kurgulanmış bir yapıyı tanımlayabilir (Sümer, 2000). DFA’da modelin geçerliliğini değerlendirmek için çok sayıda uyum indeksi kullanılmaktadır. Bunlar içinde en sık kullanılanları (Cole, 1987, Sümer, 2000); Ki-Kare Uyum Testi (Chi-Square Goodness, χ^2), Yaklaşık Hataların Ortalama Karekökü (Root Mean Square Error of Approximation, RMSEA), Karşılaştırmalı Uyum İndeksi (Comparative Fit Index, CFI), Normlaştırılmamış Uyum İndeksi (Non-Normed Fit Index, NNFI), Normlaştırılmış Uyum İndeksi (Normed Fit Index, NFI), İyilik Uyum İndeksi (Goodness of Fit Index, GFI). Ölçek modelinde gözlenen değerlerin $X^2/d < 3$; $0 < RMSEA < 0.05$; $0.97 \leq NNFI \leq 1$; $0.97 \leq CFI \leq 1$; $0.95 \leq GFI \leq 1$ ve $0.95 \leq IFI \leq 1$ aralıklarında olması mükemmel uyumu; $4 < X^2/d < 5$; $0.05 < RMSEA < 0.08$; $0.95 \leq NFI \leq 0.97$; $0.95 \leq CFI \leq 0.97$; $0.90 \leq GFI \leq 0.95$ ve $0.90 \leq NFI \leq 0.95$ ise kabul edilebilir uyumu göstermektedir (Kline, 2005; Sümer, 2000). Ayrıca, ölçeğin güvenirliğini belirlemek amacıyla Cronbach alfa iç tutarlılık anlamında güvenirlik katsayısı hesaplanmıştır.

Geçerlik Çalışması

Ölçeğin geçerliğinin belirlenmesinde birinci düzey doğrulayıcı faktör analizi uygulanmıştır.

Hastane Çalışanları Tesis Yönetimi Algı Ölçeğinin Faktör Yapısı

Bu bölümde, ölçeğin 17 boyutuna ait 97 maddelik yapısının doğrulanıp doğrulanmadığını değerlendirmek amacıyla DFA uygulanmıştır. Uygulanan ilk DFA’da istatistiksel olarak anlamlı olmayan t değerine sahip hiçbir maddenin olmadığı belirlenmiştir. Bu DFA sonucunda ölçeğin 17 faktör ve 97 madde ile doğrulandığı belirlenmiştir. Kullanılan paket programda (LISREL 8.7) 97 madde için path diagramı çizilememiştir.

Modele ait uyum indeksleri $\chi^2=8145.65$, $X^2/d= 1.76$, $RMSEA=0.055$, $CFI=0.98$, $IFI=0.96$, $NFI=0.96$ ve $NNFI=0.98$ olarak bulunmuştur. Bu ölçeğin faktöryel yapısını gösteren modelin gözlenen değişkenleriyle faktörleri arasındaki ilişkiyi gösteren katsayılar incelendiğinde, tüm katsayıların yeterli düzeyde olduğu sonucuna varılmıştır. DFA ile hesaplanan uyum istatistikleri dikkate alındığında, ölçeğin daha önce belirlenen yapısının toplanan verilerle genel olarak uyum sağladığına karar verilmiştir.

Maddelere ait regresyon değerleri ve t değerlerine aşağıdaki tabloda yer verilmiştir.

Ölçeğe ait Regresyon ve T Değerleri

Maddeler	Regresyon değerleri	t değerleri	Maddeler	Regresyon değerleri	t değerleri
M1	,92	19,54	M50	,68	20,00
M2	,93	21,03	M51	,68	21,20
M3	,96	24,26	M52	,96	21,91
M4	,91	22,98	m53	,98	18,92
M5	,83	21,84	m54	,99	20,70
M6	,99	21,31	m55	,63	11,39
M7	,93	22,02	m56	,91	19,59
M8	,86	18,90	m57	,90	19,49
M9	,87	20,03	m58	,86	17,28
M10	,76	15,44	m59	,69	13,26
M11	,81	16,09	m60	,91	18,18
M12	,96	21,90	m61	,83	13,98
M13	,91	20,28	m62	,97	17,14
M14	,51	10,30	m63	,95	20,67
M15	,49	13,66	m64	,98	21,76
M16	,60	11,62	m65	,94	21,21
M17	,84	15,32	m66	,57	19,98
M18	,50	13,18	m67	,63	17,81
M19	,73	16,10	m68	,60	19,35
M20	,90	17,45	m69	,45	16,03
M21	,57	16,17	m70	,29	4,77
M22	,58	14,48	m71	,72	18,51
M23	,56	14,33	m72	,68	17,91
M24	,89	19,69	m73	,72	20,04
M25	,76	16,34	m74	,74	17,78
M26	,82	18,33	m75	,67	20,13

M27	,80	17,77	m76	,67	18,90
M28	,87	22,79	m77	,78	19,11
M29	,85	21,55	m78	,80	19,72
M30	,79	19,94	m79	,51	10,89
M31	,56	11,64	m80	,77	18,59
M32	,63	17,03	m81	,76	18,17
M33	,72	18,29	m82	,73	19,08
M34	,71	17,06	m83	,72	19,76
M35	,95	23,09	m84	,80	20,03
M36	,99	23,56	m85	,61	10,50
M37	,90	19,51	m86	,78	20,87
M38	,79	14,10	m87	,88	23,46
M39	,67	14,61	m88	,78	14,43
M40	,81	14,50	m89	,63	15,70
M41	,74	14,07	m90	,78	14,79
M42	,74	16,50	m91	,43	8,70
M43	,73	15,57	m92	,43	8,63
M44	,92	18,46	m93	,99	20,99
M45	,95	22,25	m94	,41	7,56
M46	,97	19,08	m95	,94	19,03
M47	,84	16,28	m96	,82	17,59
M48	,93	17,26	m97	,55	11,85
M49	,73	19,26			

Tablo incelendiğinde, elde edilen regresyon katsayılarının ve t değerlerinin anlamlı olduğu ve modelin doğrulandığı belirlenmiştir.

Güvenirlik Çalışması

Ölçeğin güvenirliğinin belirlenmesinde iç tutarlılık katsayısı olan Cronbach alfa hesaplanmıştır. Alfa değerleri aşağıdaki tabloda yer almaktadır.

Faktörler	Alfa değerleri
Faktör1	,95
Faktör2	,92
Faktör3	,87
Faktör4	,89
Faktör5	,88
Faktör6	,92
Faktör7	,93
Faktör8	,86
Faktör9	,91
Faktör10	,90
Faktör11	,87
Faktör12	,89
Faktör13	,92
Faktör14	,77

Faktör15	,93
Faktör16	,85
Faktör17	,86
Tüm ölçek	,91

Ölçeğe ait alt faktörlere ait alfa değerleri ,77 - ,93 aralığında değişmektedir. Ölçeğin bütününe ait alfa değeri ise .91 olarak belirlenmiştir. Tezbaşaran (1997: 47), likert tipi bir ölçekte yeterli sayılabilecek bir güvenirlik katsayısının olabildiğince 1'e yakın olması gerektiğini ifade etmektedir. Bu sonuçlara göre araştırma için kullanılan ölçme aracının güvenirliğinin yüksek düzeyde olduğu söylenebilmektedir.

EK 18 Tesis Çalışanları Tesis Yönetimi Algı Ölçeğinin Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması

Yöntem

Veriler, araştırmacı tarafından geliştirilmek amacıyla “Tesis Çalışanları Tesis Yönetimi Algı Ölçeği” aracılığı ile toplanmıştır. Ölçeğin deneme formu için 137 madde yazılmıştır. Daha sonra uzman görüşü ile 96 madde ve 18 boyutlu bir yapı planlanmıştır. Toplam katılımcı sayısı 383’tür. Ölçeğin planlanan bu faktör yapısının doğrulanıp doğrulanmadığı birinci düzey doğrulayıcı faktör analizi (DFA) ile incelenmiştir. Doğrulayıcı faktör analizi (DFA), pek çok gözlenebilir değişkenin oluşturduğu faktörlerden (gizil değişkenlerden) oluşan faktöryel bir modelin gerçek verilerle ne derece uyum gösterdiğini değerlendirmeyi amaçlar. İncelenecek model, ampirik bir çalışmanın verileri kullanılarak belirlenmiş ya da belirli bir kurama dayandırılarak kurgulanmış bir yapıyı tanımlayabilir (Sümer, 2000). DFA’da modelin geçerliliğini değerlendirmek için çok sayıda uyum indeksi kullanılmaktadır. Bunlar içinde en sık kullanılanları (Cole, 1987, Sümer, 2000); Ki-Kare Uyum Testi (Chi-Square Goodness, χ^2), Yaklaşık Hataların Ortalama Karekökü (Root Mean Square Error of Approximation, RMSEA), Karşılaştırmalı Uyum İndeksi (Comparative Fit Index, CFI), Normlaştırılmamış Uyum İndeksi (Non-Normed Fit Index, NNFI), Normlaştırılmış Uyum İndeksi (Normed Fit Index, NFI), İyilik Uyum İndeksi (Goodness of Fit Index, GFI). Ölçek modelinde gözlenen değerlerin $X^2/d < 3$; $0 < RMSEA < 0.05$; $0.97 \leq NNFI \leq 1$; $0.97 \leq CFI \leq 1$; $0.95 \leq GFI \leq 1$ ve $0.95 \leq IFI \leq 1$ aralıklarında olması mükemmel uyumu; $4 < X^2/d < 5$; $0.05 < RMSEA < 0.08$; $0.95 \leq NNFI \leq 0.97$; $0.95 \leq CFI \leq 0.97$; $0.90 \leq GFI \leq 0.95$ ve $0.90 \leq NFI \leq 0.95$ ise kabul edilebilir uyumu göstermektedir (Kline, 2005; Sümer, 2000). Ayrıca, ölçeğin güvenirliliğini belirlemek amacıyla Cronbach alfa iç tutarlılık anlamında güvenirlilik katsayısı hesaplanmıştır.

Geçerlik Çalışması

Ölçeğin geçerliğinin belirlenmesinde birinci düzey doğrulayıcı faktör analizi uygulanmıştır.

Tesis Çalışanları Tesis Yönetimi Algı Ölçeğinin Faktör Yapısı

Bu bölümde, ölçeğin 18 boyutuna ait 96 maddelik yapısının doğrulanıp doğrulanmadığını değerlendirmek amacıyla DFA uygulanmıştır. Uygulanan ilk DFA’da istatistiksel olarak anlamlı olmayan t değerine sahip hiçbir maddenin olmadığı belirlenmiştir. Bu DFA sonucunda ölçeğin 18 faktör ve 96 madde ile doğrulandığı belirlenmiştir. Kullanılan paket programda (LISREL 8.7) 96 madde için path diagramı çizilememiştir.

Modele ait uyum indeksleri $\chi^2=10480.59$, $X^2/d= 2.43$, RMSEA=0.049, CFI=0.98, IFI=0.95, NFI=0.96 ve NNFI=0.95 olarak bulunmuştur. Bu ölçeğin faktöryel yapısını gösteren modelin gözlenen değişkenleriyle faktörleri arasındaki ilişkiyi gösteren katsayılar incelendiğinde, tüm katsayıların yeterli düzeyde olduğu sonucuna varılmıştır. DFA ile hesaplanan uyum istatistikleri dikkate alındığında, ölçeğin daha önce belirlenen yapısının toplanan verilerle genel olarak uyum sağladığına karar verilmiştir.

Maddelere ait regresyon değerleri ve t değerlerine aşağıdaki tabloda yer verilmiştir.

Ölçeğe ait Regresyon ve T Değerleri

Maddeler	Regresyon değerleri	t değerleri	Maddeler	Regresyon değerleri	t değerleri
M1	.37	7.21	M50	.75	16.07
M2	.16	3.01	M51	.95	18.65
M3	.88	19.93	M52	.29	3.85
M4	.87	17.14	m53	.71	14.21
M5	.19	3.37	m54	.84	19.10
M6	.65	13.37	m55	.74	16.63
M7	.69	16.30	m56	.81	19.37
M8	.48	10.20	m57	.83	19.96
M9	.67	13.95	m58	.74	15.80
M10	.79	15.39	m59	.82	14.82
M11	.52	9.22	m60	.81	14.16
M12	.82	13.95	m61	.77	16.50
M13	.76	11.89	m62	.91	15.08
M14	.79	16.93	m63	.90	23.14
M15	.58	15.32	m64	.88	22.67
M16	.67	14.91	m65	.82	19.63
M17	.67	13.19	m66	.82	17.90
M18	.68	17.48	m67	.80	19.13
M19	.79	16.03	m68	.76	17.35
M20	.65	12.12	m69	.77	19.20
M21	.68	14.14	m70	.77	19.35
M22	.68	14.61	m71	.66	17.32
M23	.62	10.55	m72	.69	16.34
M24	.87	21.13	m73	.70	15.37
M25	.88	18.21	m74	.67	14.45

M26	.85	17.16	m75	.70	14.20
M27	.64	12.86	m76	.60	10.79
M28	.47	10.43	m77	.65	12.76
M29	.67	16.77	m78	.63	14.57
M30	.59	11.95	m79	.59	12.58
M31	.69	12.27	m80	.60	12.16
M32	.70	16.77	m81	.80	18.94
M33	.69	16.37	m82	.57	8.82
M34	.72	18.73	m83	.82	17.65
M35	.85	17.10	m84	.76	16.58
M36	.98	22.16	m85	.25	3.55
M37	.81	16.12	m86	.21	3.49
M38	.82	17.15	m87	.32	4.58
M39	.83	17.80	m88	.24	3.55
M40	.80	13.58	m89	.90	16.90
M41	.87	16.75	m90	0.80	18.24
M42	.73	15.75	m91	.87	13.86
M43	.61	9.75	m92	.64	14.21
M44	.73	13.74	m93	.70	15.86
M45	.81	14.26	m94	.66	15.00
M46	.84	12.82	m95	.68	14.27
M47	.95	16.81	m96	.58	11.12
M48	.70	13.74			
M49	.93	18.51			

Tablo incelendiğinde, elde edilen regresyon katsayılarının ve t değerlerinin anlamlı olduğu ve modelin doğrulandığı belirlenmiştir.

Güvenirlilik Çalışması

Ölçeğin güvenirliğinin belirlenmesinde iç tutarlılık katsayısı olan Cronbach alfa hesaplanmıştır. Alfa değerleri aşağıdaki tabloda yer almaktadır.

Faktörler	Alfa değerleri
Faktör1	.71
Faktör2	.74
Faktör3	.77
Faktör4	.87
Faktör5	.85
Faktör6	.85
Faktör7	.85
Faktör8	.84
Faktör9	.81
Faktör10	.84
Faktör11	.68
Faktör12	.88
Faktör13	.90
Faktör14	.90

Faktör15	.83
Faktör16	.80
Faktör17	.64
Faktör18	.80
Tüm ölçek	.96

Ölçeğe ait alt faktörlere ait alfa değerleri .61 - .90 aralığında değişmektedir. Ölçeğin bütününe ait alfa değeri ise .96 olarak belirlenmiştir. Tezbaşaran (1997: 47), likert tipi bir ölçekte yeterli sayılabilecek bir güvenirlik katsayısının olabildiğince 1'e yakın olması gerektiğini ifade etmektedir. Bu sonuçlara göre araştırma için kullanılan ölçme aracının güvenirliğinin yüksek düzeyde olduğu söylenebilmektedir.

EK 19 Etik Kurul Onayı

**ANKARA ÜNİVERSİTESİ
FEN BİLİMLERİ ALT ETİK KURULU
KARAR ÖRNEĞİ**

Karar Tarihi :14/02/2022
Toplantı Sayısı :03
Karar Sayısı :40

40-Üniversitemiz Fen Bilimleri Enstitüsü doktora öğrencisi **Sinan Terzioğlu**'nun "Türkiye'de Hastanelerde Tesis Yönetiminin Uluslararası Standartlar Yönünden Değerlendirilmesi: Ankara Şehir Hastanesi Örneği" başlıklı tezi ile ilgili 31/01/2022 tarihli "İnsan Üzerinde Yapılan Klinik Dışı Araştırmalar Başvuru Formu" Etik Kurulumuzca incelenmiştir.

Yapılan görüşmeler ve incelemeler sonucunda, **Sinan Terzioğlu**'nun "Türkiye'de Hastanelerde Tesis Yönetiminin Uluslararası Standartlar Yönünden Değerlendirilmesi: Ankara Şehir Hastanesi Örneği" başlıklı tezi ile ilgili COVID-19 salgını nedeniyle; çalışma takviminiz de dahil araştırmanızda oluşabilecek tüm değişikliklerin Etik Kurulumuza yazılı olarak bildirilmesi, araştırma protokolüne uyulması ve etik onay tarihinden itibaren geçerli olması koşuluyla uygulanmasının etik açıdan uygun olduğuna oybirliği ile karar verildi.

ASLININ AYNIĞIDIR
14/02/2022

**Ankara Üniversitesi
Etik Kurulu Başkanı**