

HASTANELERDE ECZACILIK
HİZMETLERİNİN YÖNETİM
VE ORGANİZASYONU
(OSMANGAZI ÜNİVERSİTESİ
EĞİTİM UYGULAMA VE ARAŞTIRMA
HASTANESİ ECZANESİ İÇİN
BİR ÖRGÜT MODELİ ÖNERİSİ)

Aysel SÜRÜCÜ
(Yüksek Lisans Tezi)
Eskişehir - 1999

**HASTANELERDE ECZACILIK HİZMETLERİNİN
YÖNETİM VE ORGANİZASYONU**

**(OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ EĞİTİM UYGULAMA
VE ARAŞTIRMA HASTANESİ ECZANESİ
İÇİN BİR ÖRGÜT MODELİ ÖNERİSİ)**

Aysel SÜRÜCÜ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

İşletme Anabilim Dalı

Danışman: Prof.Dr. Ali GÜNEŞ

Eskişehir

Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü

Şubat 1999

YÜKSEK LİSANS TEZ ÖZÜ

HASTANELERDE ECZACILIK HİZMETLERİNİN YÖNETİM VE ORGANİZASYONU (OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ EĞİTİM UYGULAMA VE ARAŞTIRMA HASTANESİ ECZANESİ İÇİN BİR ÖRGÜT MODELİ ÖNERİSİ)

Aysel SÜRÜCÜ

İşletme Anabilim Dalı

Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, ~~Şubat~~ 1999

Danışman: Prof.Dr. Ali GÜNEŞ

Günümüzün en karmaşık hizmet üretim sürecine sahip işletmelerden biri olarak hastaneler, çok farklı mesleki bilgi ve beceri gerektiren işgörenlerce üretilen hizmetleri hastalarına sunan işletmelerdir. Hastanelerin bu paralelde üretmiş olduğu en önemli hizmetlerden birisi hastaların tedavisi sürecinin her aşamasında kullanılan temel girdiler konumundaki ilaçlar ile ilgili eczacılık hizmetleridir.

Bu tez çalışmasında hastane işletmeciliğinde eczacılık hizmetlerinin işlevleri ve bu işlevler paralelinde eczacılık hizmetlerinin hastane işletmeciliği yönünden önemi ortaya konulmuş ve ülkemiz hastanelerinde eczacılık hizmetlerinin örgüt içindeki yeri araştırılmıştır. Bu araştırma sonucunda, ülkemiz hastane işletmelerinde örgütsel performans göstergelerini arttırıcı tüm özelliklerine rağmen eczacılık hizmetlerine gerekli önemin verilmediği ve eczacılık hizmetlerinin ülkemiz hastanelerinde eczacılık hizmetlerinin yalnızca ilaç lojistiği işlevi olarak algılandığı sonucuna varılmıştır. Söz konusu sorunun mikro bazda çözümüne yönelik olarak Osmangazi Üniversitesi Eğitim Uygulama ve Araştırma Hastanesinin eczacılık hizmetleri gereksiniminin belirlenerek, bu gereksinimler paralelinde örgüt yapısı içinde eczacılık hizmetlerinin yeri neresi olmalıdır? sorusu yanıtlanmış ve bir model önerilmiştir.

ABSTRACT

Hospitals have one of the most complicated service production process administratings. They are the administratings which present the services that are produced by people who have totally different professional knowledge and skill. One of the most emportant services that the hospitals produce at this stage is the pharmacy services are used at each stage of the process of the treat ment.

In this thesis, the functions of the pharmacy services in hospital administrations and the importance of the pharmacy services in the eqivalance of hospital administrations are studied and the importance of the phormacy services in hospitals in our country are examined. As a result, in spite of the features that pharmacy services have on the performance chart of the hospital administrations in our country, they are not given the needed impartance. To sum up, it was understood that the prarmacy services in hospitals in our country are only considered to be drug logistics.

In the light of that problem Osmangazi University Education Research and Application (?) Hospital's pharmacy services needs are defermined and according to tahat needs the answer of the question "Where should be the place of the pharmacy services in the organization?" is given and a model is proposed.

JÜRİ VE ENSTİTÜ ONAYI

İmze

Üye (Tez Danışmanı) : Prof.Dr. Ali GÜNEŞ

Üye : Prof.Dr. Hikmet SEÇİM

Üye :Prof.Dr. Mehmet ŞAHİN

Aysel SÜRÜCÜ'nün “Hastanelerde Eczacılık Hizmetlerinin Yönetim ve Organizasyonu (Osmangazi Üniversitesi Eğitim Uygulama ve Araştırma Hastanesi Eczanesi İçin Bir Örgüt Modeli Önerisi)” başlıklı tezi ~~3-3-1999~~ tarihinde, yukarıdaki jüri tarafından Lisansüstü Eğitim Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca, İşletme Anabilim Dalında (Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi) Yüksek Lisans Tezi olarak değerlendirilerek kabul edilmiştir.

İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa</u>
ÖZ	ii
ABSTRACT	iii
DEĞERLENDİRME KURULU VE ENSTİTÜ ONAYI	iv
ÖZGEÇMİŞ	v
TABLolar LİSTESİ	ix
ŞEKİLLER LİSTESİ	x
GİRİŞ	1

BİRİNCİ BÖLÜM

HASTANE İŞLETMECİLİĞİ VE ECZACILIK HİZMETLERİNDE TEMEL KAVRAMLAR

1. HASTANE İŞLETMECİLİĞİNDE TEMEL KAVRAMLAR	3
1.1. Hastanelerin Tanımı	3
1.2. Hastanelerin Sınıflandırılması	3
1.3. Hastanelerin İşlevleri	5
1.3.1. Hasta ve yaralıların tedavisi	5
1.3.2. Eğitim	6
1.3.3. Araştırma ve geliştirme	9
1.3.4. Toplumun sağlık seviyesinin yükselmesine katkıda bulunma ..	9
1.4. Hastanelerin Örgütsel Açıdan Özellikleri	10
1.4.1. Hastaneler birer hizmet örgütüdür	10
1.4.2. Hastaneler karmaşık yapıda örgütlerdir	11
1.4.3. Hastaneler matris yapıda örgütlerdir	14
1.4.4. Hastaneler günün 24 saati hizmet sunan işletmelerdir	17
1.4.5. Hastane personelinin önemli bir kısmı bayanlardan oluşan işletmelerdir	17
2. ECZACILIK HİZMETLERİNDE TEMEL KAVRAMLAR	18
2.1. Hastane Eczanesinin Tanımı	18
2.2. Hastanelerde Eczacılık Bölümünün İşlevleri	19
2.2.1. Üretim (Majistral İlaç Üretimi)	19

	<u>Sayfa</u>
2.2.2. İlaç lojistiği	20
2.2.3. Eğitim	24
2.2.4. Araştırma-geliştirme	26
2.2.5. Klinik eczacılık	27
2.2.6. Evde bakım eczacılığı	29
2.3. Hastanelerde Eczacılık Hizmetlerinin Önemi	30
2.3.1. Eczacılık hizmetleri ile ilgili girdiler hastane hizmetlerinin kalitesini etkileyen en önemli belirleyici konumundadır	30
2.3.2. Bir gelir ve gider merkezi olarak eczaneler	34

İKİNCİ BÖLÜM

HASTANELERİN ÖRGÜT YAPILARI VE ECZACILIK HİZMETLERİ İLE OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ HASTANESİNDE ECZACILIK HİZMETLERİ GEREKSİNİMİNİN BELİRLENMESİ

1. HASTANELERİN ÖRGÜT YAPILARI VE ECZACILIK HİZMETLERİ	40
1.1. Hastanelerde Eczacılık Hizmetlerinin Örgütlenmesi	40
1.2. Ülkemiz Hastanelerinde Eczacılık hizmetlerinin Örgütleniş Biçimleri ...	43
1.3. Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliğine Göre Eczacılık Hizmetleri	44
1.3.1. Başeczacı	45
1.3.2. Eczacı	48
1.3.3. Eczacı teknisyeni	50
1.4. SSK Hastanelerinin Örgüt Yapısı İçinde Eczacılık Hizmetleri	51
1.5. Ülkemiz Üniversite Hastanelerinin Örgüt Yapıları ve Eczacılık Hizmetleri	52

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM
OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ ECZACILIK
HİZMETLERİ GEREKSİNİMLERİ YÖNÜNDE ECZANE
BÖLÜMÜNÜN YERİ

1. OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ HASTANESİNE AİT BİLGİLER VE OSMANGAZİ HASTANESİNİN ÖRGÜT YAPISI	55
2. OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ VE ISO 9001 KGS'İ KURMA ÇALIŞMALARI	59
2.1. ISO 9000 Kalite Güvence Sistemi	59
3. OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ EĞİTİM HASTANESİ ÖRGÜT YAPISI VE ECZACILIK HİZMETLERİ	70
3.1. Osmangazi Üniversitesi Eğitim Uygulama ve Araştırma Hastanesinin Örgüt Yapısı ve Eczacılık Hizmetlerinin Yeri	70
3.2. Eczacılık Hizmetleri Prosedürü	71
4. OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ ECZACILIK HİZMETLERİ İÇİN ÖRGÜT MODELİ ÖNERİSİ	76
4.1. Hastanelerde Eczacılık Departmanının ilaç Lojistiği İşlevi	76
4.2. Hastanelerde Eczacılık Departmanının Klinik Eczacılık İşlevi	85
4.3. Hastanelerde Eczacılık Departmanının Eğitim İşlevi	90
4.4. Osmangazi Üniversitesi Hastanesi Eczanesi İçin Bir Örgüt Modeli	92
4.4.1. Sorumlu Eczacının İşlevleri	97
4.4.2. Eczacıların İşlevleri	97
SONUÇ	99
KAYNAKÇA	101

TABLolar LİSTESİ

<u>Tablo</u>		<u>Sayfa</u>
Tablo 1:	Çeşitli Ülkelerdeki Sağlık Harcamalarının GSMH İçindeki Payları (%)	35
Tablo 2:	Sağlık Bakanlığı Toplam Harcamaların Sınıflandırılması	35
Tablo 3:	Ülkemiz Hastane İşletmeciliği Sektörünün Sayısı ve Yatak Kapasitelerinin Mülkiyet Yönünden Sınıflandırılması	43
Tablo 4:	O.G.Ü. Hastanesi Yatan Hasta İstatistikleri	56
Tablo 5:	Osmangazi Üniversitesi Hastanesinde 1998 Yılında İmha Edilen ilaç Tutarları	84

ŞEKİLLER LİSTESİ

<u>Şekil</u>	<u>Sayfa</u>
Şekil 1: Açık Bir Sistem Olarak Hastane	12
Şekil 2: Matriks Örgüt Yapısı	15
Şekil 3: Matriks Model	16
Şekil 4: San Angelo Bölgesi İçin Organizasyon Planı	30
Şekil 5. ABD Hastaneleri İçin Genel Organizasyon Şeması (Dual Yapı)	42
Şekil 6. ABD Hastanelerinde Eczacılık Hizmetlerinin Organizasyonu	42
Şekil 7. Sağlık Bakanlığı Hastanelerinde Eczane Hizmetlerinin Organizasyonu	45
Şekil 8. SSK Hastaneleri Örgüt Yapısı ve Eczacılık Hizmetlerinin Organizasyonu	51
Şekil 9. Osmangazi Üniversitesi Eğitim Uygulama ve Araştırma Hastanesi Organizasyon Şeması	58
Şekil 10. Osmangazi Üniversitesi Hastanesinde Eczacılık Hizmetlerinin Örgüt Yapısı	71
Şekil 11. Osmangazi Üniversitesi Hastanesi İçin Eczacılık Hizmetlerinin Örgüt Modeli	96

GİRİŞ

Hastaneler, toplumların tüm bireylerinin potansiyel müşterisi konumundaki hizmetleri günün 24 saati aynı kalite düzeyinde üretme yükümlülüğünü taşıyan işletmelerdir. Hastanelerde sunulan hizmetlerin, bireylerin yaşam hakkı ile ilgili hizmetler olmaları tüm toplumlarda hastane işletmeciliği sektörünün ağırlıklı olarak kâr amacı gütmeyen işletmelerden oluşmasına neden olmaktadır. Bu nedenle toplumların sağlık harcamalarının önemli bir bölümünü tüketen işletmeler olarak hastanelerde verimlilik ve kalite kavramları ön plana çıkmaktadır.

Hastanelerin temel işlevi, müşterilerinin hizmet talep nedenleri olan hastalıkların tedavisidir. Hastaneler bu işlevi ayakta ve yatarak tedavi hizmetleri şeklinde sunmaktadır. Her iki hizmet sürecinde de en temel girdileri olan eczacılık hizmetleri kapsamındaki ilaç ve tıbbi malzemeleri kullanmaktadırlar. Özellikle günümüzde teşhis ve tedavide girişimsel olmayan yöntemlerin geliştirilmesi, gerek hizmet üretim sürecinin planlama aşaması olan teşhis sürecinde, gerekse de tedavi sürecinde ilaç kullanımını büyük boyutlara ulaştırmıştır. Bu nedenle hastane işletmeciliğinde hizmet sürecinin en önemli girdisini oluşturan ilaçların kullanımı sunulan hizmetin kalitesini direkt etkileyen bir faktör olarak görülmektedir. Aynı zamanda uygun olmayan ilaç kullanımı hastanelerin maliyetlerinin artmasına da neden olmaktadır.

Ülkemizde 1990'lı yıllarla birlikte yeni tartışılmaya başlanan hastane işletmeciliği kavramında bütünsel anlamda bir bilgi birikimi henüz oluşmamıştır. Bunun temel nedeni, ülkemizde bu sektörün % 90'ının üstünde devlet organlarıncı örgütlenen kamu hastanelerinden oluşmuş olması, sağlık hizmet tüketicilerinin sunulan hizmetin kalitesinin teknik yeterliliğini değerlendirme yoksunluğu ve sunulan hizmetin kalite standartlarının belirlenmemiş olması gibi faktörle sıralanabilir.

Ülkemiz kamu hastanelerinin çağdaş bir hastane işletmeciliği yaklaşımlarının gerisindeki örgütsel yapı ve yönetimleri, aynı paralelde sunulan hizmetin direkt kalitesini etkileyen bir belirleyici konumundaki eczacılık hizmetlerinin de etkinlik ve verimlilik ilkeleri doğrultusunda örgütlenmesi önlemektedir.

Bu tez çalışmasının temel amacı; Hastane işletmeciliğinde eczacılık hizmetlerinin öneminin ortaya konulması ve Osmangazi Üniversitesi Eğitim Uygulama ve Araştırma Hastanesinde eczacılık hizmetlerinin mevcut örgütsel yapısının incelenerek mevcut yasal mevzuat paralelinde, etkinlik ve verimlilik ilkeleri doğrultusunda bir örgütsel modelin oluşturulmasıdır.

Bu tez üç bölümden oluşmaktadır. Bu amaçla birinci bölümde hastane işletmeciliğinde temel kavramlar ana başlığı altında hastanelere ait genel bilgiler ve hastanelerin örgütsel açıdan özellikleri sunulmuştur. Bu bölümde ayrıca eczacılık hizmetlerinde temel kavramlar başlığı altında da hastanelerde eczacılık bölümünün işlevleri ile hastanelerde eczacılık hizmetlerinin önemi incelenmiştir.

İkinci Bölümde Sağlık Bakanlığı, S.S.K. ve Üniversitesi Hastanelerinin örgüt yapısı içinde eczacılık hizmetleri incelenmiştir.

Üçüncü Bölümde, Osmangazi Üniversitesine ait genel bilgiler, hastanenin mevcut örgüt yapısı ile uluslararası bir KGS olan ISO 9001 KGS kurma çalışmaları incelenerek, Osmangazi Üniversitesi Hastanesinin Örgüt yapısı içinde eczacılık hizmetlerinin yeri ortaya konulmuştur. Bu bölümde daha önce belirtilen eczacılık hizmetleri ile ilgili teorik altyapıdan hareketle Osmangazi Üniversitesini Hastanesinin eczacılık hizmetleri için örgüt modeli önerilmiştir.

BİRİNCİ BÖLÜM

HASTANE İŞLETMECİLİĞİ VE ECZACILIK

HİZMETLERİNDE TEMEL KAVRAMLAR

1. HASTANE İŞLETMECİLİĞİNDE TEMEL KAVRAMLAR

1.1. Hastanelerin Tanımı

Tüm insanlar doğumdan ölüme kadar yaşamlarının çeşitli dönemlerinde sağlık hizmetine ihtiyaç duyarlar. Günümüzde toplumlara çeşitli sağlık hizmetleri sunan hastaneler, tüm sağlık sistemlerinin en önemli kuruluşlarıdır.

Dünya Sağlık Teşkilatı (WHO) hastaneleri “müşahade, teşhis, tedavi ve rehabilitasyon olmak üzere gruplandırabilecek sağlık hizmeti veren, hastaların uzun veya kısa süreli tedavi gördükleri yataklı kuruluşlar” olarak tanımlamaktadır.¹

1.2. Hastanelerin Sınıflandırılması

Hastaneler verdikleri tedavi hizmetlerinin türüne, yönetim ve kontrollerine, finansal kaynaklarının türüne (mülkiyet türüne), büyüklüklerine (yatak kapasitelerine), hastaların hastanede kalış sürelerine, kadrolu personelinin kompozisyonuna göre sınıflandırılabilir. Fakat yapılan sınıflandırmalarda genellikle, verilen tedavi hizmetinin türü, hastaların hastanede kalış süreleri, finansal kaynakların türü yani mülkiyet türü ve büyüklükleri esas alınmaktadır.

¹ Sağlık Bakanlığı Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği, (Ankara: Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü Yayın No: 449, 1983) s. 3.

Verilen tedavi hizmetinin türüne göre hastaneler genel ve özel dal hastaneleri olmak üzere iki ana grupta toplanmaktadırlar. Genel hastaneler, her türlü acil vaka ile yaş ve cinsiyet farkı gözetilmeksizin, bünyesindeki mevcut uzmanlık dallarıyla ilgili hastaların kabul edildiği hastanelerdir.² Özel dal hastaneleri ise, rehabilitasyon, doğum, psikiyatri gibi yalnızca tek bir tıp dalında uzmanlaşarak hizmet sunan hastanelerdir.³

Diğer bir sınıflandırmada ise, hastaların hastanede kalış süreleri esas alınmaktadır. Buna göre hastaneler kısa süreli hastaneler ve uzun süreli hastaneler olarak ikiye ayrılmaktadır. Kısa süreli hastaneler hastalarının % 50'den fazlasının 30 günden az hastanede kaldığı hastanelerdir. Uzun süreli hastaneler ise, hastalarının yarısından fazlasının bir aydan daha fazla hastanede kaldığı hastanelerdir.

Finansal kaynakların türüne, diğer bir başka deyişle mülkiyet esasına göre sınıflandırma, başka bir sınıflandırma türüdür. Burada hastanenin mülkiyetinin hangi kurum ve kuruluşlara ait olduğuna kurum veya kuruluşların niteliğine göre sınıflandırma yapılmaktadır.⁴ Finansal kaynaklarına göre hastaneler; kamu hastaneleri, özel hastaneler ve hayır kurumları, dernek hastaneleri şeklinde de sınıflandırılmaktadır.⁵

Organizasyon açısından diğer bir önemli sınıflandırma da hastanelerin büyüklüklerine (yatak kapasitelerine) göre sınıflandırılmasıdır. Çünkü hastane büyüdükçe bazı yeni hizmet birimlerine ihtiyaç duyulacağı gibi, diğer bazı birimler de yeterli büyüklüğe ulaşacaklarından organizasyonlarında değişiklikler olacak, böylece hastane içindeki idari kademelerin ve pozisyonların sayısında artışlar olabilecektir. Büyüklüklerine göre hastaneler 25, 50, 100, 200, 400, 600, 800 ve üstü yatak kapasiteli hastaneler olarak sınıflandırılmaktadır.

² Hikmet SEÇİM, **Hastane Yönetimi ve Organizasyonu-Türkiye’de Hastanelerin Organizasyonu İçin Bir Model Önerisi**, (İstanbul: İşletme Fakültesi Yayın No: 252, İşletme İktisadi Enstitüsü Yayın No: 145, 1991) s. 7.

³ Kurt DARR ve Jonathan S. RAKICH, **Hospital Organization and Management Text and Reading**, (National Health Publishing: 1989) s. XXIII.

⁴ SEÇİM, a.g.e., s. 8.

⁵ Münevver MENDERES ve Korkut ERSOY, “Genel Sistem Kuramı ve Sağlık Sistemi, Hastane Sistemi ve Hasta Bakım Alt Sistemi”, **Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi**, C. II., (1993) s. 41.

1.3. Hastanelerin İşlevleri

Dünya Sağlık Teşkilatı konu üzerindeki yayınlarından birisinde (1974) hastanelerin geleneksel işlevlerini;

- a) Bireylerin evlerinde, doktor muayenesinde veya kliniklerde, tedavi ve bakımlarının yapılması olanaklı görülmeyen hastaların tedavi ve bakımları,
- b) Doktorların ve yardımcı sağlık personelinin eğitimi,
- c) Tıbbi araştırma, biçiminde gruplandırırken, konu üzerinde çalışmalarda bulunan A. F. Wessen'de hastanelerin amaçları ve topluma sundukları hizmetleri
 - a) Hasta bakımı
 - b) Toplum sağlığı hizmetleri,
 - c) Eğitim,
 - d) Tıbbi araştırma
 - e) Varlığını sürdürebilme

olarak özetlemektedir.⁶ SEÇİM ise, hastanelerin işlevlerini, “hasta ve yaralıların tedavisi”, “eğitim”, “araştırma ve geliştirme” ile “toplumun sağlık seviyesine katkıda bulunma” olarak sınıflandırmaktadır. Bu konuda SEÇİM; varlığını sürdürme işlevinin tüm işletmeler için geçerli olduğu ve bahsedilen fonksiyonla yeterli şekilde icra edildiğinde hastanenin varlığını da sürdürebileceğini öne sürmektedir.⁷

1.3.1. Hasta ve yaralıların tedavisi

Hastanelerin temel işlevi hastalıkların tedavisidir. İnsan vücudunda hastalıklar farklı organlarda ve değişik nedenlere bağlı olarak meydana gelmektedir. Bu nedenle hastalıklar ve ölümler çok çeşitlidir. Hastalığın ortadan kaldırılması ile ilgili hizmetler “tedavi planı” olup, hekimler tarafından belirlenir ve yine hekimlerle birlikte tüm hastane işgörenleri tarafından uygulanır ve bu faaliyet “hasta bakımı” olarak nitelendirilir. Ayrıca hasta bakımı

⁶ Oktay ALPUGAN, “Hastane Yönetimi ve Ekonomik İlkeler”, Ege Üniversitesi İşletme Fakültesi Dergisi, Y. 1, S. 1-2, (Ekim-1981) s. 198.

⁷ SEÇİM, a.g.e., s. 9.

ise tıbbi bakım ve hastane bakımı olarak ikiye ayrılmaktadır. Tıbbi bakım; hekimin hastayı muayene etmesi, tanı ve tedavi hizmetlerini kapsar. Hastane bakımı ise, başta hemşirelik hizmetleri olmak üzere, hastanenin genel ve özel tüm hizmetlerini kapsamı içine alır.⁸

Hastalıkların tedavisi hastanelerin temel işlevidir. Hastalık ise insan vücudunun kimi işlevlerini yerine getirememesidir. Hastaneler günümüzde özellikle yüzyılın başındaki gelişmeler paralelinde poliklinik (ayaktan tedavi) hizmetlerini de klinik hizmetler kadar üretmek durumu ile karşı karşıya kalmaktadırlar. Bu süreci doğuran en önemli faktörlerden birisi hastalıkların epidemiyolojisinde meydana gelen değişimler ile tıbbi teknolojide meydana gelen gelişmelere paralel olarak teşhis ve tedaviye yönelik çok geniş yelpazedeki tıbbi cihazların kullanılmaya başlanması ve maliyeti çok yüksek olan bu cihazların ise ancak hastanelerde bulunabilmesidir. Tüm bu gelişmeler sonuçta hastaneleri sağlık sistemlerinin odak noktası haline getirmektedir.

1.3.2. Eğitim

Hastaneler aynı zamanda eğitim hizmetlerinin de sunulduğu sağlık örgütleridir. Hastanelerde verilen ya da hastanelerden beklenen eğitim hizmetleri, hastaların ve yakınlarının eğitimi, öğrencilerin eğitimi, hastane personelinin hizmet-içi eğitimi ile sağlık konularında kamu oyunun eğitimi olarak sıralanabilir.⁹

Hastanelerin kuruluşunda asıl amaç, hasta ve yaralıların tedavisidir. Bir hastanın sorunlarıyla ilgili eğitimi, hastalığın tedavisinde önemli olay ve bir hasta, hastalığı ile ilgili nedenli çok bilgiye sahip ise tedavi edilmesi de o denli kolay olur.¹⁰ Aynı zamanda hastanede yattığı dönemde eğitim verilen hastaların daha kısa sürede iyileşip; hastaneden taburcu oldukları gözlenmiştir.¹¹

⁸ Nevzat EREN, *Sağlık Hizmetlerinde Yönetim*, (Ankara: Hatipoğlu Yayınevi, 1985), s. 132-133.

⁹ SEÇİM, a.g.e., s. 15.

¹⁰ M. Nuri KALKAY, *Çağdaş Hekimliğin Sorunları*, (İstanbul: Tıbbi Kitaplar Dağıtım Serisi, 1981), s. 126.

¹¹ Rockwell SCHULTZ ve Altan C. JOHNSON, *Management of Hospital*, (2. B., New York: Mc. Graw-Hill Book Company, 1983), s. 68-70.

Bu nedenlerle hastaya ve yakınlarına hastalığın özellikleri ve tedavisi ile ilgili bilgiler verilmekte, bu konuda eğitilmektedirler. Bu eğitim, yalnızca hastanın tedavisi açısından değil, aynı zamanda hastane masraflarının azaltılması ve toplumun sağlık düzeyinin yükseltilmesi açısından da önem taşımaktadır.¹²

Hastanelerde verilen ikinci tür eğitim, öğrencilerin eğitimidir. Bu öğrenciler, tıp ve hemşirelik öğrencileri ile yardımcı tıp personeli sınıfına giren öğrencilerden oluşmaktadır. Bu öğrencilerin klinik eğitimleri hastanelerde yapılmaktadır. Bu nedenle tıp fakülteleri ve hemşirelik okulları, öğrencilerine klinik eğitim verebilmek amacıyla ya bir hastaneyle birlikte, ya da bir hastaneye bağlı olarak kurulmuştur. Böylece öğrencilerin okuldaki kuramsal eğitimlerinin yanı sıra, hastanede klinik gözlem ve uygulama yapabilme ve tecrübe kazanabilme olanağı sağlanmıştır.¹³

Personelin hizmet-içi eğitimi hastanede verilen bir başka eğitim türüdür. Tıptaki ve tıbbi teknolojideki hızlı gelişmeler ile hekim ve hemşire açığı, hastanelerdeki hizmet-içi eğitim faaliyetlerine önem kazandırmıştır. Hastaneye alınan yeni personelin işe alışmasını sağlamak, mevcut personelin bilgilerini tazelemek, yeni bilgiler edinmelerini sağlamak ve becerilerini geliştirmek için yapılan hizmet-içi eğitim, hekimlikte sürekli tıp eğitimi olarak adlandırılmaktadır.¹⁴

Hizmet-içi eğitimin önem taşıdığı diğer bir sağlık personeli de hemşirelerdir. Hem eski bilgilerini tazeleyebilmeleri, hem de hasta bakımında ve tedavi usullerinde ortaya çıkan yenilikler öğrenebilmeleri için, hemşirelerin iyi programlanmış bir hizmet-içi eğitimden geçirilmeleri zorunludur. Bu nedenlerle, hemşireler belirli aralıklarla kurslar, seminerler ve konferanslar şeklinde düzenlenen hizmet-içi eğitim programına, alınmaktadırlar.

Hastaneler teknoloji yoğun işletmeler olduğu için, insandan kaynaklanan hataları ortadan kaldırmanın tek yolu, teknoloji veya cihaz sistemleri kullanan işgücünün iyi ve

¹² SCHULTZ ve ALTON, a.g.e., s. 107-109, 128-131.

¹³ SEÇİM, a.g.e., s. 15.

¹⁴ SEÇİM, a.g.e., s. 16.

yeterli eğitimidir. Bu tür bir eğitimden geçmiş bir personelin kullandığı cihaz/sistemin verimliliğinin, niteliksiz bir personelin kullandığı cihaz/sistemin verimliliği ile kıyaslanamayacak kadar yüksek olacağı tartışılmaz bir gerçektir.¹⁵

Hizmet-içi eğitimde giderek önem kazanan diğer bir konu, hastane eczacılarının eğitimidir. Eczacıların hastanede yalnızca hap sayan ve gelen-giden ilaçların kayıtlarını tutan kişiler durumundan çıkartılarak, hastanın ilaç anemnezini alan, ilaç profilini çıkararak, hekim ve hemşirelere ilaçların dozları, bileşimleri, yan etkileri, reaksiyon meydana getirme durumları hakkında bilgi veren kişiler haline getirilmesi için hizmet-içi eğitim verilmektedir. Bu eğitimde, eczacıların tedavi ekibinde fonksiyonel hale getirilerek, büyük miktarlara ulaşan ilaç sarfiyatının önüne geçilmesi amaçlanmaktadır.¹⁶

Yapılan araştırmalarda sağlık bilimleri ile ilgili bilginin, mesleki yeteneğin yarılanma süresinin 5-7 yıl arasında değiştiği belirtilmiştir.¹⁷ Bu nedenle hastanelerde çalışan tüm meslek gruplarının, değişim ve gelişmeler konusunda hizmet-içi eğitim süreci kapsamında düşünülmesi; hastanelerin genel performansının iyileştirilmesinde katkı sağlayacaktır, denilebilir.

Yukarıda sözü edilen eğitim hizmetleri dışında hastanelerden beklenen diğer bir eğitim hizmeti de toplum sağlığı ile ilgili konular da kamuoyununun eğitimidir. Bu tür bir eğitimden amaçlanan ve topluma verilmek istenen hususlar şunlardır: Hastanede verilen hizmetler konusunda kamuoyununun bilgilendirilmesi, insanların periyodik sağlık kontrolü yaptırmaları ve bu kontrollerde hastaneleri kullanmaları konusunda teşvik edilmeleri, hastaneden korkan insanlara bu korkularını yenmelerine yardımcı olunması, devlete ait hastanelerde politik etkilerin ve müdahalelerin azaltılması, hastane standartlarının neler

¹⁵ Hikmet SEÇİM ve Talat PEKELMAN, “Hastanelerde Verimliliği Yükseltici Uygulamalar: Biyomedikal Mühendislik Hizmetleri”, içinde: Hikmet SEÇİM (der.) **Hastane İşletmeciliği (Seçme Yazılar)**. (Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayın No: 845, AÖF Yayın No: 449, 1985), s. 229.

¹⁶ SEÇİM, **Hastane Yönetimi ve Organizasyonu**, a.g.e., s. 17.

¹⁷ Güler AKSOY, “Hemşirelikte Sürekli Eğitim”, **1. Ulusal Hemşirelik Eğitim Sempozyumu**, Bildiriler, İç inde: a.y. (der.) (İstanbul: Hilal Matbaacılık A.Ş., 1988), s. 177.

olduğu bu standartların neden ve nasıl geliştiğinin kamuoyununa açıklanması. Bu amaçlarla yürülecek eğitim faaliyetlerinin başarıya ulaşabilmesi için, diğer hastanelerle, çeşitli kamu kuruluşlarıyla, mesleki örgütlerde gönüllülerle ve hastaneden şifa bularak taburcu olmuş hastalarla işbirliği yapılması, onların desteğinin sağlanması gerekmektedir.

1.3.3. Araştırma ve geliştirme

Hastanelerdeki araştırma ve geliştirme faaliyetleri biri tıbbi diğeri idari olmak üzere iki türdür. Tıbbi araştırma faaliyetleride klinik araştırma ve geçmişe dönük (rekrospective) araştırma olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. Klinik araştırma, hasta ya da deney hayvanları üzerinde yapılan bir araştırmadır. Geçmişe dönük araştırma ise, hasta dosyalarına dayanılarak yapılan araştırmadır. İdari araştırma, hastanedeki işletmecilik sorunlarının saptanıp, çözümüne yönelik araştırmadır.¹⁸ Hastanelerde karşılaşılan işletmecilik sorunlarının çözümünde idari araştırma ve geliştirme faaliyetleri önem kazanmaktadır. Batıda, özellikle ABD’de hastane endüstrisi büyük endüstriler arasında yer aldığından, hastanelerde idari araştırmalara çok önem verilmektedir. Bir tedavi, eğitim, araştırma ve kamu kurumu olabilmenin gereği olarak, oldukça karmaşık bir yapıya sahip bulunan ve finansman, yatırım, yönetim gibi çeşitli sorunlarla karşı karşıya bulunan hastaneler, işlevleri gereğince yerine getirebilmek için bir çok önemli örgütsel sorunu da çözüme götürmek zorundadırlar.¹⁹

1.3.4. Toplumun sağlık seviyesinin yükselmesine katkıda bulunma

Hastaneler yukarıda sözü edilen işlevleri yürütürlerken dolaylı olarak toplumun sağlık seviyesini de yükseltmektedirler. Günümüzde hastanelerin tedavi edici tıp alanından başka, koruyucu tıp alanında hizmet vermeleri beklenmektedir. Hastanelerin toplum sağlığını tehdit eden hastalıklar veya tehlikelerle mücadelede hastanelerin kendi başlarına yapabilecekleri oldukça kısıtlıdır.²⁰ Hastanelerin koruyucu tıp alanında hizmet verebilmesi için diğer hastane ve sağlık işletmeleri, kamu kuruluşları ve demokratik kitle örgütleri ile işbirliğine gidilmesi gerekmektedir.

¹⁸ SEÇİM, *Hastane Yönetimi ve Organizasyonu*, a.g.e., s. 18.

¹⁹ David MECHANIC, *Medikal Sociology. A Selective View*, (New York: The Free Press, 1968), s. 339.

²⁰ SEÇİM, *Hastane Yönetimi ve Organizasyonu*, a.g.e., s. 19.

1.4. Hastanelerin Örgütsel Açıdan Özellikleri

1.4.1. Hastaneler birer hizmet örgütüdür

Örgütler farklı ölçütlere göre sınıflandırılabilirler. Örgütlerden “kimlerin yararlandığını” temel ölçüt alan bir sınıflandırmaya göre hastaneler, öncelikle müşterilerine ya da ilgili halk kesimine yarar sağlayan hizmet örgütleri arasında sayılmıştır.²¹ Toplumun sağlık seviyesinin yükseltilmesine katkıda bulunma fonksiyonu düşünüldüğünde hastanelerin kamu yararına faaliyet gösteren kuruluşlar arasında yer aldığı ileri sürülebilir. Fakat hastanelerin esas kuruluş nedeni, hastalara tedavi hizmeti vermek olduğu için hizmet organizasyonları arasında sayılmıştır.²²

Hizmet kuruluşlarının, dolayısıyla hastanelerin en önemli özelliği hastalarının kendilerine sunulan tedavi hizmetlerinin türünü, niceliğini ve kalitesini belirleme ve değerlendirme olanağından yoksun olmalarıdır. Bu husus, hastaneleri diğer pek çok organizasyondan ayıran önemli bir özelliktir.²³ Tüketicinin ürünler ve hizmetler hakkında geniş ve yeterli bilgiye sahip olması pazarı etkin biçimde çalışabilmesi için gereklidir. Sağlık hizmetlerinde, tüketicilerin talep edecekleri hizmet ve ürünler konusunda bilgisiz olmaları önemli bir özelliktir. Sağlık konusu ancak uzun bir eğitim dönemi sonunda uzmanlık kazanmış kişilerin bilebileceği karmaşıklıktadır. Asıl sorun, ürün ve hizmetin özelliklerini bilmek değil, hizmetin getirebileceği faydanın bilinmemesidir. Böylece, satın alınan getireceği riskin büyük olması, sağlık hizmetleri kullanımında uzman bilgisinden yararlanmayı gerektirmektedir.²⁴ Bu bağlamda, hastanın kendisine uygulanan tedaviyi kontrol etme olanağı olmadığından, tedavi hizmetlerinin gözetimi ve denetimi, tıbbi hizmetlerin organizasyonunda önem kazanan hususlar olmaktadır. Özellikle hasta üzerinde yapılan klinik araştırmalar, hasta açısından risk unsuru taşıdığından, bu gözetim ve denetim konusu daha önemli hale gelmektedir.²⁵

²¹ Mehmet SAĞLAM, *Örgütsel Değişme*, (Ankara: Doğan Basımevi, TODA İE, Yayın No: 185, 1978), s. 109.

²² SEÇİM, a.g.e., s. 19.

²³ Ayşe ÖNCÜ, *Örgüt Sosyolojisi*, (2. B., Ankara: Turhan Kitabevi, 1982), s. 47.

²⁴ Yavuz ODABAŞI, *Sağlık Hizmetleri Pazarlaması*, (Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayın No: 799, 1994), s. 28.

²⁵ SEÇİM, a.g.e., s. 26.

Gelişmiş ülkelerde bir hastanenin güvenilir olması, bakım hizmetlerinde kalite sağlamak ve değerlemek için oluşturduğu komitelerle ve bu komitelerin başarılı çalışmasıyla ölçülmektedir.²⁶ Cerrahi vakaları inceleme, enfeksiyon kontrol, doku, ilaç kullanımını değerlendirme ve kan kullanımının değerlendirme komiteleri yukarıda bahsetmiş olduğumuz gözetim ve denetim işlevini kısmi veya bütün olarak yerine getirmektedirler.

Hizmet işletmelerinin çoğu emek yoğun işletmeler olduğu halde, hastaneler sermaye yoğun işletmelerdir. Tıp bilimindeki ve teknolojisindeki gelişmeler, belli düzeyde sağlık talebini karşılayabilmek için sunulan kapasite büyük yatırımlar gerektirmektedir.²⁷

Hastanelerin tüm hizmet sektörü içinde de özel bir yeri vardır. Bir ülkede hastaneler, ekonomik faaliyetlere katılsın veya katılmasın toplumun tümüne hizmet sunarlar. Dolayısıyla tarım sektörü, imalat sektörü ve hizmet sektörlerinde çalışan işgücü hastalandığında veya her hangi bir kazaya uğradığında bu sistemden yararlanırlar.²⁸

1.4.2. Hastaneler karmaşık yapıda örgütlerdir

Her toplumda rastlanan en karmaşık organizasyonlardan birisi de hastanelerdir. Hastanelerin karmaşıklığının nedenlerinden biri, hastane dışında hastaneyi etkileyen etmenlerin yani hastane çevresinin çok karmaşık oluşudur.²⁹ Tüm gelişmiş modern ulusların anayasalarında yaşam ve sağlık kavramları doğuştan kazanılmış bir hak olarak yer almakta, buna paralel olarak devlet tüm yapılanması ile sağlık hizmetlerinin sunum ve denetim sürecinde yerini almaktadır.

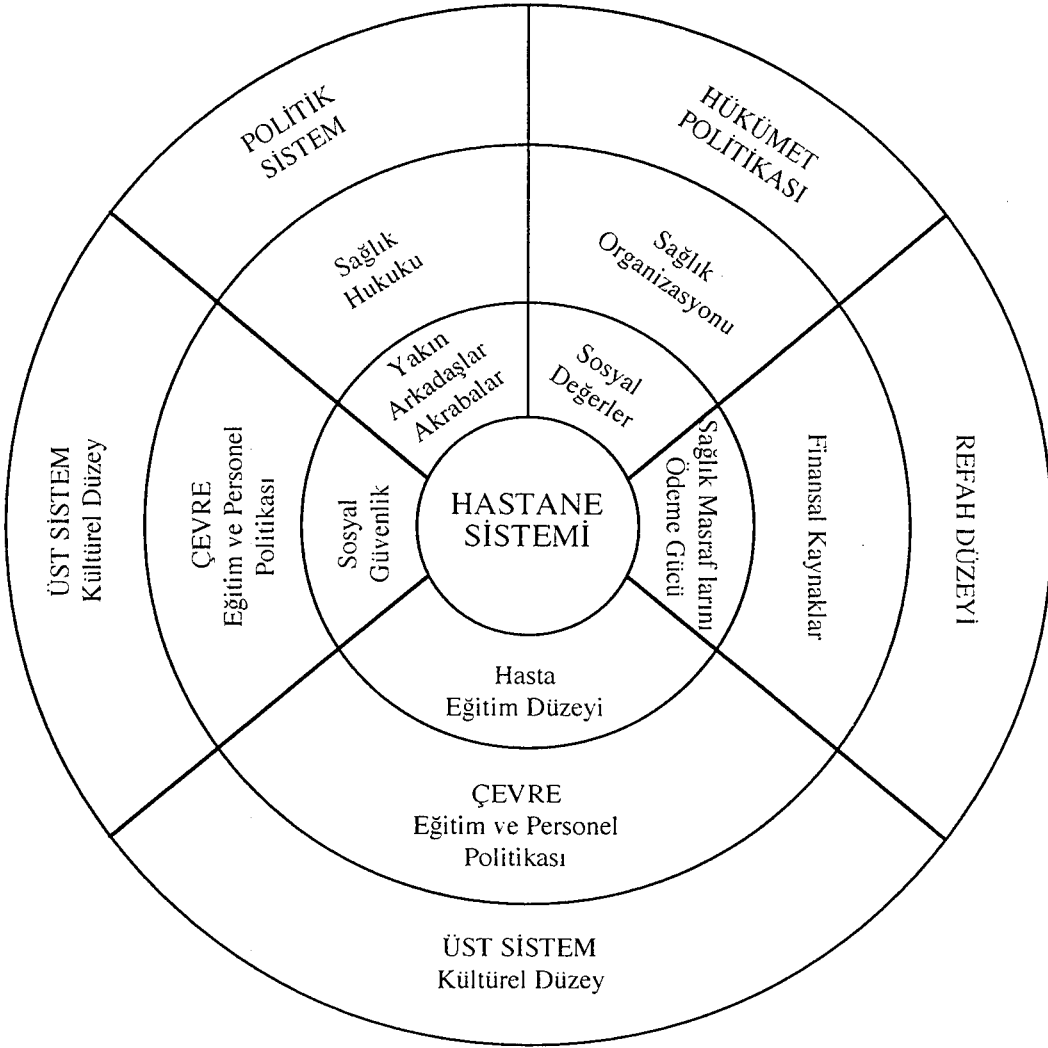
²⁶ Nuriye ÇATALCA, "Hastane Hizmetlerinde Kalite Sağlamada ve Değerlemede Komitelerin Rolü", **Anadolu Üniversitesi Açık Öğretim Fakültesi Dergisi**, C. 1, S. 1, (Haziran 1994), s. 14.

²⁷ Münevver MENDERES, **Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi**, Cilt: I, S. 1, (Kış 1992), s. 26.

²⁸ Ali Ekrem ÖZKUL, **Sağlık Sistemleri Planlama ve Kontrolü** (Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayın No: 819, Açıköğretim Fakültesi Yayın No: 429, Ekim-1994), s. 11.

²⁹ SEÇİM, **Hastane Yönetimi ve Organizasyonu**, a.g.e., s. 62.

Aşağıda yer verdiğimiz şekil incelendiğinde hastane çevresinin karmaşıklığı daha net görülebilir.



Kaynak: MENDERES ve ERSOY, a.g.m., s. 42.

Şekil 1: Açık Bir Sistem Olarak Hastane

Hastaneye gelen her hasta farklı tanı ve tedavi özellikleri gösterir. Tedavi hizmeti üreten hastaneler bu yüzden hizmetin tümünü nitelik ve nicelik açısından önceden belirleme ve değerlendirme durumunda değildirler. Bu yüzden herhangi bir an için hastaneye olan talep doğru olarak tahmin edilememektedir.³⁰

³⁰ Münevver MENDERES, a.g.e., s. 8.

Yine bu paralelde, hastaneye gelen hastanın tedavi talebinin acillik özelliği göstermesi ve reddedilemez nitelikte oluşu gerek donanım, gerekse personel açısından hastanenin her zaman kullanıma hazır tutulmasını gerektirmektedir. Bunun bir sonucu olarak, hastanede tam kapasite çalışmayan ve zarar eden servisler veya birimler kapatılmamaktadır. Bu ise, hastanede fazla sayıda personel istihdamına yol açtığı gibi hastanelerin sabit maliyetlerini de yükseltmektedir.

Hastanedeki aşırı iş bölümü ve uzmanlaşma, yapısal karmaşıklığa yol açan nedenlerden bir başkasıdır.³¹ Hastaneler benzer büyüklükteki örgütlerle karşılaştırıldığında, hastanelerdeki iş bölümü ve uzmanlaşmanın düzeyi çok yüksektir.³²

Hastane görevleri; birbirinden çok farklı öğrenim, eğitim, yetenek, geçmiş yaşantılar, değerler, ihtiyaç ve fonksiyonlara sahip çok sayıda meslek elemanını bünyesinde barındıran gruplar tarafından yerine getirilir. Hastanede görev yapan ana grup yöneticiler, doktorlar, hemşireler ile genel ve özel hizmet bölümlerinde çalışan personelden oluşur. ABD’de 1970 yılında 225 farklı meslek grubunun sağlık söktöründe çalıştığı tesbit edilmiştir.³³ ABD’de Department of Labor tarafından yapılan araştırmada 800 değişik iş ünvanı saptanmıştır. Hizmet-içi eğitimle eğitilen yardımcı personelden oldukça yüksek düzeyde eğitilmiş beyin cerrahına kadar değişen personel, karmaşık ve çok pahalı teçhizat, yapılan faaliyetlerin yaşam ve ölümle ilgili olması ve ortaya çıkan stres, hastanelerin kendine özgü özelliklerini ve yaratıcı çözümler gerektiren önemi sorunları artırır.³⁴

Hastanelerdeki iş bölümü ve uzmanlaşma düzeyinin çok yüksek olması nedeniyle herhangi bir bölüm ya da grubun fonksiyonunu yerine getirebilmesi, diğer bölüm ya da gruplara bağımlıdır. Hiç bir bölüm fonksiyonunu diğerlerinden bağımsız olarak yerine getiremez. Aksine, sadece karşılıklı bağımlı olarak çalışabilirler, çünkü girdileri ve çıktıları

³¹ SEÇİM, **Hastane Yönetimi ve Organizasyonu**, a.g.e., s.21.

³² Sıdıka KAYA, **Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi**, Cilt: 1, Sayı: 1, (Kış 1992), s. 74.

³³ GEORGO POULOS, B. G. MANN, F. C., **The Hospital as an Organization**, ala. J. S. RAKICH, K. DARR, **Hospital Organization And Management: Text and Readings**; (Spectrum Publication, Inc, New York: 1978), s. 19-28.

³⁴ SCHULZ ve JOHNSON, a.g.e., s. 127.

yüksek düzeydeki fonksiyonel bağımlılık, hastanenin amaçlarına ulaşabilmesi için bölümler ve grupların uzmanlaşmış çeşitli fonksiyon ve faaliyetlerin uygun olarak koordine edilmesini gerektirir.³⁵

Hastanedeki karmaşıklığın diğer bir nedeni de, kullanılan teknolojinin karmaşık oluşudur. 1969 yılına kadar hastanelerde kullanılmak üzere 100.000 değişik cihaz üretilmiştir.³⁶ Teknolojinin hızla ilerlemesi, hastanelerde uzmanlaşmanın artmasına ve yeni uzmanlıkların doğmasına neden olmaktadır.

Hastaneleri karmaşık kılan bir başka neden de; hastanelerin işlevleri arasında yer verdiğimiz eğitim işlevidir. Özellikle tıp fakültesi ve hemşirelik okulu öğrencilerine uygulamaya dayalı eğitim verebilmek amacıyla bu okullar ya bir hastaneye bağlı olarak ya da bir hastane ile birlikte kurulmaktadır. Hastanelerde çalışan diğer meslek gruplarını yetiştiren eğitim kurumlarının da uygulama alanı olarak yoğun şekilde hastaneleri kullanılmış bu eğitim hizmetlerinin örgütlenmesinde, öğrencilerin hastaneye geliş ve ayrılışlarının takibi, bu öğrencilere verilerek eğitim hizmetlerinin programlanması, öğrenciler ile hastane personeli arasındaki iletişim sorunlarının çözümü gibi ek sorunları da beraberinde getirmektedir.

1.4.3. Hastaneler matriks yapıda örgütlerdir

Hastaneler matriks yapıda örgütlerdir. Matriks organizasyon, faaliyetlerin fonksiyon esasına göre gruplandırıldığı bir organizasyon üzerine proje organizasyonunun monte edilmesiyle ortaya çıkan bir yapıdır.³⁷ Matriks organizasyon yapısı, tarifi icabı, dikey ve yatay ilişki olmak üzere iki ayrı ilişki üzerine kurulmuş bulunmaktadır. Dış organizasyon yapılarında dikey ilişkiler (Emir komuta ilişkileri) esastır, yatay ilişkiler istisnadır ve uygulaması özel şekilde tarif edilmiştir. Örneğin bir fonksiyonel yetki uygulaması gibi. Bu karşılık, matriks bir yapıda, hem dikey hem yatay ilişkiler aynı derecede öneme sahiptir ve biri diğerine üstün değildir.³⁸

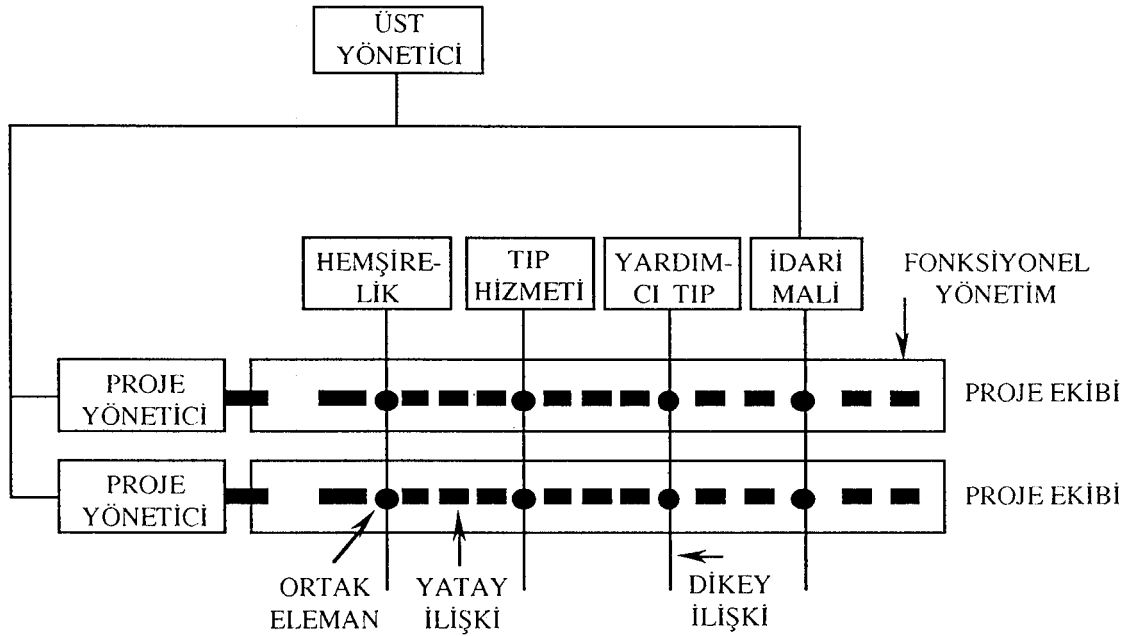
³⁵ Niohan X. KİKTANE, "Organizational Dilemma in Hospitals", **Hospital process**, X01: ss, White, D.D., Wisdom, B. L. (1985) s. 28.

³⁶ SEÇİM, **Hastane Yönetimi ve Organizasyonu**, a.g.e., s. 22.

³⁷ SEÇİM, **Hastane Yönetimi ve Organizasyonu**, a.g.e., s. 24.

³⁸ Tamer KOÇEL, **İşletme Yöneticiliği**, (4. Basım, İstanbul: Beta Basım Yayım Dağıtım A.Ş., 1993), s. 229.

Aşağıda yer verilen Şekil 2 ve Şekil 3 incelendiğinde matriks organizasyonda iki tür yönetici bulunmaktadır. Fonksiyonel yönetici ile proje yöneticisi. Fonksiyonel yönetici, işin kimler tarafından nerede (hangi projede) ve mesleki açıdan nasıl yapılacağı konularıyla ilgilenmektedir. Proje yöneticisi ise, neyin ne zaman ve neden yapılacağını belirlemektedir.³⁹ Dolayısıyla uzmanlık bölümleri içinde çalışan personel bir yandan uzmanlıkları nedeniyle ilgili bölümün yöneticisine (Dikey İlişki) bir yandan da bu uzmanlıklarını belirli bir proje de uyguladıkları için bu projenin yöneticisine (Yatay İlişki) karşı sorumlu olacaklardır. İşte matriks yapıyı diğerlerinden ayıran özellik budur. Bu yapıda, proje yöneticisi daha önceki yapılarda gördüğümüz emir-komuta yetkisine değil, fakat matriks yapının bir özelliği olan “Proje Yetkisi”ne (Project Authority) sahiptir. Ayrıca proje yöneticisi ile uzmanlık bölümleri arasında astlık-üstlük ilişkisi yoktur. Ancak bu yöneticilerde, projenin gerçekleşmesi için birlikte çalışmak zorundadır. Bütün bu özellikler, aynı zamanda, matriks yapının çalışmasındaki güçlükleri de ifade etmektedir.⁴⁰

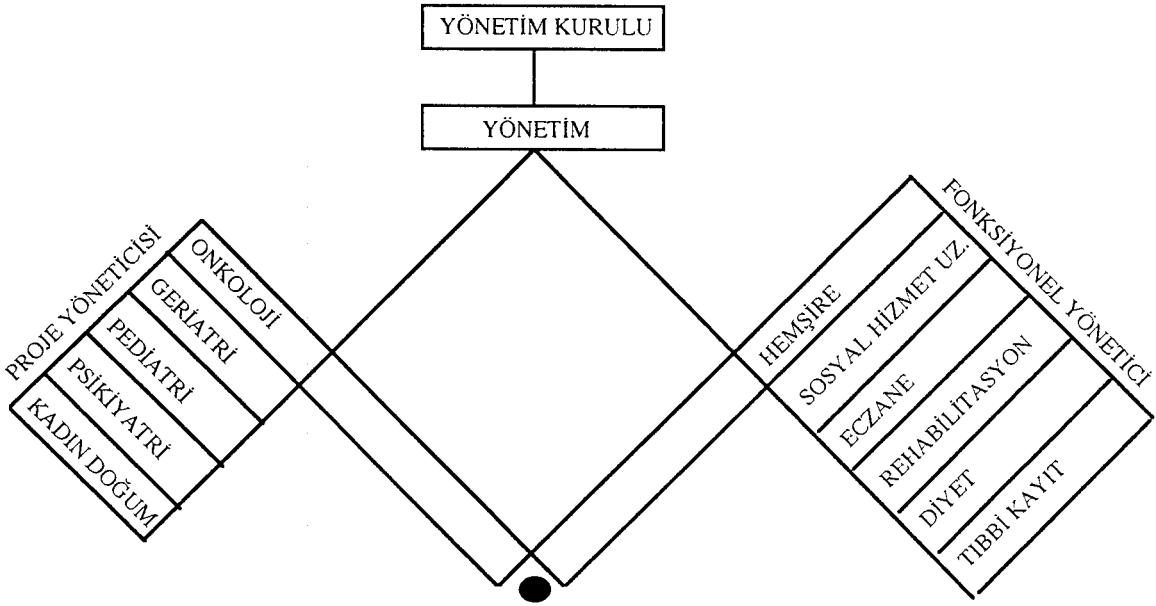


Kaynak: KOÇEL, s. 231 uyarlanmıştır.

Şekil 2: Matriks Örgüt Yapısı

³⁹ SEÇİM, *Hastane Yönetimi ve Organizasyonu*, a.g.e., s. 24.

⁴⁰ KOÇEL, a.g.e., s. 230.



Kaynak: DARR ve RAKICH, s. 107.

Şekil 3: Matriks Model

Yukarıda genel olarak açıklamaya çalıştığımız matriks yapının başlıca özellikleri şöyle sıralanabilir: Projeyi oluşturan işlerin gerçekleştirilmesi sorumluluğunu fonksiyonel yöneticiler ve proje yöneticileri müştereken taşımaktadır. Proje yöneticisi ile fonksiyonel yönetici arasında hiyerarşik bağ yoktur. Dolayısıyla, birisi diğerine emir veremez. Proje ekibi içinde yer alan elemanlar iki ayrı amire bağlıdırlar. Dolayısıyla bu elemanlar her iki amiri de tatmin etmek durumundadırlar. Matriks organizasyonda yetkinin kaynağı mevki veya pozisyon değil, fakat bilgi ve yetenektir. Örgüt içi iletişim çok yönlüdür. Projenin gerçekleşmesi için planlama koordinasyon son derece önemli hale gelmiştir. Projenin gerçekleşmesinden sonra, proje ekibi içinde yer alan uzman, eğer devreye giren başka bir proje ekibine tayin edilmemişlerse kendi bölümlerine dönerler.

Matriks organizasyonun yapısı itibarıyla bünyesinde pek çok sorun taşımaktadır. Klasik hiyerarşik bir organizasyon içinde sorun olmayan pek çok olay, matriks bir yapı içinde bazen krize dönüşebilmektedir. Bu bağlamda matriks yapıda karşılaşılabilecek ana sorunlar; kişilerin performans değerlendirme sorunu, beşeri ilişkilerde yumuşaklık, tam bir haberleşme zorunluluğu, karışıklık ve düzensizliğe açık oluşu, iş ilişkilerinde açıklık ve sorun çözme yaklaşımını gerektirmesi, çatışmalara açık oluşu, önderlik gerekliliğidir.⁴¹

⁴¹ KOÇEL, a.g.e., s. 233-235.

1.4.4. Hastaneler günün 24 saati hizmet sunan işletmelerdir

Hastaneye gelen hastanın tedavisi acillik ve reddedilmezlik özelliği gösterdiği ve hastanedeki bir kısım hastanın sürekli bakım altında tutulması gerektiği için hastanelerde tüm gün boyunca hizmet verilmektedir. Bu nedenle özellikle ameliyathane, yoğun bakım, acil servis ve klinik hizmetlerinin hastanelerin kaliteye yönelik olarak sıfır hata amaçlarını gerçekleştirebilmeleri için günün her saatinde aynı kalitede hizmet sunumunu gerekli kılmaktadır. Bu amaca yönelik olarak bu hizmet birimlerinde çalışacak personelin vardiya ve nöbet çizelgelerinin tanziminin bir yandan sorunlar çıkarırken, özellikle gece vardiyalarında çalışan personelin performanslarının denetiminde sorunlar doğurmaktadır. Özellikle gece çalışan personelin kişiler arasında ilişkilerinde ve göreve bağlılıklarında zayıflık görüldüğünden, hastanelerin gece ve akşam vardiyalarındaki yönetimi, gerek hastane giderlerinin kontrolü, gerekse hastanın sağlığı açısından önem taşımaktadır.⁴²

1.4.5. Hastane personelinin önemli bir kısmı bayanlardan oluşan işletmelerdir

Hastanelerdeki işgücünün önemli bölümünü, yaklaşık üçte birini bayanlar oluşturmaktadır. Bayan personelin bir özellik olarak ele alınmasının nedeni, bayan personel arasında devir hızının yüksek olmasıdır.⁴³ Hacettepe Üniversitesi uygulama hastanesinde bu konu ile ilgili yapılan bir araştırmada bayanlardan oluşan meslek grubu hemşireler de % 8.9, diyetisyenlerde hasta bakım kalitesini, fiziksel aletler ve ekipmanla birlikte hastanenin her düzeyindeki personel belirlemektedir.⁴⁴

Yukarıda hastanelerin tanımı, sınıflandırılması işlevleri ve örgütsel özellikleri anlatılıyor, bundan sonraki bölümde de eczacılık hizmetlerinin, tanımı, hastanelerde işlevleri anlatılacaktır.

⁴² SEÇİM, *Hastane Yönetimi ve Organizasyonu*, a.g.e., s. 26.

⁴³ SEÇİM, *Hastane Yönetimi ve Organizasyonu*, a.g.e., s. 27.

⁴⁴ Sıdıka KAYA, Ahmet AKGÜN, "Hacettepe Üniversitesi Uygulama Hastanesinde Personel Devri" *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, Cilt: 2, (1993), s. 24.

2. ECZACILIK HİZMETLERİNDE TEMEL KAVRAMLAR

2.1. Hastane Eczanesinin Tanımı

Hastane eczanesi; hastanede yasal olarak bu işi yapabilecek işinin ehli bir eczacının yönetiminde bakım üniteleri ve diğer servisler için bütün ilaçların tedarik edildiği, hastane içindeki ve dışındaki hastalar için özel reçetelerin hazırlandığı, ilaç preparatlarının büyük miktarlarda imal edildiği, narkotiklerin ve reçete ile verilen ilaçların dağıtıldığı, biyolojik maddelerin depolandığı ve sterilize edildiği ve diğer mesleki gereçlerin saklandığı ve dağıtıldığı bir bölümdür,⁴⁵ biçiminde tanımlanmaktadır.

Ancak günümüzde gerek hastane işletmeciliği sektöründe gerekse de eczacılık hizmetlerindeki yaklaşım değişikliklerine paralel olarak klasik anlamdaki bu tanımın yanı sıra aşağıdaki bir tanımlamada şu şekilde yapılabilir.

Hastane eczanesi; hastanelerde üretilen tedavi hizmetlerinin temel girdisi konumundaki ilaç ve tıbbi malzemelerin temini, depolanması ve hasta bazında dağıtımı, hekim ve hemşirelerden oluşan hasta tedavi ekibi içinde hastanın tedavi planı paralelinde ilaç kullanım planının oluşturulması (klinik eczacılık), personel ve hasta/hasta yakınlarının eğitimi ve de araştırma, geliştirme faaliyetlerinin örgütlendiği bir hastane ünitesidir.

Hastane Eczacısı ise, yukarıdaki tanımda yer verilen işlevleri yerine getiren profesyonel bir işgören grubudur.

Hastanelerde eczacılık hizmetlerinin temel konusu olan ilaç ise Dünya Sağlık Örgütüncü (WHO) şöyle tanımlanmaktadır.

İlaç; fizyolojik sistemleri veya patolojik durumları kullananın yararı için değiştirmek veya incelemek amacıyla kullanılan veya kullanılması önerilen herhangi bir bileşik veya üründür.

⁴⁵ William E. HASSAN, **Hastane Eczacılığı**, (Çev. BÜYÜKBİNGÖL, ERDEM ve diğ.), (Ankara: Ankara Üniversitesi Basımevi, 1985), s. 1.

Bu alanlarda sürdürülen fonksiyonlar “mesleki kimlik” olarak yansiyıp tanımlaması da aşağıdaki gibi yapılabilmektedir.

Eczacılık, hizmet alanları, mesleki sorumlulukları, mesleki hizmet veriliş yöntemleri ile hizmeti, diğer sağlık personeli ile ortaklaşa sürdürebilme koşulları toplumsal gelişmeler doğrultusundaki düzenlemelere açık bir yapılanma gösteren ve insanı ve çevresini fiziksel, biyolojik, ruhsal ve sosyal boyutları ve bireysel davranış kalıpları içerisinde algılayıp değerlendiren, sorunlarına gerçekçi ve kalıcı çözümler sağlayabilen bilimsel, temel bir sağlık disiplini⁴⁶.

2.2. Hastanelerde Eczacılık Bölümünün İşlevleri

Hastanelerde üretilen hasta bakım hizmetlerinin temel girdileri konumundaki ilaç, tıbbi malzeme ve parenteral (yapay) beslenme ürünleri ile ilgili hizmetleri üreten eczanelerin işlevleri genel olarak;

- Üretim işlevi (majistral ilaç üretimi)
- İlaç lojistiği (satın alma depolama, envanter denetimi ve dağıtımı)
- Eğitim hizmetleri
- Araştırma geliştirme
- Klinik eczacılık
- Evde bakım hizmetleri ve eczacılık hizmetleri

ana başlıkları altında toplanabilir.

2.2.1. Üretim (Majistral İlaç Üretimi)

1940'lı yıllara değin hastane eczanesinin temel işlevi daha çok bitkisel, hayvansal ve madensel kaynaklardan ilaç hazırlama, saklama, etiketleme ve hastaya sunma şeklindedir.⁴⁷

⁴⁶ Türk Eczacılar Birliği, **I. Ulusal Eczacılık Eğitimi Kurultayı**, (Ankara: 11-12-13-14 Nisan 1995), s. 8.

⁴⁷ **I. Ulusal Eczacılık Eğitimi Kurultayı**, (a.g.e., 11-12-13-14 Nisan 1995), s. 9.

Yaşadığımız 20. yy.'da ise, eczacılık hizmetlerinde önemli değişimler yaşanmıştır. Bu değişimin en önemli nedeni ise hastane hizmetlerinde yaşanan değişimlerdir. Özellikle 19. yüzyılda bilim ve meslek olarak hekimliğin artık hastanelerde gelişmeye başlamış olması, daha önceki çağlarda, yalnızca kütüphanelerden yapılan çalışmalarla geliştirilmeye çalışılan hekimlik, bu yüzyılda hastanelerde geliştirilmeye başlanmıştır. Çünkü hastanelerde hasta sayısı giderek artmış, klinik gözlem ve otopsi için daha önce bulunamayan vakalara sahip olma olanağı doğurmuştur. Bu paralelde diğer alanlarda olduğu gibi eczacılık hizmetlerinde de değişim yaşanmış, sulfa ilaçları ve penisilinin ve benzeri diğer antibiyotiklerin bulunuşu, kemoterapide sağlanan gelişmeler,⁴⁸ binlerce yıldan beri her eczacının temel işlevi olan ilaç üretiminin fabrikalara kaymasına neden olmuştur. Sözelimi 25 yıl önce reçetelerin % 75'i eczacılar tarafından hazırlanırken, günümüzde reçeteye yazılan ilaçların % 90'ı fabrikalarda üretilmektedir.⁴⁹ Bu gelişme aynı zamanda hastane eczacılığının temel işlevi olan ilaç üretimi işlevinin önemini yitirmesine neden olurken diğer yandan da hastane eczanelerine ek işlevler yüklediği gibi bir yandan da ikincil planda kalan işlevleri ön plana çıkarmıştır.

2.2.2. İlaç lojistiği

Hastane eczanelerinin rutin ve önemli işlevlerinden biri de ilaç lojistik hizmetleridir. İlaç lojistiği kavramı bir hastane eczanesinin ilaç gereksiniminin satın alma, depolama, envanter denetimi ve talep eden hizmet ünitelerine dağıtımını sağlamaktadır. Gelişmiş sağlık sistemlerinde, hastanelerde eczane girdilerinin satın alınmasında kullanılan en önemli yöntem hastane formülleri oluşturmaktadır. Hastane formülleri tıp personelinin klinik teşhislerini yansıtan ve sürekli gözden geçirilen ilaç kataloğudur. Hastane formülleri sistemi ile Eczacılık ve Terapötikler Komitesinde görev alan hastane personelinin, hasta bakımında en yararlı ilacı ve dozaj formunu birçok preparat arasından seçmesine yarayan bir sistemdir. Aynı zamanda hastane formülleri sistemi ilaçların sağlanmasını, dağıtılmasını ve hastaya verilmesini sağlar.⁵⁰

⁴⁸ SEÇİM, *Hastane Yönetimi ve Organizasyonu*, a.g.e., s. 12.

⁴⁹ HASSAN, a.g.e., s. 42.

⁵⁰ HASSAN, a.g.e., s. 53.

Hastane formüllerinin hazırlanmasında asıl sorumluluk Eczacılık ve Terapötikler Komitesinin olmasına karşın, bu iş başeczacıya verilmiştir. Komite formülleriyle alınacak materyalle ilgili gerekli kararları almakta serbesttir ve eczacı hazırlığın yapılmasını üstlenir.⁵¹

Formüller genellikle terapötik ajanların jenerik isimleriyle birlikte etki, şekil, pozoloji, toksikolojisiyle kullanım ve dozlarıyla ilgili bir bilgi içerir. Oysa ilaç listesi genellikle jenerik isimleriyle etki ve şekliyle terapötik ajanların listesini içerir. Bazı ilaç listelerinde verilecek ilaçların önerilen miktarları (kullanma dozları) da bulunmasına karşın ilave bilgiler ilaç listesinde olabilir de olmayabilir de.⁵²

Bugün bütün gelişmiş ülkelerde uygun olmayan antibiyotiklerin kullanımını kontrol etmede ve kısıtlamada en yaygın yöntem, “hospital formülyarı: (hastane formülleri)” yani hastane ilaç listesini oluşturmaktadır. Hastane formülleri hastanede kullanılabilecek ilaçların bir çizelgesidir. Her yıl hastane patojenlerindeki antibiyotiklerin direnç gelişimi, piyasaya verilen yeni antibiyotikler ve tedavi maliyetleri gözönüne alınarak belirlenir. Hastane formülleri uygulanmasının en önemli amacı hekimlerin hastalarına en uygun en güvenli ve en ucuz ilacı vermelerine yardımcı olmaktır. Hastane formülleri birçok formostik içinden hasta için en etkili ve maliyet açısından en uygun olduğu düşünülen ilaçları seçer ve klinisyene yol gösterir.

Diğer bir deyişle formüller sistemin amacı maliyet-etkin reçete yazılmasını teşvik etmek ve hasta bakımının kalitesini iyileştirmektir. Formüllerdeki aynı temel tipteki ilaçların tekrarı en aza indirilmelidir. Hastane formülleri uygulaması ve belirli antibiyotiklerin kısıtlanması, bu uygulamaları yapan merkezlerde maliyetleri ciddi oranda düşürdüğü gibi bu uygulamadan beklenen diğer faydalarıda büyük oranda sağlamıştır. İstanbul Tıp Fakültesi’nde yapılan kontrol programları sonrasında döner sermayeden antibiyotiklere ayrılan pay % 60’lardan % 20’ye düşürülmüştür.⁵³

⁵¹ HASSAN, a.g.e., s. 57.

⁵² HASSAN, a.g.e., s. 58.

⁵³ “Hastane İnfeksiyonları ve Antibiyotik Çılgınlığı”, **Medinews Dergisi**, Sayı No: 1 (10 Mart 1998), s. 6.

Gelişmiş sağlık sistemlerinde hastanelerde ilaç kullanımını değerlendirme komitesi bulunmaktadır. Komite üyeleri hekimlerden ve eczacılardan oluşmakta, komite başkanlığını hekimlerden biri yapmakta ve komite sekreterliğini ise eczacılık müdür veya başeczacı üstlenmektedir. Komitede beş üyenin bulunması yeterli olmaktadır.⁵⁴

Komitenin amacı; hastanede kullanılacak ilaçların seçimi, sağlanması, dağıtımı ve kullanımına ilişkin politikaların tespiti, hekim, hemşire ve eczacı personelin ilaçlar konusundaki eğitim programlarının geliştirilmesi veya bu konuda ilgili yöneticilere yardım edilmesi.

Yılda iki defa toplanan komitenin görev ve sorumlulukları şöyledir:

1. Tedavi yönünden en etkili ilaçları seçmek ve kullanımını konularında tıp personeline danışmanlık yapmak,
2. Kullanılması önerilen ilaçları değerlendirerek bu konuda karar vermek,
3. Aynı fonksiyonu gören ilaçların satın alınmasını önlemek,
4. Hastanede kullanılması kabul edilen ilaçların listesini çıkarmak,
5. Kliniklerdeki ilaç depolarında bulundurulması gerekli ilaçlar konusunda görüş bildirmek,
6. Hekim, hemşire ve eczacı personelin ilaçlarla ilgili eğitimleri konusunda programlar geliştirmek veya bu konuda ilgililere yardımcı olmak,
7. İlaçların güvenlik içerisinde kullanılması ve saklanması ile ilgili politikaları belirlemek,
8. Kliniklerde ilaç dağıtımını konusunda ortaya çıkan sorunları incelemek, çözüm önerileri geliştirmek ve uygulamak,
9. İlaçla tedavi konusunda komiteye sunulan raporları incelemek,
10. Hastanelerin eczane faaliyetlerini tıp ile durumları ve tıbbi maddeleri denetlemek,
11. Eczanenin gelişmesi ve teftişi, tedavi politikaları ve icraatlarını değerlendirmek,
12. Eczanede ilaç kullanımı ve tıbbi malzeme kullanımını değerlendirmek,
13. Eczacılarla ve ihtiyaç duyulan diğer disiplin mensupları ile iş birliği sağlamak,

⁵⁴ Huriye ÇATALCA, "Hastane Hizmetlerinde Kalite Sağlamada ve Değerlemede Komitelerin Rolü", içinde Hikmet SEÇİM (der.) **Hastane İşletmeciliği (Seçme Yazılar)**, (Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayın No: 449, 1985), s. 229.

14. Eczaneden görevli personelin tedavi fonksiyonlarını ve sorumluluklarını belirlemek,
15. Kodeksin gelişimini ve ilaç listelerini gözden geçirmek,
16. İlaçların yan etkilerinin incelenmesi ve deneysel ilaçların kullanımı ile ilgili bütün protokollerin tasvibi,
17. Eczane tedavi komitesi her ne kadar standart ilaçların hastanede dağıtılmasını şart koşarsa da hastanelerin büyük çoğunluğunda dağıtılan ilacın markasının ve firmasının seçimini yapar,
18. Spesifik kayıtlar, tıbbi ihtiyaçlar, reçeteler ve reçete ile ilgili konular bu komitenin görevleri içerisinde yer alır.⁵⁵

İlaç ve ilgili ürünlerin yapımı, saklanması, hazırlanması ve dağıtımı ile en yakından ilgili ve en iyi karar verebilecek pozisyonda olması nedeniyle hastane eczacısı, ilaçların güvenilir bir şekilde kullanımı için politikayı saptamada sorumluluğu en fazla olan kişidir. Servislerde görev alacak ve ilaçların hazırlandıktan sonra hastalara uygulanmak üzere hemşireler verilmesini sağlayacak olan eczacıdır.⁵⁶

Modern hastane için en uygun ilaç dağıtım sistemi ve en uygun faaliyet alanı hakkında kesinlik yoktur.

İlaç lojistiği yönünden bir işlevde, hemşire istasyonlarındaki ilaç dolaplarının eczacı tarafından denetlenmesidir. Hemşire istasyonlardaki ilaç dolaplarının eczacı tarafından denetlenmesi ile, servislerdeki ilaç birikiminin, stabiliteyi olumsuz biçimde etkileyen koşullarda ilaç saklanması, son kullanma tarihi geçmiş ilaçların kullanılması olasılığının önü alınabilecektir. Ülkemizde her dört hastaneden üçünde ilaçların servislerde depolandığı hatırlanacak olursa, konunun önemi daha iyi anlaşılacaktır.

⁵⁵ I. DONALD SNOOK, JR, **Hospitals What They are and How They Work**, (An Aspen Publication Aspen Systems Corporation Rockvill, Maryland, 1981), s. 116.

⁵⁶ Çiçek GÜLEK, "Klinik Eczacılık Bölümünde Eczacı", **Güncel Eczacılık Dergisi**, Sayı No: 45, (Eylül 1997), s. 28.

İlaç lojistiği yönünden diğer bir işlevde narkotik ilaçların dağıtımı ve denetlenmesidir. ABD’de yapılan bir araştırmada hastanelerin % 64’ünde son bir yıl içinde narkotikler ile ilgili en az bir hırsızlık olayının meydana geldiği belirlenmiştir. Hastane eczacılarımız, narkotik denetimi denilince, ilgili kayıtlar kadar konunun sağlık ile ilgili ve genelde sosyolojik yönü üzerinde de durmalıdır. Eczaneden servise ulaşan narkotik herhangi bir nedenle hastaya uygulanmamış ya da dozaj şekli kısmen uygulanmış ise, kalan ya da geriye kalan miktarın ne olduğu üzerinde mutlaka durulmalıdır.⁵⁷

2.2.3. Eğitim

Günümüzde hastane eczanelerinden beklenen en önemli işlevlerden birisi de eczane girdileri (özellikle ilaç ve parenteral ürünler) konusunda diğer işçörenler ve hasta ve/veya hasta yakınlarının eğitimidir.

Hastane müşterilerinin büyük çoğunluğunu kronik hastalar oluşturur ve kronik hastalarda sağlık durumunda iyileşme mümkün değildir. Kronik hastalarda fonksiyon sağlama, hastalığın ilerleyişini yavaşlatma, ağrıyı ve diğer rahatsızlıkları azaltma temel amaçtır. Yani kronik hasta, yaşamının sonuna kadar bu kronik hastalığı ile savaşacaktır.⁵⁸ Özetle kronik hastalar yaşam sürelerinin boyunca bu fizyolojik rahatsızlıkla birlikte yaşayacak ve bu süreçte sürekli ve yoğun ilaç tedavisi göreceklendir. Bu nedenle bu hasta grubuna hangi ilaçları, nasıl, hangi durumlarda kullanmaları gerektiği ve hangi tür yan etkiler oluşabileceği gibi konularda hastanede yatış süresi için eğitim verilmesi gerekecektir. Bu eğitim hizmetlerinin istendik kalitede sunumu ise, eczacılık hizmetlerinde eğitim işlevinin önemli hale gelmesine neden olmaktadır.

Gelişmiş ölkelerde de, 1960’lardan önce hekimler için ilaçla ilgili bilgilerin hemen hemen en önemli kaynağı, ilaç firmaları temsilcilerinin yaptıkları ziyaretler ve bıraktıkları broşürlerdi. Oysa, bu bilgilerin tarafsız olması beklenemezdi. Bu durumda, hekimlerin, yeni ilaçlar hakkında tarafsız ve doğru, güncel bilgiye duydukları gereksinimi

⁵⁷ Leyla ÜSTEL, “Hastane Eczacısının İşlevine Yaklaşım”, *Ankara Eczacı Odası Bülteni*, Cilt No: 6, Sayı: 3, (1984), s. 35.

⁵⁸ KALKAY, a.g.e., s. 27.

karşılatabilmek için doğal olarak en uygun konumda bulunan, yani ilaca en yakın olan meslek grubunda olan eczacılardır. Bu değişimle, çağdaş eczacılık, endüstri öncesi dönemin alışılmış hizmet şekli olan üretimden boşalan boşluğu, toplumun ve diğer sağlıkçıların bilgi açığını gidermek amacıyla geleneksel hizmetlerinin yanı sıra, bilgi de sunarak doldurmaya çalışmaktadır.⁵⁹

Farklı sağlık görevlilerine verilen ilaç bilgi hizmetleriyle;

- Tedavide en uygun ilaç seçilebilir.
- İlaç tedavisiyle ilgili sorunlar tanımlanabilir, önlenir, ortadan kaldırılabilir.
- Uygun dozlaşma yapılabilir, poliforması (birden çok ilaç kullanımı) ve buna bağlı sorunlar önlenir.
- Optimum maliyet-yararlılık dengesi sağlanabilir.
- Tedavi süresi kısaltılabilir.
- Hekimin işyükü azaltılabilir.⁶⁰

Hastanelerde eğitim işlevlerinden birisi de hastane işgörenlerinin hizmetiçi eğitimleridir. Özellikle hastanelerde ilaç ile hastayı buluşturan meslek grubu olan hemşirelerin ilaç kullanımı konusunda verilecek eğitimin kalitesi sunulan hizmetin kalitesi ile, direkt ilgilidir. Sözgelimi Albani Tıp Merkezindeki eczacılar, eğitim ve uygulama programları sayesinde pek çok reteçete hatasını önlemeyi başarmaktadırlar. Bu programlarda eczacılar, doktorlar, hemşireler ve hastalarla yakın ilişkiye girmektedirler.⁶¹

⁵⁹ Ayşe ÇELİKER, “Hastane Eczacılığı ve İlaç Bilgi Hizmeti”, **Güncel Eczacılık Dergisi**, Sayı No: 45, (Şubat 1997), s. 24.

⁶⁰ ÇELİKER, a.g.e., s. 25.

⁶¹ “İlaç Uygulama Hataları: Maliyeti Yüksek, Ancak Önlenir”, **Güncel Eczacılık Dergisi**, Sayı No: 52, (Eylül 1997), s. 17.

2.2.4. Araştırma-geliştirme

Hastane eczanelerinden beklenen bir diğer önemli işlev, araştırma faaliyetlerinin örgütlenmesidir. Genel olarak hastanelerin işlevleri arasında yer alan araştırma işlevi, biri tıbbi, diğeri idari olmak üzere iki türdür.

Tıbbi araştırma, hastanelerin temel işlevleri olan hasta ve yaralıların tedavi işlevlerini yerine getirirken, izledikleri mevcut tedavi planlarının kalitesinin sürekli iyileştirilmesi ve mevcut tedavi planlarından daha optimal tedavi planlarının oluşturulmasına yönelik bir süreçtir.⁶²

Hastanelerde sunulan hizmetlerin en temel girdileri, eczacılık hizmetlerinin temel girdileri konumundaki ilaç ve parenteral beslenme ürünleridir. Özellikle günümüzde teşhis ve tedavide girişimsel olmayan yöntemlerin geliştirilmesi, hastanelerde (poliklinik, klinik ve hatta laboratuvar hizmetlerinde) ilaç kullanımını büyük boyutlara ulaştırmaktadır. Sözelimi ilaç tüketimi ülkemiz kamu sağlık harcamalarının % 40'ını oluşturmaktadır.⁶³

Günümüzde hastane hizmet sunumunun her alanında, kaliteden fedakarlık etmeksizin maliyetleri düşürebilecek çalışmalar ilgi odağı konumuna gelmektedir. bu paralelde eczacılık hizmetlerinde bu çalışmalar "Farmakoekonomi" terimi altında ifade edilmektedir. Farmakoekonomi araştırmaları temel olarak sağlığa yönelik tedavi ve hizmetlerin maliyetlerini ve elde ettikleri sonuçları tespit eder ve karşılaştırır. Bu karşılaştırmada girdiler, yani maliyetler ve çıktılar, yani elde edilen sonuç (hastanın yaşam kalitesi, yaşama şansı vb.) parametreleri oluşturur.⁶⁴

Hastanelerin temel girdisi konumundaki ilaç sektörü, sağlık sistemleri içinde en önemli alt sistemi konumundadır. Bu sektördeki rekabet özellikle hastanelerde eşdeğer ilaç kullanımını konusunda yaygın tartışmalara neden olmaktadır. Aynı veya karşılaştırılabilir standartlara uygun, aynı etken maddeyi veya maddeleri aynı miktarlarda içeren, aynı yolla

⁶² David MECHANIC, a.g.e, s. 339.

⁶³ Sönmez IŞIK, "Akılcı İlaç Kullanımı", **Sağlıkta Strateji**, (T.C. Sağlık Bakanlığı Projesi Genel Koordinatörlüğü Yayın Organı), Sayı No: 13, (1997), s. 11.

⁶⁴ Orhan ÜLGEN, "Farmakoekonomi ve Sonrası", **Güncel Eczacılık Dergisi**, Sayı No: 46, (Mart 1997), s. 18.

uygulanan, aynı farmosötik dozaj şeklindeki ilaçlar farmosötik eşdeğer⁶⁵ olarak tanımlanmaktadır. Ancak sektördeki yaygın tartışma; eşdeğer ilaçların sunulan tedavi hizmetinin kalitesine yansıma etkisinden çıkmaktadır. Her biri aynı etken maddeyi taşıyan iki preparat kimyasal yönden eşdeğer miktarda etken madde içerebilir, ancak önemli sorun acaba iki ürünün klinik etkinlikleri eşdeğer midir? sorusunun yanıtlanmasıdır.

Ancak olaya sadece maliyet boyutu ile bakıldığında sorun çok kolay çözümlenmektedir. Bu çözüm piyasada bulunan eşdeğer ilaçlar arasında en ucuzunun seçilmesidir. Eskişehir Devlet Hastanesinde yapılan araştırmada eşdeğer ucuz ilaç uygulamasıyla 8 vak'a sebebiyle hastaneye yatan 893 hastanın ilaç masraflarında % 64.7 oranında, 24.977.946 TL' (1991) lik tasarruf sağlanabileceği sonucuna ulaşılmıştır. Bu noktada tedavi sürecinde hangi ilaç türlerinin, hangi hastaya, hangi koşullarda kullanılabileceğinin araştırma süreci hastanelerde sunulan ekip hizmetinin orta ayağını oluşturan eczacılık hizmetlerini gerekli kılmaktadır.⁶⁶

2.2.5. Klinik eczacılık

Günümüzde eczacılar endüstride, serbest eczanelerde ve hastanelerde görev yapmaktadırlar. Bu konuda en ileri gelişmelerin uygulandığı ülkelerden biri olan ABD'inde hastane eczacıları, önceleri geleneksel rollerini sürdürüp, ilaç yapımı, dağıtılması, stok kontrolü ve çeşitli kayıtlarla uğraşmışlar, hastane tedavi kurallarında görev almışlar, ancak 1960'lardan başlayarak Klinik Eczacılık adı verilen bir uygulamaya geçmişlerdir. Bu uygulama ile eczacı ilaç bilgisini hekim, hemşire ve hastaya aktarma görevini daha rasyonel hale getirerek hastayla doğrudan temasa geçmiş ve hastayı ilaç öyküsü açısından daha yakından tanımaya başlamıştır. Bu tarihten önce hastane eczacılarının hastayla ilgisinin olmadığı ya da çok az olduğu dolayısıyla hastanın kullandığı ilaçla ilgili problemleri hakkında fikir edinilmediği bildirilmektedir.⁶⁷

⁶⁵ HASSAN, a.g.e., s. 43.

⁶⁶ Hikmet SEÇİM, "Hastanelerde Verimliliği Yükseltici Uygulamalar, Eşdeğer Ucuz İlaç Uygulaması" İçinde: Hikmet SEÇİM (der.) **Hastane İşlemciliği (Seçme Yazılar)**. (Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayın No: 845, AÖF Yayın No: 449, 1985), s. 255.

⁶⁷ Ayşe ÇELİKER, "Hastane Eczanesinde İlaçla İlgili Olarak Yönetilen Sorunlar Üzerine Bir İnceleme", **Ankara Eczacı Odası Bülteni**, Cilt No: 7, Sayı No: 5, (1985), s. 426.

Genel olarak klinik eczacının görevleri şunlardır:

- Tedavide uygun ve ekonomik ilaçların seçiminde rol oynamak,
- Rasyonel ilaç tedavisinde doktora yardımcı olmak,
- Hastanın güvenliği ve ilaç kullanımını denetlemek için hastanedeki dağıtım aktivitelerini kontrol altına almak,
- Hastanın daha önce kullanmış olduğu ilaçları ve varsa bunların meydana getirdiği yan etkileri kaydetmek,
- Hastanın ilaç tedavisine cevap verip vermediğini izlemek,
- İlaç geçimsizliklerini, yan etkilerini bulmak ve engellemek,
- Kullanılan ilaçlar hakkında hastaya eğitim vermek,
- Reçeteye tabi olmayan ilaçların kullanımı hakkında hastaya gereken tavsiyelerde bulunmak ve danışmanlık yapmak,
- İlaç kullanımı ve dozaj rejimleri hakkında hastaya yardımcı olmak,
- Tedavisi kolay hastalıklarda hastaya ilaç konusunda yol göstermek,
- Akut ve kronik hastalıklarda hastanın ilaç kullanımını kontrol altına almak,
- İlaç karışımlardaki geçimsizlikleri bulmak ve çözümlenmek,
- Spesifik ilaç hazırlamak,
- İlaçlar hakkındaki literatürleri değerlendirmek,
- Kullanılan ilaçlar hakkında rapor tutmak,
- Halk sağlığı ve ilaç konusunda topluma bilgi vermek.⁶⁸

Yukarıda yer verilen görevleri istendik performansta yerine getirebilen bir hastane eczanesi, bu paralelde hastanenin bütünsel performansına önemli katkılar sağlayabilecek bir ünite haline gelecektir. Sözgelimi yapılan çalışmada cerrahi yoğun bakım ünitesinde verilen klinik eczacılık hizmetlerinin (ilaç izlenmesinde bunlardan biridir) 13 haftalık çalışma süresinde 18030 dolarlık bir kazanç sağladığını tespit etmişlerdir.⁶⁹

⁶⁸ Fikret Vehbi İZZETTİN ve Nükhet ÖZDİNÇ, “Eczacı ve Hastane Formüler Sistemi” **Güncel Eczacılık Dergisi**, Sayı No: 52, (Mayıs 1993), s. 17.

⁶⁹ Fikret Vehbi İZZETTİN, “Terapötik İlaç İzlenmesi ve Klinik Eczacının Yeri”, **Aktüel Eczacı Dergisi**, Sayı No: 5-6, (Mayıs-Haziran 1994), s. 26.

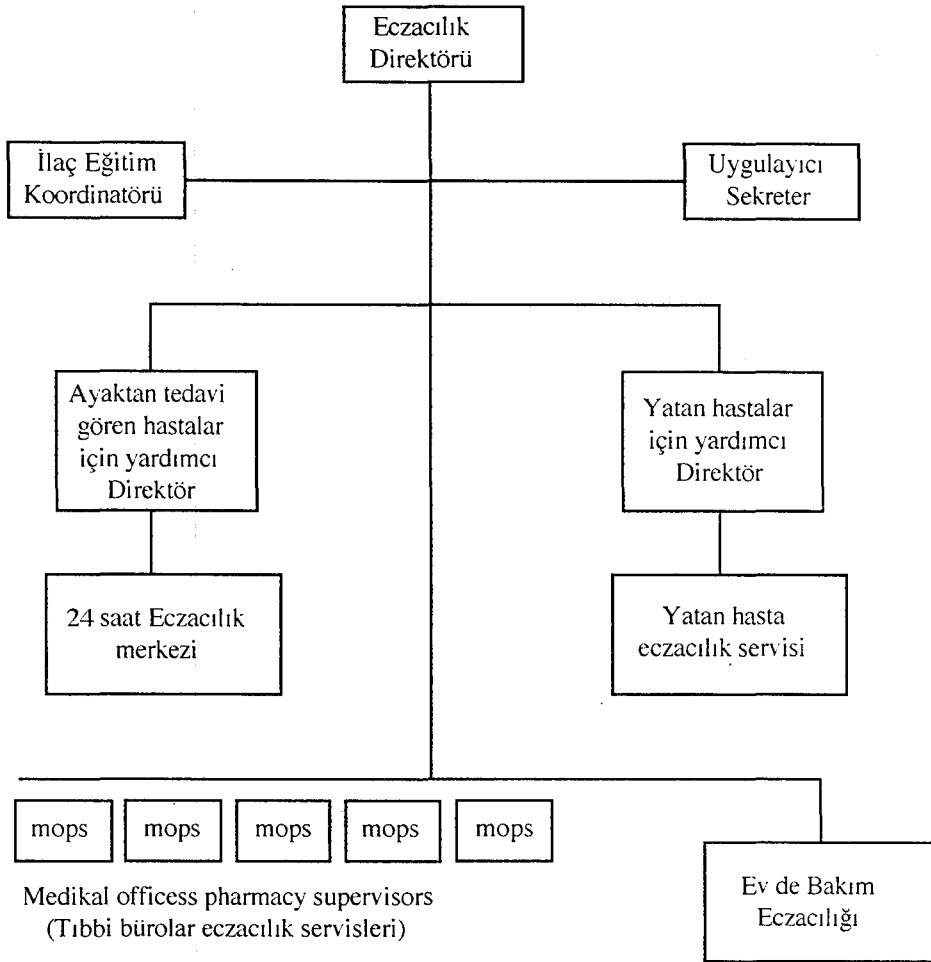
2.2.6. Evde bakım eczacılığı

- Nüfus artışının yanısıra her on yılda ortalama yaşam süresinin 3 yıl uzaması ve sağlık bilinç düzeyinin yükselmesine paralel olarak hizmetten yararlanma sıklığının artması sonucu tıbbi uygulama ihtiyaçlarının artmasına.
- Her dört yılda, tıp teknolojilerindeki birikimin iki kat artması ve yüksek teknoloji ürünü pahalı uygulamaların günlük işlemlerde hızla yaygınlaşmasına.
- Epidemiyolojik spektrumdaki değişiklikler sonucu, akut hastalıkların öneminin azalmasına ve tedavisi daha pahalı olan kronik hastalıkların önem kazanmasına neden olmaktadır.⁷⁰

Hastane maliyetlerinde sürekli artış eğilimi, hastane işletmeciliğinde yeni yaklaşımların oluşmasına neden olmakta ve geçmişte hastanelerin temel işlevi yatan hastalara tedavi hizmeti sunmak iken bu işleve geçici bakım hizmetleri ve evde bakım hizmetleri gibi hizmet çeşitleri de eklenmektedir. Sözelimi Şekil 4'de A.B.D.'de bir hastanenin eczacılık ünitesinin organizasyonun yapısı sunulmuştur. Bu yapıda eczacılık hizmetleri çeşitli bölümlere ayrılarak organize edilmiştir. Ayaktan tedavi gören hastaların eczacılık hizmetleri sekiz adet uydusal bürolarda, hastanede yatan hastaların büyük orandaki eczacılık hizmetleri ise hastane içinde örgütlenip, yönetilmektedir.⁷¹

⁷⁰ Bülent KIYMİR, "Hastanelerde Kalite Yönetimi", İçinde: Mithat ÇORUH (Ed.) **Sağlık Yönetiminde Devamlı Kalite İyileştirme Sempozyumu**, (Ankara: Haberal Eğitim Vakfı Yayını, 1997), s. 177.

⁷¹ Michael W. STEBBİNS ve Kimberly SEKU TERA, **Strategic Management**, (New York: 1994), s. 94.



Kaynak: STENBBİNS ve SEKUTERA, s. 94.

Şekil 4: San Angelo Bölgesi İçin Organizasyon Planı

2.3. Hastanelerde Eczacılık Hizmetlerinin Önemi

Hastanelerde eczacılık hizmetlerinin önemli kılan özellikler aşağıdaki başlıklar altında açıklanmıştır.

2.3.1. Eczacılık hizmetleri ile ilgili girdiler hastane hizmetlerinin kalitesini etkileyen en önemli belirleyici konumundadır

Hastanelerin temel işlevi, müşterilerinin hizmet talep nedenleri olan hastalıkların tedavisidir. Hastaneler bu işlevi ayaktan ve yatarak tedavi hizmetleri şeklinde sunmakta ve her iki hizmet sürecinde de en temel girdileri olan eczacılık hizmetleri kapsamındaki ilaç ve

tıbbi malzemeleri kullanmaktadırlar. Özellikle günümüzde teşhis tedavide girişimsel olmayan yöntemlerin geliştirilmesi, gerek hizmet üretim sürecinin planlanma aşaması olan teşhis sürecinde, gerekse de tedavi sürecinde ilaç kullanımı büyük boyutlara ulaşmıştır. Sözelimi ilaç tüketimi kamu sağlık harcamalarımızda % 40'lık pay almaktadır.⁷²

Kısaca “kullanıma uygunluk” olarak tanımlanan kalite kavramı günümüzde, üretilen mal ve hizmetlerin tüketicilerin beklentilerine uygunluğu veya karşılama derecesi olarak tanımlanmaktadır.⁷³

Ancak ilaçlar (ve diğer bazı sağlık ürünleri) tüketiciye yönelik ürünlerin çoğundan farklıdır. Kalite kusurları zararlı ve hatta öldürücü de olsa tüketici kendisini düşük kaliteli ürünlerden koruyamaz. Bu durumun nedenleri açıktır; ürünü kullanma kararı tipik olarak kullanıcı tarafından değil üçüncü bir kişi tarafından (reçeteleyen) verilir; ne kullanıcı ne de üçüncü kişi satın alınan ürünün kalitesini saptayamaz. Ek olarak tamir ya da değiştirme gibi normal satış sonrası hizmetler, ilaç için geçerli değildir. Ayrıca etkili ve güvenilir ilaç tedavisi, prestijini güvenilmez ve etkisiz ilaçlarla kolayca kaybedebilen, sağlık hizmetlerinin önemli bir bölümünü oluşturur.⁷⁴

Bu nedenle sağlık konusunu ancak uzun bir eğitim dönemi sonunda uzmanlık kazanmış kişilerin bilebileceği karmaşıklıkta oluşu hastane müşterilerinin “edilgen müşteri” olarak tanımlanmalarına neden olmaktadır. Bu tespit aynı zamanda ilaçlar için de geçerlidir. Çünkü ilaç, hastanın kendi tercihi ile seçemediği (tüketicinin talep esnekliğinin bulunmadığı) ve hakkında en az bilgiye sahip olması yanında oluşturabileceği yan etkiler, dolayısıyla da ileride önemli bir risk potansiyelinin olduğu bir üründür.⁷⁵

⁷² IŞIK, a.g.m., s. 11.

⁷³ Orhan MORGİL, Mehmet KÜÇÜKÇİRKİN, “TOBB’un Sağlıkta Toplam Kalite Yönetimine Bakışı”, İçinde: a. y. (der.), **1. Basamak Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi Sempozyumu-Bildiriler**, (Ankara: Haberal Eğitim Vakfı Yayınları, 1996), s. 29.

⁷⁴ Yılmaz KAYA, “Sağlık Hizmetlerinde İlaçların Önemi”, **Güncel Eczacılık Dergisi**, Sayı No: 53, (Ekim 1997), s. 24.

⁷⁵ IŞIK, a.g.m., s. 11.

Bu nedenle hastane işletmeciliğinde hizmet sürecinin en önemli girdisini oluşturan ilaçların kullanımı, sunulan hizmetin kalitesini direkt etkileyen bir faktördür. Aynı zamanda uygun olmayan ilaç kullanımı bir yandan hastanın yaşam kalitesinin düşmesine, işgücü kayıplarına ve hastanelerin maliyetlerinin artmasına da neden olmaktadır. Aynı zamanda uygun olmayan ilaç kullanımı, ilaç tedavi kalitesinin düşmesi, bunun kaçınılmaz sonucu olarak artan morbidite ve mortaliteye neden de olmaktadır.

Uygun olmayan ilaç kullanımının sonuçları aşağıdaki gibi özetlenilebilir.

- Boşa kaynak harcanması, sonuçta temel ilaçlara bile ulaşılabilirliğin azalmasına ve tedavi maliyetlerinin yükselmesine neden olmaktadır, örneğin, ABD’nde hekimler tarafından bir yılda 6 milyar doz antibiyotik reçetesi yazılmış ve bunun % 22’sinin gereksiz olduğu ortaya çıkmıştır. Bu gereksiz antibiyotik kullanımı nedeniyle 10.000 vak’ada çok ağır ve bazen de öldürücü yan etkiler ortaya çıkmıştır.⁷⁶
- Acil ve temel ilaçlara karşı direnç geliştirilmesi, bunun sonucu olarak tedavinin ekonomik ve sosyal maliyetinin artması.
- Yan etki riskinin artması.
- Psiko-sosyal etkiler; hastaların ilaç bağımlısı olması, ihtiyaç olmadığı halde ilaca artan talep.⁷⁷

Yukarıda özetlenen uygun olmayan ilaç kullanımının en önemli bir başka sonucu da, pahalı, rahatsız edici ve zararlı olabilecek yöntem ve ilaçların gereksiz biçimde kullanımına karşı hastanın korunmasıdır.⁷⁸

Ankara hastanesi enfeksiyon kontrol komitesinden alınan bilgilere göre Türkiye’de en çok satılan 10 ilaçtan 7’sini antibiyotiklerin oluşturduğu, yapılan araştırmalar sonucunda antibiyotiklerin % 50 oranında yanlış kullanıldığı saptanmıştır. Hacettepe

⁷⁶ SEÇİM, **Hastane Yönetimi ve Organizasyonu**, a.g.e., s. 73.

⁷⁷ IŞIK, a.g.m., s. 11.

⁷⁸ **Herkes İçin Sağlık Hedefleri**, (Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, 1990), s. 95.

Üniversitesi'nde yapılan bir araştırmada da iç hastalıkları servislerinde antibiyotiklerin % 48'inin uygun olmayan şekilde kullanıldığı görölmüştür.⁷⁹ Ayrıca kullanılması önerilen yöntemler konusunda uygulamaların, muhtemel etkileri ve riskleri ile alternatifleri konusunda hastaya yeterli bilgi vererek hastanın bilinçli kararlar alması sağlanmalıdır. Genelde kamuoyuna daha iyi bilgi verilmesi, özelde ise hastalara daha iyi danışmanlık hizmetleri verilmesi ile sağlık görevlilerinin tutumunda sağlanacak değişiklik bu ilkenin uygulamaya geçirilmesi için gerekli olacaktır.⁸⁰

Hastanın tedavi planı ve tedavi alanın en önemli girdisi olan ilaç konusunda bilgilendirilmesi ve eğitimi aynı zamanda hasta tatmini yönünden de önemlidir. Hasta tatmininin hizmet kalitesi yönünden önemli bir sonucu da hastanın tedavi planına uyumunun artması ve dolayısıyla da tedavi sürecinin niceliksel ve niteliksel olarak kısaltılma olasılığının yüksek olmasıdır. Yine ilaçların yan etkileriyle önemli oranda morbiditeye yol açtıkları bilinen bir gerçektir. ABD'de ilaç reaksiyonları yılda 3 milyar dolara mal olmaktadır.⁸¹

Albani Tıp Merkezi'nde yapılan ilaç reçetelendirme hatalarını inceleyen bir çalışmaya göre bütün hastanede tedavi gören hastaların % 5-% 10'u istenmeyen bir ilaç etkisiyle karşılaşmaktadır ve bunların en azından yarısının daha iyi ilaç tedavisiyle önlenebileceği öngörülmektedir. Yine Boston kadın hastanesinde yapılan bir çalışmada 6 ay süresince gerçekleşen 4.108 başvuruda, 190 istenmeyen ilaç etkisi saptanmış ve bunun % 60'ının önlenebilir olduğu sonucuna varılmıştır. Yine Salt Lake City'deki LDS hastanesi araştırmacılar da, istenmeyen ilaç etkilerinin hastaların hastanede kalış süresini 2 gün uzattığını ve her tedavinin 2.262 dolara mal olması yanında hastanın hastanede ölüm riskini yaklaşık iki katına çıkardığı sonucuna ulaşılmıştır.⁸²

Özellikle ölkemiz sağlık personelinin sık sık basınıımızda da yer alan yanlış ilaç kullanımları ölkemiz kamu hastanelerinde eczacılık eğitim programlarını sağlık

⁷⁹ Medinews, a.g.m., (10 Mart 1998), s. 6.

⁸⁰ **Herkes İçin Sağlık Hedefleri**, a.g.e., s. 95.

⁸¹ KALKAY, a.g.e., s. 93.

⁸² ÇELİKER, a.g.m., s. 24.

sistemimizin kalitesi yönünden önemli hale getirmektedir. Bu tespit paralelinde de hastane işletmeciliğinde eczacılık hizmetlerinin örgütlenişi ve yönetimi önem kazanmaktadır, denilebilir.⁸³

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

Günümüzde yeniden yapılanma sürecinde olan eczacılık hizmetlerinin sunum kalitesi, hastanelerde sunulan hizmetlerin kalitesini direkt etkileyen bir indikatör konumundadır. Bu durum hastanelerde sunulan hizmetlerin giderek eşit düzeyde üyelerden oluşan bir ekip hizmeti konumuna getirmektedir.

Hastanelerde eczacılık hizmetlerinin hastanelerin temel işlevi olan “tedavi” işlevinin kalitesini etkileyen en önemli hizmetler olması nedeniyle hastanelerde eczacılık hizmetlerinin etkin örgütlenip yönetilmesini gerekli kılmaktadır.

2.3.2. Bir gelir ve gider merkezi olarak eczaneler

Sağlık bakım hizmetleri koruyucu sağlık hizmetleri ve genel sağlık işletmeleri tarafından verilen toplumsal sağlık hizmetlerini içerir.

II. Dünya Savaşı sonrası, gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde Tablo 1’de görüldüğü gibi devlet bütçelerinde büyük payların sağlık hizmetlerine ayrıldığı görülmektedir.

⁸³ Aysel SÜRÜCÜ, İlhami ÜNLÜOĞLU, Ümit ŞAHİN, “Hastane İşletmeciliğinde Eczane Hizmetlerinin Önemi”, *Medikal Teknik Dergisi*, Sayı No: 144, (Temmuz 1998), s. 87.

Tablo 1: Çeşitli Ülkelerdeki Sağlık Harcamalarının GSMH İçindeki Payları (%)

Ülkeler	1950	1960	1970	1975	1977	1980
ABD	4.5	5.3	7.2	8.3	8.6	9.5
Kanada	4.0	5.3	7.0	7.5	8.0	8
Fransa	2.8	4.3	6.4	6.9	7.0	9.5
B. Almanya	2.2	4.5	5.7	7.6	7.9	9.5
İngiltere	3.5	4.1	5.0	6.6	6.8	8.5
İtalya	2	3.9	5.7	6.1	6.4	8.0
Japonya	2.7	2.5	3.4	4.8	5.4	7.0
Türkiye	-	-	-	-	-	2.3

Kaynak: SEÇİM, Hastane İşletmeciliği (Seçme Yazılar), s. 60.

Bu harcamaların en büyük kısmını hastane bakım hizmeti, yeni tedavi harcamaları almaktadır. Sözelimi ülkemizde 1995 yılı rakamları ile sağlık harcamalarının GSMH içindeki yüzdesi % 3.39, S.B. Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğünün Genel Bütçeye oranı % 43.3'dür.⁸⁴

Tablo 2: Sağlık Bakanlığı Toplam Harcamaların Sınıflandırılması

HARCAMA SINIFLARI	MİLYON TL					% DAGILIM				
	1992	1993	1994	1995	1996	92	93	94	95	96
Koruyucu Sağlık Hizmetleri	896.837	1.190.414	1.557.535	2.461.353	4.926.411	7	6	4	3	3
Hastane Dışı Ayakta Tedavi Hizmetleri	3.072.465	5.809.768	9.296.840	15.272.741	33.810.480	24	27	24	21	22
Hastane	6.412.760	11.710.299	23.365.496	44.953.631	97.052.235	51	54	61	61	62
Genel Bütçe	4.824.268	9.225.476	16.380.496	27.769.107	57.339.220	38	43	43	37	37
Döner Sermaye	1.588.492	2.484.823	6.985.000	17.184.524	39.713.015	13	12	18	23	25
Diğer (Yönetim, Eğitim vb.)	2.164.170	2.823.850	4.193.506	11.570.789	20.817.688	17	13	11	16	13
TOPLAM	12.546.232	21.534.331	38.413.377	74.258.523	156.606.814	100	100	100	100	100
Reel Değişim	100.0	108.4	87.6	89.8	107.7					

Kaynak: Mehmet TOKAT, Kamu Sağlık Harcaması ve Finansmanı, 1992, s. 18.

⁸⁴ S.B. Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yıllığı (1995), (Ankara: S.B. Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü Yayın No: 846, 1996), s. 53.

Yukarıdaki tablo incelendiğinde, Sağlık Bakanlığı toplam harcamalarının sınıflandırılması görülmektedir. 1992 yılından 1996 yılına kadar hastaneler için ayrılan pay, yükselen bir trend izlemektedir. Toplam harcamalar içinde hastaneler için ayrılan pay, 1996 yılı için % 62 oranındadır. SSK tarafından yapılan sağlık harcamalarında, 1992 yılında 2.8 trilyon TL dolayından, 1996 yılında 35.8 trilyon dolayına yükselmiştir.⁸⁵

Hastane hizmetlerinin her aşamasında eczacılık hizmetlerinin girdisi konumundaki ilaç, tıbbi malzeme vb. ürünler yoğun olarak kullanılmaktadırlar. Dolayısıyla süreçte sunulan eczacılık hizmetlerinin kalitesi çıktıda yer alan hasta ve toplum tatmininde de oldukça yoğun etkiye sahiptirler. Bu bağlamda tüm bu süreçlerde kullanılan eczacılık girdilerinin gerektiği zamanda en hızlı şekilde temini hizmet kalitesi yönünden önemlidir.

Ancak bu girdilerin tespiti, satın alma, stoklama ve hastalara ulaştırma (sunum hizmetleri) hizmetlerinin etkin örgütlenip yönetilmesi hastane işletmelerinde eczacılık hizmetlerini önemli bir gelir kaynağı durumuna getirirken, diğer yandan da bir sisteme dayanmayan eczacılık hizmetlerini de o hastane yönünden önemli bir gider merkezi konumuna getirmektedir. Ayrıca bir diğer önemli konu da bu girdilerin akılcı olmayan kullanımları sonucu oluşan hastane maliyetlerindeki artış söz konusudur. Bu tespit ile ilgili örnekler eczacılık hizmetlerinin işlevleri ve kalite bölümünde verilmiştir.

Ülkemiz hastane işletmeciliği sektöründe hastane sayısı olarak % 64, yatak kapasitesi olarak % 51'ine sahip olan S. B., 1995'de 48.741.550.000.000 TL. bütçesinden 328.700.000.000 TL.'yi ilaç alımı için kullanmıştır. Bu oran % 7'dir. Örneğin 1990 yılı itibariyle Eskişehir SSK hastanesi bütçesini % 63'ünü, Eskişehir Devlet Hastanesi bütçesinin % 35.4'ünü, Anadolu Üniversitesi Eğitim ve Uygulama Hastanesi bütçesinin % 21'ini ve DDY Hastanesi bütçesinin de % 20'sini ilaç giderleri oluşturmaktadır.⁸⁶

⁸⁵ Mehmet TOKAT, **Kamu Sağlık Harcamaları ve Finansmanı 1992-1996**, (Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Koordinatörlüğü Yayınları, 1998), s. 22.

⁸⁶ SEÇİM, **Hastane İşletmeciliği (Seçme Yazılar)**, a.g.e., s. 247.

Önemli bir gider ya da gelir merkezi konumu nedeniyle tüm gelişmiş sağlık sistemine sahip ülke hastanelerinde eczacılık hizmetlerine oldukça önem verilmektedir. Bunun temel nedeni, hastane hizmetlerinin maliyetlerinin sürekli artmasıdır. Sözgelimi İngiltere’de, 1986-1987’de ortalama tedavi giderleri değişik sağlık merkezlerinde % 50 oranında farklılık göstermektedir. Pratisyen hekimlerin ilaç yazma alışkanlıklarında da büyük farklar vardır. Bazı bölgelerde kişi başına düşen ilaç giderleri iki mislidir. Hükümet, hastanelerin ve pratisyen hekimlerin verimliliğini alabildiğince arttırmayı hedeflemektedir.⁸⁷

Tüm hastane sistemlerinde eczacılık hizmetlerinin önemli gelir ya da gider merkezi haline getiren faktörler, sonuçta tüm sağlık sisteminde yer alan eczacılık kapsamında hizmet veren işletmelerde farmakoekonomi kavramının doğmasına neden olmuştur. Farmakoekonomi terimi, tedavi tipini yansıtan “Pharmaco = pharmaceuticals” ve bu tip tedavinin maliyetini yansıtan “economics” terimlerinden oluşmaktadır.⁸⁸

Farmakoekonomi kavramı, farmasötik endüstriyle ilgilenen ne kadar yorumcu varsa o kadar değişik fikirler doğurdu, fikirler pozitiften negatife eksiksiz bir gam oluşturdu. Örneğin Şubat 1994’de Scrip Magazin’de yayımlanan bir makalede endüstrinin sağlık harcamaları ekonomisine giderek artan ilgisini, kayalıklarda bir gemi enkazıyla son bulabilecek bir keşif gezisine çıkıyoruz satırlarıyla tanımlanıyor ve farmakoekonomiyi sağlık harcamalarını ödeyenler ile sağlık harcamaları ekonomistleri arasında anlaşma ile geliştirilen yabancı bir bilim olarak tanımlıyor ve bir çok medikal söylemde olduğu gibi teoride çok iyi ama pratikte bir işe yaramadığı fikrini savunuyordu.

Ancak sağlık harcamaları tutarlarının giderek artması, sağlık bütçelerinin yeni ilaçların ekonomik yönlerinin de incelenerek bütçenin desteklemesi yönünde baskı oluşturmakta, gelecekte bu ihtiyacın daha da artacak gibi görüldüğü fikrinde birleşmektedirler. Ancak, farmakoekonominin yeni bir bakış olmadığını, sağlık hizmetinin dağılımında giderek artan bir güç olduğunu söylenilebilir.

⁸⁷ Brian Abel SMITH, “Genel Sağlık Sigortası, Uluslararası Deneyiminden Çıkarılan Dersler,” **Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi**, Cilt No: 2, (1993), s. 8.

⁸⁸ ÜLGEN, a.g.m., s. 18.

Bir sağlık sorununa çeşitli yaklaşımların (örneğin cerrahi girişim ya da ilaç tedavisi) maliyet ve sonuçlar açısından farklı olacağı dūřınılıyorsa maliyetlerin ve tedavi sonuçlarının karşılaştırılması gerekir.

Bu tip karşılaştırmada da karşımıza (cost effectiveness analysis) maliyet-etkinlik çıkar. Maliyet-etkinlik analizinde (MEA) maliyetle doğal birimler olarak ölçülen sonuçlarla karşılaştırılır ve maliyet-etkinlik oranı elde edilir.

Maliyet etkinlik oranına örnek olarak;

- Tedavi edilen olgu başına harcanan para
- Teşhis edilen olgu başına harcanan para
- Ağrısız geçen gün başına harcanan para

gibi örnekler verilebilir.

Sağlığa ayrılan kaynakların kullanımında farklı girişimlerin maliyetlerini “tüketimi temel alan” birimlerle (hastanın iyilik düzeyi ile bağlantılı birimlerle) değerlendiren alışmalar Maliyet Tüketim Analizi (MTA) erevesinde ele alınır.

Maliyet Yarar Analizi (MYA) hem maliyetleri hem de sonuçları para cinsinden değerlendirdiği için diğer analizlerden ayrılır.

MYA'nın avantajı, öznel değil nesnel parametreleri (harcanan para) temel almasıdır. Ayrıca iki farklı tedavi yaklaşımının direkt karşılaştırılmasına da olanak vermektedir. Ancak MYA'nın temel eksikliği yaklaşımın modeli katkısının ön plana çıkması, yaşam hakkı ve kalitesi kavramlarına yer vermesidir.⁸⁹

Sağlık harcamaları, özellikle Avrupa ve Amerika Birleşik Devletleri'nin hızla yaşlanan nüfusları ve kronik tedavi harcamalarının artışı ve yeni gelişen tedavi yöntemleri ile seçeneklerinin yüksek maliyetleri nedeniyle hkmetler, sağlık sigortaları ve bireyler

⁸⁹ Orhan ÜLGEN, “Farmakoeconominin Temel Yöntemleri”, **Güncel Eczacılık Dergisi**, Sayı No: 47, (Nisan-1997),s. 37.

açısından tüm dünyada gitgide artan bir ekonomik yük oluşturmaya başlamıştır. (Burada sağlık harcaması derken sadece ilaç maliyetleri değil, hastane, doktor muayenesi, testler, hemşirelik bakımı gibi hizmetler de kastedilmektedir.)

Bir farmakoeconomik araştırmada maliyetler kadar etkili bir diğer faktör de tedavinin sonuçlarıdır. Bunun ölçümünde öncelikle hastanın sağlık durumunun değerlendirilmesi gereklidir. Hastanın yaşaması/ölmesi, yaşam kalitesi, bir fonksiyon kaybı olup-olmaması değerlendirmede rol oynar.⁹⁰

Yukarıda, hastane eczanesinin tanımı, işlevleri ve eczacılık hizmetlerinin hastane işletmelerinde örgütsel performans göstergelerine olumlu etkileri tanımlanmış olup, bundan sonraki bölümde de hastanelerin örgüt yapıları içinde eczacılık hizmetlerinin yeri tanımlanacaktır.

⁹⁰ ÜLGEN, a.g.m., s. 18-19.

İKİNCİ BÖLÜM

HASTANELERİN ÖRGÜT YAPILARI VE ECZACILIK HİZMETLERİ İLE OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ HASTANESİNDE ECZACILIK HİZMETLERİ GEREKSİNİMİNİN BELİRLENMESİ

1. HASTANELERİN ÖRGÜT YAPILARI VE ECZACILIK HİZMETLERİ

1.1. Hastanelerde Eczacılık Hizmetlerinin Örgütlenmesi

Yönetim literatüründe “organizasyon” kavramı, biri süreç, diğeri de “yapı” olmak üzere iki anlamda kullanılır. Süreç olarak organizasyon “yapılacak işlerin tanımlanması, gruplandırılması, yetki ve sorumlulukların tespiti ile ilişkilerin belirlenmesi” olarak ifade edilen bir yönetim işlevidir. Yapı olarak organizasyon ise yukarıda belirtilen süreç sonunda ortaya çıkan ve biçimsel ilişkiler zincirini gösteren bir varlık, iskelettir.⁹¹

Hastanelerde eczacılık hizmetlerinin organizasyonu ise eczacılık hizmetleri kapsamında “ne tür işlerin yapılacağı, bu işlerin nasıl gruplandırılacağı, bu işleri yürütecek kişilerin yetki ve sorumluluklarının belirlenmesi” ile eczacılık hizmetlerinin organizasyon içindeki yeri anlaşılmaktadır.

Hastaneler günümüzün en karmaşık işletmeleridir. Hastaneleri karmaşık kılan faktörlerden birisi, hizmet üretim sürecinin toplumsal, ekonomik, eğitsel ve mesleki özellikler açısından, birbirinden farklı işgören grupları tarafından yakın iletişim ve birliktelikle aşırı işlevsel olarak üretilmektedir. Bu bağlamda hastanelerde genel olarak

⁹¹ Hikmet SEÇİM, **Hastanelerde Halkla İlişkiler**, (Eskişehir: T.C. Anadolu Üniversitesi Yayınları No: 765, Açıköğretim Fakültesi Yayınları No: 388, 1994), s. 25.

hizmet üretim üniteleri tıp, yardımcı tıp ve idari-mali hizmet ünitelerinden oluşmaktadır. Tıp hizmetleri ile ilgili hizmet üniteleri genel olarak hekimlik, hemşirelik ve eczacılık hizmetleri gibi direkt olarak hastanelerin temel işlevi konumundaki “tedavi” hizmetleri sürecinde yer alan hizmet ünitelerinden oluşmaktadır. Birinci bölümde açıklandığı üzere hastanelerde eczacılık hizmetlerinin işlevleri ve bu işlevlerin hastanelerin örgütsel performans göstergelerine çok önemli katkıları paralelinde, tüm gelişmiş sağlık sistemine sahip ülke hastanelerinde eczacılık hizmetleri de bu paralelde örgütlenmektedir.

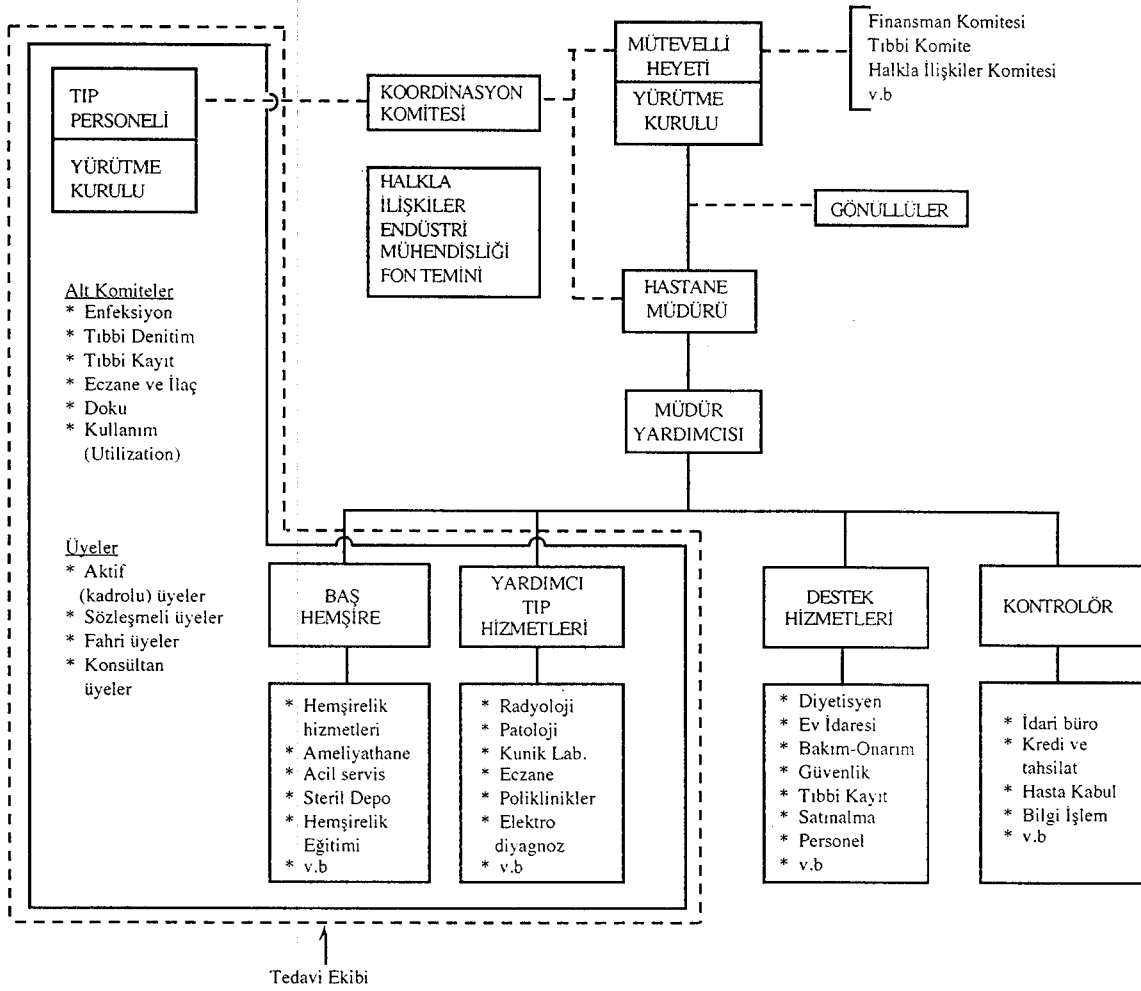
En gelişmiş hastane işletmeciliği sektörüne sahip ABD hastanelerinde eczacılık hizmetleri önem kazanan ve rolü genişleyen bir hizmet türü olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu gelişimin temel faktörleri: ilaç sanayiinin hızla gelişmesi, çeşitli türde ve çok sayıda ilacın seri şekilde imalini mümkün kılmıştır. Etkili ilaçların üretimi tedavinin niteliğini (kalitesini) yükseltmiştir. Fakat gereksiz ilaç tüketiminde, tedavinin niteliğinin düşmesine ve hem hastalarda ağır reaksiyonlara, hem de parasal israfa neden olmaktadır.

1979 yılı verileri ile % 73’ü⁹² kâr amacı gütmeyen hastanelerden oluşan, ABD hastane işletmeciliği sektörü bir yandan hastane müşterilerinin ücretlerini finanse eden sigorta şirketlerinin artan hastane maliyetleri nedeniyle yoğun baskılar yanında, diğer yandan da bireysel özgürlüklerin anayasalarınca ve yasalarca güvence altına alınmış⁹³ olan hastaların baskıları ve son olarak da (JCAH’ın) baskıları⁹⁴ ile karşı karşıyadır. Bu paralelde hastanelerin en önemli hizmet süreçleri olan klinik, poliklinik ve laboratuvar hizmetlerinin kalitesini önemli ölçüde etkileyen girdiler konumundaki ilaçlarla ilgili eczacılık hizmetleri de A.B.D. hastane işletmeciliğinde önemli bir hizmet türü olarak algılanmaktadır. Şekil 5’de A.B.D Hastanelerinin genel örgüt yapıları Şekil 6’da bu örgüt yapısı içinde eczacılık hizmetlerinin örgüt yapısı sunulmuştur.

⁹² SEÇİM, **Hastane Yönetim ve Organizasyonu**, a.g.e., s. 30.

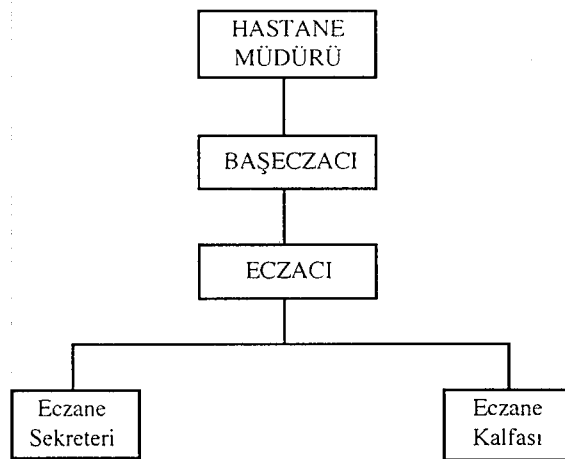
⁹³ SMITH, a.g.m. s. 18.

⁹⁴ The Joint Commission on Accreditation of Hospital (JCAH) adlı mesleki kuruluş, ABD kamuoyunda büyük etkisi olan bir kuruluştur. JCAH, American Hospital Assaciation (AHA)’na üye olan hastaneleri hastanenin talebi üzerine genellikle iki yılda bir denetlemektedir. Denetleme sonucunda, yeterli görülen hastaneye “yeterlilik belgesi” verilmektedir. Bir hastanenin yeterli olup olmadığı JCAH’ın belirlediği standartlara göre tespit edilmektedir. Bu standartlar, hastanenin fiziki yapısına, hastanede bulunması gerekli servislere, hastanenin organizasyonuna, verilen hizmetin niteliğine ilişkin standartlardır. (John R. McGIBONY- s. 102-105’den alan SEÇİM, **Hastane Yönetim ve Organizasyonu**, a.g.e. s. 32.)



Kaynak: SCHULZ ve JOHSON, s. 69'dan alan SEÇİM, Hastane Yönetim ve Organizasyonu, a.g.e., s. 35

Şekil 5. ABD Hastaneleri İçin Genel Organizasyon Şeması (Dual Yapı).



Kaynak: DEPARTMENT OF LABOR, s. 442'den alan SEÇİM, Hastane Yönetim ve Organizasyonu, a.g.e., s. 75.

Şekil 6. ABD Hastanelerinde Eczacılık Hizmetlerinin Organizasyonu.

1.2. Ülkemiz Hastanelerinde Eczacılık hizmetlerinin Örgütleniş Biçimleri

Tablo 3: Ülkemiz Hastane İşletmeciliği Sektörünün Sayısı ve Yatak Kapasitelerinin Mülkiyet Yönünden Sınıflandırılması

KURULUŞ	HASTANE SAYISI	%	YATAK KAPASİTESİ	%
S.B	677	64	76.991	51
S.S.K	115	11	25.397	17
M.S.B	42	4	15.900	10
KİT	11	1	2.099	1
ÜNİVERSİTELER	-	-	20.811	14
DİĞER KAMU	7	1	1.840	1
ÖZEL	166	16	8.934	6

Kaynak: Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yıllığı, 1996, s. 13.

Yukarıdaki tablo incelendiğinde ülkemiz hastane işletmeciliği sektörünün hastane sayısı olarak % 16 ve yatak kapasitesi olarak % 94'ü kâr amacı gütmeyen kamusal otoriteye bağlı olarak yönetilen hastanelerden oluştuğu görülmektedir. Bu kamu hastanelerimiz şu ana değin temel yönlendirici konumunda olan yataklı tedavi kurumları işletme yönetmeliği hükümlerine göre yönetilmektedirler. 90'lı yıllarla birlikte tüm üniversite hastaneleri kendi hastane yönetmeliklerini çıkarmış olmakla birlikte bu yönetmeliklerde yalnızca üst ve orta yönetim organlarını tanımlamışlardır. Bu paralelde sektörün yatak kapasitesi olarak toplam % 68'ini elinde bulunduran Sağlık Bakanlığı ve SSK hastanelerinin temel yönlendiricisi konumundaki Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği hükümlerine göre hastane eczanesi, tıp ve yardımcı tıp hizmetlerinin yürütülmesinde gerekli olan ilaç ve tıbbi malzemeyi sağlayan birim olarak tanımlanmaktadır.⁹⁵

⁹⁵ SEÇİM, *Hastane Yönetim ve Organizasyonu*, a.g.e., s. 178.

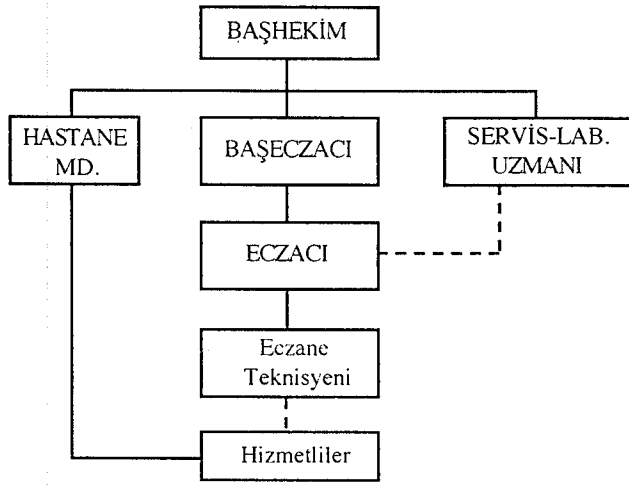
1.3. Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliğine Göre Eczacılık Hizmetleri

Sağlık Bakanlığı hastanelerin yönetimlerinde temel yönlendirici döküman olan Yataklı Tedavi Kurumları işletme yönetmeliğine göre hastane eczanesi yataklı tedavi kurumunun yıllık ilaç ihtiyaçlarının ve bunların muammen bedellerinin tespitini ve idareye bildirilmesini, ilaç ve tıbbi malzemenin evsafına uygun olarak hastaneye kabulünü, bunların uygun şekilde ve Ayniyat yönetmeliği hükümlerine göre depo edilmesini, günlük ihtiyaçlarının karşılanması için özel dağıtım yerinde hazır bulundurulmasını, yıl içinde miktarı azalan ilaç ve tıbbi malzemenin zamanında alınması için ihtiyaçların idareye iletilmesini, hastalara verilecek ilaçların usulüne uygun olarak hazırlanıp ilgililere teslimini, uzmanlarla görüşerek aynı tertipte olan ilaçların daha az kaleme indirilmesini, imkan ölçüsünde majistral ilaçlarla ekonomik ve standart tedavi uygulamasına yardımcı olunmasını, az kullanılan eşdeğer ilaçların sarfını sağlamak için eczane mevcutlarını sık sık servislere duyurarak, bu ilaçların kullanılmalılarının teminini, miadının dolması yaklaşan ilaçların tüketimini, imkan olmadığı takdirde başka kurumlara devrini sağlamak gibi hizmetleri sağlar.⁹⁶

Yukarıda yer verilen işlevler, günümüz eczacılık hizmetlerinin yalnızca ilaç lojistiği işlevini tanımlamaktadır. Bu tanımlama biçimi ise göre ABD hastanelerinde sözü edildiği türde bir “hastane eczacılığı”nın oluşmasını engellemekte ve hastane eczacılarını hastanede yalnızca hap sayan ve gelen-giden ilaçların kayıtlarını tutan kişiler durumuna⁹⁷ getirmektedir. Bu paralelde Sağlık Bakanlığı hastanelerinde örgüt yapıları içinde eczacılık hizmetlerinin yeri şekil 7’de şematize edilmiştir.

⁹⁶ Sağlık Bakanlığı Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği, **Resmi Gazete**, Sayı Mükerrer, (13.1.1983), s. 6.

⁹⁷ SEÇİM, **Hastane Yönetim ve Organizasyonu**, a.g.e., s. 17.



Kaynak: S.B. Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği, s. 6-8.

Şekil 7. Sağlık Bakanlığı Hastanelerinde Eczane Hizmetlerinin Organizasyonu.

Şekil 7’deki yer verilen organizasyon içinde yer alan başeczacı, eczacı ve eczane teknisyeninin görev, yetki ve sorumlulukları aşağıda sunulmuştur.

1.3.1. Başeczacı

Eczacı sayısı birden fazla olan kurumlarda hastane eczacılığı konusunda yeterli tecrübe ve bilgi sahibi olan eczacılardan birine kurumun teklifi üzerine Sağlık Bakanlığı tarafından başeczacılık görevi verilir.

Başeczacının görev, yetki ve sorumlulukları şu şekildedir:

- Eczanede bulundurulması gereken belirli ilaçlar daima bulundurmak ve ilaçların her zaman taze ve kodekse uygun olmasını sağlamakla yükümlüdür.
- Eczane ve ecza deposunda bulunan bütün ilaçların, alet ve malzemenin iyi bir şekilde muhafazasından ve usulü dairesinde sarfedilmesinden depoya giren-çikan ilaçların depo memuru tarafından gelir ve gider defterleri ile depo defterlerine düzenli olarak işlenmesinden sorumludur. Depo memuru bulunmayan kurumlarda mevcut eczacılardan birisine, o da yoksa eczacı teknisyeni veya sadece bu işi yapabilecek diğer bir görevliye yaptırır.

- c) Eczanede servis laboratuvarlara günlük olarak çıkacak ilaçların umumi konsomasyonunu yaptırarak, gelir ve gider defterlerinin sarfiyat hanesine işlenmesinden sorumludur.
- d) Eczanede mevcut ilaçların cinslerine göre sınıflandırılarak dolaplara yerleştirilmesinden, her ilacın üzerine kodeksedeki ismi ile pratikte kullanılan ismini gösteren etiketler konulmadan, şiddetli ve hafif zehirli ilaçlarla ışıktan muhafazası gereken maddelerin Türk Kodeksine göre tasnif edilerek ayrı dolaplara konulmasından sorumludur.
- e) Uyuşturucu maddelerin gelir ve giderlerini Bakanlıkça hazırlanmış defterlere kaydedilmesi ve bu maddelerin sarf şeklinin uyuşturucu maddelere ait kanun, tüzük, yönetmelik ve Bakanlık emirlerine uygun olarak yapılmasını ve her ay sonunda bu defterin baştabibe onaylatılmasını sağlamakla yükümlüdür.
- f) Bozulan veya üzerinde etiket bulunmaması sebebi ile ne olduğu belli olmayan ilaç ve sıhhi malzemenin, yetkili laboratuvarlarca muayeneleri sonunda verecekleri rapor ve ayniyat yönetmeliği hükümlerine göre yoketme veya kayıttan düşme işlemlerini yapar.
- g) Tabipler tarafından hastalara yazılan ilaçlardan maksimum dozları aşanlar ile kodekse uygun olmayanlar hakkında ilgili tabibi uyarır.
- h) Eczanede imal edilen bütün ilaçların Türk Kodeksine ve eczacılık sanat ve fenni'ne uygun olmasından, imalat için kullanılan maddelerin cins ve miktarlarının günü gününe imalat defterine yazılmasından, imal edilen ilacın de günlük gelir, gider defterlerinin gelir hanesine kaydedilip ilacı yapan eczacıya imza ettirilmesinden sorumludur.
- i) İlaçlar yapılırken eczane laboratuvarlarında hazır bulunarak eczane de çalışanlar tarafından kendisine sorulabilecek mesleki ve fenni soruları cevaplandırır ve sanatla ilgili konularda gerektiğinde onları uyarır.
- j) İşlerin ağırlığına göre eczanedeki ilaçların bir kısmını emrindeki eczacılara teslim edilebilir. Bu halde ilaçların sorumluluğu başeczacının kontrolü altında teslim alanlara aittir.
- k) Kurumun ilaç ve sıhhi malzeme ihtiyaçlarını zamanında bildirmeye, sağlanması için hazırlayacağı listeleri baştabibe vermeye zorunludur.

Düzenlediği ihtiyaç listelerinin fenni şartlarını da saptar ve alınan ilaç ve malzemenin Türk Kodeksindeki niteliklere uygun olup olmadığını tayin ve gerektiğinde her çeşit analizlerini yaptırmak zorundadır. Kurumlarda Türk Kodeksine aykırı ilaçlar bulunmasından başeczacı sorumludur.

- l) Her mali yıl sonunda, o yıl içinde eczane deposuna ve eczaneye giriş ve çıkış kayıtlarına göre ertesi yıla devreden ilaçlar ve miktarlarını gösterir ve cetvellerin düzenlenmesini sağlar. Kayden devreden miktarlarla fiilen mevcut olanların uygunluğunu araştırır ve bunlarla ilgili işlemleri yapar. Sonucunu bir sonraki yıla ait ilaç ve malzeme ihtiyacı listesi ile birlikte baştabibe verir.
- m) Eczacıların, ecza depo memuru ile eczane memur ve hizmetlilerinin hizmetle ilgili hususlarda amiri olup, bunlar arasında görev bölümü yapar. Bunların düzenli, tertipli bir verimli çalışmaları için gereken tedbirleri olarak çalışmalarını izler ve kontrol eder.
- n) Eczane ve ecza deposunda bulunan tıbbi cihaz, alet, ilaç, sıhhi malzeme ve kimyevi maddeler ile bütün demirbaş eşyanın bakım, muhafaza ve sarfından sorumludur.
- o) Kurum personeline ve bakmakla yükümlü olduğu aile fertlerine ait reçeteleri yapan anlaşmalı eczanelerin getirdiği reçete ve faturaların kontrolünü yapar veya bu iş için bir eczacıyı görevlendirir.⁹⁸

Yukarıda yer verilen Başeczacının iş tanımını incelendiğinde birinci bölümde açıklanan eczacılık hizmetlerinin işlevlerinden yalnızca ilaç lojistiği işlevine yer verildiği, eğitim, araştırma ve klinik eczacılık işlevlerine yer verilmediği görülmektedir.

A.B.D ise Başeczacı, eczacılık fakültesi, mezunu, hastanede bir yıl staj yapmış “State Board of Pharmacy” adlı kuruluşun sınavlarını vererek hastane eczacılığı sertifikasını almış ve en az iki yıllık iş tecrübesine sahip bir eczacıdır. A.B.D.’de Başeczacının görevleri şunlardır, Eczane faaliyetlerinin yürütülmesinde uyulacak politikaların, kural ve yöntemlerin tespiti, eczane ve ilaç komitesinin aldığı kararların

⁹⁸ S.B. Y.T.K.İ.Y., a.g.e., s. 35.

yürütülmesi; ilaçların kodekse uygun olarak hazırlanması ve dağıtımının sağlanması; eczane personeli arasında işbölümü yapılması, eczanede bulundurulması gerekli ilaçların stok kontrolünün yapılması ilaçların sipariş zamanlarının ve miktarlarının belirlenmesi, ilaçların takibi için bir kayıt kontrol sistemi geliştirilmesi; ilaçlarla ilgili konularda hekimlere danışmanlık yapılması, ilaçların etkililiklerinin tespiti için hekimlerle birlikte vizite çıkılması veya bu konuda diğer eczacıların görevlendirilmesi, hastalara verilen ilaçların muhasebeleştirilmesi için muhasebe bölümü ile ortak bir sistem geliştirilmesi, ilaçların kayıt, kontrol ve muhasebeleştirilmesi işlemlerinde bilgisayarlardan yararlanılmasının sağlanması, eczane bütçesinin hazırlanması; yanlış ilaç dağıtımının önleyici ve dağıtımda zaman kaybını azaltıcı tedbirlerin alınması⁹⁹ şeklindedir. Sağlık Bakanlığı Hastaneleri Başeczacısının görev tanımı ile bu görev tanımı karşılaştırdığında, Ülkemiz Hastanelerinin Başeczacısının görev tanımında yalnızca birinci bölümde yer verdiğimiz hastane eczanesinin işlevlerinden ilaç lojistiği yani ilaçların temini, depolanması ve ilgili üniteye ulaştırılmasına yer verildiği görülmektedir.

1.3.2. Eczacı

Eczane, laboratuvar ve kliniklerde çalıştırılmak üzere görevlendirilen eczacıların görev, yetki ve sorumluluklar şu şekildedir:

- a) Eczane ve laboratuvarlarda görevli eczacılar, başeczacı veya laboratuvar şefi tarafından verilen görevleri yapmakla yükümlüdürler.
- b) Kliniklerde çalışan eczacılar klinik şef ve uzmanı ile vizit ve kontro vizitlere çıkar, yazılan ilaçlar eczaneden teslim alır ve bunların usulü ne uygun olarak hastalara ulaşımını sağlar. Servis acil ilaç dolaplarının eksiklerini zamanında tamamlar ilaçların sarflarını yapar ve ayrıca baştabibin vereceği meslekleri ile ilgili görevleri yerine getirir.
- c) Başeczacı bulunmayan kurumlarda eczacı, başeczaya ait bütün görevleri yapar. Eczacısı bulunmayan kurumlarda ise eczane hizmetleri baştabibin sıhhi ve fenni

⁹⁹ Department of Labor, Job Descriptions and Organizational Analysis for Hospital and Related Health Services, (Washington: v. 5. Government Printing office, 1970), s. 442.

sorumluluğu altında görevlendirilecek bir eczacı teknisyeni veya hemşire tarafından yürütülür. Mali sorumlulukta bu görevliye aittir.

- d) İmalat için lüzumlu toksik maddelerin tartıları bizzat eczacılar tarafından yapılır. Eczacılar, tabela veya reçetelerde rastlayacakları kodekse uygun olmayan tertip hatalarında ilgili tabibi uyarırlar.
- e) Eczanede veya depoda azalmaya başlayan kimyevi ve galonik maddelerle müstahzarları bir liste halinde yazarak sağlanmaları için başeczacıya verirler.¹⁰⁰

A.B.D'de profesyonel eczacılar, profesyonel hemşirelerden daha sonra ortaya çıkmışlardır. Ve onların bakım spekturumundaki işlevleri, hemşirelerle mukayese edildiğinde daha dar olarak karşımıza çıkmaktadır. ABD'deki 74 adet eczacılık fakültesi ve eczacılık okulunda eczacılar eğitilmektedirler. Eczacılar, 5 yıllık eczacılık programında bir mezuniyet sınavına hak kazanabilirler ya da 6 yıllık eczacılık programında bir doktora hak kazanabilirler. Lisanslı bir kişinin, bu konuda yetkili bir programda eğitim görmüş olması, stajyerliğini tamamlamış olması ve yürürlükteki lisans sınavını geçmiş olması gerekmektedir. Bir çok katılımcı, Ulusal Eczacılık kurumu yürürlüğü tarafından yürütülen ulusal lisans sınavına katılmaktadır.¹⁰¹

A.B.D.'de ilaçların ve eriyiklerin standart formüllere göre hazırlanması, enjekte edilecek ilaçların sterilize edilmesi, hastalara hekim ve hemşirelere ilaçların nasıl kullanılacağı konusunda bilgi verilmesi, hazırlanan reçetelerin muhasebeleştirilmesi için muhasebe servisine gönderilmesi, uyuşturucuların zehirli ve alışkanlık yaratan ilaçların kayıt ve kontrollerinin yapılması, stokların kontrol edilmesi, ilaçların sıhhi şartlar içinde muhafazası eczacıların görevidir.¹⁰²

¹⁰⁰ Y.T.K.İ.Y., a.g.e., s. 35-36.

¹⁰¹ John, R. GRIFFITH, **The Well-Managed Health Care Organization**, (Third Edition, Michigan, Aupha Press/Health Administration Press An Arbor, 1995), s. 53.

¹⁰² **Department of Labor**, a.g.e., s. 446.

1.3.3. Eczacı teknisyeni

Hastane eczanelerinde çalışan personelden bir tanesi de eczacı teknisyenleridir.

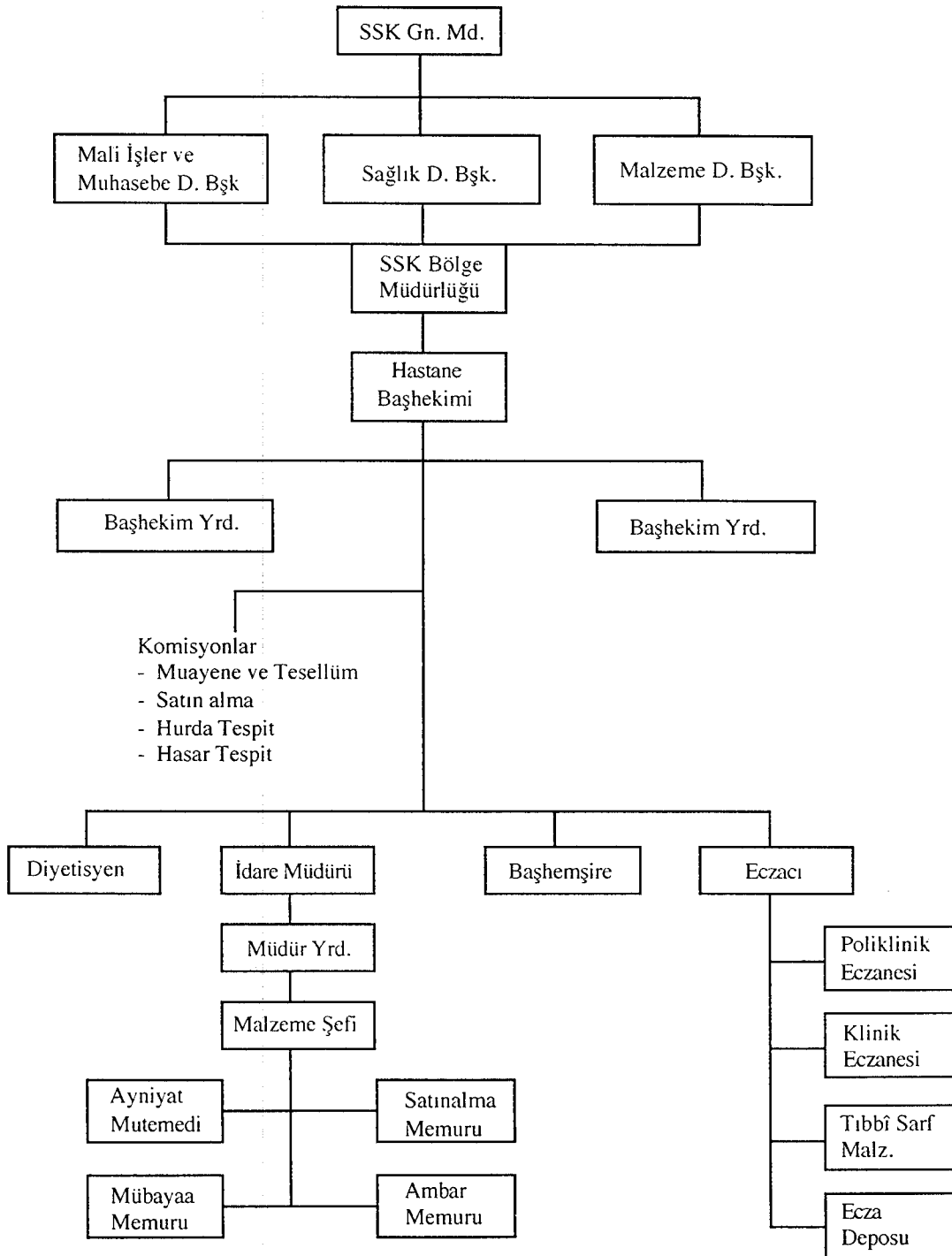
Eczacı teknisyenlerinin görev ve sorumlulukları şunlardır:

- a) Eczacının denetimi altında çeşitli ilaçları hazırlar ve şişeleri etiketler.
- b) İlaçlar ve tıbbi malzemeyi ambajlarında çıkarır, ayniyatla karşılaştırır. Depoya koyar, depo memuru yoksa depo defterine gelir-kaydeder. Eczaneden ve servislerden usulüne uygun olarak istenen ilaçları verir.
- c) Eczanenin temiz ve düzenli olmasını ve kullanılan malzemenin temizlenmesini, bunların kullanılmaya hazır halde bulunmasını sağlar.
- d) Eczanedeki yardımcı hizmetler sınıfı personelin hizmet-içi eğitimlerine yardım eder.
- e) Günlük gelir-gider defterlerini işler ve tevhit cetvellerini hazırlar.¹⁰³

¹⁰³ Y.T.K.İ.Y., a.g.e., s. 45.

1.4. SSK Hastanelerinin Örgüt Yapısı İçinde Eczacılık Hizmetleri

Ülkemiz yatak kapasitesi olarak % 17'sine sahip bulunan SSK hastanelerimizin organizasyon yapıları da aşağıda sunulmuştur.¹⁰⁴



Kaynak: Tengilimoğlu, a.g.e., s. 91.

Şekil 8. SSK Hastaneleri Örgüt Yapısı ve Eczacılık Hizmetlerinin Organizasyonu.

¹⁰⁴ Dilaver TENGİLİMOĞLU, **Hastanelerde Malzeme Yönetim Teknikleri ve Kamu Hastaneleri İçin Bir Model Önerisi**, (Ankara: 1996), s. 91.

Şekil 8’de yer verilen S.S.K. Hastanelerinin örgüt şeması incelendiğinde, yukarıdaki organizasyon şeması Sağlık Bakanlığı hastanelerinin organizasyon şemasından farklı değildir.

1.5. Ülkemiz Üniversite Hastanelerinin Örgüt Yapıları ve Eczacılık Hizmetleri

Ülkemiz 1990’lı yıllarla birlikte yeni tartışılmaya başlanan hastane işletmeciliği kavramında bütünsel anlamda bir bilgi birikimi henüz oluşmamıştır. Bunun temel nedeni, ülkemizde bu sektörün % 90’ın üstünde devlet organlarıncı örgütlenen kamu hastanelerinden oluşmuş olması, literatürde oldukça yaygın bir uzlaşma noktası olan tüketicilerin sunulan hizmetin teknik yeterliliğini değerlendirme yoksunluğu ve sunulan hizmetin kalite standartlarının belirlenmemiş olması gibi faktörler sıralanabilir.

Ülkemiz kamu hastanelerinin çağdaş bir hastane işletmeciliği yaklaşımlarının çok gerisindeki örgüt yapı ve yönetimleri, aynı paralelde sunulan hizmetin direkt kalitesini etkileyen bir indikatör konumundaki girdiler olan ilaç ve tıbbi sarf malzemeleri ile ilgili eczacılık hizmetlerinde rastlantısal sunum sonucunu doğurmaktadır. Ülkemiz hastanelerinde önceki tümcelerle açıklanmaya çalışılan eczacılık hizmetlerinin önemine rağmen bu hastanelerimizde lisans düzeyinde eğitim görmüş, profesyonel bir meslek grubu olan eczacılar hap sayan ya da bilgisayar operatörü konularında karşımıza çıkmaktadır.¹⁰⁵

Ülkemizde yatak kapasitesi olarak % 14’üne sahip üniversite hastanelerimizin örgüt yapıları incelendiğinde de SSK ve SB hastanelerindeki benzer yapı görülmektedir. Hatta birçok üniversite hastanesinin yönetmeliklerinde eczacılık hizmetlerinin ya adına bile yer verilmemekte ya da Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği hükümlerinin de gerisinde bir iş tanımına yer verilmektedir.¹⁰⁶ Sözelimi Trakya Üniversitesi Hastanesi Yönetmeliğinde “Eczacılık Hizmetleri Müdürlüğü: Eczacılık Müdürü, ilaç ve tıbbi sarf

¹⁰⁵ SÜRÜCÜ, ÜNLÜOĞLU, ŞAHİN, a.g.m., s. 87.

¹⁰⁶ Yataklı Tedavi Kurumları İstatistiği Yıllığı (1995), a.g.e., s. 76.

malzemenin tespit ve İdari Mali İşler Müdürlüğü'ne bildirilmesini sağlar, malzemenin depolanmasını, dağıtılmasını ve bu işlerle ilgili kayıt ve envanter işlerinin yürütülmesi görevlerini gerçekleştirir ve Başhekime karşı sorumludur.” tanımlamasına yer verilirken, diğer yandan oluşturulan Kalite Kontrol Komitesinde de Eczacılık Müdürlüğünden kimseye yer verilmemektedir.¹⁰⁷ Oysa hastanelerde sunulan hizmetlerin direkt kalitesini etkileyen girdiler (ilaç-tıbbi malzeme) ile ilgili hizmetlerin sunumu işlevini yerine getiren eczane bölümünün çağdaş kalite yaklaşımlarına göre sağlayabileceği katkı gözardı edilmektedir. Yine sunulan klinik hizmetin ekip hizmetini gerekli kılması ve eczacının hekim ve hemşire grupları arasında her iki ile de oluşturması gereken ikna edici iletişim de gözardı edilmektedir.¹⁰⁸

Yukarıda kamu hastanelerindeki benzer yapı ve yaklaşımının giderek sektör içindeki % 6 yatak kapasiteni sahip ve giderek ağırlık kazanan özel hastanelerimizde de farklı olması daha çağdaş bir örgüt ve yönetim anlayışına sahip olabilecekleri yaklaşımında hareketle öngörülebilir. Ancak, bu hastanelerimizin işleyiş yapılarını aktarmada ki içe kapanıklıkları böylesi bir öngörüü henüz doğrulamamaktadır. Özellikle ISO 9000 Kalite Güvence Sistemi belgesine sahip iki özel sektör hastanemizin çeşitli bilimsel ortamlarda çok da önemli (hastane işletmeciliği kalite bağlamında) olmayan hizmet gruplarına yönelik (ki hizmet grupları hasta bakım kalitesinin direkt etkileyen hizmetle de değildi.) sunmuş oldukları KGS ve TKY’yi uygulamalarına yönelik bildirimleri arasında hizmet üretimlerinin temel girdileri olan, eczacılık hizmetleri ile ilgili tek bir bildiriye ve diğer bildirimler arasında da bu hizmetlere yönelik tek bir bilgiye dahi rastlanılmamaktadır. Oysa bu durum; kısaca kullanıma uygunluk olarak tanımlanan ve edilgen konumdaki hasta KG sistemine yönelik veri ve bu verilerle sunulan hizmeti değerlendirme olanağı tanımak zorunluluğunu ortaya koyan çağdaş kalite yaklaşımları ile çelişkili bir durumdur. Oysa eczacılık hizmetlerini bilimsel ve çağdaş yaklaşımla örgütlenip, yönetilemeyen bir hastanenin oluşturabileceği Kalite Güvence Sisteminin kendince kaliteyi tanımladığı ve bu işletme için müşterisi konumundaki hastası açısından kalitenin güvenli ve sürekli olmadığı söylenebilir.

¹⁰⁷ Trakya Üniversitesi Hastane Yönetmeliği, **Resmi Gazete**, s. 2 144 3, (22 Aralık 1992), s. 9.

¹⁰⁸ SÜRÜCÜ, ÜNLÜOĞLU, ŞAHİN, a.g.m., s. 88.

Bu paralelde ISO 9001 Kalite Güvencesi Sistemi Belgesine sahip olan Başkent Üniversitesi hastanesinde eczacılık hizmetleri 1 eczacı, 2 teknisyen ve bir bilgisayar operatörü tarafından yerine getirilmektedir.

Eczanede istihdam edilecek personel sayısı hazırlanan günlük reçete ve diğer ilaç siparişleri sayısına göre belirlenmektedir. Hastanenin büyüklüğüne göre 1972'de hastanelerde istihdam edilen eczacı sayıları aşağıdaki gibi tahmin edilmiştir.¹⁰⁹

Hastane Büyüklüğü (Yatak Kapasitesi)	Eczane Sayısı
50	-
100	2
200	3
300	4
400	5
500	7
600	9
700	11

Yukarıda yer verilen yatak kapasiteleri ile orantılı eczacı sayısı 1972 yılında tahmin edilmiştir. o dönemde genel olarak hastane eczacılığının işlevleri ilaç lojistiği ve üretim işlevi ile sınırlı olduğu düşünüldüğünde 2000 yılında ISO 9001 KGS'i belgesine sahip bir hastanemizdeki bu durum açıklaması zor bir durum olarak karşımıza çıkmaktadır.

Yine ISO 9001 KGS'e belgesine sahip Bayındır Tıp Merkezinin organizasyon yapısı içinde eczacılık hizmetleri Genel Müdürüne bağlı olarak işlevlerini sürdüren Eczacılık Hizmetleri Müdürlüğüne organize edilmektedir. Ayrıca Müdürlüğe bağlı 3 eczacı ve 3 eczacı teknisyenince yürütülmektedir.

¹⁰⁹ SEÇİM, *Hastane Yönetimi ve Organizasyonu*, a.g.e., s. 76.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ ECZACILIK HİZMETLERİ GEREKSİNİMLERİ YÖNÜNDEN ECZANE BÖLÜMÜNÜN YERİ

1. OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ HASTANESİNE AİT BİLGİLER VE OSMANGAZİ HASTANESİNİN ÖRGÜT YAPISI

Osmangazi Üniversitesi hastanesinde yatan hasta istatistikleri aşağıda sunulmuştur. Tablo 4 incelendiğinde 1993 yılından başlayarak hastanenin yatak kapasitesinin kadro yatağı hedefi olan 900 yatak kapasitesine ulaşmaya yönelik olarak arttığı ve bu süre içinde hastanenin yatak işgal oranlarının düşüş eğilimi gösterdiği görülmektedir. Yatak işgal oranı, hastane yataklarının ne oranda kullanıldığını gösteren önemli bir göstergedir. Yatak kapasitesinin çok altında ya da çok üstünde çalışan bir hastanede yatak sayısının azaltılmasına ya da çoğaltılmasına karar vermede önemli bir ölçüttür.

1997 yılı hastanenin yatak işgal oranı olan % 57.13 rakamı, hastanenin 900 yatak kapasitesinin altında olan 788 fiili yatak kapasitesinde bile % 42.87 atıl kapasite varlığının göstergesidir. Boş kalan her yatağın sonuçta maliyet olarak dolu yatağın maliyetine yansıtacağı ve üretim verimliliğini azaltacağı söylenebilir.

Tablo 4: O.G.Ü. Hastanesi Yatan Hasta İstatistikleri

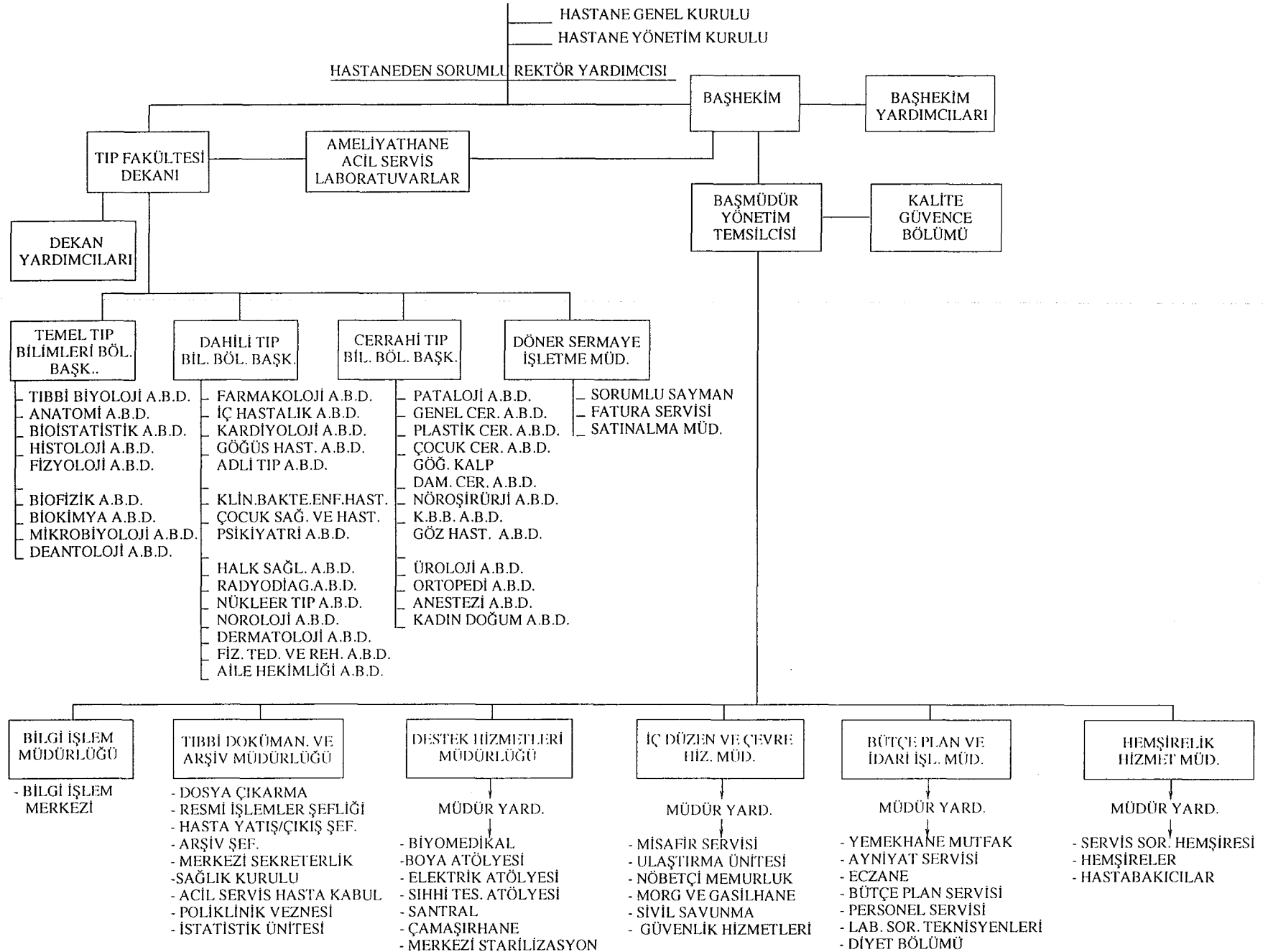
YIL	KADRO YATAĞI	MEVCUT YATAĞI	POLİKLİNİK SAYISI	SERVİSE YATAN HASTA SAYISI	TOPLAM YATILAN GÜN SAYISI	AMELİYATLAR			DOĞUMLAR		HASTA ORTALAMA KALIŞ SÜRESİ	YATAK İŞGAL ORANI	PERSONEL SAYISI
						BÜYÜK	ORTA	KÜÇÜK	NORMAL	SEZERYAN			
1993	392	392	64.268	11.077	93.881	2.267	867	675	306	130	8.89	65.61	616
1994	900	558	73.081	12.734	115.025	2.374	863	699	175	61	9.40	56.47	812
1995	900	680	73.253	14.648	139.412	2.867	1.101	757	310	146	10.06	56.16	917
1996	900	732	76.281	15.749	152.842	2.918	1.360	848	325	141	9.73	52.20	927
1997	900	788	112.897	17.095	164.335	3.343	1.557	1.068	384	137	9.61	57.13	1.200

Osmangazi Üniversitesi hastanesi 3.5.1996 tarihli hastane yönetmeliğinde hastane üst yönetim organlarının görev yetki ve sorumlulukları tanımlanmıştır. Bu yönetmelik sonucu oluşan organizasyon yapısı şekil 9'da sunulmuştur.

Hastanenin en üst yöneticisi, hastane üst yönetim kademelerini oluşturan, Hastane Başhekim, Başmüdürü ve Hastane Müdürlüklerinin atama mercii olan Üniversite Rektörüdür. Hastane yönetim organları ise Hastane Genel Kurulu, Hastane Yönetim Kurulu, Hastane Başhekim ve Hastane Başmüdürüdür.

Hastane Genel Kurulu; Rektör, hastaneden sorumlu Rektör yardımcısı, Tıp Fakültesi Dekanı, Hastane Başhekim, Tıp Fakültesi Bölüm Başkanları, bölümlerin kendi içlerinde seçimle belirleyecekleri birer profesör, doçent ve yardımcı doçent ile oy hakkı olmaksızın Hastane Başmüdürü, Başhemşire ve Döner Sermaye İşletme Müdüründen oluşmaktadır.

Hastane Yönetim Kurulunun işlevleri ise; hastane hizmetlerinin verimli işletmecilik anlayışı ile ve en üst düzeyde yürütülmesini sağlayacak ilkeler ve birinci madde doğrultusunda planlamalar yapar, kararlar alır, hastaneye bağlı idare, teknik ve sağlık personelinin görev, yetki ve sorumluluklarını belirleyen yönergeler hazırlar. ileri tıp teknolojisinin hastanede uygulanabilmesi, klinik, laboratuvar, idari birim ve ortak kullanım alanlarının en verimli şekilde uygulanabilmesi için gerekli yerleşim düzenlemeleri yapar, üniversitenin diğer birimleri ile işbirliği ve koordinasyonu sağlar, hastane bütçe tasarısı ve yatırım programları, kadro ihtiyacı ile ilgili kararlar alır ve yıl sonu raporlarının denetimini yapar.



Şekil 9: Osmangazi Üniversitesi Eğitim Uygulama ve Araştırma Hastanesi Organizasyon Şeması

Tıp fakültesi öğretim üyesi tıp doktoru ve tam güm statüsünde görev yapan profesör veya doçentler arasında rektörce görevlendirilen Hastane Başhekiminin iş tanımı ise; kendisine verilen görevleri YÖK Kanunu ve yönetmeliklerine uygun olarak Hastane Yönetim Kurulu Kararları, geçerli ilgili kanun, tüzük, yönetmelikler doğrultusunda yapar. Hastanenin amaçları doğrultusundaki tüm çalışmalarında Rektöre karşı sorumludur. Hastane yönetmenliği ve Hastane Yönetim Kurulu kararlarına uyulmasını sağlar. Mali yılbaşında hastanenin bütçesi ve kadro ihtiyaçlarının gerekçeleri ile birlikte hazırlayıp, Hastane Yönetim Kurulunda görüşüldükten sonra Rektöre sunulmasını sağlar. Hastaların yatış, taburcu işlemleri ve bölümlerde uygulanacak esasları saptar ve gereğini yapar. Hastaların iâşe ve diyetleri ile ilgili esasları düzenler. Hastanenin temizlik, onarım, bakım ve emniyet hizmetlerinin idamesini sağlar. Hasta arşivinin çalışmalarını düzenler. Hastalarla ilgili yazışmalarda yetkili amirdir. Hastane personelinin nöbet çizelgelerinin düzenlemesini sağlar.

Hastane organlarından biri olan Hastane Başmüdürü, ilgili yasa, tüzük ve yönetmeliklere uygun olarak, hastanenin ihtiyaçlarının tespiti, temini, depolanması, birimlere dağıtılması, idari ve teknik hizmetlerin planlaması, örgütlenme, koordinasyonunu sağlamak ve Hastane Başhekiminin vereceği görevleri yapmakla yükümlüdür.

2. OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ VE ISO 9001 KGS'İ KURMA ÇALIŞMALARI

2.1. ISO 9000 Kalite Güvence Sistemi

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

ISO 9000 standardı 1987 yılında (ISO) Uluslararası Standart Kuruluşu'nca, uluslararası standart olarak onaylanmış yayınlanan ve halen AT ülkelerinde de uygulanmakta olan bir uluslararası kalite standartıdır.

Bu serinin iki versiyonu olan ISO 9001 ve 9002 KGS'lerinin temel ayırım noktası ISO 9000 KGS'nin ISO 9001'in içerdği tasarım (4.4. maddesini) kontrolünü içermemesidir. Bu bağlamda ISO 9000 KGS'lerinin temel özelliği içerdikleri 19 ve 20 madde kapsamında bir işletmenin tüm süreçlerinin standartize edilmesidir.

ISO 9000 KGS'leri bir mükemmeliyet seviyesinin tanımlanması olmayıp bir işletmenin mevcut olanakları ile üretmesi gereken mal ve/veya hizmetlerin en etkin ve verimli üretilebilmesi için oluşturulması gereken KGS'ini tanımlamasıdır.¹¹⁰

Özetle bir ISO 9001, 9002 ya da 9003 belgesi alabilmek için, bir kuruluşun bir dizi operasyonda, bir standartta ya da bazı standartlara uygunluğu sağlaması ve koruması gerekir. Standartların kapsadığı operasyonlar, müdürlerin sorumluluklarından, satınalma prosedürlerinden, techizatın kontrolüne ve eğitime kadar uzanan yirmi kadar alana yayılır.¹¹¹

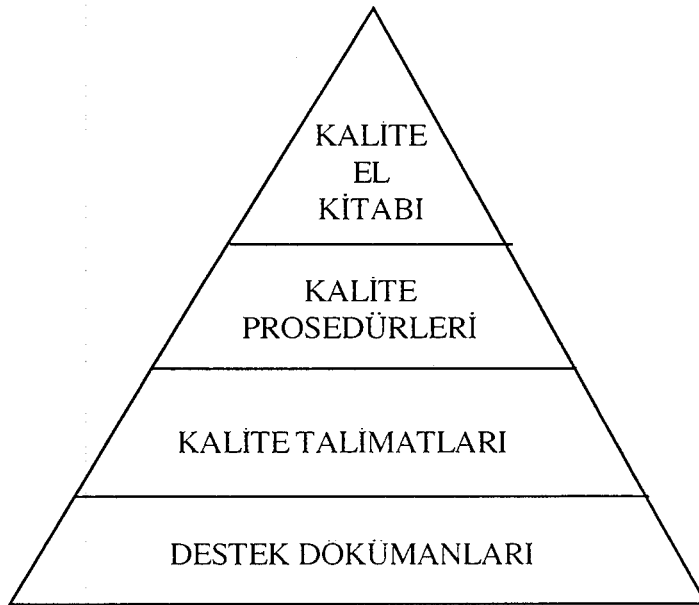
1. Yönetim Sorumluluğu
2. Kalite Sistemi
3. Sözleşmenin Gözden Geçirilmesi
4. Tasarım Kontrol
5. Döküman ve Veri Kontrol
6. Satın Alma
7. Müşterinin Temin Ettiği Ürün
8. Ürün Tanı ve İzlenebilirliği
9. Proses Kontrol
10. Muayene ve Deney
11. Muayene Ölçme ve Deney Techizatının Kontrolü
12. Muayene ve Deney Durumu
13. Uygun Olmayan Ürünün Kontrolü

¹¹⁰ Yaşar ODACIOĞLU, Ümit ŞAHİN, "Hastane İşletmeciliğinde Kalite Kavramı, TKY ve ISO-EN-TSE 9001 KGS Bağlamlarında Halkla İlişkilerin Önemi", **Medikal Teknik**, Sayı No: 42, (1998), s. 88.

¹¹¹ T. W. HARDJONO, **Mükemmelle Ulaşmanın Yolları**, (Çev. a. y.) (İstanbul: İpek Kağıt Sanayi ve Ticaret A.Ş. Yayını, 1997), s. 55.

14. Düzeltici ve Önleyici Faaliyetler
15. Taşıma, Depolama, Ambalajlama, Koruma ve Sevkiyat
16. Kalite Kayıtları
17. Kuruluş İçi Kalite Tetkikleri
18. Eğitim
19. Servis
20. İstatiksel Teknikler

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



Kalite El Kitabı: Kuruluşun kalite politikasını, hedeflerini, organizasyonunu, yetki ve sorumluluklarını tanımlayan, referans olarak seçilen standartdaki tüm kalite elemanlarının gerekliliklerini karşılayacak şekilde kalite sistemini ve faaliyetlerini tarif eden dökümandır.¹¹²

¹¹² Selçuk AYTİMUR, **Kalite Sistem Dökümantasyonu**, (İstanbul: Kal Der Yayınları No: 14, 1997), s. 14.

Prosedürler: Prosedürler, bir işletmede kaliteye etkisi olan tüm işleri kapsar, kalite sisteminde tüm proses akışını tanımlayarak işletmede yapılan tüm işlerin aşamalarını özetler. ISO 9000 KGS’inde prosedürler sistemi oluşturan 20 maddesini karşılayacak şekilde kalite sistemi hariç en az bir prosedür yazılmalıdır.

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

Kalite Planları: Bir ürün ve/veya hizmetin, proje ve sözleşmeye ait özel kalite çalışmalarını, bu çalışmaların kalitesinin güvence altına alınabilmesi için gerekli adımları, bu adımların nasıl gerçekleştirilebileceğini gerekli kaynakları, kontrol sürelerini tanımlar.

Kısaca “kullanıma uygunluk” olarak tanımlanan kalite kavramı, günümüzde genel olarak bir ürün ya da hizmetin, müşterilerin beklenti ve gereksinimlerini karşılama düzeyi olarak tanımlanmaktadır.

Müşterilerinin sağlık tanımı kapsamındaki talepleri paralelinde hizmetler üreten işletmeler olarak, hastanelerde kalite yönetimi diğer işletmelerden daha önemli hale gelmektedir.

Hastanelerin üretmiş oldukları hizmetlerin tüketicisi konumundaki müşterileri, yararlandıkları hizmetlerin teknik yönünün değerlendirme konusunda oldukça az temele sahiptirler. Hastane hizmetleri tıp profesyoneli olan hekimler tarafından tasarlanmakta ve diğer hastane işgörenlerinin de katılımı ile üretilmektedir. Sağlık konusunun ancak uzun bir eğitim dönemi sonunda uzmanlık kazanmış kişilerin uygulayabileceği ve değerlendirebileceği karmaşıklıkta oluşu, satın almanın getireceği riskin büyük olmasına neden olmakta bu da hizmetin kullanımında uzman bilgisinden yararlanmayı zorunlu kılmaktadır.¹¹³

¹¹³ ODABAŞI, a.g.e.

Gerek kamu gerekse kâr amaçlı özel hastanelerimizde sunulan hizmetlerin kalitesinin denetimine yönelik herhangi bir standart olmaması yanında hiçbir kamu ve/veya mesleki kurumca denetim işlevi de yerine getirilmemektedir. Dolayısıyla bir hasta hastaneye adımını attığı andan itibaren, hastane işgörenlerinin vicdan ve mesleki etikleri doğrultusunda üretmiş oldukları hizmetleri tüketme dayatması ile karşı karşıya kalmaktadırlar. Daha açık bir söylemle; müşterilerce talep edilen ve hastanelerce oluşturulan hizmet bütünü çoğu zaman kullanıcının yaşam kalitesini direkt etkileyebilen ve zaman zaman telafisi olası olmayan sonuçlar doğurmaktadır. Ülkemizde son bir yıllık yazılı ve görsel basın organları tarandığında bu sonucu destekleyici oldukça fazla örnek ile karşılaşılmaktadır. Ancak bu tespit en net olarak hastanelerin hizmet üretim sürecinde kullandıkları en önemli girdi konumundaki ilaç kullanımı ile ilgili yapılmış iki araştırma ile desteklenebilir. Türkiye İlaç İşverenleri'nin yapmış olduğu araştırmaya göre antibiyotiklerin % 50 oranında yanlış kullanıldığı, Hacettepe Üniversitesi'nde de yine antibiyotiklerin % 48'inin uygun olmayan şekilde kullanıldığı sonuçları ortaya çıkmaktadır.¹¹⁴ Oysa ilaçlar, hastanın kendi tercihi ile seçemediği, hakkında en az bilgi sahibi olduğu; koruyucu ve tedavi edici etkilerinin yanısıra oluşturduğu yan etkiler dolayısıyla da ileride önemli risk potansiyelinin olduğu bir üründür. Dolayısıyla hastane müşterilerinin edilgenliklerinin ortadan yok edilmesi ve müşteri adına sunulan hizmet bütünü kalitesinin hizmeti üreten işletmece güvence altına alınmasını gerekli kılmaktadır.

Ülkemiz sağlık hizmetleri sunum yapısı incelendiğinde özellikle 1990'lı yıllarla birlikte gerek kamu otoriteleri ve bu hizmetlerin sunum sürecinde işlev gören işgörenler ve işgören örgütlerince, gerekse de akademisyenlerce bu yapının reorganizasyonunu gerekli kılan kalite ve verimlilik sorunları ortaya konulmaktadır. Bu sonuçların en çarpıcıları aşağıda ana hatları ile sunulmuştur.

- Sağlık sevk zincirimiz işlememekte, bu nedenle de ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmeti üretmesi gereken hastaneler birinci basamak hizmetleri de üretme yükümlülüğü ile karşı karşıya kalmaktadırlar. Sözgelimi, üçüncü basamak sağlık hizmeti üreten bir işletme olan İbni Sina Hastanesi'nde yapılan bir araştırmaya göre son 10 yılda

¹¹⁴ Medinews, a.g.m., (10 Mart 1998), s. 28.

başvuran hastaların % 89'unun 1. ve 2. basamakta tedavi edilebilecekleri sonucuna varılmıştır.¹¹⁵

- Ülkemizde sunulan sağlık hizmetlerinin standartları tespit edilmediğinden, kamu hastanelerimizde başarının ölçütü verilen tıbbi paramedikal hizmetin nispi kalitesi olarak algılanmakta ve hizmetin verimli olup olmadığına, verimliliği artırma olanaklarının bulunup bulunmadığına ve diğer örgütsel performans göstergelerinin incelenmesine önem verilmemektedir.¹¹⁶ Bu bağlamda hastanelerimizin tek başarı ölçütü yatak işgal oranlarının incelenmesi ile sınırlı kalmaktadır.

Söz gelimi, Sağlık Bakanlığı'nca düzenlenen, 1. Ulusal Sağlık Finansman çalışma grubu raporunda, kaynak kullanım verimsizliğe ve Sağlık Bakanlığının Ulusal Sağlık Politikası adlı yayınında da, hastanelerin en önemli sorunlarından biri olarak verimlilik ilkelerinin uygulanmamasına dikkat çekilmektedir.¹¹⁷

Ülkemizde, bu sektörde akademisyenlerce yapılan verimlilik ölçümleri de Sağlık Bakanlığının çeşitli vesilelerle dile getirdiği verimsizlik sorunu doğrulayıcı sonuçları içermektedir. Sözgelimi, Türkiye'de genel hastanelerin teknik verimliliklerinin ölçümü ve bunun sonucunda verimsiz kullanılan ve yetersiz üretilen çıktılarının belirlenmesi amacıyla yapılan araştırma sonucu, ülkemiz genel hastanelerinin % 82.3'ünün teknik açıdan verimsiz olduğu yönündedir. Bu sonuca dayalı olarak; Türkiye'nin bir çok hastanesinde girdilerin verimsiz kullanıldığı veya üretilmesi mümkün iken üretilmemiş bir çok hizmetin topluma sunulmadığı söylenebilir.¹¹⁸

¹¹⁵ Eriş BİLALOĞLU, "Kurum Örnekleri", Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, **Toplum ve Hekim**, (Ankara: 1995), s. 69-70.

¹¹⁶ Oktay ALPUGAN, "Hastanelerde Verimlilik Sorunu ve Kimi Öneriler", İçinde Hikmet SEÇİM (der.) **Hastane İşletmeciliği (Seçme Yazılar)**, (Eskişehir: 1995), s. 139.

¹¹⁷ Sağlık Bakanlığı, **Ulusal Sağlık Politikası**, (Ankara: Sağlık Bakanlığı Sağlık Proje Genel Koordinatörlüğü Yayınları, 1995), s. 18.

¹¹⁸ Şahin KAVUNCUBAŞI, Korkut ERSOY, "Hastanelerde Teknik Verimlilik Ölçüsü" **Amme İdaresi Dergisi**, Sayı No: 3, (1995), s. 8.

Bir başka çalışmada; toplam verimliliğin, işgücü, sermaye, teknoloji ve malzeme verimliliklerinin bileşkeni olarak tanımladığı yaklaşımından yola çıkarak Eskişehir Devlet Hastanesi'nde yapılan işgücü ve malzeme verimlilik ölçümleridir. Araştırma sonuçları; bu hastanenin % 50 işgücü tasarrufuyla aynı miktarda hemşirelik hizmetini üretilebileceğini, eşdeğer ilaç uygulaması yoluyla da 42.462.508 TL'lık (1991) tasarruf sağlayabileceği yönündedir.¹¹⁹

Yukarıda yer verilen örnekler sektörün yatak kapasitesi olarak % 94'ünü oluşturan çeşitli kamusal otoritelerin yönetimindeki hastanelerimize yöneliktir. Literatürde bir işletmede kalitesizliğin maliyetinin bir işletmenin toplam giderlerinin % 15-25'i oranında olduğu genel kabul gören bir yaklaşımdır. Bu bağlamda; günümüzde kalite kavramının, genel olarak diğer örgütsel başarımların göstergelerini de içerecek şekilde tanımlanması, özellikle kamu hastanelerimizin çeşitli platformlarda uzlaşılan verimsizliklerinin telafisi için önemli bir fırsat olabilecektir.

Dünyadaki gelişim sürecine paralel olarak 1990'lı yıllarla birlikte ülkemiz sağlık işletmeciliği geneli ve hastane işletmeciliği özelinde kalite kavramının tartışılması, sonuçta verimliliği çeşitli mesleki ve akademik düzeyde tartışmaya konusu olan hastane işletmeciliğindeki tartışmalara daha etkin bir platform sağlamıştır. Bu açılım aynı zamanda ülkemiz Hastane işletmeciliğinde kalite odaklı verimli bir örgütlenme ve yönetim modeli nasıl olmalıdır? sorusunun yanıtlanmasını gerekli kılacak bir sürecin başlangıcı olabilecektir.

Ancak, bu paralelde yanıtlanması gereken en önemli soru; verimlilikleri tartışılan örgüt ve yönetim yapılarına sahip kamu hastanelerimizde ISO 9000 Kalite Güvence Sisteminin (KGS) amaçladıklarına ne ölçüde ulaşabileceğidir.

ISO 9000 KGS'i bir işletmenin 19 ya da 20 ana başlık altında yer verilen hükümler ile standartize edilmesidir. Bu sistemin temel özelliği yürütülen her proses önce yazılı olarak dökümanite edilmekte, işletim aşamalarında değerlendirilmekte ve karşılaşılan

¹¹⁹ SEÇİM, Seçme Yazılar, a.g.m., s. 255.

ve/veya karşılaşılabilecek uygunsuzluklar düzeltici/önleyici faaliyetler ile giderilmeye çalışılmakta ve sonuçta da yüzlerce sayfalık dökümandan oluşan bir kalite sistemi oluşmaktadır. Bu sistemin kamu hastanelerine getirileri aşağıda şekilde özetlenebilir.

Standartın 4.1. (Yönetim sorumluluğu) maddesi müşteri beklenti ve gereksinimleri doğrultusunda bir kalite politikasının belirlenmesini ve müşteri şikayetlerinin “Yönetimin Gözden Geçirme” toplantılarında değerlendirilmesini hükmetmektedir. Dolayısıyla edilgen bir müşteri grubu olan hastane müşterilerinin beklenti ve gereksinimlerinin araştırılmasını ve şikayetlerinin incelenerek düzeltici-önleyici faaliyetler kapsamında çözümlenmesini gerekli kılmaktadır.

ISO 8402 kalite sözlüğünde Kalite Güvencesi “ürün ya da hizmetin kalite için belirlenmiş istekleri karşılamak amacıyla, yeterli güveni sağlaması için gereken planlı ve sistematik faaliyetler bütünü” olarak tanımlanmaktadır. ISO 9000 serisi standartlar ise her işletme koşullarına uygun bir KGS’i kurulması ve/veya değerlendirilmesinde temel alınabilecek bir modeldir. Bu seriye dahil ISO 9001 veya 9002 modellerine uygunluk belgesi, bir işletme yönünden bir çok ülkede kabul edilmiş olan uluslararası standarta uygun bir KGS’ne sahip olmak anlamına gelmektedir. Ancak ISO 9000 standartlar serisi bir mükemmellik seviyesi olmayıp, bir işletmede KGS’i kurulması için asgari şartları belirleyen bir kılavuz niteliğindedir.

Yukarıda genel olarak tanımlanan ISO 9000 ve özellikle ISO 9001’KGS’i belgesi ülkemizde hastane işletmeciliğinde peşinde koşulan ve giderek te artan bir cazibe merkezi konumuna gelmektedir. Özellikle dört özel hastane, bir devlet, bir vakıf ve iki askeri hastanenin bu belgeye ulaşmış olmaları bu eğilimi destekleyici bir durumu göstermektedir. Ülkemiz hastane işletmeciliği sektöründeki kaliteye yönelik doğal olarak çeşitli akademik ve mesleki platformlarda, verimsizlikleri ve önemli kalite sorunları dile getirilen hastanelerimiz açısından oldukça önemli bir aşamadır, denilebilir. Ancak hastane işletmeciliği sektörüne çok önemli katkıları reddedilemeyecek olan ISO 9001 KGS’nin tüm katkılarına karşın sonuçta tüm sorunları çözecek bir sihirli değnek olarak algılanma tehlikesi de mevcuttur. Bu bağlamda ISO 9001 KGS’nin ölçümlenebilir bir kalitede

hizmet üretimi sağlayabilmesi için şu noktaları da içermesi gerekmektedir. Hastanelerin temel amacı müşterilerinin taleplerinin nedenini oluşturan sağlık tanımı kapsamındaki hizmetlerin üretilmesidir. Bu üretim sürecinin özellikleri kısca şu şekilde özetlenebilir.

Müşterinin gereksinimleri tıp profesyonelleri tarafından belirlenerek hizmet üretim süreci ve bu süreçte kullanılacak tüm girdilerde yine bu profesyonellerce tasarlanmaktadır. Tıp profesyonellerince tasarlanan bu hizmet sürecinin kalitesinin tanımlanması ve değerlendirilmesi planlı ve sistematik çalışmaları gerektirmektedir, çünkü sunulan hizmetin teknik yönü ancak bu alanda uzmanlaşmış kişi ve/veya kişilerce bilinebilecek karmaşıklıktadır. Bu bağlamda; kalite sorunu oluştuğunda müşterinin direkt yaşamını ve/veya yaşam kalitesini etkileyen aşağıdaki süreçler planlı ve sistematik olarak yürütülen faaliyetler ile güvence altına alınmalıdır.

Hastanelerin temel işlevi, müşterilerinin hizmet talep nedenleri olan hastalıkların tedavisidir. Hastaneler bu işlevi ayaktan ve yatarak tedavi hizmetleri şeklinde sunmakta ve her iki hizmet sürecinde de en temel girdileri olan eczacılık hizmetleri kapsamındaki ilaç ve tıbbi malzemeleri kullanmaktadırlar. Özellikle günümüzde teşhis ve tedavi de girişimsel olmayan yöntemlerin geliştirilmesi, gerek hizmet üretim sürecinin planlanma aşaması olan teşhis sürecinde, gerekse de tedavi sürecinde ilaç kullanımını büyük boyutlara ulaştırmıştır. Bu bağlamda; hastane işletmeciliğinde hizmet sürecinin en önemli girdisini oluşturan ilaçların kullanımını sunulan hizmetin kalitesini direkt etkileyen bir faktördür. Aynı zamanda uygun olmayan ilaç kullanımı bir yandan müşterinin yaşam kalitesinin düşmesine, işgücü kayıplarına ve hastanelerin maliyetlerinin artmasına da neden olmaktadır. Bu tesbite yönelik araştırma sonuçları daha önceki bölümlerde sunulmuştur.

Hastanelerde sunulan hizmetin kalitesi ve maliyetini etkileyen önemli faktörlerden birisi de hastane enfeksiyonlarıdır. Hastane enfeksiyonları bir yandan önemli bir mortalite nedeni olmaları yanında, hizmet sürecinin (yani ortalama yatış süresinin) uzamasına da etkisi olan önemli bir faktördür. Sözelimi bir yandan hastane tüketicilerinin haklarının en gelişmiş olduğu, diğer yandan da hastanelerde sunulan hizmetlerin tüm süreçlerinde kalitenin perdiyodik ve sistematik olarak denetime tabi olduğu A.B.D.'de yapılan

araştırmalar, hastane infeksiyonlarının yıllık maliyetlerinin yaklaşık 5 milyar dolar olduğu ve yine yılda 15 bin hastanın hastane infeksiyonları nedeniyle yaşamlarını yitirdiklerini göstermektedir.¹²⁰

Yukarıda özetlenen nedenlerle hastane infeksiyonlarının önlenmesi ve izlenme çabalarının planlı şekilde sürekliliklerinin sağlanması gerekmektedir.

Günümüzde kalite “kullanıma uygunluk” olarak tanımlanmaktadır. Bu müşteri odaklı kalite tanımlanmasının içinde amaca uygunluk yanında; en az girdi kullanılarak en kaliteli hizmeti üretilmesi de yer almaktadır. Geleneksel pazar kavramına göre; herhangi bir ürünün değeri, tüketicilerinin onun için ödemeyi arzu ettikleri fiyat ile belirlenir. Bu bağlamda doğru çıktı, eşdeğer maliyetlerle üretilmiş mal veya hizmetler arasından tüketicilerin satın almayı tercih ettikleri üründür.¹²¹ Hastanelerde verimlilik ve kaliteyi etkileyen en önemli faktörlerden birisi de hastane hizmetlerinin gereksiz ya da gereğinden fazla kullanımudur. Bu kullanım;

- a) Gereksiz yatak kullanımı
- b) Gereksiz tetkikler
- c) Gereksiz cerrahi girişimler
- d) Gereksiz ilaç kullanımı

olmak üzere dört başlık altında toplanabilir.

Özellikle A.B.D. “Hospital Utilization Review” Hastane Kullanımının Araştırılması programları hastane masraflarını azaltmada kullanılan en önemli programlardan birisidir. Bu programın temel amacı, hastaneye kabullerin, kalış sürelerinin uygunsuzluğunun denetlenmesidir. Çünkü sonuçta bu gereksiz hastane kullanımları bir yandan hastanelerinin giderlerinin artmasına, diğer yandan toplumsal kaynakların gereksiz kullanımına ve en önemlisi de hastane müşterilerinin yaşam kalitelerinin riske edilmesine neden olmaktadır. Sözgelimi A.B.D.’de hastaneye kabullerin % 20’sinin ve yatan

¹²⁰ Sayide NAZLIER, “Başkent Üniversitesi Hastanesi Yoğun Bakım Ünitelerinde Nozokomiyel İnfeksiyon Hızının İyileştirilmesi,” İçinde Mithat ÇORUH (ed.); **Sağlık Yönetiminde Devamlı Kaliteyi İyileştirme Sempozyumu**, (Ankara: Haberal Eğitim Vakfı Yayını, 1997), s. 111.

¹²¹ ALPUGAN, a.g.m., s. 139.

hastaların % 35'inin gereksiz ve uygunsuz olduğu, yine dünyada hastaneye yatan hastaların % 5'inin yani ortalama 10 milyon insanın hastane enfeksiyonuna yakalandığı bilinmektedir.¹²²

Ülkemizde 90'lı yıllarla birlikte Toplam Kalite Yönetim (TKY) odaklı hastane işletmeciliğinde kalite odaklı tartışmalar, özellikle sektör içinde yer alan 7 hastanemizin ISO 900 KGS'i belgesi almaya hak kazanmaları ile birlikte daha geniş bir platformda tartışılmaya başlanmıştır. Ancak bu tartışmanın sonuçta ISO 9000 KGS'i belgesini almaya yönelik bir yaklaşıma dönüşme tehlikesine işaret edilmesi bir öngörü olarak kabul edilmemelidir. Bu tezi destekleyebilecek en önemli bulgu tüm bu tartışmalarda hastanelerimizin tartışılan örgüt ve yönetim yaklaşımlarının göz ardı edilmesidir. Oysa günümüz tüm kalite yaklaşımları çağdaş bir örgüt ve yönetim anlayışını adres göstermekte iken tüm bu tartışmalar yoğun olarak bu alan yerine, hasta memnuniyeti ve hastanelerin ikincil süreçleri olan idari, mali ve destek hizmetlerinde odaklaşmaktadır. Oysa KGS'inden TKY'ye anlayışına ulaşılan yolda en önemli aşama kaliteden kim sorumlu sorusunun “yönetim” olarak yanıtlanmasıdır. Dolayısıyla tüm işletmelerde olduğu gibi kalite yönetimi kaçınılmaz olarak hastanelerde de kaliteyi bir yönetim felsefesi olarak algılayan ve kaliteyi örgütsel yaşam biçimine dönüştüren bir kültürel yapılanmayı olanaklı kılan bir örgüt yapısı ve bu paralelde bir yönetim anlayışına dönüşmesi teorik olarak doğru bir yaklaşımdır.

¹²² ÖZER ve Diğerleri, “Hastalıkların Tetkik ve Tedavi İşlevlerinin Hekim ve Hastanelere Göre Değişkenliklerinin Belirlenmesi ve Hastanelerde Kullanım Değerlendirme Programlarının Gerekliliği”, Mithat ÇORUH (ed.) **Sağlık Yönetiminde Devamlı Kaliteyi İyileştirme Sempozyumu**, (Ankara: Haberal Eğitim Vakfı Yayını, 1997), s. 93.

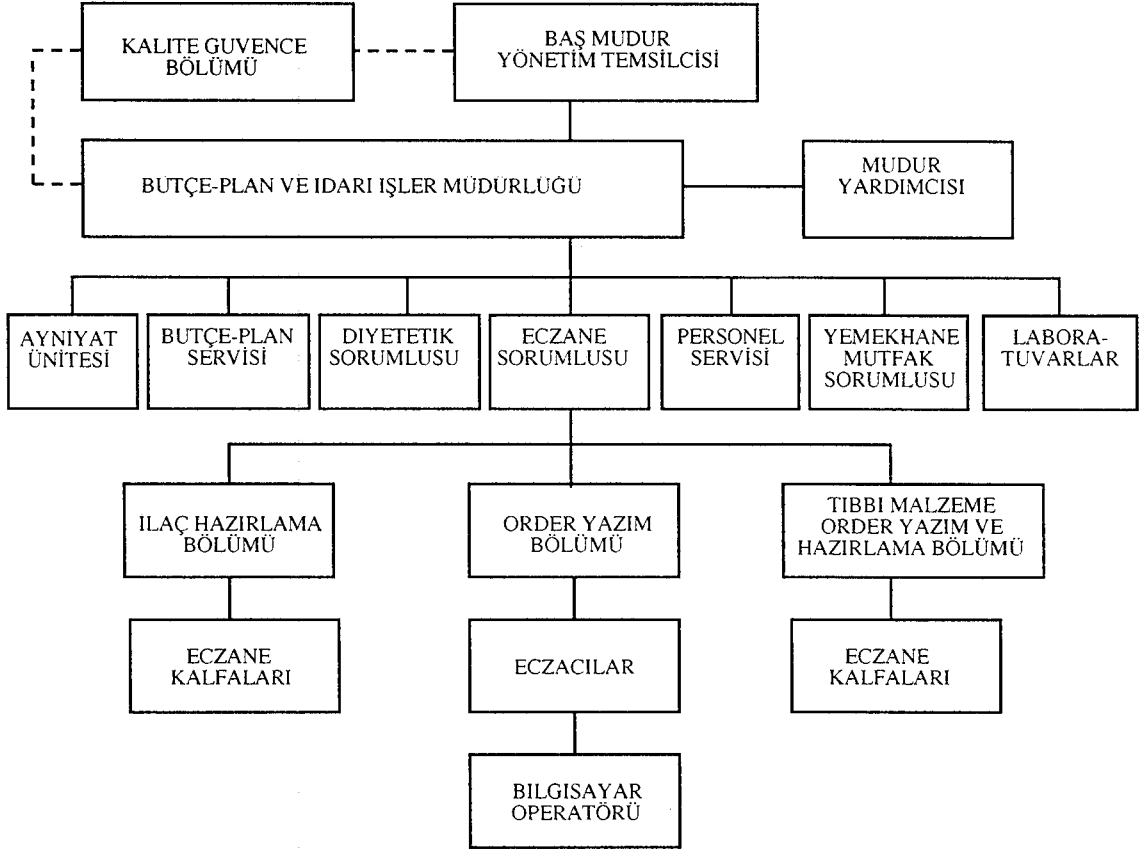
3. OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ EĞİTİM HASTANESİ ÖRGÜT YAPISI VE ECZACILIK HİZMETLERİ

3.1. Osmangazi Üniversitesi Eğitim Uygulama ve Araştırma Hastanesinin Örgüt Yapısı ve Eczacılık Hizmetlerinin Yeri

Daha önce belirtildiği gibi; modern hastane organizasyonu çok kompleks bir yapı gösterir. Bu organizasyonda doktorlar, eczacılar, biyologların yanı sıra daha pek çok meslek sahibi yetişmiş personelin yeri bulunmaktadır. Ekonomistinden sosyal hizmet uzmanına, işletmeciden mühendisine kadar geniş bir yelpazede tıp dışı personel de bu organizasyon da görev alır.

Modern bir hastane organizasyonunda eczane bölümünün fonksiyonu çok önemlidir. Eczane, hastanedeki pek çok bölümden biridir. Ancak gerek ekonomik katkısı gerekse tedavinin kaçınılmaz unsuru olan ilacın hazırlandığı yer olan eczanenin yeri diğer bölümlerden farklıdır. Eczane, doktor-hasta-eczacı ilişkisinin odağında bir konumdadır. Bu konumu ve verdiği hizmetin özellikleri nedeniyle hastane eczanelerinde hem eczacıların hem de eczacı olmayan bazı personelin çalıştırılmasına gerek vardır.

O.G.Ü. Hastanesinin genel örgüt yapısı sayfa 58'de Şekil 9'da verilmiştir. Bu örgüt yapısı içinde eczacılık hizmetleri Bütçe Plan ve İdari İşler Müdürlüğüne bağlı olarak yürütülmektedir. Şekil 10'da Eczacılık hizmetlerinin örgüt yapısı sunulmuştur. Eczane'de biri sorumlu eczacı olmak üzere toplam 7 eczacı, hasta orderlerinin yazımı ile görevli 2 bilgisayar operatörü, bir kişi malzemedden sorumlu 6 kalfa ile kliniklere ilaç taşıma işinde görevli 2 hizmetli görev yapmaktadır.



Şekil 10. Osmangazi Üniversitesi Hastanesinde Eczacılık Hizmetlerinin Örgüt Yapısı

Yukarıdaki mevcut örgüt yapısı içindeki eczanenin çalışma biçimi ve yerini getirdiği hizmetler ile ilgili O.G.Ü. hastanesi Eczacılık Hizmetleri ile ilgili ISO 9001 KGS'i prosedürünün içeriği aşağıda sunulmuştur.

3.2. Eczacılık Hizmetleri Prosedürü

1. AMAÇ: Bu prosedürün amacı, hastanemiz eczacılık hizmetlerinin sunumu için bir sistem oluşturmaktadır.

2. KAPSAM: Bu prosedür, hastanemizde sunulan tüm eczacılık hizmetlerini kapsar.

3. TANIMLAR:

Eczane Girdisi: Hastaların tedavi sürecinde kullanılan ilaç, serum, majistral ve her türlü tıbbi malzemedir.

Majistral: Kodeks ve farmakopelere uygun olarak eczanede hazırlanan preperatlar.

İlaç Komitesi: Hastane eczanesinde bulundurulması gereken ilaç, ecza, kimyevi maddeler ve serumlar ile tıbbi malzemeleri belirleyen ve Tıp Fakültesi Dekanının belirleyeceği Dahili ve Cerrahi Tıp Bilimleri Bölüm Başkanlıkları ile Enfeksiyon ve Mikrobiyoloji A.B.D. öğretim üyelerinden en az Doçent statüsündeki birer üye ile Hastane Başmüdürü, Bütçe Plan ve İdari İşler Müdürü ile Sorumlu Eczacıdan oluşan ve Hastane Başhekiminin başkanlığında toplanan bir komitedir. Yılda iki kez toplanarak karar verir.

4. Sorumlular: Bu prosedürün hazırlanmasından ve uygulanmasından Bütçe Plan ve İdari İşler Müdürü sorumludur. Prosedüre son şeklini Kalite Kurulu verir ve Rektör onaylar. Diğer sorumlular prosedür detayında açıklanmıştır. ilaç komitesine seçilen öğretim üyelerinin görev süresi 3 yıldır. Komiteden boşalan veya çekilen üyenin yerine aynı usulle görevlendirme yapılır. Görev süresi biten üye tekrar seçilebilir.

5. Uygulama:

5.1. Eczane Girdilerinin Temini

5.1.1. Her yılın Mayıs ve Ekim ayının ilk mesai günü toplanan ilaç komitesi Eczane Çalışma Talimatına (HT-011) göre hazırlanan rapor doğrultusunda eczanede bulundurulacak ilaç ve serumlar ile tıbbi malzeme türlerini belirler. Toplantı daveti komite başkanınca yapılır.

5.2.1. İlaç komitesinin oluşturduğu Eczane Girdi Listesi (FR-98-001) paralelinde eczaneye ihaleler yoluyla alınacak eczane girdilerinin sayısal tespitinin nasıl yapılacağı Eczane Çalışma Talimatında detaylandırılmıştır.

5.1.3. Hazırlanan ihale listelerindeki eczane girdileri Satınalma Prosedürü (PR-06) doğrultusunda satın alınır ve Muayene ve Deney Prosedürü (PR-12) hükümlerine göre girdi muayenesi yapılır.

5.1.4. İhale dışı eczane girdi alımları Eczane Çalışma Talimatı hükümlerine göre belirlenir ve Satınalma Prosedürü çerçevesinde satın alınarak Muayane ve Deney Prosedürü hükümlerine göre muayene ve deneyden geçilir.

5.2. Kliniklere ilaç Dağıtım

5.2.1. Hastanemiz kliniklerinde tedavi gören hastaların gereksinim duyabilecekleri eczane girdileri Hasta Order Formu'na (FR-98-003) yazılarak temin edilir.

5.2.2. Hasta orderi yazma yetkisi hastanemizde görevli asistan hekim, uzman hekim ve öğretim üyesi hekimlere aittir. Orderi yazan hekim kaşesini vurarak orderi imzalar. İmza ve kaşesi olmayan orderler eczanece işleme konulmaz.

5.2.3. Günlük rutin hasta orderleri yazıldıktan sonra kliniğin eczane istek dosyasına konulur ve klinik çalışanları veya eczane personeline eczaneye ulaştırılır.

5.2.4. Eczaneye ulaştırılan orderler Eczane Çalışma Talimatı hükümleri doğrultusunda hazırlanır.

5.2.5. Kliniklerin hazırlanan eczane girdileri toplu halde eczane ilaç dağıtım personeli veya ilgili klinik personeli tarafından Bölüme Çıkan İlaç Listesi (Fr-98-004) ile birlikte servis sorumlu hemşiresi veya servis hemşirelerine teslim edilir. Bölüme çıkan İlaç Ünitesi teslim alan ve teslim eden tarafından imzalanarak bir nüshası ilgili klinikte, bir nüshası da eczanede saklanır.

5.2.6. Eczane girdilerini teslim alan hemşire hasta order'larını kontrol ederek karşısında "yok" yazılı girdileri asistan hekime bildirir.

5.2.7. Asistan hekim hastanın temin ettiği ürünün kontrolü prüsedürü (PR-07) hükümlerine göre girdinin teminini sağlar.

5.2.8. Yeşil kartlı hastaların eczanede bulunmayan eczane girdileri Eczane Çalışma Talimatı hükümleri doğrultusunda Satınalma İstek Formu (FR-00-016) ile satınalma hükümlerine göre temin edilir.

5.2.9. Her yıl yayınlanan Bütçe Uygulama Talimatı Ek-7 listesinde (FR-98-005) yer alan malzemeler her hafta kliniklerce Eczane İlaç İstek Formu (FR-98-002) ile eczaneden Eczane Çalışma Talimatı hükümlerine göre temin edilir.

5.2.10. Hastalara order edilerek eczaneden temin edilen eczane girdilerinden tıbbi nedenlerle kullanılmayan girdiler hasta taburcu edilirken servis sorumlu hemşirelerince tespit edilir ve İlaç İade Belgesi (FR-98-006) ile eczaneye iade edilerek eczanece hasta faturasından düşülmesi ağılanır. Mesai saati dışında bu görev, serviste görevli hemşire tarafından yerine getirilir.

5.3. Acil Servise İlaç Dağıtımı

5.3.1. Acil serviste her an hizmete hazır bulundurulması gereken Acil Servis İlaç ve Tıbbi Malzeme Listesi'ndeki (FR-98-007) eczane girdileri kontrol stoğu olarak acil servis sorumlu hemşiresine teslim edilir ve takibinden aynı kişi sorumludur.

5.3.2. Acil servise başvuran hastalara kullanılan eczane girdileri Hasta Orderine asistan hekimlerce yazılır, kaşelenir ve imzalanır.

5.3.3. Ücretli hastalara yazılan eczane girdilerine ait Hasta Orderi Acil Servis Hasta Kabul Ünitesi'ne ulaştırılır ve bu ünitece ücretlendirilerek ordere "tahsil edilmiştir" kaşesi vurularak imzalanır; ücretlendirilme işlemi Hasta Kabul Prosedürü'ne (PR-38) göre işlem görür.

5.3.4. Hasta Kabul Prosedürü hükümlerine göre işlemleri tamamlanan order muhteviyatı Eczane Çalışma Talimatı hükümlerine göre işlemleri tamamlanarak Acil Servise ulaştırılır.

5.4. Ameliyathane ve Anestezi İlaç Dağıtımı

5.4.1. Ameliyathane İlaç ve Tıbbi Malzeme Listesi (FR-98-008) ve Anestezi İlaç ve Tıbbi Malzeme Listesi (FR-98-009)'ende yer alan eczane girdileri ve miktarları ameliyathane ve Anestezi sorumlu hemşirelerince sürekli izlenerek Eczane İlaç İstek Formu ile eczaneden talep edilir ve Eczane Çalışma Talimatı hükümlerine göre eczanece temin edilerek karşılanır.

5.4.2. Ameliyathanede ve anesteziye hastalara kullanılan eczane girdileri Ameliyathane Prosedürü (PR-22) hükümlerine göre işlem görür.

5.5. Polikliniklere İlaç Dağıtımı

5.5.1. Poliklinikler; gereksinim duydukları eczane girdilerini poliklinik hemşirelerince her hafta Eczane İlaç İstek Formuna yazılarak, Eczane Çalışma Talimatı hükümleri doğrultusunda temin edilirler. Bu temin şekli laboratuvarlar içinde aynı şekildedir.

6. Kayıtlar: Bu prosedürün uygulanması sonucu oluşan kayıtlar eczanece en az 3 yıl süre ile saklanır. Hasta orderleri ise hasta dosyasında en az 20 yıl süreyle saklanır.

7. İlgili Dökümanlar

- Satınalma Prosedürü (PR-06)
- Hastanın Temin Ettiği Ürünün Kontrolü Prosedürü (PR-07)
- Muayene ve Deney Durumu Prosedürü (PR-12)
- Ameliyathane Prosedürü (PR-22)
- Hasta Kabul Prosedürü (PR-38)
- Eczane Çalışma Talimatı (HT-011)
- Eczane Girdi Listesi (FR-98-001)
- Eczane ilaç İstek Formu (FR-98-002)
- Hasta Order Formu (FR-98-003)
- Bölüme Çıkan İlaç Listesi (FR-00-004)
- Satınalma İstek Formu (FR- 00-016)

- Ek-7 Listesi (FR-98-005)
- İlaç İade Belgesi (FR-98-006)
- Acil Servis İlaç ve Tıbbi Malzeme Listesi (FR-98-007)
- Ameliyathane ilaç ve Tıbbi Malzeme Listesi (FR-98-008)
- Anestezi İlaç ve Tıbbi Malzeme Listesi (FR-98-009)

4. OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ ECZACILIK HİZMETLERİ İÇİN ÖRGÜT MODELİ ÖNERİSİ

O.G.Ü. Hastanesi Eczacılık hizmetlerinin yönetim ve organizasyonu ile ilgili model oluşturma çalışması birinci bölümde yer verilen eczacılık işlevleri ve bu işlevleri hastane işletmeciliğinde kalite bağlamında, önemi yönünden ele alınarak O.G.Ü. Hastanesi eczanesi örgüt yapısı için bir model önerisi sunulacaktır.

4.1. Hastanelerde Eczacılık Departmanının ilaç Lojistiği İşlevi

O.G.Ü. Hastanesi Eczanesinden beklenen hizmetlerden birisi de, özellikle kliniklerde yatarak tedavi gören hastaların hizmet üretim sürecinde kullanılan tıbbi malzemelerin temini, depolanması, üretim sürecine sevki ve ücretlendirilmesi işlemleridir.

A.B.D.'de hastanelerde Malzeme Yönetim Hizmetlerinin Mali İşler Bölümünden ayrı olarak organize edildiği ve bu hizmetlerin merkezileştirilmiş olduğu görülmektedir. Binlerce kalem malzeme ve cihazın satın alınması, depolanması, dağıtım ve kontrol işlemleri gerek işyükü, gerekse uzmanlık açısından bu birikimin ayrı olarak organize edilmesini gerekli kılmıştır. Genel olarak malzeme ve cihazların miktarının ve zamanlarının tespiti, satın alınması, depolanması, dağıtılması, dağıtılan malzeme ve cihazların kayıtlarının tutulması, stokların kontrolü, eskimiş ve kullanılmayan malzemelerin elden çıkarılması veya yeniden değerlendirilmesi hizmetleri girmektedir. Hastane malzeme yöneticisinin sorumluluğuna eczane, yiyecek ve iâşe, steril depo, çamaşırhane fonksiyonlarını da eklenmektedir.

Eczanede stoklanan ilaçların malzeme yöneticisi tarafından direkt kontrolünün tartışılması gerekli bir konu olduğu belirtilmektedir.¹²³

¹²³ TENGİLİMOĞLU, a.g.e., s. 34.

Oysa O.G.Ü. Hastanesinde demirbaş kapsamındaki malzemeler, ayniyat servisi, hasta bazında ücretlendirilebilen malzemeler eczane ve geriye kalan malzemeler ise satın alma deposu, yiyecek kapsamındaki malzemeler ise iaşe deposu olmak üzere 4 kanaldan tedarik, depolama ve dağıtım işlevi yerine getirilmektedir.

Başarılı bir malzeme yönetimi, hastanenin sınırlı kaynaklarını sınırsız ihtiyaçları için harcarken etkin bir malzeme planlamasıyla hastane yönetimine büyük fırsatlar tanıyacaktır. Malzeme Yönetimi, stok seviyelerini düşürerek veya satın olma kaynaklarını ve ödeme vadelerini akılcı kullanarak, stoklara sağlanan sermayeyi en aza indirmeyi başarabilir. Böylece stoklara yatırılmış sermaye miktarlarından sağlanacak tasarruflar ilave bir gelir kaynağı olarak işletmede tekrar yönlendirilebilir. Bunun başarılı bir örneği Kanada'da Toronto Çocuk Hastanesi vermiştir. 1987 yılında hastane faaliyetlerinde (hasta sayısı vb.) belirgin bir artış görülmezken, etkin ve yenilikçi bir malzeme yönetim programı sayesinde 1 milyon doların üzerinde bir tasarruf sağlanmıştır. Yatak başına yaklaşık 1000 dolara yaklaşan toplam stok envanterinin, etkin malzeme yönetim sayesinde % 50 indirilebileceği tahmin edilmektedir.¹²⁴ Aynı zamanda malzeme ve tıbbi teçizat eksikliği, hekimler ile yöneticiler arasında çatışmalara neden olmakta ve bu çatışmalardan da hastane yönetimi sorumlu tutulmaktadır.

Bu amaçla A.B.D.'deki büyük organizasyonların çoğunda, malzeme yönetim departmanı bulunmaktadır. 1989 yılında "Center for Advanced Purchasing Studies" tarafından yapılan bir araştırmaya göre; araştırma kapsamına giren 291 organizasyondan 204'ünde (% 70'inde) malzeme yönetim departmanının bulunduğu görülmüştür.¹²⁵

Yukarıda yer verilen nedenler paralelinde eczacılık hizmetleri dışında profesyonel bir bilgi birikimi gerektiren tıbbi malzemeye yönelik hizmetlerin eczaneden alınarak tekli bir örgütlenme yapısına gidilmesi hem hastanenin örgütsel performans göstergelerini arttırıcı bir yaklaşım olacağı gibi aynı zamanda eczanenin daha sonraki bölümde yer verilecek işlevlerini daha etkin yerine getirmesine katkı sağlayabilecek bir yaklaşım olacaktır.

¹²⁴ TENGİLİMOĞLU, a.g.e., s. 27.

¹²⁵ TENGİLİMOĞLU, a.g.e., s. 32.

Hastane işletmeciliğinde eczacılık hizmetlerini önemli kılan iki faktörden biri hastanelerde eczacılık departmanının, hastanelerin en önemli gelir merkezi olmaları ve bu departmanın işleyiş kalitesinin tüm hastane maliyetlerine artı-eksi yönde yansımadır. Ayrıca O.G.Ü. Hastanesi eczanesinin 1997 yılı kârı 201.291.157.000 TL'dir.

ISO 9001 KGS'i kurma çalışmaları yapan hastanenin eczane girdilerinin temini, yürürlük tarihi itibarıyla 17.08.1998'den itibaren O.G.Ü. Hastanesi Eczane Prosedürü hükümlerine göre yapılacaktır. Bu prosedürde eczanede bulundurulacak Eczane girdilerinin İLAÇ KOMİTESİ aracılığıyla yapılacağı hükmü yer almaktadır. Bu komitenin amacı; hastane eczanesinde bulundurulacak ilaç ve tıbbi malzemelerin isim bazında belirlenmesi işlevini görmekte olup; belirlenen bu liste, bir ölçüde birinci bölümde yer verdiğimiz hastane eczanesinde bulundurulması gerekli ilaç ve türevlerini içeren "Hastane Formüllerinin" hazırlanmasıdır.

Henry Ford hastanesinde yapılan bir çalışmada farmasötik bütçenin geniş bölümünü içeren ilaç maliyetlerinin azaltılması hedef alınarak Sefaksitin ve Sefotetan gibi iki ajan üzerinde her yönden karşılaştırmalı çalışma yapılmıştır. Bu çalışmada ilaç kullanım rehberleri geliştirilerek, tıbbi personele eğitici materyaller dağıtılmış ve personele Sefotetanın uygun kullanımı üzerinde konferanslar verilmiştir. Bu çalışma sonunda Sefotetanın kullanımından on iki ay sonra tedavi başarısızlıkları veya yan etkiler görülmemiş ve böylece bu hastane için ilk yılda önemli bir kazanç sağlandığı tesbit edilmiştir.

Kaliforniya Üniversitesi Davis Medical Center'de 1990 yılında yapılan çalışmada formüller yönetiminde anti ülser tedavi ele alınmıştır. Bu merkezde H₂ reseptör antagonistlerinin yüksek maliyetli ajanlar arasında olduğu saptanmıştır. H₂ reseptör antagonistlerinin % 70'i intravenöz olarak stres ülserin profilaksisinde kullanılmıştır. Mevcut verilerin bir komite tarafından incelenmesinden sonra H₂ reseptör antagonistlerinin terapötik eşdeğerlilikleri incelenmiş, % 36 oranla daha düşük maliyetli olduğu için ilk planda simetidin seçilmiştir. Karardan sonra yatan hastalarda ranitidinden simetidine geçilmiştir. Simetidin kullanımını takiben stres ülserinden kanama insidansı bir

yılda % 1.4 idi. Bu çalışmalar ve bilimsel verilerin ışığı altında görülüyor ki H₂ reseptör antagonistlerinin kullanımında önemli bir maliyet azalması sağlanmıştır.

Yine Rhade Island Hastanesi'nde yaptığı çalışmada tedavi niteliğini düşürmeden maliyetlerinin azaltılmasıyla iki yılda 700.000 dolardan daha fazla bir tasarruf sağlandığı gözlenmiştir. Bu bağlamda formüler sistemin amaçları şöyle sıralanabilir.

1. Eczacılık ve tedavi komitesi tarafından kullanımını onaylanmış ilaçlar hakkında tıbbi personele bilgi vermek,
2. Her madde hakkında temel terapötik bilgi sağlamak,
3. ilaç kullanım prosedürleri ve hastane politikaları hakkında bilgi vermek,
4. İlaç dozaj kuralları, kısaltmalar gibi konularda bilgi vermek.¹²⁶

Yukarıda hastanelerde eczacılık hizmetlerinin etkinliği açısından formüler sistemi Osmangazi Üniversitesi Hastanesinde ilaç komitesi tarafından oluşturulacaktır. Ancak bu listede yer alan eczane girdilerinin sayısal miktarının belirlenmesi işlevi, atıfta bulunan Eczane Hizmet Talimatlarına atıfta bulunularak geçiştirilmiştir. Ancak geriye dönük eczane istatistik verilerinin, bu talimatların hazırlanmasında dikkatli olunmasını gerekli kılan sonuçları göstermektedir. Bu paralelde eczane departmanının mevcut bilgisayar otomasyon programı incelenmiş olup; bu listelerin sayısal talep tahminine yönelik olarak, veri tabanının yeterli olduğu ancak yeterince kullanılmadığı görülmüştür. Bu veri tabanından aylık ve yıllık bazda tüm eczane girdilerinin giriş tarih miktarları ile o ay içinde tüketim tarihi görülmektedir.

a) Aylık İlaç Hareket Listesi: Bu liste eczanenin stoklarının izlenmesinde kullanılan en temel dökümandır. Bu liste aynı zamanda eczanenin ilaç ve tıbbi alımlarında da yol gösterici bir dökümandır. Bu listede hastane eczanesine stoklarına giren tüm girdilerin hangi tarihte stoklara dahil olduğunu ve aylık olarak ne kadar tüketildiğini göstermektedir.

¹²⁶ İZZETTİN ve ÖZDİNÇ, a.g.e., s. 18.

b) İlaç Listesi: Bu liste eczanenin stoklarında yer alan tüm ilaç ve tıbbi malzemelerin o anki satış fiyatlarını gösteren bir liste olup, fiyat kontrolleri amacıyla kullanılmaktadır.

c) Eczane Kâr/Zarar Çizelgesi: Bu liste her bir ilaç ve tıbbi malzemedene ne miktarda ve % kaç kâr edildiğini gösteren bir listedir. Bu liste toplamı eczanenin o tarihe kadar ki kâr miktarı ve oranını gösterebilmektedir.

d) Kâr/Zarar Çizelgesi (Klinik Bazında): Bu liste hangi kliniğin hangi ilaç ve tıbbi malzemelerden kaç adet kullandığını ve eczaneye ne miktarda kâr sağlandığını gösteren bir listedir. Aynı zamanda o klinikte hangi ilaç ve tıbbi malzemeninde kullandığının analizinde de kullanılabilirliği mevcuttur.

e) İrsaliyesi Girilmemiş İlaçlar Listesi: Bu liste eczane tarafından para ödenmeksizin stoklara dahil edilen (hibe, bağış, stok fazlası girişler) ilaç ve tıbbi malzemelerden eczanenin ne ölçüde gelir elde ettiğini gösteren bir listedir.

f) Minimum Seviye Listesi: Bu liste eczanenin stoklarının takibi ve ilaç-tıbbi malzemenin eczane stoklarında tükenmeden tekrar alınmasını sağlamaya yönelik olarak kullanılmaktadır. Bu listede yer alan minimum stok seviyeleri her bir ilaç ve tıbbi malzeme için 2 aylık olarak belirlenmiştir. Bu süreç hastanenin satınalma sürecinde bağlı olarak belirlenmiştir.

Yukarıda yer verilen bilgisayara dayalı veri taban eczanenin etkin işleyen bir stok politikasının oluşturulmasını sağlayabilir. Ancak, hastane eczanesinin stoğunda bulunmaması nedeniyle karşılanamayan talep, hastanenin gelir, prestij ve hasta tedavisinde zaman ve kalite kaybına neden olmaktadır. Bu amaçla hastanelerde hizmetlerin kesintisiz bir şekilde yürütülmesi için hayati önem arzeden yüksek kullanım gösteren malzemeler belirlenmeli, ABC ve VED yöntemlerinin birarada kullanımı önerilebilir.

Stok yönetiminde en önemli sorun, stokta bulunan malzemelerin maliyet, kullanım, elde olduğunda ortaya çıkacak risk gibi özellikleriyle farklılıklar göstermeleridir. Örneğin bir sağlık kurumunun stoğunda aspirin ilacı ile birlikte çok pahalı ve temin güçlüğü olan bir kalp ilacı ya da kan bulunabilir. Bu malzemelere tümünde eşit düzeyde dikkat gösterilmesi gerekli değildir. Başka bir deyişle, stoktaki malzemelere önemleriyle orantılı bir stok politikası izlemek daha yerinde olacaktır.

A-B-C- Yöntemi; stoktaki malzemelerin bir önem ölçüsüne göre sınıflandırılmalarına ve stok kontrol çabalarının da buna göre yönlendirilmesine yardımcı olur.

Bu metoda göre stokta bulunan malzemeler yıllık toplam kullanım değeri ve stok miktarı içerisindeki yüzdesine göre üç gruba ayrılır.

A. Grubu stok kalemleri, toplam miktarın % 10-20'sini toplam değer % 70-80'ini oluşturur.

B. Grubu stok kalemleri, toplam stok miktarının % 30-40'ını oluştururken değer olarak % 10-15'lik bir paya sahiptirler.

C. Grubu stok kalemleri, miktar olarak % 40-50, değer olarak sadece % 5-10'luk paya sahiptirler.

Az sayıda önemli malzeme stok değerinin büyük bir kısmını oluştururken çok sayıda önemsiz malzeme stok değerinin küçük bir kısmını oluşturur.

VED YÖNETİMİ: Daha ziyade hastanelerde ilaç ve tıbbi malzemelerin kontrolünde kullanılan bu yöntem İngilizce Vital, Essential Desirable (VED) kelimelerin baş harflarından oluştuğu için VED yöntemi olarak bilinir. VED yönetimi ABC yönteminde olduğu gibi ilaç ve malzemeleri önem derecesine göre 3 gruba ayırmaktadır. Bu yöntemde önem derecesi ilaçların ve malzemelerin insan hayatı açısından taşıdığı değere göre.

Birinci grup (V Grubu) malzeme ve ilaçlar önemli olmasına rağmen alternatifi bulunabilen malzemelerdir.

İkinci grup (E Grubu) malzeme ve ilaçlar önemli olmasına rağmen alternatifi bulunabilen malzemelerdir.

Üçüncü grup (D Grubu) malzemeler ise bulunması zorunlu olmayan isteğe bağlı malzemelerdir. Bu malzemelerin hastanenin sunduğu hizmetler üzerinde doğrudan etkisi yoktur.

V ve E grubu malzemeler her an mevcut olacak şekilde stokta bulundurulmalı ve emniyet stoku yüksek tutulmalıdır.¹²⁷

O.G.Ü. Hastanesi eczanesinin etkin stok kontrolü için ABC ve VED yöntemlerinin birlikte kullanılacak bir stok kontrol yönetim politikası oluşturması gerekmektedir. Bu amaçla O.G.Ü. Hastanesi Eczanesinde bulunan ya da bulundurulması gerekli ilaçlar 3 ana başlık altında toplanmalıdır. Bu üç ana başlık;

1. Grup eczane girdileri: Hastanede sunulan hizmet üretim sürecinde hayati önem taşıyan ve mutlaka bulundurulması gerekli ilaçlar (anestezi, acil, ameliyathane ve kliniklerde, acil durumlarda) anında bulundurulması gerekli ilaçlar ile toplam stok miktarının parasal karşılığının % 70-80'ini oluşturan ilaçlar.
2. Grup eczane girdileri: Toplam stok miktarının % 30-40'ını oluşturan ilaçlar.
3. Grup eczane girdileri: Toplam stok miktarının sadece % 5-10'luk payı olan ilaçlar.

Günlük yaşantımızda kullandığımız pek çok madde gibi eczacılık ürünleri de üretimleri sırasında ve üretimleri bittikten sonra depolanarak muhafaza edilirler. Bu açıdan depolama bir anlamda; ürünlerin elde edilmesi sırasında ve üretim bittikten sonra tüketiciye ulaşana kadar özelliğini kaybetmeden muhafaza edilmesi anlamına gelebilir. Bu anlamda depolar, kapladığı alandan yapımında kullanılan inşaat malzemeleri giriş-çıkışın planlamasına kadar çeşitli özellikleri özenle düşünülerek dizayn edilmelidir. Hava

¹²⁷ TENGİLİMOĞLU, a.g.e., s. 55.

sirkülasyonu olmayan depolarda statik ve kısmen nemli hava, maddelerin ya da bitmiş ürünün raf ömrünü etkilemektedir. Bu açıdan kullanma alanı yeterince havalandırmaya müsait olmalıdır. Özel depolama şartları olan narkotikler, sıcaklığa duyarlı ilaçlar, tutuşabilen ve yanıcı maddeler için de ayrı bölmelerin hazırlanması gerekmektedir.

İyi düzenlenmiş bir depoda yeterli sayıda rafın bulunması gerekir. Raf düzenlemesinin, aranan maddeye kolayca ulaşılabilecek ve maddelerin raf ömrünü takip ederek buna göre kullanımını sağlayabilecek tarzda yapılması gerekmektedir. Bu gibi işlemlerde emniyetin sağlanabilmesi için en çok uygulanan kural; önce giren önce çıkar (first in, first out) kuralıdır.¹²⁸

Osmangazi Üniversitesi Hastanesi eczanesi, bir merkezi hizmet ünitesi ve iki serum, bir ilaç ve bir tıbbi malzeme deposuna sahip olup bu depolar merkezi hizmet ünitesinin uzağında ve birbirinden farklı katlarda bulunmaktadır. Bu depoların birbirinden uzaklığı, bir yandan eczane personelinin işgücü kaybına neden olurken, diğer yandan da daha önceki cümlelerde yer verilen depolama koşullarını da taşımamaktadır. Eczanede depolama sisteminde karşılaşılan sorunların temelinde ise;

1. Hastane eczanesinin bilimsel bir yaklaşımla belirlenmiş bir stok kontrol yönteminin olmamasıdır. Oysa stokların büyüklüğü, işletmenin sermaye gücünü azaltır ve diğer maliyetleri arttırırken, az miktardaki stoklar ise stoksuz kalma maliyetini yükseltirler.¹²⁹ Osmangazi Üniversitesi Hastanesi eczanesi ise, bir yandan her iki maliyete katlanırken, diğer yandan da aşırı stoklar nedeniyle de depolamada sorunlar ile karşı karşıya kalmakta ve sürekli farklı uzaklıklarda depolar kullanmak zorunda kalmaktadır.
2. Uygun olmayan depolama yöntem ve koşulları nedeniyle miadlı (kullamın süresi) girdiler olan eczane girdilerinin miadları geçmektedir. 1998 yılı imha edilen ilaç tutarları aşağıda sunulmuştur.

¹²⁸ Cem ÖZYURT ve Müge KOCAGÖZOĞLU, "Farmasötik Ürünlerin Depolanmasındaki GMP Koşulları", **Güncel Eczacılık Dergisi**, Sayı No: 20, (Aralık 1994), s. 20.

¹²⁹ TENGİLİMOĞLU, s. 53.

Tablo 5: Osman Gazi Üniversitesi Hastanesinde 1998 Yılında İmha Edilen ilaç Tutarları

İLAÇ/MALZEME ADI	ÇIKIŞ MİKTARI	SATIŞ FİYATI/TL.
MEFOXİM 1.G. İV FLAKON	310	348.285.000
AZOGANTRİSİN TABLET	1.524	71.121.774
URİSPAS DRAJE	133	2.938.635
ALKERAN 2 mg TABLET	285	11.538.930
TETANOZ SERUMU	37	5.550.000
AKREK SERUMU	5	750.000
CEYEBKOH AL;UY	100	34.620.000
DOLPHİN 500 mg TABLET	920	111.044.000
URİKOLİZ TABLET	1.941	30.182.111
PARLODEL TABLET	327	37.434.907
METHERGİN DRAJE	385	7.227.067
SUSTANON AMPUL	3	2.757.000
İNSÜLİN MİXTARD 30HM	161	344.379.000
TOFRANİL 10 MG DRAJE	167	454.240
ANAFRANİL 25 mg DRAJE	1.562	102.284.324
MELLERİL 25 mg DRAJE	117	2.070.900
DİFİLİN TABLET	378	3.925.152
LOXEN TABLET	110	3.021.260
SYSCOR 5 MG. TABLET	30	1.994.589
SUPLENA (DÜŞÜK PROTEİNLİ)	10	6.420.000
ALITRAD YAPAY VANİLYA	1.060	1.113.982.155
VİTABİOL ŞURUP	23	8.852.072
TÜBEROL 500 MG TABLET	579	10.813.508
PROSTİGMİNE AMPUL	3.000	165.000.000
ELOCON LOSYON %0.1	12	23.616.000
POLYTRİM GÖZ DAMLASI	86	38.399.000
PİLOMİN DAMLA	35	21.533.981
PİLOCARSOL % 2 GÖZ DAMLASI	187	83.028.000
PROPİNE DAMLA	8	10.611.200
POVİOD GARGARA	73	22.580.801
KOLSİN DRAJE	769	9.802.135
R-X SÜSPANSİYON	800	712.000.000
MADOPAR 25 mg KAPSÜL	43	7.029.194
SUBİTOH ŞURUP	240	135.140.463
BEMİKS DRAJE	15.000	129.086.248
TOFRANİL 25 MG DRAJE	458	4.396.800
ANAFRANİL 75 mg DRAJE	1.117	144.412.699
AKİNETON AMPUL	70	8.445.683
BİRİCANYL İNHALER	48	82.234.599
TEBOKON DAMLA	5	14.881.500
ZİTROMAX 30 ml SÜSPANSİYON	6	23.004.000
KEMİTECİNE KAPSÜL	317	9.347.334
INTRON A 10 MİLYON ÜNİTE	2	57.222.000
DİPROLEN POMAT	15	8.805.000
AMİNDİMİX 1000 ML	311	1.287.540.000
EFREAMİN III % 8.5 1000 CC	6	14.301.845
EXPAHES % 10 500 cc	535	1.889.696.672
TOPLAM TUTAR		7.199.761.778

Yukarıda sözü edilen sorunun çözüm önerisi bir önceki bölümlerde tanımlanan stok kontrol yöntemleri ile aşılabilir. Ancak bu sorunu çözümünü kolaylaştırıcı ve miad kontrolünü daha etkin sağlayabilecek bir yaklaşım olarak girdi çeşitliliği paralelinde ana depoların oluşturulacak, (serum deposu, ilaç deposu, malzeme deposu gibi) eczane alanının dağıtım yeri olarak kullanılması ve belirlenecek periyod dahilinde (15 gün, 1 ay gibi) serum, malzeme ve ilaçların ana depolardan buraya aktarımı önerilebilir. Bu yöntem aynı zamanda miad kontrollerinin daha sağlıklı yapılmasını sağlarken, aynı zamanda da stok artı ve eksilerinin de kontrolünü sağlayabilir.

4.2. Hastanelerde Eczacılık Departmanının Klinik Eczacılık İşlevi

Hekimliğin gelişimine baktığımızda, başlangıçta hastanelerin olmadığını ve hekimlerin hastalarını küçük merkezlerde kabul ederek; evlerinde takip ettiklerini görürüz. Daha sonra hekimler birleşerek hastaneleri kurmuşlar ve hasta bakımını buralarda sürdürmeye başlamışlardır.¹³⁰ Özellikle 18. ve 19. yüzyıllarda hekimliğin hastanelerde geliştirilmeye başlanması, bu gelişimin ivme kazanmasına neden olmuştur. 20. yüzyıldaki tıbbi teşhis ve tedavi hizmetlerinin gelişimine oldukça önemli bir zemin hazırlayan elektrokardiografi, ultrasonografi, endoskopi gibi cihazların, penisilin vb. antibiyotiklerin bulunuşu, organ nakilleri ve yapay organ imali gibi gelişmelerle hastanelerde bulunan personel ve donanımı varlıklı kişilerin bile kendi olanaklarıyla temin edemeyecekleri bir duruma gelmiştir.¹³¹

Ancak günümüzde;

- Nüfus artışının yanısıra, her 10yılıda ortalama yaşam süresinin 3 yıl uzaması ve sağlık bilinci düzeyinin yükselmesine paralel hizmetlerden yararlanma sıklığının artması,
- Her 4 yılda, tıp teknolojilerindeki birikimin iki kat artarak yüksek teknoloji ürünü pahalı uygulamaların günlük işlemlerde de hızla yaygınlaşması,

¹³⁰ Nafiz BOZDEMİR ve Esra SAATÇI, **Aile Hekimliği Ders Notları**, (Adana: Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Yayın No: 33, 1997), s. 10.

¹³¹ SEÇİM, **Hastane Yönetimi ve Organizasyonu**, a.g.e., s. 12.

- Epidemiyolojik spektrumdaki değişiklikler sonucu, akut hastalıkların öneminin azalması ve tedavisi daha pahalı olan kronik hastalıkların önem kazanması¹³² gibi faktörler hastanelerin maliyetlerinin hızla artmasına neden olmaktadır. Bu nedenle gelişmiş sağlık sistemlerinde hastane maliyetlerinin kaliteden ödün vermeksizin azaltılması önemli bir konu haline gelmektedir.

Yukarıda özetlenen tüm gelişmeler, tüm gelişmiş sağlık sistemlerinde kaliteden ödün vermeksizin en verimli sağlık hizmeti sunumu arayışlarını gündeme getirmektedir. Bu bağlamda hastanelerin ürettiği tüm hizmet süreçlerini de, temel girdi konumundaki ilaç ve türevleri ile ilgili eczacılık hizmetlerinde, hastanelerde kalite yönünden odak noktası haline gelmesine neden olmaktadır. Bu paralelde ISO 9001 Kalite Güvence Sistemi kurmayı amaçlayan ve bu paralelde çalışmalarına devam eden O.G.Ü. Hastanesi eczane bölümünün işlevleri incelendiğinde yukarıda tanımlanan anlamda klinik eczacılık yaklaşımına rastlanılmamaktadır. Hastanelerde klinik eczacılık işlevleri aşağıda tanımlanmıştır.

- Tedavide uygun ve ekonomik ilaçların seçiminde rol oynamak,
- Rasyonel ilaç tedavisinde doktora yardımcı olmak,
- Hastanın güvenliği ve ilaç kullanımını denetlemek için hastanedeki dağıtım aktivitelerini kontrol altına almak,
- Hastanın daha önce kullanmış olduğu ilaçları ve varsa bunların meydana getirdiği yan etkileri kaydetmek,
- Hastanın ilaç tedavisine cevap verip vermediğini izlemek,
- Kullanılan ilaçlar hakkında hastaya eğitim vermek,
- Reçeteye tabi olmayan ilaçların kullanımı hakkında hastaya gereken tavsiyelerde bulunmak ve danışmanlık yapmak,
- İlaç kullanımı ve dozaj rejimleri hakkında hastaya yardımcı olmak,
- Tedavisi kolay hastalıklarda hastaya ilaç konusunda yol göstermek,
- Akut ve kronik hastalıklarda hastanın ilaç kullanımı kontrol altına almak,
- İlaç karışımlarındaki geçimsizlikleri bulmak ve çözümlenmek,

¹³² KİYMİR, a.g.m., s. 178.

- Spesifik ilaç hazırlamak,
- İlaçlar hakkındaki literatürleri değerlendirmek,
- Kullanılan ilaçlar hakkında rapor tutmak,
- Halk sağlığı ve ilaç konusunda topluma bilgi vermek.

Yukarıda tanımlanan hastanelerde eczacılık hizmetlerinin günümüzde en önemli işlevi olarak klinik eczacılık ögelerine O.G.Ü. Hastanesi eczanesinde hiç bir şekilde rastlanılmamaktadır. Oysa ilaç ve ilaç türevi ürünleri (majistraller) yapımı, saklanması, hazırlanması ve dağıtımı ile en yakından ilgili ve en iyi karar verebilecek pozisyonda olması nedeniyle hastane eczacıları, ilaçların güvenilir bir şekilde kullanımı için politikayı saptamada sorumluluğu en fazla olan hastane personelidir.

Klinik eczacılık uygulamasında eczacılar hem hekime hem de hastaya yardımcı olabilmektedir. Örneğin, hekime ilaç hakkında yeterli bilgi sağlayacak (ilacın etkisi-etkisizliği, yan etkileri, ters etkisi, toksitesi, etkileşimleri, biyoyararlanımı, farmakokinetiği, geçimsizliği vb.) ve hastaların ilaç-kan düzeyini saptayacak, hekimle birlikte doz ayarlaması yapabilecektir. Diğer taraftan hastaya yönelik çalışma, hastalara kullanacakları ilaçlar (ilacın kullanma şekli, yiyeceklerin ilaçlara etkisi, ilacın yan etkilerinin neler olabileceği, ilacın saklanma koşulları vb.) ve hastalıkları ile ilgili bilgi sağlar.¹³³

Ancak O.G.Ü. Hastanesi özelinde ve ülkemiz tüm kamu ve özel hastaneleri genelinde, özellikle ilacı refere eden ve kullanan (hastaya uygulayan) hemşirelerin tek bilgi kaynakları hekimler, ilaç prospektüsleri ile ilaç firmalarının gezici satıcıları ve bu firmaların prezantasyon toplantılarıdır. Ticari amaçları taşıyan ve ürünün pazarlanmasını ön planda tutan bu tarz bir bilgilendirmenin bir yandan yetersizliği yanında diğer yandan da gereksiz tüketime yol açabilirliği daha önceki bölümlerde yer verilen bu alandaki araştırma sonuçları ile desteklenebilir. Özellikle O.G.Ü. Hastanesi eczanesinde Eylül 1998 ayı itibarıyla 713 kalem ilaç 42 kalem serum türevi bulunmaktadır. Dolayısıyla bu kadar değişik isimde ilacın özellikle de ilaçları hastaya uygulayan işgören grubu tarafından

¹³³ "Klinik Eczacılık ve Eczacının Tanı/Tedavi Yetisi", **Güncel Eczacılık Dergisi**, Sayı No: 2, (1993), s. 15.

(bu meslek grubunun ilaç kullanımını konusunda herhangi bir hizmet-içi eğitime tabi tutulmadıkları da gözönüne alındığında) bilinebilmesinin imkansızlığı ve ilaç uygulamalarının kalitesi tartışmaya açıktır.

Klinik eczacılık işlevleri açısından bir başka boyutta, hastanın güvenliği ve ilaç kullanımını denetlemek için, hastanedeki dağıtım aktivitelerinin kontrol edilmesidir. Özellikle hemşire istasyonlarındaki ilaç depolarının eczacı tarafından denetlenmesi, servislerde ilaç birikiminin, stabiliteyi olumsuz biçimde etkileyen koşullarda ilaç saklanması, son kullanma tarihi geçmiş ilaçların kullanılması olasılığının önüne geçilmesidir. Bu paralelde O.G.Ü. Hastanesi'nde bu işler şu ana değin eczaneye hiçbir şekilde yapılmamakta, dolayısıyla da bir kliniğin stoğunda mevcut olan bir ilaç, eczanede bulunmaması nedeniyle, gereksinim duyan kliniğin talebi karşılanamamaktadır.

Özellikle acil servis, Ameliyathane ve Anestezi gibi sunulan hizmetin aciliyet ve reddedilemezlik özelliğinin en üst düzey olduğu ünitelerde, gereksinim duyulan ilaç ve türevi girdilerin talebi anında karşılanmaması, hizmetin kalitesini etkilemesi bir yana, hasta açısından telafisi olası olmayan sonuçlar doğurabilmektedir. Oysa bu üniteler eczaneden ihtiyaç duydukları girdileri toplu olarak almakta ve depolarından kullanmaktadırlar. Bu paralelde ise, şu ana değin bu ünitelerde eczacılık hizmetleri yukarıda aktarılan içerikte sunulmamaktadır.

Günümüz hastane işletmeciliğinde eczacılık hizmetlerinin en önemli işlevi eczacılık kavramının yukarıda özetlenen özellikleri ve O.G.Ü. Hastanesi eczacılık hizmetlerinin sunumu paralelinde etkin işleyen bir eczane modelinde, bu paralelde yeni yapılanmanın özellikleri aşağıda ana hatları ile özetlenecektir.

1. O.G.Ü. Hastanesi'nde 7 eczacı görev yapmakta, ancak bu eczacılardan birisinin uzun süredir sağlık nedeniyle raporlu olması nedeniyle, hizmet üretimi mevcut 6 eczacı ile yürütülmektedir. Eczanenin mevcut işleyiş biçimi aşağıdaki şekilde özetlenebilir.

- a) Günlük rutin işlemler normal koşullarda haftanın 3 günü 3 eczacı, 2 günü ise 4 eczacı tarafından 8³⁰ - 17⁰⁰ saatleri arasında fiili olarak yerine getirilmekte, 1 eczacı ise her hafta, hafta içi 16⁰⁰ - 21⁰⁰ ve hafta sonları 10⁰⁰ - 20⁰⁰ saatleri arasında görev yapmaktadırlar.
- b) Eczacıların günlük rutin işlevleri; hergün saat 10⁰⁰ ile 14⁰⁰ arasına sıkışmış bulunan, kliniklerden gelen hasta orderlarının mevcut 2 bilgisayar operatörü kanalıyla bilgisayar kayıtlarına aktarılmasıdır. “Yalnızca hap sayan ve gelen-giden ilaçların kayıtlarını tutan” eczacı tanımlaması O.G.Ü. Hastane’sinde bilgisayar operatörlüğü olarak karşımıza çıkmaktadır.
- c) O.G.Ü. Hastanesi en geç 1998 yılı sonu itibarıyla tüm klinik, poliklinik, acil servis, laboratuvar ve idari-mali hizmet ünitelerini de kapsayan bilgisayar otomasyon projesini gerçekleştirmeyi planlamaktadır. Bu amaçla otomasyon için gerekli bilgisayar programı ve gerekli teknik donanım ihaleleri tamamlanmıştır.
- d) Eczacılar tarafından bilgisayar kayıtlarına işlenen kliniklere ait order (hasta ilaç istemleri) dosyasındaki ilaçlar, mevcut 4 ilaç kalfası tarafından hazırlanmakta ve görevli 3 personel tarafından ilgili klinik sorumlu hemşiresi veya klinik hemşiresine teslim edilmektedir.

Klinik Eczacılık işlevi paralelinde önerilecek etkin ve verimli (kalite bağlamında) işleyen bir eczacılık hizmeti sürecinin ana hatları aşağıdaki gibi özetlenebilir.

Günümüzde yeniden yapılanma sürecinde olan eczacılık hizmetlerinin sunum kalitesini, hastanelerde sunulan hizmetlerin kalitesini direkt etkileyen bir indikatör durumundadır. Bu durum, hastanelerde sunulan hizmetleri giderek eşit düzeyde üyelerden oluşan bir ekip hizmeti konumuna getirmektedir. Bu bağlamda hastanelerde sunulan tedavi hizmetlerinin saç ayağının Hekim-Eczacı-Hemşire iletişimine doğru kaydığı, söylenebilir. Bu paralelde hastanelerde eczacılar tedavi hizmetleri sürecinin içinde yer

almak durumundadırlar. Bu nedenle eczacılar, hastanelerin temel işlevi olan yatan hasta ve yaralıların tedavi süreci olan klinik ve ameliyathesinde eczanenin klinik ve ameliyathane hizmetleri sürecinde, günümüz eczacılık hizmetleri paralelinde herhangi bir işlevi bulunmamaktadır. Bu işlevi sağlamaya yönelik olarak, mevcut 6 eczacıdan birisinin ameliyathane, (anestezi dahil) diğer eczacılardan 4'ünün de mevcut kliniklerden sorumluluğu yaklaşımı getirilebilir. Bu amaçla eczanenin mevcut işleyişinde aşağıdaki değişimlere gereksinim duyulacaktır.

Kliniklerde Eczane Girdi Stoklarının Oluşturulması. Bu yaklaşımın temel özelliği, her bir kliniğin rutin olarak kullandığı ilaç ve serumlar tespit edilerek 5 günlük gereksinimlerini karşılayacak stok miktarının ilgili kliniğe kontrol stoğu olarak verilmesidir. Bu durumda en geç yıl sonuna kadar hastanenin tüm üniteleri bilgisayar ağı ile birbirine entegre olarak çalışacak ve hasta orderları direkt bilgisayara ilgili klinik asistan hekim veya hemşirelerince yazılacak ve eczacılar yazılan hasta Order'ını bilgisayarda görerek onaylayacaklardır. Bu gelişim paralelinde eczanenin şu an en fazla işyükünü oluşturan bu durumun çözümü, kliniklere emniyet stoğu verilmesi durumunda daha da azalabilecek ve eczacıların klinik hizmetlere yönelmeleri sağlanabilecektir. Aynı paralelde emniyet stoğu uygulaması sonucu hafta içi 16⁰⁰ - 23⁰⁰ ve hafta sonları 10⁰⁰ - 20⁰⁰ saatleri arası nöbetçi eczacı uygulaması yerine icapçı eczacı uygulamasına geçilerek eczacı işgücü kaybı engellenebilecektir.

4.3. Hastanelerde Eczacılık Departmanının Eğitim İşlevi

Organizasyon olarak hastanelerin en önemli sorunlarından birisi, işletme içi birimler arasında rasyonel ve üretken işleyen bir iletişim sistemi oluşturmak ve işletmenin işlevlerine uygun olarak etkin çalışmasını sağlamaktır. Hastane eczanesinin en önemli fonksiyonlarından birisi ilaca ilişkin bilgi üretim hizmetidir. Bu hizmet, ilaçla ilgili akılcı kullanımı sağlamaya yönelik olarak aşağıdaki işlevleri kapsamalıdır.

- İlaç danışmanlığı hizmetleri,
- İlaç ile ilgili literatür takibi ve yayın hizmetleri,
- İlaça ilişkin birim içi veya birimler arası eğitim programlarının düzenlenmesi,

- Eczane komitesi ve hastane ilaç ve tedavi komitesi gündemlerinin ilaca ilişkin yönlendirilmesi,

Yukarıda yer verilen ilaca ilişkin bilgi üretim hizmeti, sayılan işlevler çerçevesinde yerine getirilirken hastane eczanesinde çalışan eczacılar yaptıkları hizmetin iletilme sorununu çözmek zorundadırlar.¹³⁴

Hastane eczanelerinin bu fonksiyonları, hastanenin örgütsel performans göstergelerine katkı sağlayacak ölçüde yerine getirebilmesi, özellikle klinik eczacılık hizmetlerinin etkin işlenmesini gerekli kılmaktadır. Bu paralelde bilgi aktarımı hastanelerde eczacılık hizmetlerinin işlevleri bölümünde sunulmuştur. O.G.Ü. Hastanesi eczanesi açısından bu işleve bakıldığında, bu işleve yönelik herhangi bir faaliyete rastlanılmamakta, hatta hastane eczanesi ile klinikler arası iletişim sistemi ve geri bildirim etkin olarak işlememekte ve bu üniteler arasında sorunlar çoğunlukla ya sözlü ya da yazılı olarak hastane başhekimliği kanalıyla sağlanmakta, çoğunlukla çözüme ulaşılamamaktadır. Bu amaçla O.G.Ü. Hastanesi eczanesinin eğitim işlevini etkin sunabilmesi için, klinik eczacılık uygulamaları paralelinde oluşacak ilaç kullanımı ile ilgili geri bildirim paralelinde oluşacak ilaç kullanımı ile ilgili geri bildirim paralelinde belirlenecek eğitim gereksinimi, eczane koordinatörlüğünce, hastanenin hizmet süreçlerini iyileştirici bir uygulama olarak planlanarak sunulabilir. Bu paralelde önerilebilecek eğitim yaklaşımında kullanılabilecek başlıca araçlar arasında şunlar bulunur.

A- Yazılı-basılı materyal

- a) Periyodik olarak yayınlanacak eczane bülteni
- b) İlaça ilişkin bilgi sirkülerleri
- c) İlaça ilişkin eczane içi ve kliniklerdeki yardımcı personele verilecek basılı eğitim notları

¹³⁴ İclal ÇAKICI, Bahar TUNÇTAN, Nurettin ABACIOĞLU, İlker KANZİK, “Hastane Eczanesi Bültenleri ve Hizmet Açısından İşlevleri”, **Ankara Eczacı Odası Bülteni**, Cilt No: 14, Sayı No: 1, (1992), s. 50.

B- Görsel materyal

- a) Tepegöz, slayt, video gösterimine uygun, ilaç ve tedaviye yönelik olarak hazırlanmış eğitim malzemeleri

Burada, sayılan iletişim araçlarının tümünün eczane tarafından organize edilmesi her zaman olmayabilir. Ancak, zorunlu olarak hatırlanması gereken bir husus hastane eczanesinin, kendi fonksiyonunun önemini kanıtlanması çerçevesinde mutlaka ilaç ile ilgili bilgi üretimini yukarıda sayılan araçlardan birisi aracılığıyla yapması gereğidir.

Yukarıda yer verilen eğitim araçlarının sisteme entegrasyonu için geçiş sürecinde, hastane'nin yayınladığı mevcut hastane bülteninin kullanılması önerilebilir.

4.4. Osmangazi Üniversitesi Hastanesi Eczanesi İçin Bir Örgüt Modeli

Hastanelerin geleneksel matriks yönetim yapısı, üniversitelerin akademik yapısı ile bir araya geldiğinde ortaya daha da karmaşık bir örgütsel yapı meydana gelmektedir. Ayrıca hastanelerin geleneksel işlevi olan hasta ve yaralıların tedavisi yanında, üniversite hastanelerinin eğitim ve araştırma gibi iki önemli işlevlerinin daha olması, bu yapısı daha da karmaşıklaştırmaktadır.

Daha önceki bölümlerde yer verildiği gibi O.G.Ü. Hastanesi'nin Şekil 9'daki örgüt yapısı incelendiğinde oldukça karmaşık bir örgüt yapısı ortaya çıkmaktadır. Hastanenin üst yönetim organları, Rektör, Rektör Yardımcıları, Üniversite Genel Sekreteri, Tıp Fakültesi Dekanı (ita amiri olarak), Hastane Genel Kurulu, Hastane Yönetim Kurulu, Anabilim Dalı Başkanları, Hastane Başhekimliği, Hastane Başmüdürlüğü ve Hastane Müdürleridir. Tüm bu yönetim organlarında yer alan yöneticilerin, Hastane Başmüdürü ve Hastane Müdürleri hariç akademik ünvan taşımaları ve istisnalar dışında tıp personeli olmalarıdır.

Hastanenin en üst karar organları görünümündeki, Üniversite Rektörüne çağdaş hastane işletmeciliği ilkeleri doğrultusunda çeşitli alternatifler sunma ve karar alma

konumundaki Hastane Genel Kurul ve Hastane Yönetim Kurulu üyelerine ve bu organlara karara yönelik alternatifler üretme ve seçilen alternatiflerin uygulama ve denetleme işlevi verilen Hastane Başhekimin tıpta uzmanlaşmış öğretim üyesi olmaları aşağıda yer verilen nedenlerle, hastanenin örgütsel performans göstergelerinin olumsuz etkilenmesine neden olmaktadır.

Sağlık hizmetleri yöneticiliğini hem bir yönetim alanı olarak hem de sağlık ve tıbbi bakım sektörü içinde fonksiyon olarak benzersiz kılan bazı koşullar mevcuttur. Bu koşullar mesleğin önemini arttırmaktadır. Bu koşullardan biri, sağlık sektöründe insana verilen hizmetleri kitle haline üretilip satılmadığı için her birey için özel olarak tasarılanmak zorundadır ve bu zorunluluk hizmetin yönetimini karmaşıklştırmaktadır.

Sağlık ve tıbbi bakım sistemini karmaşık kılan diğer bir özellik ise, çok büyük akademik sağlık merkezlerinden tek hizmet veren küçük sağlık birimlerine uzanan çok çeşitli organizasyonları kapsayan çoğulcu bir nitelik taşıması ve organizasyonların yönetiminin diğer uzmanlık alanlarında benzeri görülmeyen bir çeşitlilik göstermesidir.

Ayrıca sağlık yöneticileri sağlık sistemi içinde yer alan diğer katılımcılar olan hekimler, hemşireler, diğer sağlık profesyonelleri, politikacılar ve halk liderleri ile ekip çalışması içinde çalışmak ve sağlık hizmetlerinin sorumluluğunu onlarla paylaşmak zorundadırlar. Bu durum yönetici olarak işlerini daha da karmaşık kılmaktadır.

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

Hastanenin tüm çalışmalarında Rektöre karşı sorumlu olan Hastane Başhekimini aynı zamanda bir öğretim görevlisi olması nedeniyle sicil amiri konumundaki Tıp Fakültesi

Dekanına karşıda sorumluluk taşımakta bu da emir-komuda birliği ilkesine ters düşmektedir. Aynı yönde mevcut işleyişte, hastanenin ita amiri Tıp Fakültesi Dekanı'dır. Bu nedenle, Hastane Başhekiminin gelir ve giderler konusunda yetki ve sorumluluğu bulunmamakta ancak, bu durum yönetmeliğin 7. madde b fıkrasında değinilen, hastanenin amaçları doğrultusunda değinilen günlük işleyişte Hastane Başhekiminin direkt Rektöre karşı sorumlu olacağı maddesiyle de çelişki oluşturmaktadır.

Hastanenin servis ve laboratuvarlarında görev yapanlar tıpta uzmanlaşmış öğretim görevlileridir. Bunlar Tıp Fakültesinin Bölüm Başkanlıklarının bünyelerinde yer alan değişik anabilim dallarının kadrolarında bulunmaktadırlar. Anabilim dallarının yöneticisi olan anabilim dalları başkanları, o anabilim dalında görevli en yüksek akademik ünvan taşıyan öğretim üyeleri arasından atanmakta, servis ya da laboratuvarların yöneticileri konumunda olmalarına rağmen yalnızca sicil amirleri olan Tıp Fakültesi Dekanına karşı sorumluluk taşımaktadırlar. Bu nedenle, hastanenin hizmet sunumu ile ilgili her türlü başarımından sorumlu olmakla yükümlü bulunan hastane Başhekiminin servis ve laboratuvarlarının işleyişleri (sözgelimi sunulan hizmetin başarım boyutları) ile ilgili olarak yetki ve sorumlulukları belirsizleşmektedir. Ayrıca, hastaneden sorumlu organ olan Hastane Başhekimisi, bağlı olduğu anabilim dalı başkanına karşı da hizmet sunum sorumluluğuda taşımaktadır.

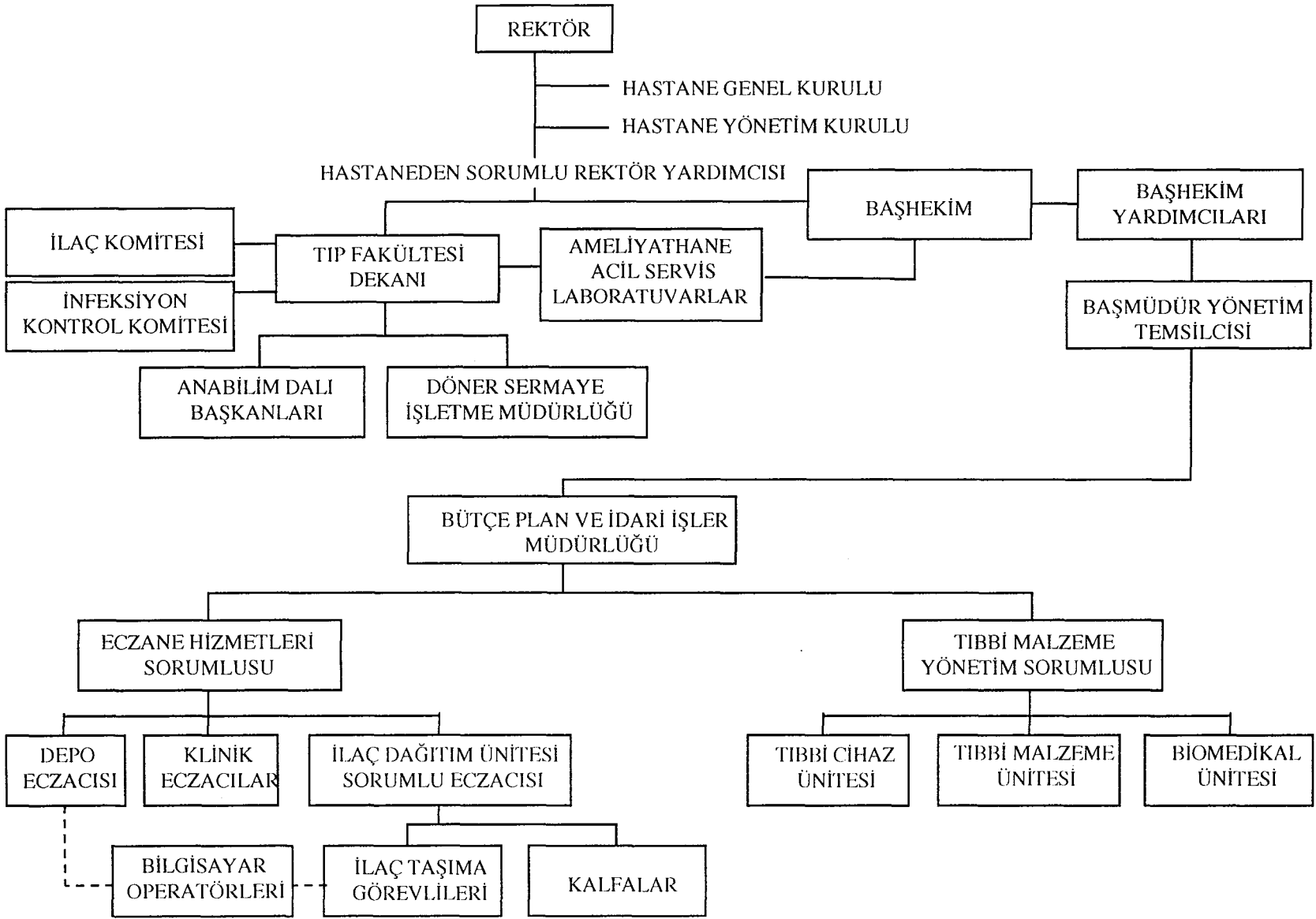
Hastanenin yönetim organlarından biri olarak yer verilen Hastane Başmüdürlüğünün konumu ise Hastane Genel ve Yönetim Kurullarının oy hakkı olmaksızın roportörlüğü ve hastanenin günlük işleyişinde A.B.D.'de 1920-1950 yılları arasındaki hastane yöneticilerinin idare (işletme) müdürlüğü konumundadır.

Yukarıda O.G.Ü. Hastanesi'nin örgüt yapısı genel olarak tanımlanmıştır. Burada özellikle vurgulanması gereken nokta, hastanenin gelirlerinin, Tıp Fakültesi Dekanlığı ve hastanede sunulan hasta tedavi hizmetlerinin yönetiminin ise ilgili Anabilim dalının yetkisinde bulunması ve hastane başhekiminin bu alanlarda herhangi bir yaptırım yetkisi bulunmamasıdır. Aynı durum Hastane Başhekimine bağlı olarak işlev gören Hastane Başmüdürlüğü içinde sözkonusudur. Dolayısıyla Hastane Başhekimliği ve Hastane

Başmüdürlüğünün organizasyon yapısı içindeki mevcut durumları kaçınılmaz olarak bu organların etkin işlemesine neden olmaktadır. Sözelimi hastanelerin idari, mali ve destek hizmetlerinin yöneticisi olan hastane başmüdürleri ile tıbbi hizmetlerin sorumluları olan anabilim dalları başkanlarının başhekimliğe bağlı olmaları, üniversitesi hastanesinin en üst yöneticisi olan başhekimleri hastane yönetiminde etkisiz kılmaktadır.

Ayrıca, hastanede sağlık hizmetlerinin verilmesinden sorumlu başhekimlerin, bu hizmeti üreten bağlı olduğu anabilim dalı başkanlarının hiyerarşik üstü olması, yönetim boşluğu dışında hem uygulamalı tıp eğitiminin, hem de sağlık hizmetinin verildiği kurumlar olan üniversite hastanelerinin bu iki işlevinin planlanması ve uygulanmasının farklı kişilerin yetki alanlarına girmesine neden olmaktadır. Bu durumda anabilim dalı başkanları ile başhekimlerin hizmet ilke ve programlarının çatışması her iki fonksiyonunda etkisini büyük ölçüde sınırlandırabilmektedir.

Tüm yukarıdaki açıklamalar paralelinde ortaya konulan O.G.Ü. Hastanesi örgüt yapısı, bu sorunları giderek bir revizyondan geçirilmesi gereklidir. Bu revizyonun dayanması gereken temel, ayrı bir araştırma konusu olarak ele alınabilir. Bu paralelde O.G.Ü. Hastanesi'nin mevcut örgüt yapısı içinde eczacılık hizmetlerinin örgüt modeli ne olmalıdır sorusu aşağıda cevaplandırılmıştır.



Şekil 11: Osmangazi Üniversitesi Hastanesi İçin Eczacılık Hizmetlerinin Örgüt Modeli

Şekil 11'deki O.G.Ü. Hastanesi eczacılık hizmetlerinin örgütleniş modeli, daha önceki bölümlerde yer verilen eczacılık hizmetleri işlevlerine dayandırılmıştır. Ayrıca hastanelerde eczacılık hizmetlerinde daha farklı bir işlev olarak karşımıza çıkan malzeme yönetimi, eczaneden ayrı olarak örgütlenmiş ve malzeme yönetiminin etkinliği açısından, malzeme yönetim sorumlusuna biomedikal ünitesi de bağlanmıştır. Bu örgütleniş modelinde, eczacılık hizmetlerinin işlevleri arasındaki eğitim ve araştırma işlevleri, sorumlu eczacının yönetiminde ilaç ve enfeksiyon kontrol komitelerinden gelecek geri bildirimler paralelinde yerine getirilecektir. O.G.Ü. Hastanesi eczanesinde biri sorumlu olmak üzere 6 eczacı görev yapmaktadır. Aşağıda sorumlu eczacı ve eczacıların işlevleri sunulmuştur.

4.4.1. Sorumlu Eczacının İşlevleri

- Eczacı ve diğer personelin işbölümünü yapmak.
- Aylık eczane çalışma programını hazırlayarak B.P.İ.İ. Müdürlüğüne bildirmek.
- Eczane veri tabanını aylık olarak inceleyerek eczane aylık raporunu hazırlayarak görüşleri ve önerileri ile B.P.İ.İ. Müdürlüğüne bildirmek.
- Eczanenin aylık raporunu eczacılarla görüşerek, hazırlayıp Bütçe Plan ve İdari İşler Müdürlüğüne bildirmek.
- İlaç Komitesinde görev alarak bu komitede karar verilen eczane ilaç listesinde yer alan ilaçların sayısal tesbitinin yapılması ve bu ilaçların sürekli stokta bulundurulmasının sağlanması.

4.4.2. Eczacıların İşlevleri

- İlgili klinik hekimi tarafından yazılan orderlardaki ilaçların doz oranının uygunluk kontrolünün yapılması, doz aşımı olan ilaçlarda hekimin uyarılması.
- İlaç Dağıtım Ünitesine nezaret etmek, ilaç hazırlanmasını denetlemek.
- Hastalara hastane ünitelerinde kullanıman ve ücretlendirilmeyen ilaç ve türeks isteklerinin değerlendirerek, gereksiz kullanımı ve stoklamayı önlemek.
- Narkotik ilaçların saklanması, dağıtımı ile ilgili işlemleri yapmak ve gerekli kayıtları tutmak.

- Satın alınan ilaç ve türevlerinin muayenelerinin yapılarak teslim alınıp, ilgili depolara yerleştirilmesi, miad ve stok kayıtlarının tutulması.
- İlaç Dağıtım Ünitesinin haftalık ilaç ihtiyaçlarını gösterir hlistenin hazırlanması ve ilgili depoların kayıtlarından düşülerek, teminin sağlanması.
- Eczanede bulunmayan girdilere ait reçetelerin reçete takip formuna işlenmesi.
- Sağlık personeline talep edilen ilaç ve türevleri ile ilgili olarak talep edilecek danışmanlık ve eğitim ihtiyaçlarını karşılamak ve gerekli araştırmaları yapmak.
- İlaç ve enfeksiyon komitelerinde görev almak.

Yukarıda tanımlanan sorumlu eczacı ve eczacıların işlevleri arasında günümüzde eczacılık hizmetlerinin en önemli işlevi olan klinik eczacılık ile ilgili görevler hastanenin mevcut yapısı ve eczacı yetersizliği (700 yataklı bir hastanede olması gerekli eczacı sayısı 11'dir.) nedeniyle yer verilememiştir. Ancak bu işleve yönelik olarak toplam 9 kattan oluşan hastanenin kat bölümlenmesi yoluyla ağırlıklılığına göre mevcut 6 eczacıya bölünerek dağıtılması ve bu işleve yönelik hizmetlere bu doğrultuda başlanması önerilebilir.

SONUÇ

Tüm ulusların anayasalarında güvence altına alınmış olan yaşam hakkı ile ilgili hizmetleri üreten hastanelerde aynı zamanda günümüzün en karmaşık üretim sürecine sahip işletmelerindendir. Bu üretim sürecinin genel olarak tüm aşamalarında temel girdi olarak kullanılan eczane girdilerinin etkinlik ve kalitesi hastanelerin tüm hizmet sürecini olumlu ya da olumsuz olarak etkileyebilmekte ve dolayısıyla da hastanelerde eczacılık hizmetlerinin etkin örgütlenip yönetilmesi önem kazanmaktadır.

Hastane işletmeciliğinde eczacılık hizmetlerini önemli kılan özellikler aşağıdaki ana başlıklar altında ele alınabilir.

- a) Eczacılık hizmetleri ile ilgili girdiler hastane hizmetlerinin kalitesini etkileyen en önemli belirleyici konumundadır.
- b) Eczaneler bir gelir ve gider merkezidir.

Yukarıdaki iki ana başlık altında tanımlanan özellikler nedeniyle hastane işletmeciliğinde eczacılık hizmetlerinin önemi tüm gelişmiş sağlık sistemine sahip ülke hastanelerinde eczacılık hizmetleri bu önem ile orantılı bir şekilde organize edilmektedir.

Ülkemiz hastane işletmeciliği sektörü yatak kapasitesi olarak % 94'ü kâr amacı gütmeyen kamu hastanelerinden oluşmaktadır. Bu hastanelerimizin çeşitli platformlarda dile getirilen bilimsel hastane işletmeciliği yaklaşımlarından uzak örgüt yapıları paralelinde önemli verimlilik ve kalite sorunları mevcuttur. Bu paralelde hastanelerimizde ise eczacılık hizmetleri yalnızca hastanelerde bu hizmetin küçük bir parçası olan ilaç lojistiği işlevi olarak algılanmakta, klinik eczacılık, eğitim ve araştırma işlevlerine yer verilmemektedir.

900 yatak kapasitesi ile 3. basamak sağlık hizmeti ureten Osmangazi Üniversitesi Hastanesi 1997 yılında başlayan uluslararası bir kalite güvence sistemi olan ISO 9001 Kalite Güvence Sistemi Kurma çalışmalarına halen devam etmektedir. Hastanenin mevcut eczacılık hizmetleri incelendiğinde yalnızca ilaç lojistiği işlevine yönelik olarak hizmet sunulduğu görölmektedir. Ayrıca eczacılık hizmetlerinin kapsamında yer almayan tıbbi sarf malzemelere yönelik hizmetlerde hastane eczanesince örgütlenmektedir.

Oldukça karmaşık bir örgüt yapısına, görev-yetki ve sorumlulukları net olarak tanımlanmamış üst yönetim organlarına sahip Osmangazi Üniversitesi Hastanesinde eczacılık hizmetleri Bütçe Plan ve İdari İşler Müdürlüğüne bağlı sorumlu eczacılık yoluyla yerine getirilmektedir.

Oldukça önemli örgütsel yapı ve yönetim sorunları olan Osmangazi Üniversitesi Hastanesinin mevcut yapısı içinde eczacılık hizmetlerinin örgüt modeli nasıl olmalıdır? sorusu daha önceki bölümlerde sunulan eczacılık hizmetlerinin işlevlerinin tümünü kapsayacak biçimde Şekil 11'de sunulmuştur. Bu örgüt modelinde eczacılık hizmetlerinden farklı bir işlev olarak karşımıza çıkan malzeme yönetimi, eczaneden ayrı olarak örgütlenmiştir ve malzeme yönetiminin etkinliği açısından biomedikal ünitesi malzeme yönetim sorumluluğuna bağlanmıştır. Bu örgüt modelinde eczacılık hizmetlerinin eğitim ve araştırma işlevleri, hastane infeksiyon ve ilaç komitelerinden gelecek geri bildirimleri de içerecek şekilde sorumlu eczacı tarafından yürütülmesi önerilmiştir.

Önerilen örgüt modeli günümüzde eczacılık hizmetlerinin tüm işlevlerini kapsamaktadır. Dolayısıyla hastanelerde eczacılık hizmetlerinin önemi başlığı altında yer verilen açıklamalar paralelinde Osmangazi Üniversitesi Hastanesi eczacılık hizmetlerinde oldukça önemli kalite ve verimlilik sorunlarını çözüme ulaştırma imkan bulacaktır.

KAYNAKÇA

Aksoy, Güler. “Hemşirelikte Sürekli Eğitim”, **1. Ulusal Hemşirelik Eğitim Sempozyumu, Bildiriler**, İçinde: a.y. (der.) İstanbul: Hilal Matbaacılık A.Ş., 1988.

Alpugan, Oktay. “Hastane Yönetimi ve Ekonomik İlkeler”, **Ege Üniversitesi İşletme Fakültesi Dergisi**, Y. 1, S. 1-2, Ekim-1981.

————— “Hastanelerde Verimlilik, Sorunu ve Kimi Öneriler, İçinde Hikmet SEÇİM (der.) **Hastane İşletmeciliği (Seçme Yazılar)** Eskişehir: 1995.

Aytimur, Selçuk. **Kalite Sistem Dökümantasyonu**, İstanbul: Kal Der Yayınları No: 14, 1997.

Bilaloğlu, E. “Kurum Örnekleri, **Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Toplum ve Hekim**, Ankara, 1995.

Bozdemir, Nafiz ve Esra Saatçi. **Aile Hekimliği Ders Notları**, Adana: Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Yayın No: 33, 1997.

Çakıcı, İclal ve diğerleri. “Hastane Eczanesi Bültenleri ve Hizmet Açısından işlevleri”, **Ankara Eczacı Odası Bülteni**, Cilt No: 14, Sayı No: 1, 1992.

Çatalca, Nuriye. “Hastane Hizmetlerinde Kalite Sağlamada ve Değerlemede Komitelerin Rolü”, **Anadolu Üniversitesi Açıköğretim Fakültesi Dergisi**, Cilt: I, Sayı No: 1, Haziran 1994.

————— “Hastane Hizmetlerinde Kalite Sağlamada ve Değerlemede Komitelerin Rolü”, içinde Hikmet SEÇİM (der.) **Hastane İşletmeciliği (Seçme Yazılar)**, Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayın No: 449, 1985.

Çeliker, Ayşe. “Hastane Eczacılığı ve İlaç Bilgi Hizmeti”, **Güncel Eczacılık Dergisi**, Sayı No: 45, Şubat 1997.

————— “Hastane Eczanesinde İlaçla İlgili Olarak Yönetilen Sorunlar Üzerine Bir İnceleme”, **Ankara Eczacı Odası Bülteni**, Cilt No: 7, Sayı No: 5, 1985.

Darr, Kurt ve Jonathon S. RAKICH, **Hospital Organization and Management Text and Reading**, National Health Publishing: 1989.

Eren, Nevzat. **Sağlık Hizmetlerinde Yönetim**, Ankara: Hatipoğlu Yayınevi, 1985.

Griffith, John R. **The Well-Managed Health Care Organization**, Aupha Press/Health Administration Press An Arbor, 1995, Third Edition, Michigan.

Gülek, Çiçek. “Klinik Eczacılık Bölümünde Eczacı”, **Güncel Eczacılık Dergisi**, Sayı No: 45, Eylül 1997.

Hardjono, T. W., **Mükemmele Ulaşmanın Yolları**, (Çev. a.y.) İstanbul: İpek Kağıt Sanayi ve Ticaret A.Ş. Yayını, 1997.

Hassan, William E. **Hastane Eczacılığı**, (Çev. BÜYÜKBİNGÖL, ERDEM ve diğ.) Ankara: Ankara Üniversitesi Basımevi, 1985.

Işık, Sönmez. “Akılcı İlaç Kullanımı”, **Sağlıkta Strateji**, (T.C. Sağlık Bakanlığı Projesi Genel Koordinatörlüğü Yayın Organı), Sayı No: 13, 1997.

İzzettin, Fikret Vehbi ve Nükhet Özdiñç. “Eczacı ve Hastane Formüller Sistemi” **Güncel Eczacılık Dergisi**, Sayı No: 52, Mayıs 1993.

İzzettin, Fikret Vehbi. “Terapötik İlaç İzlenmesi ve Klinik Eczacının Yeri”, **Aktüel Eczacı Dergisi**, Sayı No: 5-6, Mayıs-Haziran 1994.

Kalkay, M. Nuri. **Çağdaş Hekimliğin Sorunları**, İstanbul: Tıbbi Kitaplar Dağıtım Serisi, 1981.

Kavuncubaşı, Şahin ve Korkut Ersoy, “Hastanelerde Teknik Verimlilik Ölçüsü” **Amme İdaresi Dergisi**, Sayı No: 3, 1995.

Kaya, Sıdıka. **Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi**, Cilt: 1, Sayı: 1, Kış 1992.

Kaya, Sıdıka, Ahmet AKGÜN. “Hacettepe Üniversitesi Uygulama Hastanesinde Personel Devri” **Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi**, Cilt: 2, 1993.

Kaya, Yılmaz. “Sağlık Hizmetlerinde İlaçların Önemi”, **Güncel Eczacılık Dergisi**, Sayı No: 53, Ekim 1997.

Kiktane, Niohan X. “Organizational Dilemma ın Hospitals”, **Hospital process**, X0I: ss, White, D.D., Wisdom, B. L. (1985).

Kiyim, Bülent. “Hastanelerde Kalite Yönetimi”, İçinde: Mithat ÇORUH (Ed.) **Sağlık Yönetiminde Devamlı Kalite İyileştirme Sempozyumu**, Ankara: Haberal Eğitim Vakfı Yayını, 1997.

Koçel, Tamer. **İşletme Yöneticiliği**, İstanbul: Beta Basım Yayım Dağıtım A.Ş., 4. Baskı, 1993.

Mechanic, David. **Medikal Sociology. A Selective View**, New York: The Free Press, 1968.

Menderes, Münevver ve Korkut Ersoy, “Genel Sistem Kuramı ve Sağlık Sistemi, Hastane Sistemi ve Hasta Bakım Alt Sistemi”, **Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi**, C. II., 1993.

Menderes, Münevver. **Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi**, Cilt: I, S. 1, Kış 1992, s. 26.

Morgil, Orhan, Mehmet KÜÇÜKÇİRKİN, TOBB’un Sağlıkta Toplam Kalite Yönetimine Bakışı, İçinde: a. y. (der.), 1. **Basamak Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi Sempozyumu-Bildiriler**, Ankara: Haberal Eğitim Vakfı Yayınları, 1996.

Nazlıer, Sayide. “Başkent Üniversitesi Hastanesi Yoğun Bakım Ünitelerinde Nozokomiyel İnfeksiyon Hızının İyileştirilmesi,” İçinde Mithat ÇORUH (ed.); **Sağlık Yönetiminde Devamlı Kaliteyi’yi İyileştirme Sempozyumu**, Ankara: Haberal Eğitim Vakfı Yayını, 1997.

Odabaşı, Yavuz. **Sağlık Hizmetleri Pazarlaması**, Eskişehir, Anadolu Üniversitesi Yayın No: 799, 1994.

Odacıoğlu, Yaşar, Ümit Şahin. “Hastane İşletmeciliğinde Kalite Kavramı, TKY ve ISO-EN-TSE 9001 KGS Bağlamlarında Halkla İlişkilerin Önemi”, **Medikal Teknik**, Sayı No: 42, 1998.

Öncü, Ayşe. **Örgüt Sosyolojisi**, 2. B., Ankara: Turhan Kitabevi, 1982.

Özer ve Diğerleri, “Hastalıkların Tetkik ve Tedavi İşlevlerinin Hekim ve Hastanelere Göre Değişkenliklerinin Belirlenmesi ve Hastanelerde Kullanım Değerlendirme Programlarının Gerekliliği”, İçinde Mithat Çoruh (ed.) **Sağlık Yönetiminde Devamlı Kaliteyi İyileştirme Sempozyumu**. Ankara: Haberal Eğitim Vakfı Yayını, 1997.

Özkul, Ali Ekrem. **Sağlık Sistemleri Planlama ve Kontrolü**, Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayın No: 819, Açıköğretim Fakültesi Yayın No: 429, Ekim-1994.

Özyurt, Cem ve Müge KOCAGÖZOĞLU, “Farmasötik Ürünlerin Depolanmasındaki GMP Koşulları”, **Güncel Eczacılık Dergisi**, Sayı No: 20, Aralık 1994.

Poulos, GEORGO ve B. G. Mann. F. C. “The Hospital as an Organization”, ala. J. S. Rakich, K. Darr, **Hospital Organization And Management: Text and Readings; Spectrum Publication, Inc, New York: 1978.**

Sağlam, Mehmet. **Örgütsel Değişme**, Ankara: Doğan Basımevi, TODA İE, Yayın No: 185, 1978.

Schultz, Rockwell ve Alton C. JOHNSON, **Management of Hospital**, 2. B., New York: Mc. Graw-Hill Book Company, 1983.

Seçim, Hikmet. **Hastane Yönetimi ve Organizasyonu-Türkiye’de Hastanelerin Organizasyonu İçin Bir Model Önerisi**, İstanbul: İşletme Fakültesi Yayın No: 252, İşletme İktisadi Enstitüsü Yayın No: 145, 1991.

————— “Hastanelerde Verimliliği Yükseltici Uygulamalar, Eşdeğer Ucuz İlaç Uygulaması” İçinde: Hikmet SEÇİM (der.) **Hastane İşlemciliği (Seçme Yazılar)**. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayın No: 845, AÖF Yayın No: 449, 1985.

————— **Hastanelerde Halkla İlişkiler**, Eskişehir: T.C. Anadolu Üniversitesi Yayınları No: 765, Açıköğretim Fakültesi Yayınları No: 388, 1994.

Seçim, Hikmet ve Talat Pekelman. “Hastanelerde Verimliliği Yükseltici Uygulamalar: Biyomedikal Mühendislik Hizmetleri”, içinde: Hikmet Seçim (der.) **Hastane İşletmeciliği (Seçme Yazılar)**. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayın No: 845, AÖF Yayın No: 449.

Smith, Brian Abel. "Genel Sağlık Sigortası, Uluslararası Deneyiminden Çıkarılan Dersler," **Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi**, Cilt: 2, 1993.

Snook, JR.I. Donald. **Hospitals What They are and How The Work, An Aspen Publication Aspen Systems Corparation Rockvilla, Maryland, 1981.**

Stebbins, Michael W. ve Kimberly Sekutera, **Strategic Managemenet**, New York, 1994.

Sürücü, Aysel, İlhami ÜNLÜOĞLU, Ümit ŞAHİN. "Hastane İşletmeciliğinde Eczane Hizmetlerinin Önemi", **Medikal Teknik Dergisi**, Sayı No: 144, Temmuz 1998.

Tengilimoğlu, Dilaver. **Hastanelerde Malzeme Yönetim Teknikleri ve Kamu Hastaneleri İçin Bir Model Önerisi**, Ankara: 1996.

Tokat, Mehmet. **Kamu Sağlık Harcamaları ve Finansmanı 1992-1996**, Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Koordinatörlüğü Yayınları, 1998.

Ülgen, Orhan. "Farmakoekonomi ve Sonrası", **Güncel Eczacılık Dergisi**, Sayı No: 46, Mart 1997.

_____ "Farmakoekonominin Temel Yöntemleri", **Güncel Eczacılık Dergisi**, Sayı No: 47, Nisan 1997.

Üstel, Leyla. "Hastane Eczacısının İşlevine Yaklaşım", **Ankara Eczacı Odası Bülteni**, Cilt No: 6, Sayı: 3, 1984.

Department of Labor, Job Descriptions and Organizational Analysis for Hospital and Related Health Services, Washington, v. 5. Government Printing office, 1970.

“Hastane İnfeksiyonları ve Antibiyotik Çılgınlığı”, **Medinews Dergisi**, Sayı No: 1 (10 Mart 1998).

Herkes İçin Sağlık Hedefleri, Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, 1990.

“İlaç Uygulama Hataları: Maliyeti Yüksek, Ancak Önlenebilir”, **Güncel Eczacılık Dergisi**, Sayı No: 52, Eylül 1997.

“Klinik Eczacılık ve Eczacının Tanı/Tedavi Yetisi”, **Güncel Eczacılık Dergisi**, Sayı No: 2, 1993.

Sağlık Bakanlığı, Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yıllığı (1995), Ankara: S.B. Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü Yayın No:, 1996.

Sağlık Bakanlığı, Yataklı Tedavi İşletme Yönetmeliği, Ankara: Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü Yayın No: 449, 1983.

Sağlık Bakanlığı Ulusal Sağlık Politikası, Ankara: Sağlık Bakanlığı Sağlık Proje Genel Koordinatörlüğü Yayınları, 1995.

Sağlık Bakanlığı Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği, Resmi Gazete, Sayı: Mükerrer, 13.1.1983.

Trakya Üniversitesi Hastane Yönetmeliği, Resmi Gazete, s. 2 144 3, 22 Aralık 1992.

Türk Eczacılar Birliği, I. Ulusal Eczacılık Eğitimi Kurultayı, Ankara; 11-12-13-14 Nisan 1995.