



**SAĞLIK HİZMETLERİNDE TOPLAM KALİTE YÖNETİMİ:  
ANKARA'DA İKİ HASTANEDEKİ YÖNETİCİLERİN ALGILARI**

**Havva Ecehan ARMAĞAN KAYGUSUZ**

**Mayıs 2012  
DENİZLİ**







**SAĞLIK HİZMETLERİNDE TOPLAM KALİTE YÖNETİMİ:  
ANKARA'DA İKİ HASTANEDEKİ YÖNETİCİLERİN ALGILARI**

**Pamukkale Üniversitesi  
Sosyal Bilimler Enstitüsü  
Yüksek Lisans Tezi  
Siyaset Bilimi ve Kamu Yönetimi Anabilim Dalı**

**Havva Ecehan ARMAĞAN KAYGUSUZ**

**Danışman: Prof.Dr. Hüseyin ÖZGÜR**

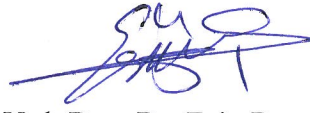
**Mayıs, 2012**

**DENİZLİ**



## YÜKSEK LİSANS TEZİ ONAY FORMU

Siyaset Bilimi ve Kamu Yönetimi Anabilim Dalı, Kamu Yönetimi Bilim Dalı öğrencisi Havva Ecehan ARMAĞAN KAYGUSUZ tarafından Prof. Dr. Hüseyin ÖZGÜR yönetiminde hazırlanan “Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi: Ankara’da İki Hastanedeki Yöneticilerin Algıları” başlıklı tez aşağıdaki jüri üyeleri tarafından 13.04.2012 tarihinde yapılan tez savunma sınavında başarılı bulunmuş ve Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.



Yrd. Doç. Dr. Esin Barutçu

**Jüri Başkanı**



Prof. Dr. Hüseyin Özgür

**Jüri Üyesi**



Doç. Dr. S. Yaman Koçak

**Jüri Üyesi**

Pamukkale Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yönetim Kurulu'nun **12/06/2012** tarih ve ...**11/05**.. sayılı kararıyla onaylanmıştır.



Prof. Dr. Turhan KAÇAR

**Müdür**



Bu tezin tasarımı, hazırlanması, yürütülmesi, araştırılmalarının yapılması ve bulgularının analizlerinde bilimsel etiğe ve akademik kurallara özenle riayet edildiğini; bu çalışmanın doğrudan birincil ürünü olmayan bulguların, verilerin ve materyallerin bilimsel etiğe uygun olarak kaynak gösterildiğini ve alıntı yapılan çalışmalara atfedildiğini beyan ederim.

İmza



Öğrencinin Adı Soyadı

: Havva Ecehan ARMAĞAN KAYGUSUZ



## TEŞEKKÜR

Araştırma sürecince, görüş ve tecrübelerini benimle paylaşan, sabırla bana danışmanlık yapan hocam Prof. Dr. Hüseyin ÖZGÜR'e,

Yardımları ve destekleri ile her zaman yanımda yer alan çalışma arkadaşlarıma,

Değerli görüş ve yardımlarını esirgemeyen Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi ile Ankara Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Eğitim ve Araştırma Hastanesi yöneticilerine ve çalışanlarına,

Tüm öğrenim hayatım boyunca hoşgörü ve sabırla beni destekleyen, başarımda büyük önemi olan sevgili annem Vahide ARMAĞAN ile sevgili babam Rasim ARMAĞAN'a,

Desteğini ve sevgisini esirgemeyip sürekli yanımda olan eşim Umut KAYGUSUZ'a teşekkür ederim.

## ÖZET

### SAĞLIK HİZMETLERİNDE TOPLAM KALİTE YÖNETİMİ: ANKARA'DA İKİ HASTANEDEKİ YÖNETİCİLERİN ALGILARI

Armağan Kaygusuz, Havva Ecehan  
Yüksek Lisans Tezi Kamu Yönetimi ABD  
Tez Danışmanı: Prof. Dr. Hüseyin ÖZGÜR  
Mayıs 2012, 124 sayfa

Yeni bir yönetim anlayışı olarak ortaya çıkan toplam kalite yönetimi hedeflerini ortaya açıkça koyan, üst yönetimin destek verdiği, tüm çalışanlarının katılımının sağlandığı ve en önemlisi tüm elemanlarının ve müşterilerinin tatmin olduğu bir yaşam tarzını oluşturmaktadır.

İlk olarak özel sektörde ortaya çıkan ve başarılı olan TKY dünyada yaşanan gelişmeler sonucunda kamuda da kendini göstermeye başlamıştır. Kamu hizmetlerinin önemli bir basamağı olan sağlık hizmetleri, kalite konusunda birinci sırada yer almaktadır. Çünkü sağlık hizmetleri doğrudan insan sağlığı ile ilgili olup bu konuda yapılacak bir hatanın telafisi ya çok zor olmakta ya da hiç olmamaktadır. Bu nedenle sağlık kuruluşlarında verilen sağlık hizmetlerinin kalitesi büyük bir önem arz etmekte olup günümüzde de sağlık sektöründe kalite konusunda ciddi değişimler yaşanmaktadır.

Bu çalışmada TKY sağlık hizmetleri yönünden ele alınmaktadır. Sağlık hizmetlerinde toplam kalite yönetiminin uygulanma durumu irdelenerek uygulanan kalite boyutları hastane yöneticilerine yapılan anketlerle değerlendirilmektedir. TKY'nin sağlık sektöründeki önem düzeyi ile TKY'yi yöneticiler bilip uyguladığı sürece sağlık hizmetlerinin kalitesinin iyileşeceği iddiası çalışmanın ana konusudur.

Çalışmanın birinci bölümünde toplam kalite yönetiminin tanımı, özellikleri, amacı genel olarak ele alınmıştır. İkinci bölümde TKY'nin kamu yönetimine ve hizmet sektörüne yansımalarıyla önemli bir hizmet sektörü olan sağlık sektörüyle ilişkisi incelenmektedir. Üçüncü bölümde ise Ankara'daki iki önemli kamu sektörü hastanesinin üst düzey yöneticilerine anket uygulanmıştır. Elde edilen veriler uygun analiz yöntemleriyle değerlendirilmiştir.

**Anahtar Kelimeler:** Toplam Kalite Yönetimi, Kamu Hizmetleri ve Toplam Kalite, Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi, hastanelerdeki yöneticilerin TKY algıları.



**ABSTRACT****TOTAL QUALITY MANAGEMENT IN HEALTH SECTOR SERVICES:  
PERCEPTIONS OF MANAGERS IN TWO HOSPITALS IN ANKARA**

Armağan Kaygusuz, Havva Ecehan  
M.A. Thesis in Public Administration  
Supervisor: Prof. Dr. Huseyin OZGUR  
Mayıs 2012, 124 pages

**Total quality management emerging as a new management approach creates a way of life that clearly sets out its objectives, is supported by senior management, provides all the employees involvement and above all satisfies all the staff and customers.**

**Total quality management initially emerging and becoming successful in the private sector has also started to appear in the public sector as a result of the developments in the world. Healthcare that is one of the most important steps in the public services ranks first on quality. Because healthcare is directly related to human health and making up a possible mistake in this sector is either difficult or impossible. Therefore the quality of health services in the medical establishments is very important and there have been significant changes on quality in the healthcare nowadays.**

**In this study, TQM is studied in terms of health services. The application of TQM in the health services is studied and the degree of the quality is evaluated with a survey applied to hospital managers. It is claimed in the study that TQM is so important in health sector and health services will improve as long as the managers know its importance and apply it.**

**The first chapter of the thesis studies the definition, characteristics and targets of TQM in general. The second chapter studies the reflections of TQM to the public administration and the service sector, and also the relationship between the TQM and health sector as an important service sector. The third chapter studies the survey that was applied to the senior managers in two important hospitals in Ankara and also the evaluation of the data by appropriate analysis methods.**

**Keywords:** Total Quality Management, Public Services and Total Quality Management, Total Quality Management in Health Services, TQM perception of managers in hospitals.

## İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	5
ÖZET.....	i
ABSTRACT.....	ii
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	v
TABLOLAR DİZİNİ.....	vi
GRAFİKLER DİZİNİ.....	vii
SİMGE VE KISALTMALAR DİZİNİ.....	viii
GİRİŞ.....	1

## BİRİNCİ BÖLÜM

### TOPLAM KALİTE YÖNETİMİ

1.1 TOPLAM KALİTE YÖNETİMİNİN TANIMI.....	3
1.2 TOPLAM KALİTE YÖNETİMİNİN FELSEFESİ.....	4
1.3 TOPLAM KALİTE YÖNETİMİNİN AMAÇLARI.....	5
1.4 TOPLAM KALİTE YÖNETİMİNİN ÖZELLİKLERİ.....	6
1.5 TOPLAM KALİTE YÖNETİMİNİN ÖNCÜLERİ.....	8
1.6 TOPLAM KALİTE YÖNETİMİNİN İLKELERİ.....	13
1.7 TOPLAM KALİTE YÖNETİMİNİN UNSURLARI.....	14
1.7.1 Müşteri Odaklılık.....	14
1.7.2 Üst Yönetimin Liderliği ve Sorumluluğu.....	15
1.7.3 Tam Katılım ve Takım Çalışması.....	16
1.7.4 Sürekli Geliştirme ve İyileştirme.....	16
1.8 TOPLAM KALİTE YÖNETİMİNİN ARAÇLARI.....	18

## İKİNCİ BÖLÜM

### SAĞLIK HİZMETLERİ VE TOPLAM KALİTE YÖNETİMİ

2.1 HİZMET SEKTÖRÜNDE TOPLAM KALİTE YÖNETİMİ.....	21
2.2 KAMU YÖNETİMİNDE TOPLAM KALİTE YÖNETİMİ ANLAYIŞI.....	22
2.3 KAMU SEKTÖRÜNDE TKY UYGULAMA NEDENLERİ.....	22
2.4 KAMU SEKTÖRÜNDE TOPLAM KALİTE YÖNETİMİNİN YARARLARI.....	23
2.5 KAMU SEKTÖRÜNDE TKY UYGULANMASI SORUNLARI.....	25
2.5.1 Kamu Hizmetinin Niteliği.....	26
2.5.2 Kamu Sektörünün Değişime Karşı Daha Çok Direnç Göstermesi.....	26
2.5.3 Kamu Sektöründe Performansa Önem Verilmemesi ve Kalitenin Ölçülmesindeki Zorluklar.....	27
2.5.4 Rekabetin Olmaması.....	27
2.5.5 Kamu Kesiminin Karmaşık Ve Büyük Ölçekli Örgütlenmesi.....	27
2.5.6 Kamu Kesiminin Genel Toplumsal-Siyasal Sisteme Olan Bağımlılığı.....	28

2.5.7 Ürün-Hizmet İkilemi .....	28
2.5.8 Müşteri-Vatandaş İkilemi .....	29
2.5.9 Vatandaş Talepleri .....	29
2.5.10 Karar Mekanizmalarına Katılımın Sağlanması .....	30
2.6 SAĞLIK HİZMETLERİ VE HASTANELER .....	30
2.6.1 Sağlık Hizmetlerinin Tanımı .....	30
2.6.2 Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması .....	31
2.6.3 Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri .....	34
2.6.4 Hastanelerin Tanımı .....	38
2.6.5 Hastanelerin Görevleri .....	38
2.6.6 Hastanelerin Sınıflandırılması .....	39
2.7 SAĞLIK HİZMETLERİNDE TOPLAM KALİTE YÖNETİMİ .....	44
2.7.1 Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalitenin Tanımı .....	44
2.7.2 Sağlık Hizmetlerinde Kalitenin Tarihçesi .....	52
2.7.3 Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalitenin Önemi .....	53
2.7.4 Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Açısından Karşılaşılan Güçlükler .....	54
2.7.5 Sağlık Sektöründe Toplam Kalite Yönetimi Uygulamalarında Başarı Yolları .....	57

### ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

#### ANKARA'DA İKİ HASTANEDE TOPLAM KALİTE UYGULAMALARI ÜZERİNE BİR ARAŞTIRMA

3.1 ARAŞTIRMANIN AMACI .....	67
3.2 ARAŞTIRMANIN KAPSAMI VE YÖNTEMİ .....	67
3.2.1 Araştırmanın Güvenirlik-Geçerlilik Analizi .....	69
3.2.2 Araştırmanın Faktör Analizi .....	70
3.3 BULGULAR VE TARTIŞMA .....	73
3.3.1 Yaş Grupları ve Cinsiyete Göre Farklılıklar .....	79
3.3.2 Unvanlara Göre Farklılıklar .....	79
3.3.3 Yöneticiler ve Yardımcıları Dağılımına Göre Oluşturulan Gruplar Arasındaki Farklılıklar .....	82
3.3.4 Kalite Temsilcisi Olup Olmama Durumuna Göre Farklılıklar .....	83
3.3.5 Kalite Eğitimi Alınıp Alınmamasına Göre Gruplar Arasındaki Farklılıklar .....	86
SONUÇLAR VE ÖNERİLER .....	88
KAYNAKLAR .....	91
EKLER .....	99
ÖZGEÇMİŞ .....	124



## ŞEKİLLER DİZİNİ

	<b>Sayfa</b>
Şekil: 1.1. Deming'in Döngüsü.....	9
Şekil 1.2. Juran'ın Spirali.....	10
Şekil 1.3. Gelişme ve Yaklaşım .....	12
Şekil 2.1. Örnek Hastane Organizasyon Şeması.....	43
Şekil 2.2. Toplam Kalite Yöntemi İle Sağlanacak Faydalar.....	49

## TABLOLAR DİZİNİ

	Sayfa
Tablo 1.1. Kaizen ve Buluş Yaklaşımı.....	13
Tablo: 2.1. Etkili Sağlık Hizmetlerinin Temel Özellikleri.....	36
Tablo 3.1. Güvenilirlik Katsayısı (Cronbach Alpha Modeli) Tablosu.....	69
Tablo 3.2. Ölçeğin İstatistikleri.....	69
Tablo 3.3. İfadelerin İstatistik Özetleri .....	70
Tablo 3.4. Hotelling T-Squared Testi .....	70
Tablo 3.5. KMO and Barlett's Test.....	70
Tablo 3.6. Rotatend Bileşen Matriksi .....	72
Tablo 3.7. Kurumuna Göre Sayı ve Yüzde Değerleri .....	73
Tablo 3.8. Yöneticilerin Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı .....	74
Tablo 3.9. Unvanlara Göre Kalite Temsilcisi/Kalite Konseyi Üyesi Olup Olmama ve Kalite Eğitimi Alıp Almama Durumlarının Sayı ve Yüzde Değerleri .....	75
Tablo 3.10. İfadelere Verilen Cevapların Ortalamaları .....	77
Tablo 3.11. Araştırmada Ortalaması En Yüksek ve En Düşük Beş İfade.....	78
Tablo 3.12. Anketteki Yaş Gruplarına Göre 23. İfadeye Verilen Cevapların Gösterimi	79
Tablo 3.13. Anketteki Unvanlara Göre 23. İfadeye Verilen Cevapların Gösterimi .....	79
Tablo 3.14. Unvanlara Göre Farklılıklar.....	80
Tablo 3.15. Anketteki Yöneticiler ve Yardımcılarına Göre 8.-18. İfadelere Verilen Cevaplar .....	82
Tablo 3.16. Anketteki Kalite Temsilcisi Olup Olmama Durumuna Göre 4.-5.-8.-9.-10.-11.-14.-15.-16.-23.-26. İfadelere Verilen Cevapların Gösterimi .....	83
Tablo 3.17. Anketteki Kalite Eğitimi Alınıp Alınmamasına Göre 6.-9.-26. İfadelere Verilen Cevapların Gösterimi .....	86

**GRAFİKLER DİZİNİ**

	<b>Sayfa</b>
Grafik 3.1. Scree Plot Grafiği .....	71
Grafik 3.2. Anketteki 10. İfadeye Verilen Cevapların Gösterimi .....	76



**SİMGE VE KISALTMALAR DİZİNİ**

AFTREAH	Ankara Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Hastanesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi
ANEAH	Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi
ISO	International Organization for Standardization
KMO	Kaiser-Meyer-Olkin
OECD	Organization for Economic Co-operation and Development
SPSS	Statistical Package for Social Sciences
TKY	Toplam Kalite Yönetimi

## GİRİŞ

Toplam kalite yönetimi (TKY) dünyada yaşanan hızlı değişim karşısında pek çok kurumun varlıklarını devam ettirebilmek, verimliliklerini ve etkinliklerini arttırabilmek için ihtiyaç duydukları bir yönetim şekli olmuştur. Bu kavramı tanımlamak oldukça güçtür. Bazı yazarlar tüm süreçlere herkesin katılımı olarak tanımlarken bazı yazarlar ise sunulan mal veya hizmetlerdeki eksikliklerin giderilmesi olarak tanımlamıştır. TKY müşteri odaklılığını, üst yönetimin liderliğini ve sorumluluğunu, tam katılım ve takım çalışmasını, sürekli gelişme ve iyileşmeyi benimsemiş bir yönetim tarzıdır. İnsan kavramını merkeze oturtan bu yaklaşımın asıl amacı sadece ürün ve hizmetin değil, bir bütün olarak yönetimin kalitesi ve verimliliğidir.

Toplam kalite yönetimi kamu hizmetlerinin sunumundaki kalite talepleri ile sunulan hizmetin etkin ve verimli olması yönündeki düşünceler nedeniyle zamanla kamu sektöründe de gündeme oturmuştur. 1990'lı yıllarla birlikte kamu kurumlarının hizmetlerinde uygulanabilirliği sorgulanmaya başlanmıştır ve birçok kurumun sunduğu hizmetlerde uygulanır hale gelmiştir. Bu hizmetlerin ana kollarından birini sağlık hizmetleri oluşturmaktadır. İnsanın vazgeçilmez değeri olan sağlığıyla ilgili hizmet alması, sağlık hizmetlerinin telafi edilemeyecek sonuçların varlık gösterebileceği bir hizmet dalı olması, teknolojinin gelişmesi ve maliyet artışı sağlıkta kalite konusunun önemini daha da arttırmıştır. Özellikle son dönemde Sağlık Bakanlığı tarafından sağlık hizmetlerinin sunumunda kalite ön plana çıkmaktadır.

Sağlık hizmetlerinin verildiği en kapsamlı kurumlar hastanelerdir. Yapılanma anlayışı ve kendine özgü sistemleriyle fark oluşturan hastaneler yönetilmesi en zor kuruluşlardan bir tanesidir. Hastanelerin bürokratik yüklerden kurtulması, gerekli teşhis ve tedavinin en kısa zamanda ve doğru verilmesi sağlık bekleyen hastalar için büyük bir değerdir. Çalışanların memnuniyeti, ihtiyaçları, motivasyonları ve katılımları, eğitimi kalite konusunda önemli bir yer teşkil eder. Dolayısıyla, sağlık hizmet kalitesinin arttırılması hem sağlık hizmeti alan hastalar hem de sağlık hizmeti veren personel için fayda sağlar. Böyle bir yapılanmada kalite için üst yönetimin desteği de çok önemlidir. İleri görüşlü liderlerin olmayışı sistemde başarısızlığa yol açtığından üst yönetim kurum çalışmalarında yol gösterici ve aydınlatıcı niteliğe sahip olmalıdır.

Sağlık hizmetlerinde toplam kalite yönetimi konusunu inceleyen bu çalışmada sağlık hizmetlerinde toplam kalite yönetiminin uygulanma durumu değerlendirilmekte ve uygulanan kalite boyutları belirlenerek iki hastanedeki yöneticilerin TKY uygulaması ve felsefesine dair algı ve görüşleri analiz edilmektedir.

Çalışmanın birinci bölümünde toplam kalite ile ilgili kavramsal açıklamalara yer verilmektedir. Bunlar toplam kalitenin tanımı, felsefesi, özellikleri, öncüleri, ilkeleri, unsurlarıdır. İkinci bölümde toplam kalitenin hizmet ve kamu sektörüne uygulanma konusu ele alınmaktadır. Daha sonra sağlık hizmetleri konusuna geçilerek sağlık hizmetleriyle ilgili temel kavramlar anlatılmış ve TKY'nin sağlık hizmetleri için önemine, sağlık hizmetlerinde TKY'nin uygulanmasındaki güçlüklerle ve uygulanmasındaki başarı yollarına değinilmektedir. Üçüncü ve son bölümde ise Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi ile Ankara Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde toplam kalite yönetiminin incelenmesi ve etkinliği değerlendirilmektedir. Araştırma adı geçen hastanelerdeki üst yöneticilere (başhekim, başhekim yardımcısı, hastane müdürü, hastane müdür yardımcısı, başhemşire, başhemşire yardımcısı) anket uygulanması ve uygulanan anket sonuçlarının SPSS (Statistical Package for Social Sciences) paket programında değerlendirilmesiyle tamamlanmıştır.

Çalışmada kamu hastanelerinde sunulan sağlık hizmetlerindeki TKY uygulamalarına geçildiği ve bu uygulamaların üst yöneticilerce desteklendiği hipotezi savunulmaktadır.

## BİRİNCİ BÖLÜM TOPLAM KALİTE YÖNETİMİ

### 1.1 TOPLAM KALİTE YÖNETİMİNİN TANIMI

Kalite, geçmişte olduğu gibi günümüzde de işletmelerin rekabet üstünlüğü elde etmelerinde oldukça önemli bir araç olarak görülmektedir. Kalite konusu son yıllarda özellikle toplam kalite yönetimi (TKY) çatısı altında, teoride akademisyenlerin uygulamada da hemen her sektörden işletmelerin büyük ilgisini çekmiştir. TKY, kütüphane hizmetlerinden sanayi işletmelerine kadar uzanan geniş bir alanda uygulama imkânı bulmuş bir yönetim anlayışı olduğu için literatürde yoğun ilgi görmeye beraber tanımı da oldukça güçtür (Kıngır vd., 2009: 257).

Toplam kalite yönetimi bir organizasyon içinde kaliteyi merkez değer olarak alan, organizasyonun bütün üyelerinin katılımına dayanan, müşteri memnuniyeti yoluyla uzun vadeli başarıyı amaçlayan ve organizasyonun bütün üyeleri ile topluma yarar sağlayan bir yönetim yaklaşımı olarak tanımlanabilir (Özçakar, 2010: 107). Deming'e göre müşterilere sunulan hizmet ve maldaki eksikliklerin giderilmesi kaliteyi ifade eder. Juran ise TKY'yi kaliteye ulaşmanın tüm yolları olarak tanımlamıştır (Irvine, 1995: 4). TKY örgüt fonksiyonları ve sonuçlar yerine, süreçler üzerinde odaklaşan, tüm çalışanların niteliklerinin artırılmasıyla yönetim kararlarının sağlıklı bilgi ve veri toplanması analizine dayandıran, tüm maddi ve manevi olmayan örgüt kaynaklarını bütün içinde ele alan bir yaklaşımdır (Akın, 2001: 34).

Toplam kalite yönetimi müşteri beklentilerini her şeyin üstünde tutan ve müşteri tarafından kaliteyi, tüm faaliyetlerin yürütülmesi sırasında ürün ve hizmet bünyesinde oluşturan bir yönetim biçimidir. En basit açıklamasıyla TKY; herkesin katılımı (= *Toplam*), müşteri gereksinim ve beklentilerinin tam olarak karşılanması (= *Kalite*), kaliteli ürün ya da hizmet için bütün koşulların sağlanmasıdır (= *Yönetim*) (Ertuğrul, 2004: 85).

Türkiye Kalite Ödülü Kriterlerine göre TKY müşteri memnuniyetinin çalışanların memnuniyetinin ve toplumda olumlu etkilerin sağlanabilmesi, sonuçlarında mükemmelliğe ulaşılabilmesi için politika ve stratejilerin, çalışanların, kaynakların ve

süreçlerin uygun bir liderlik anlayışıyla yönetilmesi ve yönlendirilmesidir (Bolat, 2000: 26). Tüm örgüt süreçlerinin, sürekli geliştirilmesine, iyileştirilmesine ve müşteri memnuniyetinin sağlanmasına yönelik çağdaş katılımcı (Genç, 2007: 120) ve eklektik bir yönetim anlayışıdır.

## 1.2 TOPLAM KALİTE YÖNETİMİNİN FELSEFESİ

Günümüz rekabet ortamında gerek çalışanların gerekse müşteri ihtiyaçlarının ön plana çıkması, insanı keşfetme olgusunu da beraberinde getirmiştir. Bu olgu, bilim ve iş adamlarını yeni arayışlara yöneltmiş, sonuç olarak örgütteki her şeyin kaliteli olması anlamına gelen TKY felsefesinin önemini artırmıştır (Günbatan, 2006: 17). TKY'nin diğer yönetim sistemlerinden en önemli farkı her çeşit örgütü daha mükemmele götürebilme potansiyeli taşıyan bir yönetim sistemi ve anlayışı olarak yaygın kabul görmesidir. Bu kabul içerisinde yatan en önemli etken ise kurumların ihtiyaçlarını geleneksel yaklaşımlardan çok farklı boyutta değerlendirip sentezleyerek oluşturduğu eklektik düşünce tarzı ve felsefesidir. Bu yüzden toplam kalite anlayışı önce beyinde kazanılır, uygulama daha sonra gelir. Felsefe anlaşılammış ve sindirilememiş ise kuralları birebir uygulamak olumlu sonuç vermez (Çağlar, 2006: 59). TKY bir felsefe olmasına rağmen bu felsefeyi yaşam tarzı haline getirecek alışkanlıkların kazandırılmasında, ihtiyaç duyulabilecek çeşitli tekniklere açık bir yaklaşıma sahiptir (Kovancı, 2001: 27).

TKY'nin her alanında "sürekli mükemmellik anlayışı" egemendir. Bu anlayış aynı yangının defalarca söndürülmesi yerine yangın çıkmasını önleyici tedbirler alınmasına benzetilebilir (Peşkirioğlu, 1996: 16). Sürekli iyileştirme ise bir tarlanın verimini arttırabilmek için toprağın bileşiminin, sürüş tekniklerinin, kullanılan tekniklerin ve çiftçinin bilgi ve deneyimlerinin sürekli olarak geliştirilmesine benzetilebilir (Kaya vd., 2004: 17).

TKY'nin özünde yer alması gereken ve onun felsefesinin ruhunu oluşturan bazı unsurlar vardır. Feigenbaum ve Ishikawa gibi yöneticiler bu unsurları şu şekilde sıralamışlardır: Kalite odaklı olmak, müşteri odaklı olmak, süreç odaklı olmak, kalite maliyetlerini hesaplamak, gerçek verileri ve istatistikleri kullanarak karar vermek, sürekli gelişime (Kaizen) yer vermek, hedeflerle yönetim tekniğini uygulamak, günlük yönetime ağırlık vermek, katılımcı yönetimi ve grup çalışmasını teşvik etmek, her girdi



ve kaynağı kontrol etmek, bir sonraki süreç müşterinizdir anlayışı ile hareket etmek, önlemeye dönük bir yaklaşım içinde bulunmak.

TKY felsefesinin yararları şu şekilde sıralanabilir (Peker, 1996: 50): Kuruluşun tüm faaliyetlerinde canlılık oluşur. Topluluğun aynı amaç ve hedef doğrultusunda çalışması sağlanır. Bölümler ve birimler kendi işlerini daha etkin ve verimli biçimde yürütür ve geliştirir. Etkileşim içinde olan birimlerin ortak sorunları en kestirme ve kalıcı biçimde çözümlenir. Çalışanların bilgi ve beceri düzeyi yükselir ve motivasyonu artar. Üretkenlik ve diğer temel rekabet unsurları daha hızlı gelişme gösterir. TKY felsefesinin uygulanması tüm çalışanların motivasyonu ile katılımı ve eğitimini artırarak, sürekli geliştirme ve iyileştirme esaslı, planlı ve sistematik yaklaşımla, kapsamlı ve yaygın faaliyetlerle, hataların önlenmesi, yüksek verimlilik, düşük maliyet ve yüksek rekabet gücüne ulaşılmaya yardımcı olabilmektedir (Korkmaz, 2003: 113-114).

### 1.3 TOPLAM KALİTE YÖNETİMİNİN AMAÇLARI

TKY'nin temel amacı, kalite yönetimi faaliyetlerinin, işletme içinde işletmenin bütününe ilişkin kaliteyi sağlamaya yönelik olarak yapılmasıdır. Bunu gerçekleştirebilmek için de, işletmenin bütün bölümlerinin ve en üst düzey yöneticilerden en alt düzeydeki çalışanlarına kadar herkesin kalite faaliyetlerinde bir araya gelip işbirliği yapmaları gerekmektedir (Ertuğrul, 2004: 91). İnsanı en önemli öge olarak kabul eden bu yaklaşımın etkin bir şekilde uygulanabilmesi için söz konusu örgütte tüm çalışanlar tarafından anlaşılması için eğitime ağırlık verilmesi gerekir (Ersen, 1997: 21). Ayrıca, kuruluşun çalışanlarının birbirlerine müşteri ilişkisi düşüncesi ve aktif katılımı ile müşteriyi memnun ederek amaçlara ulaşılmasıdır (Eren, 2000: 106).

Toplam kalite yönetimiyle ilgili amaçlardan kamu sektörüne uyanlar şu şekilde sıralanabilir (Bumin, 2003: 113): Verimlilik ve etkinlik düzeyini artırmak, çalışanların moral düzeyini ve iş başarısını artırarak motivasyonunu yükseltmek, malzemeyi ve zaman kaybını azaltmak, müşteri ve vatandaş şikâyetlerini ve maliyetleri azaltmak, tedarikçilerle ilişkileri kuvvetlendirmek, güven kazanmak ve varolan güveni sürdürmek.

Bazı yazarlara göre, toplam kalite yönetiminin amaçlarına ulaşabilmesi için bir kalite güvencesi olmalıdır. Ovetveit'e (1992: 2) göre kalite güvence sistemi olmadan

sağlık hizmetlerinde toplam kalite yönetimini uygulamak mümkün değildir. Örneğin, sağlıkta kalite kavramına en yakın kalite güvence sistemi olan ISO 9000 standardı, hastane organizasyonlarının kaliteli sağlık hizmeti sunmaları için gerekli olan alt yapının sağlam temellere oturmasını sağlamaktadır (Pakdil, 2000: 27). Ancak kalite kontrol düşüncesi ve önleme mantığına dayalıdır, süreçler kontrol altındadır ve devamlı gelişme vardır. ISO 9000 katı kurallar koymaz, neyi ne kadar yaparsan iyi olur kısmını açık bırakır, fakat durağan bir yapısı vardır. TKY’de tüm çalışanların katılımı esastır, ISO 9000 de ise çalışanların standartlara uyması beklenir. Standartlara uygunluk belgeyle onaylanır. TKY sürekli gelişme felsefesine dayanır. ISO 9000 olanı korumaya yöneliktir; başka bir ifadeyle, TKY sürekli gelişmeyi öngörürken ISO 9000 mevcut durumu standartlaştırıp güvence altına alır (Dinçer, 2005: 35).

#### **1.4 TOPLAM KALİTE YÖNETİMİNİN ÖZELLİKLERİ**

TKY değişen müşteri tatminini zamanında yakalayıp, var olan boşlukları doldurarak hayatta kalmak ve başarılı olmak isteyen firmalara gerçekte bir yönetim tekniğinden çok, bir yönetim felsefesi ve dahası bir yaşam biçimidir (Halis, 2000: 103). TKY kavramını örgüt kültürü ve genel yönetim felsefelerinde önemli değişiklikler meydana getirmiştir. Bunların en önemlisi yönetmekten yol göstermeye geçiştir. TKY’de çalışanları kontrol etmek değil yönlendirmek, yardımcı olmak, karar vermek için fikirleri değil verileri kullanmak, problemin tespiti yerine doğru işleri yapmaya yoğunlaşmak, bireysel faaliyetler yerine ekip faaliyeti ortaya çıkarmak, kuşku ve şikâyet yerine güven ve inanca dayalı bir atmosferin gelişmesine yardımcı olmak vardır (Şahin, 1999: 319). TKY sunulan ürünün ya da hizmetin kalitesinin geliştirilmesinde kullanabilecek en önemli araçlardan birisi olarak örgütün bütün fonksiyonlarının değerlendirilmesi ve geliştirilmesini öngören bir yaklaşımdır. Bu bağlamda TKY’nin başlıca dört temel işlevinden söz etmek mümkündür. Bunlar; müşteri isteklerinin anlaşılması ve karşılanması, kuruluştaki herkesin katkı ve sorumluluğunun bulunması, bölümlerin birbirleri için müşteri konumunda olduklarını anlamaları, kalite anlayışının bitmeyen bir süreç olmasıdır.

TKY’nin önemini arttıran özellikleri şunlardır (Ultima, 1993: 13): Yeni bir örgüt yaratmak; örgüt yapısını basitleştirip yalın hale getirmek; örgütteki tüm çalışanları sisteme dâhil etmek; eğitime büyük önem vermek; çalışanların kişisel gelişmesini ve mesleki ilerlemesini sağlamak; çalışanların fikirlerine saygı duymak; düşünce

yapısında köklü değişiklikler ortaya çıkarmak; yeni fikirler, yöntemler ve teknikler üretmek ve uygulamak; bilgiyi ve beceriyi işe tatbik etmek; takım çalışmasını teşvik etmek ve uygulamak; çalışanların yaptığı işe sahip çıkmasını sağlamak; örgütsel davranışların değişmesini kolaylaştırmak; işlerin ve sistemlerin standartlarını sürekli geliştirmek; iç ve dış müşterilerin mutluluğunu en üst seviyeye çıkarmak.

TKY'nin kendisinden beklenen başarıyı gösterebilmesi için aşağıdaki ilkelere sahip olması gerekir (Genç, 2007: 121):

- Değişimin gereğine inanmak: Birçok yönetici kendi başarısının yarattığı tuzağa düşmekte, zaman içinde değişime gerek duymamaktadır. Oysa başarının koşulları ve yöntemleri günümüzde hızlı bir şekilde değişmektedir.
- Tepe yönetiminin liderliği: TKY'yi uygulamak isteyen her yönetici, bunu önce kendisi kabul etmelidir.
- Müşterilere hizmetin en öncelikli görev olduğuna inanmak: Örgütün iç ve dış müşterilerine verilen hizmette kusur edilmemesi için çaba göstermek kurum kültürü haline getirilmelidir.
- İnsan kaynaklarına önem vermek: Toplam kalite yönetimi, sistemlerin sürekli geliştirilmesini gerektirir. Bunu, ancak iyi eğitilmiş ve yüksek motivasyona sahip elemanlar başarabilir.
- Yetkileri işi yapanlara devretmek: Yalın organizasyon yapılarıyla, problem çözen ve işi sahiplenen kişilerin yetkilendirilmesi sağlanmalıdır.
- Sürekli gelişme anlayışı: Örgütsel eskimişliğin olmaması için sürekli gelişmeye ihtiyaç vardır.
- Bütünleşik yönetime geçmek: İş parçalara bölün ve sorumluluğu parçalarla sınırlayan dar çerçeveli organizasyondan uzaklaşılmalı ve değer yaratan birimlerin örgütlenmesine geçilmelidir.
- Grup çalışmalarının teşvik edilmesi: Birlikte karar alma ve uygulama süreçlerinin yerleştirilmesi sağlanmalıdır.
- Eğitimin yatırım olarak kabul etmek: Kalite yönetimi ve mesleki eğitimin gerekleri yerine getirilmelidir.

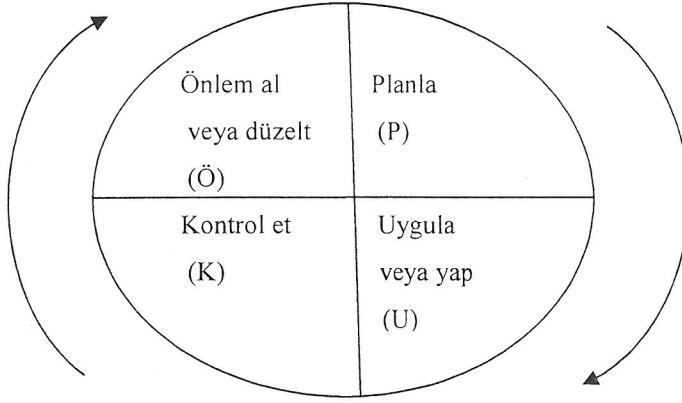
- Müşteri odaklılık: Tüm müşterilere, uygun bir maliyet karşılığında iyi hizmet sunulması hedeflenmelidir. Stratejik olarak sonuçlar ve işlemler üzerinde yoğunlaşmalıdır.

### 1.5 TOPLAM KALİTE YÖNETİMİNİN ÖNCÜLERİ

Kalite olgusunun geliştirilmesi, yaygınlaştırılması ve işletmelerde uygulanmasında birçok araştırmacı ve bilim adamının önemli katkıları olmuştur. W. Edward Deming, Walter A. Shewhart, James J. Juran, Philip Crosby, Armand Feigenbaum, Kaoru Ishikawa, Masaaki Imai ve Genichi Taguchi bu isimler arasında sayılabilir. Kalitenin dünya çapında iyileştirilmesi açısından önemli çalışmaları olan bu düşünürlerin katkıları özet olarak incelenmektedir.

Walter A. Shewhart üretim aşamasında işlemlerin kontrol altında tutularak kalitenin artırılabilirliğini öne sürmüştür. Shewhart üretim sürecindeki değişkenliğin bilimsel olarak kontrol altında tutulmasıyla kaliteli üretimin sağlanabileceğini ispatlamıştır ve Shewhart'ın teknikleri bir prosese ne zaman müdahale edilebilir edilmemesi gerektiğinin tanımlanması ve işlem sürecinin kontrol altında tutulabileceğini öğretmiştir (Takan, 2001: 13).

William Edwards Deming istatistikte veri dağılımı, kontrol çizelgeleri yoluyla süreç kontrolü ve bir yönetim modeli olarak Deming döngüsünü geliştirmiştir. Öncelikle, Deming, çalışanları yönetsel ve teknik kişiler ile operasyonda bulunan kişiler olarak iki kategoriye ayırmıştır. Sistemden sorumlu olan kişileri yönetsel kişiler, sistemin içinde çalışanları da teknik, operasyonel kişiler olarak tanımlamıştır (Akın vd., 1998: 98). Deming'e göre, kalite için, sayısal kotaları bildirilen iş standartları kaldırılmalıdır. İşçi belli bir miktarın üzerinde üretmeye zorlanırsa, kaliteye önem vermeyecek, kalite ve verimlilik düşecektir (Yamak, 1998: 139).



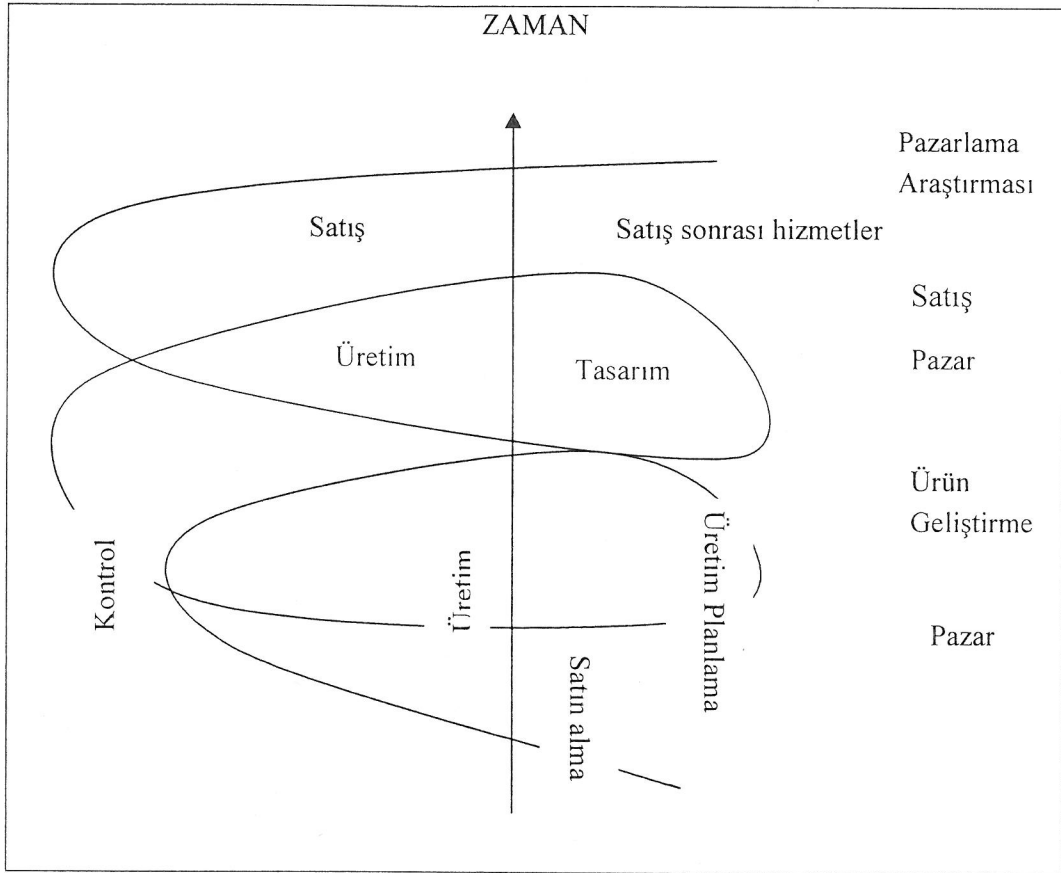
**Şekil: 1.1.** Deming'in Döngüsü

**Kaynak:** Muhittin Şimşek, *Toplam Kalite Yönetimi*, Alfa Yayınları, 2004, İstanbul, 48.

Yönetim süreci içerisinde hedeflenen amaçlara uygun olarak plan yapılır ve uygulamaya geçilir. Uygulama esnasında ve sonrasında olan ve oluşabilecek problemler sürecin kontrol edilmesiyle gözden geçirilerek yapılması gereken değişiklikler ve alınacak önlemlere karar verilir. Bu döngü her yeni yapılanma aşamasında sürekli devam etmektedir (Genç, 2011: 38).

Deming'e göre kalite, öncelikle yönetimin kaygısı olmalıdır ve kalite geliştirmede yöneticiler ilk sorumlu tutulması gereken kişilerdir (Karlı, 2004: 72). Juran, Connecticut'taki Juran Enstitüsü'nün kurucusudur. Kariyerinde çok çeşitli alanlarda çalıştığı görülmektedir. Juran'ın kalite geliştirme döngüsü müşteri gereksinimlerini belirlemek için pazar araştırmasıyla başlar, bu gereksinimlerin karşılanıp karşılanmadığını ölçen pazar araştırmasıyla biter. Buna "kalite zinciri" denir (Yatkın, 2003: 13).

İki pazar araştırması arasındaki tüm süreçler Şekil 1.1'de görüldüğü üzere kaliteli olmalıdır (Ekici ve Taşkın, 2006: 47).



**Şekil 1.2.** Juran'ın Spirali

**Kaynak:** İrfan Çağlar ve Sabiha Kılıç, Kalite Güvence ve Standartları, Nobel Yay., 2006, 68.

Juran, kalite yönetimi felsefesinin evrensel bir süreçten ibaret olduğunu ve bunun da kalite planlama, kalite kontrol ve kalite geliştirme olarak üç aşamadan oluştuğunu belirtmiştir (Tozluyurt ve Şenel, 1994: 95): Kalite planlama; müşterilerin gereksinimlerini, müşterinin beklediği ürün ve servis özelliklerini belirleme ve doğru nitelikteki bu ürün ve servisleri verip, daha sonra müşteriden gelen bilgilerin organizasyonun üretim bölümüne transferini sağlama sürecidir. Kalite kontrol ürünün müşteri tarafından belirlenmiş orijinal gereksinimlere gerçekten uyup uymadığının denetimi ve değerlendirilmesi sürecidir. Bu aşamada saptanan sorunlar düzeltilir. Kalite geliştirme: Sürdürülen mekanizmanın kalitenin sürekli olmasını sağlayacak hale getirilmesi sürecidir. Bu, kaynakların tahsisi, kalite projeleriyle meşgul olacak elemanları atamak, onları eğitmek ve kaliteyi sürekli kılmak ve kazanılan güveni sürdüreceği kalıcı bir yargıyı yerleştirmek gibi çalışmaları içerir. Juran'ın kalite programının amacı, uygunluğun artırılması ve kalitesizlik nedeni ile ortaya çıkabilecek maliyetlerin azaltılmasıdır. Juran'ın kalite programı farklılığının en aza indirilebilmesi



ya da ortadan kaldırılabilmesi, hizmet örgütlerinin hizmet kalitesi anlayışını benimsemelerine bağlı olacaktır (Karatepe, 1997: 86).

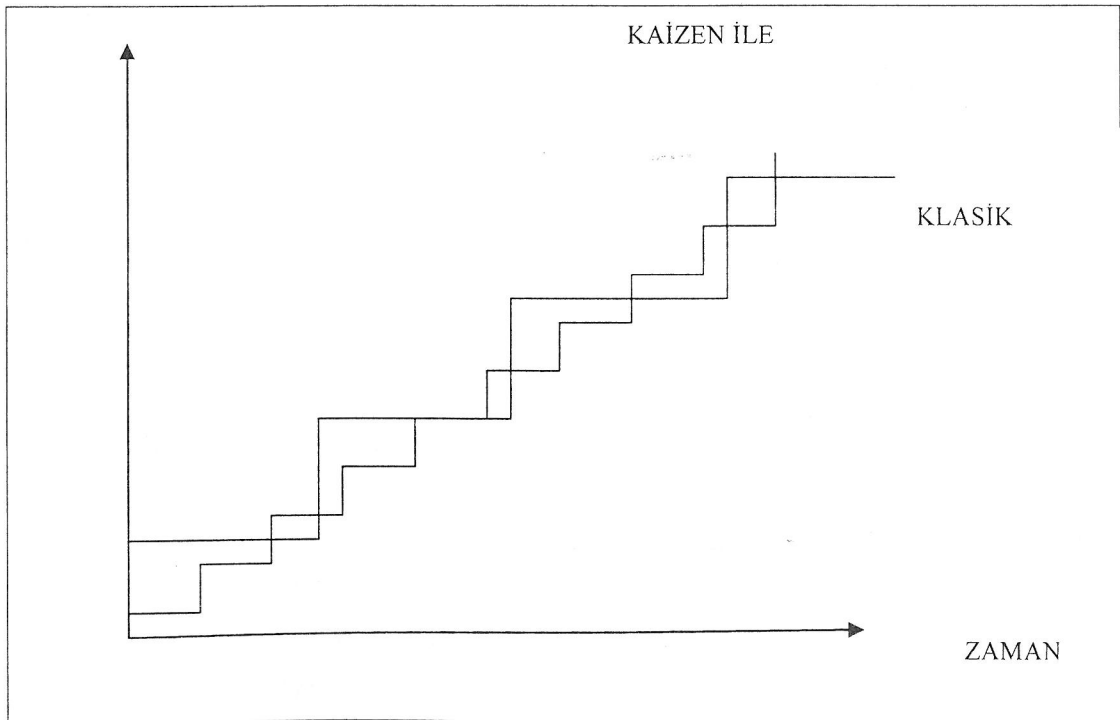
Philip B. Crosby kaliteye yapılması gerekenlerin yapılıp yapılmadığının belirlenmesi ve gerekenin yapılması şeklinde bakar (Karlı, 2004: 73). Crosby'nin geliştirdiği kalite, iyileştirme süreci, uzun zaman alan ve bir plana göre uygulanması gereken kültür değişimini gerektiren bir yaşam biçimidir (Akın vd., 1998: 104). Crosby on dört basamaklı kalite iyileştirme programı pek çok işletme tarafından uygulanmış ve başarıya ulaşmıştır. Ayrıca, eski yöntemlerde gözden geçirme, test etme ile yapılan kalite yönetimi yerine kısaca önleyici tedbir deyimini ön plana çıkarmıştır. Crosby'e göre önleyici tedbir mükemmelliği sağlayacak tek sistemdir (Şimşek, 2004: 109). Crosby çalışanlara belirli oranlarda sorumluluklar verilmesini de önerir ve ona göre üst yönetim kalite yönetiminde önemli yere sahiptir (Doğan, 2002: 31).

Armand V. Feigenbaum kaliteyle ilgili çalışmaların kalite çemberleriyle yapılması durumunda başarılı olabileceğini ileri sürmüştür. Kalite sorumluluğunun üretim bölümünün çok daha ötesine kadar uzandığı yaklaşımını geliştirerek dünyadaki kalite çabalarına çok önemli bir katkıda bulunmuştur. Ayrıca, ürünlerin kötü tasarımı, yetersiz dağıtılması, yanlış pazarlanması ve müşterinin kullanımına düzgün destek verilmemesi halinde imalatta kalitenin elde edilemeyeceği kavramını geliştirmiştir (Tekin, 1999: 125-126).

Feigenbaum'a göre kalite, işletme organizasyonunu yönetmenin bir yoludur. Bir kuruluşta kalite alanında dikkat çekici iyileştirmeler sağlayabilmek için herkesin katılımını sağlamak gerekir. Bu nedenle işgücü, yönetimin ne yapmaya çalıştığını çok iyi anlamalıdır (Kaya vd., 2004: 50). Feigenbaum'un toplam kalite konusundaki diğer görüşleri ise şöyle sıralanabilir: Toplam kalite kontrol, kalitenin teknolojik, ekonomik ve insani boyutlarında özellikler taşıdığı için stratejik bir yönetim seçeneğidir. Toplam kalite kontrol, örgüt içinde bir hayalet kurum gibidir. Kaliteye hâkim olmak hammaddelere, süreçlere ve ürüne hâkim olmak demektir. Kaliteye hâkim olmak için; maliyetlerin bilinmesi gerekir. Yönetim ve teknik hususları kapsayan bir kalite sistemi kurulmalıdır. Kalite topyekûn bütün fonksiyonların sorumluluğudur. Ancak ürünün kalitesi, kalite kontrolden sorumlu bir fonksiyonla da desteklenmelidir (Tekin, 1999: 127-128).

Kaoru Ishikawa istatistiksel kalite kontrol vasıtasıyla kalite yönetimine yaptığı katkılarla tanınan bir yazardır. Sebep-sonuç analizi olarak da bilinen teknik sayesinde kalite ile ilgili sorunlar daha kolay çözülebilir (Akın vd., 1998: 108). Ishikawa istatistiksel kalite araçlarıyla ilgili hiyerarşik bir sınıflama yapmıştır. İlk sınıfta neredeyse her çalışanın kolayca öğrenebileceği neden ve etki diyagramı, Pareto analizleri, sertifikasyon, histogramlar, süreç kontrol şemaları, dağılım diyagramları, kontrol listeleri araçları yer alır. İkinci sınıf araçlar ise; yöneticiler ve kalite uzmanlarınca kullanılabilir olan hipotez testi, örnekleme yöntemi ve benzerleridir. Üçüncü sınıftaki ileri seviye istatistiksel problem çözme araçları ise; kalite uzmanları ve danışmanlar tarafından kullanılabilen Taguchi metotları, saha araştırma teknikleri ve benzerleridir. Ishikawa, kalite eğitimine önem vererek basit istatistik tekniklerin en alt seviyedeki işçilere kadar yayılmasını sağlamıştır (Özkan, 2005: 12). Ishikawa'ya göre, kaliteyi açıklamak için güvencenin, ölçmenin, kalite özelliklerinin görece önemi belirlenmelidir. Eksik ve hata üzerinde anlaşmaya varılması kalite sağlamanın en iyi başlangıcıdır (Karlı, 2004: 74).

Masaaki Imai'nin düşüncesine göre, Batı dünyasının buluşlara, teknolojik atılımlara dayanan gelişme anlayışı ile Japonların küçük ama sık adımlara dayanan Kaizen anlayışlarının karşılaştırılması Şekil 1.2'de gösterilmektedir.



Şekil 1.3. Gelişme ve Yaklaşım

**Kaynak:** İ. Çağlar ve S. Kılıç, *Kalite Güvence ve Standartları*, Ankara, Nobel Yayın Dağıtım, 2006, 72.

Şekil yardımıyla gösterilen buluş ile Kaizen arasındaki farklılıklar Tablo 1.2’de de yer almaktadır:

**Tablo 1.1.** Kaizen ve Buluş Yaklaşımı

KAIZEN	BULUŞ
-Sürekli küçük adımlar	-Aralıklı büyük adımlar
-Ayrıntılara ilgi	-Büyük sıçramalara ilgi
-Yavaş sürekli değişim	-Ani değişim
-Herkesin katılımı	-Az sayıda kişinin katılımı
-Açık, paylaşılan bilgi	-Gizli, saklı bilgi
-Grup çalışması	-Bireysel çabalar
-Uyarılma	-Yaratıcılık
-Metodu koruma ve geliştirme	-Yıkıp tekrar yapma
-Küçük yatırım, büyük gayret	-Büyük yatırım, küçük gayret
-İnsana yönelik yaklaşım	-Teknolojiye yönelik yaklaşım
-Prosesle yönelik yaklaşım	-Sonuca yönelik yaklaşım

**Kaynak:** Mahmut Tekin, *Toplam Kalite Yönetimi*, Konya, 1999, 130.

Masaaki Imai Japonya’nın ekonomik mucizesinin ardında yatan basit gerçeğin ve üretim süreçlerini değişen müşteri ve pazar gereksinmelerine göre hızlı adapte edilebilen esnek üretim teknolojisinin temelinde Kaizen olduğunu iddia etmektedir (Takan, 2001: 19). Kaizen düzenli, disiplinli ve devamlı iyileştirme anlamına gelen bir kelimedir. Kaizen iş stratejisi, büyük yatırımlar olmadan düzenlemeler yapmak amacıyla tüm çalışanları kapsamaktadır (Ekici ve Taşkın, 2006: 56). Kaizen sayesinde işletme hem kısa hem de uzun vadede başarısını artırır. Çünkü verimlilik artışı maliyetleri düşürüp karlılığı artıracak, karlılık artışı da daha çok kaynak elde etmeyi sağlar. Bu kaynakların uygun kullanımı tekrar verimliliği artıracak ve bu döngü sürekli olarak işletmeyi geliştirecek ve rekabet gücünü artırır (Özevren, 1997: 16-17).

## 1.6 TOPLAM KALİTE YÖNETİMİNİN İLKELERİ

TKY’nin herhangi bir kuruluşta başarıyla uygulanabilmesi için ilkelerini kabullenmek ve uygulamak gerekir (Tengilimoğlu, 2009: 391).

TKY ancak tüm öğeleriyle benimsenip uygulandığı takdirde tutarlı, başarılı ve kalıcı olabilir. Bu öğeler yönetim anlayışı ve felsefesini, insana değer vermeyi gerektirir. Bilimselliği her faaliyette şart koşan ne klasik yönetimin “üretim” ne de neoklasik yönetimin “insan” ağırlıklı yaklaşımıyla eşit olmayıp, bir sentezdir (Kavrakoğlu, 1992: 29).

TKY felsefesinin gereği gibi uygulanabilmesi için ilkelerinin bir bütün olarak ele alınması gerekmektedir. TKY'nin başarıya ulaşabilmesi için, bu bir zorunluluktur (Ertuğrul, 2004: 97). Ancak bunun başarılı şekilde uygulanabilmesi için bazı ön koşullar vardır. Bu ön koşullar çerçevesinde ortam hazırlanmadığı ve bilinçli hareket edilmediği takdirde beklenen başarıya ulaşılamayabilir. Bu yüzden TKY uygulamasına geçilirken öncelikle bazı ilkelerin ortaya konulması ve bunların uygulanmaları gerekir (Tekin, 1999: 151-153).

TKY'de uyulması gereken başlıca ilkeler şunlardır: Yönetim ve iş gören unsuru arasında uyum ve birliktelik sağlanmalıdır. TKY olgusu bir sistem anlayışı çerçevesinde ele alınmalıdır. TKY uygulamalarında istatistiksel ölçüm tekniklerine yeterince yer verilmelidir. TKY için eğitim öncelikli faaliyetler içerisinde yer almalıdır. Yönetici ve işgörenlerin yegâne amacı müşteri tatmini olmalıdır. Bunun için bir sonraki süreç müşteri olarak kabul edilmelidir. İnsanların yeteneklerini değerlendiren, müşteri tatminini en yüksek düzeyde tutan ve ortaklar arası ilişkilerde mükemmeliyeti ortaya koyacak bir kurum kültürünün yaratılmalıdır. Güven ortamı oluşturulmalı, katılımcılık teşvik edilmeli ve yaratıcılık yeteneklerinin ortaya çıkmasını sağlayan bir sistem oluşturulmalıdır. İnsanlar arasında ekip ruhu ve takım anlayışı geliştirilmelidir. Kalite anlayışının örgütün bütün birimlerinde geçerli olabilmesi için insan kaynakları üzerinde kalite konusunda özenle durulmalı ve üst yönetim kademeleri konuyla ilgili desteğini esirgememelidir.

## **1.7 TOPLAM KALİTE YÖNETİMİNİN UNSURLARI**

### **1.7.1 Müşteri Odaklılık**

TKY müşteri beklentilerini her şeyin üzerinde tutan ve müşteri tarafından tanımlanan kaliteyi, tüm faaliyetlerin yürütülmesi esnasında ürün ve hizmet bünyesinde oluşturan bir yönetim biçimidir. Dinamik pazarlarda, zorlu rekabetin karşısında ayakta kalabilmek sadece bu anlayışı benimsemekle mümkün olabilmektedir (Ören, 2002: 16). Günümüzde mal ve hizmet pazarlarında satılan ürün veya hizmetin teknolojik gelişmişliği ve çeşitliliği karşısında tüketici veya müşteri gün geçtikçe daha da seçici olmuştur. Günümüzde tüketiciler satın alma gücü, alternatif mal veya hizmetin çokluğu ile tatmin olması zorlaşmış ve tercihini yaparken ürün ve hizmetin kaliteli olmasını arzular ve tercih eder bir duruma gelmiştir. Bu açıdan tüketicinin şimdiki ve gelecekteki ihtiyaçlarını bilen, tahmin eden ve bu ihtiyaçların temin edilmesi için ürün geliştirme,

çeşitlendirme vb. yönetim stratejilerini çok hızlı bir şekilde belirleme ürün ve hizmet kuruluşlarının yapması gereken kaçınılmaz bir uğraş olmuştur (Yatkın, 2003: 28).

TKY'de müşteri kavramının iki ayrı anlamı vardır: Dış müşteri ve iç müşteri. Dış müşteri firmadan ürün ya da hizmet talep eden kişi ya da kuruluştur. İç müşteri ise kuruluşun içinde ürün ya da hizmeti bir öncekinden alan kişi ya da bölümdür (Demirkan, 1997: 61). TKY'de müşteri ihtiyaçlarının sürekli olarak izlenmesi, değerlendirilmesi ve bu ihtiyaçlara cevap verebilecek ürün ve hizmetlerin sunulması şarttır (Yatkın, 2003: 29).

### 1.7.2 Üst Yönetimin Liderliği ve Sorumluluğu

TKY anlayışının başarılı şekilde uygulanması yöneticilerin eğitimi, yöneticilerin kendini işe adaması ve bu işe ayrılan organizasyon kaynaklarının sinerjik etkileşimine bağlıdır. Sıklıkla kalite iyileştirme çabalarının başarısızlığı için üst yönetimin katılımının yokluğu bir neden olarak gösterilir (Halis, 2000: 108-109). TKY konusunda ilk bilgilenecek, bu konuda gerekli eğitimi ilk alacak olanlar üst kademe yöneticiler olmalıdır. TKY'nin başarıyla yürütülmesi üst yönetimin bu konudaki inancıyla orantılıdır. Buna ne kadar inanır ve bu çalışmalara fiilen ne kadar katılırlarsa başarı şansı da o denli artar (Aydingülü, 2003: 17). Bu yaklaşımın uygulanmasında üst yönetimin amacı, kişilerin en verimli ve en tatminkâr şekilde yapabileceği koşulları sağlayıp, bunları şirket başarısına kanalize etmektir. Çünkü sadece ürün ve yöntem niteliğine etki edebilecek unsurlarla ilgili normlar, süreçler, teknikler geliştirme TKY'nin gerçekleşmesini sağlamaz. Uygulanacak sistemde üst yönetim kademesi çalışanların davranış ve tavırlarını etkileyebilecek unsurların gerçekleştirilmesi ile ilgili kültürel değişikliklerin yönetilmesi açısından gerekli deneyime sahip olmalıdır (Bumin, 2003: 117).

Üst yönetimin liderliği bir trenin lokomotifine benzetilebilir. Gerçekten de liderliğini sistemin ilerideki başarılarının devamı için sistemi sürükleyen bir fonksiyonu vardır. Bu yüzden de, bir sistem geliştirme süreci olarak nitelenen TKY üst yönetimin liderliği konusunda özel bir önem atfetmektedir. TKY ile ilgilenen yazarların üst yönetimin liderliği ve sorumlulukları üzerinde ısrarla durmalarının esas nedeni de budur (Demirkan, 1997: 64). Yönetim kademesinde yer alan her ferdin iki temel görevi vardır (Sınmazçelik, 1999: 88): Kuruluşun performansını yükseltmeye imkân veren sistemleri

kurmak ve geliştirmek ve mevcut sistemi, belirlenen hedefler doğrultusunda çalıştırmaktır. Üst yönetimin liderliği olmadan TKY uygulamalarına girişmek anlamlı değildir. Çünkü bu yönetim anlayışına geçişte gerekli finansman ihtiyacının karşılanması, ihtiyaç duyulacak nitelikli personelin temini ve bu personelin eğitimi için gerekli şartların oluşturulması hep üst yönetimin onayı ile olacak işlerdir (Bingöl, 1999: 78). Ayrıca üst yönetim TKY ile ilgili olarak alınan kararları sahiplenmesi halinde verimli ve eksiksiz TKY uygulaması mümkün olabilir.

### 1.7.3 Tam Katılım ve Takım Çalışması

TKY felsefesinin temelinde işletmenin her düzeydeki çalışanın iyileştirme sürecine katılımı vardır. Örgüt çalışanlarının katılımı sağlanmadan sürekli gelişmeyi gerçekleştirmek mümkün değildir. Buradaki mantık, herkesin düşünme gücü olduğuna göre, herkesin sorun teşhisine ve çözümüne katkısının da mümkün olduğudur (Halis, 2000: 111). Kalite herkesin sorumluluğunda olup ilerin kaliteli olması için örgütün her kademesindeki çalışanların katılımı şarttır. İşleri doğru yapmak yeterli değildir. Doğru işleri bir seferde ve doğru olarak yapmak yeterlidir (Çatalca, 2003: 42).

Tam katılım ve grup çalışmasında insanın önündeki engelleri kaldırarak onun zihinsel güç ve duygusal tatmin aracılığıyla söz söyleme, fikir üretme, sorunları çözme ve hedef belirleme özgürlüğünü kendisine sağlayarak yaratıcılıklarını kullanmak ve başarılı olmasını sağlamak, kaliteli ve rekabet edilebilir ürün ve hizmetin özüdür. Bu doğrultuda bütün çalışanların katılımını sağlamak oldukça önemlidir (Bayrak, 1999: 49). Takım çalışması ise yönetimin çalışanlara olan güvenini gösteren ve bu yolla onlara karar verme, sorunları düzeltme fırsatını vererek kalitenin iyileşmesi, verimliliğin ve karlılığın artması gibi konularda sorumluluk yükleyen bir çalışma şeklidir (Akın, 2001: 84).

### 1.7.4 Sürekli Geliştirme ve İyileştirme

Günümüzde en yüksek rekabet gücüne sahip işletmelerde kalite yönetiminin temeli “sürekli iyileştirme”ye dayalıdır. Hedef belli bir standardı tutturmak değil, seviyeyi, hedeflenen seviyeye ne olursa olsun sürekli ve hızlı bir tempoda geliştirmektir. Orijinal fikirler ve yaratıcılık özendirilmeli ve desteklenmelidir. İşletmenin performansı, sürekli öğrenme, yenilik ve iyileştirme kültürü içinde yönetilirse ve paylaşırsa, en üst noktasına çıkar (Aydingülü, 2003: 18).



Nerede ve ne zaman bir iyileştirme olsa, bu sonuçta kalite de ve verimlilikte bir iyileştirmeye yol açacaktır. Çünkü kalite, iyileştirilebilen her şeydir. Günümüzde rekabet gücü yüksek işletmeler incelendiğinde bunların başarılarının altında toplam kalite olgusunun yer aldığı görülmektedir. TKY'nin temel unsuru olarak da Kaizen (sürekli iyileştirme) kavramının benimsenmesi ve işletme bünyesine adaptasyonu önem kazanmaktadır. Bu gelişmeler çerçevesinde, örgütler ürün ve hizmet kalitesini iyileştirmek için gereken çalışmaları sürekli iyileştirme yaklaşımı içinde yapmalıdırlar. Dolayısıyla, sürekli gelişme, TKY'nin en temel faaliyetidir (Şirvancı, 1994: 42). Sürekli iyileştirme (Kaizen), iyi yönetimi yönlendiren temel bir kavramdır. Yıllar içinde geliştirilmiş ve kullanılmış yönetim felsefelerini, teorilerini ve araçlarını biraraya getirmiş tek bir kavram altında toplamıştır. Sürekli iyileştirmenin temelinde; süreçte özellikle çalışanlar tarafından gerçekleştirilen sürekli, küçük işletmeler yatmaktadır ve sürekli iyileştirme ile sürece öncelik verilmektedir. Kişilerin sürece yönelik çabalarını destekleyen bir yönetim sistemidir. Hiçbir işlem, hiçbir akış küçük bir iyileştirme yapılamayacak kadar mükemmel değildir. İyileştirme olanaklarının araştırılması herkesin, özellikle de işte çalışanların görevidir (Halis, 2000: 121). TKY'nin temel felsefesi de herkesin yapması gerekeni tam anlamıyla yapması şeklinde özetlendiğinde sürekli iyileştirme çabalarının TKY felsefesini başarıya ulaştırmadaki önemi kendiliğinden hissedilir.

Juran kalitede iyileştirme sürecini adım adım şöyle tanımlar: Sürekli geliştirmenin bir gereksinim olduğuna herkes ikna edilmelidir. Mevcut kalite düzeyinde bir değişikliğin yapılabilir olduğu konusunda, kaliteden sorumlu olanlar ikna edilmelidir. En önemli birkaç proje ve en önemli kalite sorun alanları belirlenmelidir. Bilgide sürekli iyileşme için organize olunmalı ve işletmedeki eksik bilgilere erişilmesi için yöntemler geliştirilmelidir. Sorunun nedenlerini teşhis etmek üzere analizler yapılmalı ve çözümler önerilmelidir. Önerilen değişikliklerin etkileri belirlenmelidir. Değişikliklere karşı olası direnmeleri ortadan kaldırma yolları aranmalıdır. Değişiklikler kurumsallaştırılmalıdır, yeni kalite düzeyini sürdürmek için değerlendirme noktaları belirlenmelidir.

Japonlar Kaizeni gerçekleştirirken sıçramalarının büyüklüğü ile değil, sıklığı sayesinde Batıya nazaran daha büyük ilerlemeler kaydetmişlerdir. Gelişme aşamalarının

daha sık ve küçük olması tüm örgütün bu gelişmelerle bütünleşmesini sağlamakta ve bu oluşum sürekli beslenebilmektedir (Kavrakoğlu, 1993: 1).

### 1.8 TOPLAM KALİTE YÖNETİMİNİN ARAÇLARI

TKY temel ilkelerinin amaçlara uygun bir biçimde uygulanabilmesi ve özellikle verilerin ortaya konulabilmesi için bazı temel araçlar kullanılır. Süreç akış diyagramları bir sürecin, geçirdiği tüm adımları gösteren şematik diyagramlardır. Bir faaliyetin, ürünün veya sürecin gerçekleştirilmesinde takip edilen adımların ucuca eklenmesi ile faaliyet, ürün veya sürecin gerçekleşme evrelerinin sıralı bir şekilde görüntülenmesine yarayan bir kalite aracıdır (Merter, 2006: 80). Bu diyagramlar bir programın mükemmel şekilde dokümantasyonunu sağlayan ve bir sürecin içindeki değişik adımların birbirleriyle olan ilişkilerini incelemeye kendisinden çok faydalanılan araçlar olarak yapılan işi kolayca tanınabilir nitelikteki sembollerle anlatır (Halis, 2000: 135). Sistemin anlaşılabilirliğini sağlayan akış diyagramları, problemlerin çözümüne yönelik çalışmalarda ilk başvurulacak araçlardandır. Akış diyagramları, gerçekleştirilen faaliyetin tanımlanması ile faaliyetin kontrolüne olanak sağlar. Yapılan işin anlaşılabilirliği için, süreç akış diyagramında sistemi tanımlayan ifadeler açık olmalı ve bütün detayları içermelidir (Ekici ve Taşkın, 2006: 99).

Histogramlar bir tür veri toplama aracıdır. Histogram her kategorideki değişken değerlerin frekans dağılımını bir diyagramla göstermek için kullanılır ve çeşitli değişkenlerin ortaya çıkma sıklığını gösterir. Veriler ne denli fazla olursa elde edilecek olan dağılımın resmi de o denli açık ve anlaşılır olacaktır. Histogramlar, genellikle bir olayın oluş sıklığını gösterirler. Aynı zamanda belirlenen zaman aralığında tanımlanan problemin daha sık meydana gelip gelmediğini hesaplar. Böylece, ortaya çıkan dağılım şeklini bilinen bir dağılım şekliyle karşılaştırarak sonuca gidilmesini sağlar. Her histogram sadece bir tek özelliği ölçmektedir. Aynı özelliğe ait zaman içerisinde birden fazla histogram yapılmak suretiyle olayların gelişme seyri izlenebilir (Çağlar ve Kılıç, 2006: 41).

İşletmelerde sürekli olarak değişik formlarda veri toplanır. Bu veriler günlük raporlar, tablolar ya da çizelgeler şeklinde düzenlenir. Bu toplanan verilerin kullanılabilir ve yorumlanabilir hale getirilebilmesi için histogramlar kullanılır. Histogramda yatay ekseninde ölçülen değerler tek tek ya da sınıflar halinde, dikey

eksende ise her sınıfın frekansları yer alır. Bir ürüne ait histogram elde edildikten sonra bu değerler, müşteri istek ve ihtiyaçlarının da dikkate alınması ile belirlenen spesifikasyon limitleriyle karşılaştırılıp ilgili değerlendirme yapılır. Arzu edilmeyen bir sonuçla karşılaşırsa problem bulunur ve çözümlenerek istenilen koşullar sağlanabilir (Halis, 2000: 137).

Pareto diyagramları 19. Yüzyılda yaşayan İtalyan ekonomist Wifredo Pareto'nun araştırmalarını kullanarak yeni bir prensip bulan Juran tarafından bu isimle anılmaya başlanmıştır. Bazen 80/20 kuralı diye de adlandırılan ünlü Pareto prensibine göre, %20 kadar az miktardaki yaşamsal faktör, sistem veya süreçte ortaya çıkan sorunların %80'i kadar büyük bir oranından sorumludur. Diğer bir deyişle, elimizdeki bilginin dikkatle çözümlenmesi, sürecin başarısını etkileyen az ama hayati öneme sahip etkenlerin saptanmasına yardımcı olur. Pareto diyagramı bir tür sütun diyagramı olup, süreç faktörlerinin önem sırasına dizerek gösterir (Köksal, 1998: 24). Pareto analizleri, kaliteyi etkilediği düşünölen tüm unsurların değerlendirilmesi için yapılan bir veri toplama aracıdır. Pareto diyagramları, sorun oluşturan çeşitli nedenlerin yüzde etkilerini gösterir. İlk aşama, hata veya ışkartaya neden olan tüm etmenlerin belirlenmesi, daha sonra da büyüklük sırasına göre değerlendirilmeleridir. Pareto diyagramları sorunun önemini, neden olduğu maliyet kaybı veya oluş sıklığına göre gösterirler (Halis, 2000: 139).

Sebe-sonuç diyagramı olası sebepleri sonuçlarla ilişkilendirmek ve tanımlamakta kullanılan bir kalite iyileştirme aracıdır. 1943 yılında Tokyo Üniversitesi profesörlerinden Kaoru Ishikawa tarafından geliştirildiği için Ishikawa Diyagramı ya da görünüşünün balık kılığına benzemesinden dolayı Balık Kılığı Diyagramı olarak da adlandırılmıştır. Amacı sorunların ve/veya süreçlerin anlaşılrlılığını farklı bir bakış açısıyla ele almak ve böylece süreçteki her bir adım veya her sorun için genel sebeplerden yola çıkarak en yakından en uzaktaki sebebe kadar tümü ortaya çıkarılıp süreçlerin bütün ayrıntılarının sergilenmesine imkân tanımaktır (Sarıkaya, 2003: 95).

Kontrol tablolarının yapılmasındaki amaç; işlerin gidişatına bakarak üretim sürecinde ne tür değişikliklerin yapılması gerektiğini belirlemektir. Kontrol tablolarının yararlı şekilde kullanılabilmesi için normal ve normal olmayan seviyelerin tespit edilerek referans olarak kullanılması gerekir. Kontrol şemaları, arzu edilen niteliklerde

ürün veya hizmet üretebilmek için sürecin istatistiksel olarak kontrol ve analiz edilmesinde kullanılır (Çağlar ve Kılıç, 2006: 49).

Çetele diyagramları tablo şeklinde hazırlanan basit veri sunma araçlarıdır. Bir çetele diyagramı hazırlanırken, bunu hazırlayan kişinin unutmaması gereken en önemli nokta verilerin bir karara varmak amacıyla toplandığıdır. Veriler tek başına hamdır ve koordine edilmemiştir. Bu şekildeki veriler hiçbir işe yaramaz. Ancak, veriler karar verebilme amacı güdülerek organize edilir ve gruplandırılırsa o zaman işe yarar hale gelirler. Bunun için de çetele diyagramı hem veri toplamada kolaylık sağlayacak şekilde hem de mümkünse bir bakışta süreçte ve işlemlerde nelerin olup bittiğini gözler önüne serecek şekilde tasarlanmalıdır (Halis, 2000: 142).

## İKİNCİ BÖLÜM

### SAĞLIK HİZMETLERİ VE TOPLAM KALİTE YÖNETİMİ

#### 2.1 HİZMET SEKTÖRÜNDE TOPLAM KALİTE YÖNETİMİ

Hizmet, insan ve makineler tarafından insan gayretiyle üretilen ve tüketicilere doğrudan fayda sağlayan ve fiziksel olmayan üründür (Karahana, 2000: 21). Hizmet sektöründe kaliteyi tanımlamak üretim sektörüne göre daha zordur. Hizmet kalitesi müşteri beklentilerini karşılamak için üstün ya da mükemmel hizmetin verilmesidir (Odabaşı, 2000: 93). Başka bir tanıma göre, hizmet kalitesi verilen hizmet düzeyinin müşterinin beklentisinin ne oranda karşılandığının bir ölçüsüdür (Kızılgın, 1999: 87). Tanımlar incelendiğinde, hizmet kalitesi konusunun daha iyi anlaşılabilmesi için bazı sonuçlara ulaşmak mümkündür. Bu sonuçlar şöyle ifade edilebilir (Seyran, 2004: 38):

- Hizmet kalitesi müşterilerin ihtiyaçlarının işletmelerce veya kamu kurumlarınca tam olarak belirlenerek karşılanması esasına dayalıdır.
- Hizmet kalitesi hizmetlerin diğer hizmetlere göre üstünlüğü ile belirlenir.
- Hizmet kalitesi hizmetlerin hatasız ve ilk seferde doğru olarak yapılmasının bir sonucudur.
- Hizmet kalitesinin yüksek oluşuyla hem müşteri, hem çalışanlar, hem de işyeri sahibi kazançlı çıkar.
- Hizmet kalitesinin ölçümünde müşterinin hizmete ait beklentileri ve gerçek hizmet deneyimi karşılaştırılır. Beklentiler algılamalardan büyük ise düşük kalite, algılamalar beklentilerden yüksekse ideal kaliteden söz edilebilir.

Hizmet kalitesinin beş boyutu şunlardır: Somutluk (fiziksel teçhizat ve personelin görünümü), güvenilirlik (söz verilen hizmetin en uygun şekilde verilmesi kabiliyeti), cevap verme (müşterilere yardım ve en hızlı hizmet verme isteği), güvence (çalışanların sadakati ve bilgisi ile güvenilirliği), duygudaşlık/empati (müşterilere özen gösterme ve onların bireysel isteklerini dikkate alma) (Parasuruman, 1988: 23).

## 2.2 KAMU YÖNETİMİNDE TOPLAM KALİTE YÖNETİMİ ANLAYIŞI

Kamu yönetimi, günlük hayatımızın önemli bir parçasını oluşturmakta ve kamu kurumları gündelik mal ve hizmetleri de üretmektedir. Devlet tarafından yürütülen faaliyetlerde toplumun beklentileri sosyo-ekonomik düzeyin gelişmesine paralel olarak artış göstermektedir. Ancak devletin bugünkü yapısı ve faaliyetleri ile kendisinden beklenen hizmetleri etkin ve verimli şekilde yürütmesi pek de mümkün değildir. Küreselleşen dünyada, iletişimin artmasıyla birlikte devletin müşterisi olan halk, kamu yönetimindeki verimsiz ve etkin olmayan işleyişi sorgulamaya başlamıştır (Parlak ve Sobacı, 2005: 278).

Kamu hizmetleri alanında TKY girişimleri 1990'lı yıllara doğru başlamıştır. Bu çerçevede ABD'de, Vergi İdaresi, Çevre Koruma Ajansı, Savaş Gazileri Departmanı, Savunma Bakanlığı gibi kuruluşlarda başlayarak daha sonra sağlık, eğitim, yerel hizmetler, posta ve iletişim hizmetleri alanına yayılan TKY uygulamaları olumlu yankılar getirmiş; alınan başarılı sonuçlar karşısında diğer kuruluşlarda da aynı teknikleri uygulama isteği uyandırmıştır (Saran, 2004: 94).

Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü (Organization for Economic Cooperation and Development, OECD) tarafından 1994 yılında yapılan bir çalışmada, kamu sektörünü kaliteli hizmet sunmaya zorlayan faktörler şu şekilde ele alınmıştı (Saraç, 2000: 72): Maliyetlerin azaltılması veya "daha azı ile daha çok iş yapılması" anlayışı nedeniyle hizmet kalitesinin geliştirilmesi konusunda söz konusu olan kaynak sıkıntısı ve bütçe baskısı, hangi hizmetlerin ne şekilde sunulduğunu sorgulayan ve daha iyi hizmet sunumunu talep eden vatandaşlardan gelen baskılar, sorumlu, verimli ve etkin bir kamu sektörünün tüm ekonomik performansı güçlendireceği gerçeği, hizmet kalitesini artırma olanakları sağlayan yeni teknoloji olanakları, kamu yönetimine aktarılabilen özel sektördeki yönetim teknikleri.

## 2.3 KAMU SEKTÖRÜNDE TKY UYGULAMA NEDENLERİ

Kamu yönetiminin var olmasının temel nedeni mal ya da hizmet üretilmesini sağlamaktır. Bu mal ya da hizmetin son kullanıcıları ise vatandaşlardır. Böyle olunca vatandaşların kullandıkları mal ve hizmetler konusundaki görüşleri önemlidir. Değişen ve gelişen teknolojiye bağlı olarak değişim, günümüz işletmelerini ve onları oluşturan bireyleri de etkilemektedir. Bu değişimler sosyal kurumların yapı ve işleyişlerinde de



önemli değişiklikleri gerekli kılmaktadır (Akın, 1998: 90). Kamu yönetiminde uzmanlık, işbölümü ve eşgüdüm için yönetimin yeniden örgütlenmesi ve değişen koşullara sürekli uyarlanması gerekmektedir.

Kamu yönetiminde TKY'nin uygulamasını gerekli kılan nedenler şöyle sıralanabilir (Aykın, 2001: 1): Kamu hizmetleri için ayrılacak kaynakların üst limitlere ulaşması ve daha fazla kaynak ayırmanın ortaya çıkardığı zorluklar, kamu hizmetlerinin kalitesiz sunumu nedeniyle kamuoyundaki genel hoşnutsuzluk, kamunun daha kaliteli hizmet vermesine imkân veren yeni teknolojilerin gelişmesi, kamu kesiminin icraatlarında şeffaflığın sağlanması konusunda kamuoyu ve uluslararası kuruluşlar tarafından yapılan baskılar, vatandaşların en azından ödedikleri verginin karşılığı olarak kaliteli hizmet alma hakkının bulunmasıdır.

#### **2.4 KAMU SEKTÖRÜNDE TOPLAM KALİTE YÖNETİMİNİN YARARLARI**

Kamu hizmeti veren kuruluşlar, toplum yaşamında çok önemli bir işlevi yerine getirmektedirler. Bu kuruluşlarda hizmet kalitesinin iyileştirilmesi, kayıpların azaltılması, etkinliğin geliştirilmesi büyük önem taşımaktadır. Bu amaçların gerçekleştirilmesinde TKY çok önemli bir rol oynar. Gerek kamuda gerekse özel sektör tarafından mal ve hizmetlerde kalitenin sürekli iyileştirilmesi yoluyla ekonomide verimlilik ve etkinliğinin artırılması tüm toplumu ilgilendirdiği gibi toplumdaki herkesin sorumluluğunda olan bir konudur (Aktan, 1998: 84).

TKY'nin kamu sektöründe uygulanmasının en önemli etkisi, sunulan mal veya hizmetin kalitesinin ve verimliliğin artmasıyla maliyetlerin düşmesidir. Diğer olumlu etkiler ise, artan kaliteyle birlikte müşteri memnuniyetinin artması, sunulan hizmet miktarının artması, hizmet harcamalarının azalması ve maliyetlerin düşmesidir. Ayrıca takım çalışması, iletişimin gelişmesi ve sorun çözme yeteneğinin gelişmesi de çalışanların motivasyonunun artmasını sağlamaktadır.

Kamu kurum ve kuruluşları kâr amacı gütmemeseler de topluma sundukları hizmetlerin kalitesini yükseltmeleri, doğal olarak vatandaşların memnuniyetini artıracak, ekonomide genel verimlilik düzeyinin yükselmesine, toplumun huzur ve mutluluğunun artmasına ve topyekûn kalkınmasına katkıda bulunacaktır (Bener, 1997: 231). TKY'nin kamu yönetimine sağlayabileceği yararlar şöyle özetlenmektedir (Aktan, 1997: 56-60):

- *Organizasyon Yapısı Açısından:* Merkeziyetçi, bürokratik, vesayetçi kamu yönetimi anlayışı yerini adem-i merkeziyetçi bir yapıya bırakabilir.
- *Liderlik Açısından:* Otorite, disiplin, emir ve talimatlara dayalı, itaat beklentisi şeklinde olan liderlik" anlayışı, yönetici ve çalışanlarla işbirliği, destek ve yardım sağlayan liderlik anlayışına dönüşebilir. Hiyerarşiden kaynaklanan biçimsel yetkiden çok profesyonel uzmanlığa önem verilir.
- *Çalışma Yöntemi Açısından:* Bir işin bir kimseye verilmesi ve işten onun sorumlu tutulması yerine "ekip çalışması", "toplam kalite ve sinerjik yönetim", "uzlaşmaya dayalı karar verme" önem kazanabilir. Dikeyden yataya örgütlenme, sorumluluğun çeşitli birimlerdeki ekipler arasında dağıtılması söz konusu olabilir.
- *Organizasyon Hedefi Olarak:* Kamu yararı önceliği yerini önce kalite alabilir.
- *İşe Giriş ve Yükselme Açısından:* Kayırmacılığın hâkim olduğu, kıdem ve sicil esasına dayalı yükselme anlayışı yerine liyakat sisteminin geçerli olduğu, işe giriş ve yükselme ölçütlerinin açık ve adil olduğu bir anlayış hâkim olabilir.
- *Gelişme Stratejisi Açısından:* Kamu yönetimdeki kriz yönetimi anlayışı, sürekli gelişmeye (kaizen) dönüşebilir.
- *Değerler ve İlkeler Açısından:* Açık, belirli olmayan değerler ve ilkeler, açık ve tutarlı, vizyon, misyon ve değerler haline dönüşebilir.
- *Müşteri İhtiyaçlarının Belirlenmesi:* Vatandaşların ihtiyaçlarının dikkate alınmadığı kamu yönetimi anlayışı, vatandaş istek ve beklentilerine önem verilen "vatandaş odaklı kamu yönetimi" anlayışına dönüşebilir.
- *Motivasyon ve Ödüllendirme Açısından:* Maaş ve fazla mesai ücreti dışında ödüllendirmenin olmadığı kamu yönetimi anlayışından, başarı ve yüksek performansın ödüllendirildiği bir anlayışa yönelim olabilir. Makamdan performansa doğru bir ödüllendirme anlayışı ile birlikte tanımlanmış örgütsel hedeflere yapılan somut katkılara göre ödüllendirme söz konusu olabilir.

- *Planlama Açısından:* Rutin kalkınma ve programlarının yerini stratejik planlama alabilir.
- *Problem Çözme Tekniği Açısından:* Sorunlar ortaya çıktıktan sonra çözüm aranması yerine önceden tedbir alma, hataları kaynağında bulup önleyen sıfır hatalı üretim anlayışı geçebilir.
- *Eğitim Açısından:* İş için asgari eğitim ve bilgiyle yetinilen, kalitesiz personelin istihdam edildiği kamu yönetimleri sürekli eğitimin önem verildiği yönetimler haline gelebilir.
- *Ücret Açısından:* Eşit işe eşit ücret, pozisyon ile kıdeme göre belirlenen ücret politikaları yerine kişinin özellikleri ve performansına dayalı ücret politikası uygulanabilir.
- *İşgücü İstihdamı Açısından:* Katı istihdam politikasının yerini, esnek istihdam politikası alabilir.
- *Kalite Kontrol Açısından:* Sürekli rutin teftiş ve kontrollerin yerini TKY toplam süreç kontrolü alabilir.
- *Yöneticilerin Karar Verme Teknikleri Açısından:* Kamu yöneticilerinin istek ve arzuları doğrultusunda karar vermeleri yerine TKY tekniklerini ve araçlarını (benchmarking, beyin fırtınası v.b.) kullanarak karar vermeleri söz konusu olabilir.
- *Yönetici-Çalışanlar İlişkisi Açısından:* Emir ve talimatların geçerli olduğu, korku ve cezalandırmaya dayalı yönetim anlayışı yerini yetki devretme, güven, karşılıklı işbirliğine dayalı yönetim anlayışına bırakabilir. İnsan kaynaklarının sürekli geliştirilmesine önem verilir. Yatay boyut dikey boyuta göre gittikçe önem kazanır ve astlar üstlerinden talimat beklemek yerine, sorunların çözümünde inisiyatif almayı ve üstleriyle işbirliği yapmasına özen gösterebilir.

## 2.5 KAMU SEKTÖRÜNDE TKY UYGULANMASI SORUNLARI

Cumhuriyet döneminde şartların zorlamasıyla birçok görevi üstlenmek zorunda kalan kamu yönetimi karmaşık bir yapıya bürünmüştür. Şartların değişmesine rağmen kamu yönetimi anlayışının bu değişime ayak uyduramamış olması sorunların asıl

kaynağını oluşturmaktadır. Günümüzde kamu örgütlerindeki mevcut sistemde, kamu hizmeti kullananların müşteri olarak görülmediği, kamu örgütlerin halkı bırakıp onun yerine temsilcilerini dikkate alır şekilde yapılandırıldığı, ayrıca kamu örgütlerinin değişimi değil durağanlığı ön plana alarak halkın bu yöndeki isteklerine cevap veremez. Hem kalite hem de verimlilik artışı için kamu kesiminde müşteri odaklı yeni yönetim tekniklerinin kullanılması faydalı olmaktadır (Kardoğan, 2001: 91-92).

TKY'nin hizmet sektörüne uygulanması, bu sektörün ağırlıklı olarak emek yoğunluklu olması ve hizmetten üretildiği anda tüketilmesi nedeniyle çok daha zordur (Önder, 1997: 125-130). Kamu yönetimlerini asli görevlerine döndürebilmeye TKY uygulamasının önemi büyüktür. TKY'nin kamu sektöründe başarılı olabilmesi için, bütçe sisteminin düzeltilmesi gerekir. Doğru bir bütçe sisteminde maliyetler tam olarak bilinebilmeli, kalemlere bağlı olmak yerine küresel olmalı, merkezden yönetilmemeli, aşırı kuralcı olmamalı, sonuçlardan hesap sorulabilmelidir. İşleve dayalı bütçe sistemi, personel sistemi, muhasebe sistemi ve benzeri sistemlere esneklik kazandırılmalıdır. Modern bir personel sisteminde geniş barem ve skalalar, piyasaya uygun ücret, performansa dayalı ücret, kıdeme değil performansa dayanan terfi ve işten çıkarma, yöneticilerin belli yasal çerçeve içinde en kalifiye elamanı işe alabilmesi mümkün olmalıdır (www.canaktan.org.com). Kamu kurumlarının yurttaşların beklenti ve doyumundan ziyade kurallara sıkı sıkıya bağlı olması TKY'nin uygulanma sürecini zaman alıcı ve maliyetli bir iş haline dönüştürmektedir (Balcı, 2003: 335).

### **2.5.1 Kamu Hizmetinin Niteliği**

Hizmetlerin ürünlerden farklı olmaları nedeniyle kamu hizmetlerinin kalitesinin belirlenmesinde pratik güçlüklerle karşılaşmaktadır. Kamu sektörü mal üretiminden çok hizmet sunumuyla ilgilendiği için hizmetlerin elle dokunulamama, bölünememe, fiyatlandırılmama, stoklanamama, mekanik kontrol süreçlerine elverişsiz olma, yüz yüze ilişkilerle üretilme gibi özellikleriyle TKY uygulanmasıyla hizmet kalitesinde ne gibi bir iyileştirme meydana getirileceği ve bunun nasıl ölçüleceği tartışma konusu olmaktadır (Saran, 2004: 99).

### **2.5.2 Kamu Sektörünün Değişime Karşı Daha Çok Direnç Göstermesi**

Kamu kesiminde geleneksel olarak durağanlığı, mevcut durumu korumayı, risk almamayı, kuralların sağladığı güvence ile hareket etmeyi öngören bürokratik ilke ve

değerler; TKY'nin etkenliğe, esnekliğe ve girişimciliğe, ekip dinamizmine dayalı sürekli gelişme felsefesi ile çatışmaktadır (Saran, 2004: 103). Mali açıdan merkeze bağımlılık, sorunların yerinde belirlenip çözülmesini güçleştirmekte, kamu kurumlarının talepte meydana gelecek değişikliklere adapte olmasını zorlaştırmaktadır (Tosun, 1999: 93-94).

### **2.5.3 Kamu Sektöründe Performansa Önem Verilmemesi ve Kalitenin Ölçülmesindeki Zorluklar**

Kamu hizmetlerinde performans ölçütleri yok denecek kadar az bulunmaktadır. Sunulan hizmetlerde verimlilik ve etkinliğin sağlanmasına dikkat edilmemektedir. Kamu kaynaklarının harcanmasında herhangi bir planlama yapılmamakta, geleceğe yönelik hedefler bulunmamaktadır (Orhon, 2007: 66). Kamu kuruluşlarına bütçeden yıllık olarak belirli miktarlarda ödenek tahsis edilmesine rağmen, bu tahsisler yapılırken dikkate alınan ölçütler arasında yapılan işlerdeki performans genellikle yoktur. Bu ise, TKY'nin öngördüğü süreç performanslarının değerlendirilmesi ve müşteri onayının alınması hususlarıyla çatışmaktadır.

TKY'nin başarısında kalitenin güvenilir bir biçimde ölçülmesi büyük rol oynar; ancak, kamu sektörü çıktılarının ölçülmesi ve izlenmesi güçtür. Bu güçlük, yöneticilerin kamu kaynaklarını kötüye kullanmasını önlemek ve kaliteyi geliştirmek için mali kontrol ve sorumluluğa daha çok önem vermesini gerektirmiştir (bumko.gov.tr).

### **2.5.4 Rekabetin Olmaması**

Girdi maliyetlerindeki yükseklik ülkemizin uluslararası rekabet gücünü sınırlamaktadır. Yüksek sermaye maliyeti de dış rekabet gücü açısından olumsuz etki yaratmaktadır. Ülkemizde enerji maliyetlerinin yüksekliği, teknoloji ile nitelikli iş gücü açısından eksiklikler ise başka olumsuzluklardır. Ayrıca, devletin ekonomideki yeri de işletmelerin rekabet gücünü etkilemektedir. Ülke içindeki vergi oranlarının yapısı, vergi yükü, uluslararası ticaret üzerindeki tarife ve tarife dışı engeller, döviz kurlarına ve faiz oranlarına devletin müdahalesi uluslararası rekabet gücümüzü zayıflatmaktadır (Orhon, 2007: 67).

### **2.5.5 Kamu Kesiminin Karmaşık Ve Büyük Ölçekli Örgütlenmesi**

Türk siyasal sistemi ile yönetim sisteminin mevcut talepleri karşılayamayan vatandaş ile devleti karşı karşıya getirerek vatandaş taleplerini dışlayan yapısının

kökene, geleneksel merkeziyetçi yapıya dayanmaktadır (Tosun, 1997: 51). Kamu yönetiminin oluşturduğu geniş merkezi yapı ve bürokratik yapı toplam kalite uygulamasını zorlaştırmaktadır. TKY'nin nispeten daha az çalışanı olan basık ve yalın yapıdaki özel kesim örgütlenmelerinde uygulanması, ülke çapında örgütlenen ve çok fazla sayıda çalışanı olan bakanlık ya da benzeri kamu kuruluşlarında uygulanmasından daha kolaydır. Yapılan araştırmalar, örgütün ölçeği ve çalışanlarının sayısı arttıkça TKY'nin uygulanmasındaki başarı şansının azaldığını göstermektedir (Saran, 2004: 106).

### **2.5.6 Kamu Kesiminin Genel Toplumsal-Siyasal Sisteme Olan Bağımlılığı**

Herhangi bir konuda, özellikle kendilerini geliştirmede, değişim gereklerini yerine getirmede, karar alma ve uygulamada özel kesim örgütleri gibi bağımsız hareket edebilme, inisiyatif kullanabilme gücüne sahip değillerdir. Yöneticiler genel olarak karar verirken mevkilerini tehlikeye atabileceği korkusuyla çok dikkatli davranmakta ve genel olarak var olan yaklaşımın dışına hiçbir zaman çıkılmamaktadır (Ekici ve Taşkın, 2005: 167). Bütün konularda toplumsal zorunlulukların gerektirdiği, siyasal karar organlarının istediği ve daha yakın planda, kendilerinin de bir parçasını oluşturdukları kamu yönetimi hiyerarşisinin emrettiği doğrultuda hareket etmek zorundadırlar (Saran, 2004: 107). Kamu kesiminde görev alanları, kuruluşların organizasyonları, kamu yöneticilerinin ve çalışanların yetki ve sorumlulukları ile iç kontrol mekanizmaları kanun ve yönetmeliklerle düzenlenmiştir. Bu nedenle kamu yöneticilerinin eylem alanı ve takdir hakkı sınırlı kalmaktadır. Kamu yöneticilerinin eylem alanı, görev ve yetkilerinin açık şekilde belirlenmemesi kamu yöneticilerinin inisiyatif kullanmalarında eksikliklere yol açmaktadır. Böyle bir yapıda her kademedeki kamu görevlileri çözüm bulmaktan çok sorunu görmezden gelmeye yönelik bir tavır benimserler (Solakoğlu ve Budak, 1998: 98).

### **2.5.7 Ürün-Hizmet İkilemi**

Hizmetlerin ürünlerden farklı olmaları nedeniyle, kamu hizmetlerinin kalitesinin belirlenmesinde pratik güçlüklerle karşılaşılmaktadır. Kamu kesimi mal üretiminden çok hizmet sunumu ile ilgilenir. Hizmetler elle dokunulamama, bölünememe, fiyatlandırılmama, stoklanamama, mekanik kontrol süreçlerine elverişsiz olma, yüzyüze ilişkilerle üretilme gibi özellikleri nedeniyle TKY'nin uygulanmasıyla

açısından tartışmalıdır. TKY ile hizmet kalitesinde ne gibi bir iyileştirme meydana geleceği ve bunun nasıl ölçüleceği tartışma konusudur (Saran, 2004: 99).

### 2.5.8 Müşteri-Vatandaş İkilemi

TKY'nin kamu hizmetleri alanında uygulanması sorununun can alıcı noktası, özel kesimde üretimin başlıca varlık nedeni ve esas muhatabı durumundaki müşterinin yerine kamu kesiminde kimin konulacağıdır (Balcı, 1998: 68). Kamu kesiminde müşteri tanımının zorluğu, bir yönüyle devlet tarafından sunulan hizmetlerin genel alıcısı durumunda bulunan "kamu" kavramının somutlaştırılmamasından kaynaklanır. Diğer bir husus, vatandaşların ödedikleri vergilerle kamu hizmetlerinin finansmanını sağladıkları gerçeğinden hareketle, onların kamunun paydaşı (hissedarı) olarak görme yaklaşımı da yeterince açıklayıcı olmamaktadır. Vatandaşların vergi ödeme miktarları arasında az ya da çok farklar bulunabileceği gibi; özel kesimde müşteri, doğrudan doğruya bedelini ödeyerek bir mal veya hizmeti alıp almamaya karar verme yoluyla kalite düzeyinin belirlenmesinde gerçekten söz sahibi olabilmektedir. Buna karşılık, kamu hizmeti sunan kuruluşlarla hizmet kullanan vatandaşlar arasındaki ilişki bu derece belirgin ve kalitenin sağlanmasında aynı ölçüde işlevsel değildir. Bu durumda, kamu hizmetinin sunulmasıyla bazı kişiler tatmin edilirken kamu bütünlüğü düzeyinde gerçek tatminin ne ölçüde sağlanacağı konusu yeterince açık değildir (Saran, 2004: 101).

### 2.5.9 Vatandaş Talepleri

Küreselleşmenin çok yönlü etkilerinin kamu hizmetleri ve tüketim tercihlerinde yol açtığı değişimin sonuçları olarak (Tosun, 1999: 88);

- Tüm dünya ülkelerinde yaşayan insanların otoriteye, iktidar olgusuna, temel hak ve özgürlüklere, bir bütün olarak siyasal sisteme ve devlet yönetimine olan bakışları değişmiş, insan değerlerin ve kişilik haklarının önemi daha açık bir biçimde ortaya çıkmıştır.
- Kişilerin kamu hizmetlerine ilişkin beklentileri büyük ölçüde değişmiş, devletin mutlak bir güç olmadığı, kamu örgütlenmesinin toplumun ihtiyaçlarından doğduğu, kamu hizmetinin bir lütuf olmayıp devletin varlık nedeni ve esas olarak kişileri mutlu etme amacına yönelik olması gerektiği inancı herkesçe paylaşılmaya başlanmıştır.



- Kamu hizmetlerinin kararlaştırılması, planlanması ve sunulması ile ilgili süreçlere vatandaşların demokratik mekanizmalar aracılığıyla katılmalarının temel siyasal bir hak olduğu bilinci yaygınlaşmıştır.
- Ekonomi liberalleşmiş, uluslararası ticaret yaygınlaşmış, rekabet ulusal düzeyden bölgesel ve uluslararası düzeye taşınmıştır.
- Vatandaşların ya da müşterilerin sürekli değişen ve çeşitlenen talepleri karşısında işletmelerin ve kamu yönetimlerinin kalite isteğine ve tüketici tercihlerine duyarlılıkları artmıştır.

### **2.5.10 Karar Mekanizmalarına Katılımın Sağlanması**

Müşteri memnuniyetini sağlamaya yönelik yaklaşımların temelinde; toplumdaki tüm bireylerin tüketici ya da iç müşteri sıfatıyla gerek kamu kesiminde ve gerekse özel kesimde, yönetimin karar mekanizmalarına en yüksek düzeyde katılımlarının sağlanması yatmaktadır. Kamu kurum ve kuruluşlarının müşteri memnuniyetini sağlamaya yönelik yönetim anlayışlarını benimsemeye başlamalarıyla birlikte, çalışanların ve bu hizmeti kullananların, hizmetlerin planlanması, yürütülmesi ve geliştirilmesiyle ilgili tüm süreçlere katılmalarıyla demokratik gelişme yolunda olumlu adımlar atılmış olacaktır (Ekici ve Taşkın, 2006: 173).

## **2.6 SAĞLIK HİZMETLERİ VE HASTANELER**

### **2.6.1 Sağlık Hizmetlerinin Tanımı**

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) sağlığı iki yönüyle birlikte tanımlamaktadır. 1) Hastalık ve sakatlığın olmayışı; 2) bedenen, ruhen ve sosyal yönden tam bir iyilik hali (Kesgin ve Topuzoğlu, 2006: 47-49). Sağlık, insanın yaşamını sürdürmesinde, yaşam kalitesini yaratmasında ve korumasında büyük bir öneme sahiptir. Sağlık hizmeti sunumu, kişilerin yaşam kalitesini ve mutluluğunu doğrudan etkileyen bir alan olarak nitelendirilir (Asunakutlu, 2005: 12). Bir kişinin sağlıklı olabilmesi için sadece hastalığının bulunmaması ve herhangi bir sakatlığının olmaması yeterli değildir. Kişinin sağlıklı olması durumunda gerek bedensel ve ruhsal gerekse sosyal yönden, kısacası günlük yaşamında her yönüyle iyi olması durumunda, sağlıklı olduğundan söz etmek mümkündür. Eğer kişi bedensel, ruhsal veya sosyal yönlerden herhangi birisinden

şikâyetçi ise, bu durumda sağlık sorunundan söz edilebilir. Sağlıksız kimselerin sağlıklı hale getirilebilmesi için sağlık hizmetlerine gereksinim vardır (Gündüz vd., 2003: 2).

Kişilerin ve toplumların sağlıklarını korumak, hastalandıklarında tedavilerini yapmak, tam olarak iyileşmeyip sakat kalanların başkalarına bağımlı olmadan yaşayabilmeleri sağlamak ve toplumun sağlık düzeyini yükseltmek için planlı yapılan çalışmaların tümüne de sağlık hizmetleri denir (Öztek, 2001: 295). Diğer bir deyişle, sağlık hizmetleri, hastalıkların teşhis, tedavi ve rehabilitasyonu yanında, hastalıkların önlenmesi, toplum ve bireyin sağlık düzeyinin geliştirilmesi ile ilgili faaliyetler bütünüdür (Kavuncubaşı, 2001: 34). Ayrıca, sağlık hizmetlerini, çeşitli sağlık kurum kuruluşlarında hastalıkların teşhis ve tedavisiyle insanların mevcut sağlıklarının korunması için değişik tip sağlık personeli tarafından yürütülen çabaların tümü olarak da tanımlanabilmektedir (Akar, 2002: 190). Sağlık hizmetleriyle insan hayatının bir bölümünde muhakkak muhatap olurlar (Powell, 2008: 32).

Sağlık hizmeti kullanımını belirleyen ana faktörler, hazırlayıcı faktörler, kolaylaştırıcı faktörler ve gereksinim faktörleri olarak sıralanabilmektedir. Bazı bireylerin, diğerlerine oranla daha fazla hizmet kullanmaya eğilimi bulunmaktadır. Bu eğilim belirli bir hastalığın ortaya çıkışından önce var olan bireysel özellikler tarafından belirlenmektedir. Hazırlayıcı faktörler, bireyin bu toplumsal, ekonomik ve kişilik davranış özelliklerini içermektedir. Bireyin hizmet kullanımı ve bundan doyum sağlamasına olanak tanıyan araçlara kolaylaştırıcı faktörler denmektedir. Son olarak gereksinim faktörleri ise, hastalığın algılanmasından sonra bireyin formel hizmet arama davranışı göstererek sağlık kurumuna yönelmesini ifade etmektedir (Kavuncubaşı, 2001).

### **2.6.2 Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması**

Sağlık hizmetleri, koruyucu sağlık hizmetleri, tedavi hizmetleri, rehabilitasyon hizmetleri ve sağlığın geliştirilmesi hizmetlerini kapsamaktadır. Bu hizmetler ise çeşitli sağlık işletmeleri tarafından sunulmaktadır. Sağlık işletmeleri ürettikleri sağlık hizmetinin türüne göre sınıflanmakla beraber, sözü edilen dört sağlık hizmeti çeşidini değişik düzeylerde ürettikleri görülmektedir (Kavuncubaşı, 2001: 24-57). Bunlar; koruyucu sağlık hizmetleri, tedavi edici sağlık hizmetleri, rehabilitasyon hizmetleri, sağlığın geliştirilmesi hizmetleridir.

*Koruyucu sağlık hizmetleri* gelecekteki muhtemel hastalık ve sakatlığın riskini, ciddiyetini ve süresini en aza indirecek veya engelleyecek, hastanın farkında olmadığı hastalık belirtileri ortaya çıkmadan önce teşhis edip tedavinin hastalığın erken döneminde yapılmasını sağlayan hastalık öncesi sağlık hizmetlerini kapsamaktadır (Güllülü, 2008: 41). Koruyucu sağlık hizmetleri diğerler sağlık hizmetlerine göre daha öncelikli konumdadır; çünkü korumak tedavi etmekten çok daha az maliyetlidir. Özellikle ülkenin gelişmişlik seviyesine bağlı olarak bu hizmetlerin etkinliği de artmaktadır. Sağlık hizmetleri ilaç ve eczacılık hizmetleriyle laboratuvar hizmetlerini de kapsar. Koruyucu sağlık hizmetleri, kişinin çevresini olumlu hale getirmek amacıyla gerçekleştirilen çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ve kişinin sağlığını korumak ve geliştirmek amacıyla doğrudan kişiye yönelik olarak yapılan kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri olmak üzere iki başlık altında incelenebilir (Tengilimoğlu vd., 2009: 44).

*Çevresel sağlık hizmetleri* insanın çevresinde bulunan ve onun sağlığını olumsuz etkileyen biyolojik, fiziksel, kimyasal ve sosyal etkenleri yok ederek veya kişileri etkilemesini önleyerek çevreyi olumlu hale getirme çabalarının tümüdür (Tengilimoğlu vd., 2009: 44). Çevre sağlığını olumsuz etkileyen faktörlerin giderilerek, sağlıklı çevresel bir ortam yaratılması hizmetlerini içermektedir. Çevre sağlığı hizmetleri kapsamında yürütölen hizmetlerin bir kısmı şunlardır: Su kaynaklarının sağlanması ve denetimi, katı atıkların denetimi, zararlı canlılarla (haşere) mücadele, besin sanitasyonu, hava kirliliğinin denetimi, gürültü kirliliğinin denetimi, radyolojik zararlıların denetimi, iş sağlığı.

*Kişiye Yönelik Sağlık Hizmetleri:* Kişileri dolayısıyla toplumu hastalık etkenlerine karşı dirençli ve güçlü kılmayı, hastalanmaları halinde ise en erken dönemde tanı konularak, yıkımsız veya en az yıkımla tedavi etmeyi amaçlayan hizmetler bu grup altında toplanır (Tengilimoğlu vd, 2009: 46). Bu gruptaki hizmetlerin başlıcaları: Bağışıklama, beslenmeyi düzenleme, hastalıkların erken tanı ve tedavisi, ana çocuk sağlığı hizmetleri, aşırı doğurganlığın denetimi, ilaçla koruma, kişisel hijyen, sağlık eğitimi.

*Tedavi edici sağlık hizmetleri* sağlık durumu bozulan hastaların eski sağlık düzeylerine ulaşmalarını sağlamak üzere verilen sağlık hizmetleridir. Tedavi edici sağlık hizmetleri, temel olarak hekim sorumluluğunda, diğer sağlık profesyonellerinin

katılımlarıyla gerçekleşir (Kavuncubaşı, 2001: 39). Tedavi edici hizmetler, koruyucu sağlık hizmetlerinin bir üst kademesini oluşturan ve alt kademedeki koruyucu sağlık hizmetlerine göre daha fazla özel fayda içeren bir hizmet türü olmaktadır (Güllülü, 2008: 44).

Tedavi hizmetleri, hastalık ya da sakatlık durumu ortaya çıktığı zaman verilen hizmetlerdir. Hastalanan insanların tekrar sağlığına kavuşması için yapılan çalışmaların tamamı bu başlık altında toplanmaktadır. Kendi içinde birinci basamak tedavi hizmetleri (ilk başvuru ve ayakta tedavi), ikinci basamak tedavi hizmetleri (yataklı tedavi hizmetleri), üçüncü basamak tedavi hizmetleri (üst düzey uzmanlaşmış ve ileri teknoloji kullanılan merkezler) olmak üzere üç kademeye ayrılmaktadır (Tengilimoğlu vd, 2009: 47): Kişilerin hastaneye yatırılmadan ayakta tedavi edilmesi birinci basamak tedavi hizmetleri kapsamındadır. Aile sağlığı merkezleri, verem savaş dispanserleri birinci basamak tedavi hizmetleri veren kuruluşlardır. İkinci basamak tedavi hizmetleri yataklı tedavi kurumlarını kapsayan hizmetlerdir. Devlet hastaneleri, özel hastaneler, yataklı sağlık merkezleri bu ikinci basamakta yer alır. Üçüncü basamak tedavi hizmetleri ise özel tedavi, ileri tetkik ve bilgi gerektiren branş hastaneleri veya üniversite hastaneleri tarafından verilen hizmetleri kapsar.

*Rehabilitasyon hizmetleri*, hastalık ve kazalara bağlı olarak gelişen kalıcı bozukluklar ve sakatlıkların günlük hayatı etkilemesini engellemek ya da bu etkiyi en aza indirmek, kişinin bedensel ve ruhsal yönden başkalarına bağımlı olmadan yaşamasını sağlamak amacıyla verilen sağlık hizmetlerini kapsamaktadır (Güllülü vd., 2008: 45).

Rehabilitasyon hizmetleri sağlık hizmetlerinde özel bir yeri kapsamaktadır. Rehabilitasyon hizmetleri, eşgüdümlü ve bütünlük gösteren tıbbi, sosyal eğitsel ve mesleki faaliyetler aracılığıyla kaza ve hastalık sonucu sakatlanan kişilere mümkün olduğunca yüksek işlevsel beceriler kazandırmayı amaçlamaktadır (Tengilimoğlu vd., 2009: 48). İki çeşit rehabilitasyon hizmeti vardır: *Tıbbi Rehabilitasyon*: Bedensel sakatlıkların mümkün olduğu kadar düzeltilmesidir. *Sosyal (mesleki) Rehabilitasyon*: Sakatlıkları nedeniyle eski işlerini yapamayanlara ya da belirli bir işte çalışamayanlara iş öğretme, iş bulma ve işe uyum sağlamalarına yönelik her türlü hizmeti kapsar.

*Sağlığın geliştirilmesi hizmetleri*, sağlıklı kişilerin, sağlık kurumlarını daha üst düzeye yükseltmek için sağlanan hizmetlerdir. Sağlığın geliştirilmesi hizmetlerinde

temel sorumluluk, bireye aittir (Kavuncubaşı, 2001: 64). Sağlığın geliştirilmesi, bedensel ve zihinsel sağlık durumu, yaşam kalitesi ve yaşam süresinin yükseltilmesini amaçlamaktadır. Bugün birçok hastalık bireylerin yaşam tarzlarından, alışkanlıklarından ortaya çıkmaktadır (Tengilimoğlu vd., 2009: 48).

### 2.6.3 Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri

Sağlık hizmetlerinin temel amaçları şunlardır: i) Sağlığı korumak, sürdürmek ve geliştirmek; ii) hastalıklardan korunmayı sağlamak; iii) hastalanmış bireylere en erken dönemde müdahale etmek ve tanısını belirleyerek tedavisini gerçekleştirmek; iv) sakatlıkları engellemek ve sakat bireylerin sosyal hayata uyum sağlamalarını kolaylaştırmak, v) böylece insanların kaliteli, mutlu ve rahat bir yaşam sürdürmelerini sağlamak (Zerenler ve Ögüt, 2006: 504). Hizmetler zorunluluk derecelerine göre de sınıflandırılabilir: Buna göre, birinci derecede zorunlu hizmetler sınıfında yer alan (Karahan, 2006: 31) sağlık hizmetlerinin özellikleri şöyledir (Odabaşı, 2001: 27): 1) Sağlık hizmetlerinin tüketimi rastlantısaldır; 2) sağlık hizmetlerinin ikamesi yoktur; 3) sağlık hizmetleri ertelenemez; 4) sağlık hizmetinin boyutunu ve kapsamını hizmetten yararlanan değil, hekim belirler; 5) sağlık hizmetlerinde tüketicilerinin davranışları irrasyoneldir; 6) sağlık hizmetinden sağlanan doyum ve kaliteyi önceden belirlemek çok zordur; 7) sağlık hizmetlerinin bir bölümü toplumsal nitelik ve kamu malı özelliği taşır; 8) sağlık hizmetinin çıktısı paraya çevrilemez; 9) etkili bir sağlık hizmeti; kolay kullanılabilirlik, kalite, süreklilik ve verimlilik özelliklerini taşır (Kavuncubaşı, 2001: 64-67).

*Kolay Kullanılabilirlik:* Kolay kullanılabilirlik hem hizmetten yararlananlar, hem de hizmet sunular açısından incelenebilir. Hizmetten yararlananlar (toplum) açısından kolay kullanılabilirlik, “bireylerin ihtiyaç duyduğu yerde ve zamanda hizmetlere ulaşabilmesi ve ihtiyaç duyduğu tüm hizmetleri yeterli miktarda kullanabilmesi” olarak tanımlanabilir. Hizmeti sunanlar (sağlık çalışanları) açısından kolay kullanılabilirlik, “hizmet sunan kişilerin, ihtiyaç duydukları ilaç, araç-gereç, hizmetler ve diğer sağlık çalışanlarına kolay ulaşabilmesi” anlamına gelir.

*Kalite:* Sağlık hizmetlerinde kalite, hizmetlerin hem bilimsel norm ve standartlara hem de bireylerin beklentilerine uygun olarak sunulması anlamına gelir.

Sağlık hizmetlerinde kalitenin sağlanması için mesleki yeterlilik, kişisel kabul edilebilirlik ve kalitenin uygunluğu önem taşımaktadır.

*Süreklilik:* Sağlık hizmetleri yalnızca tedavi hizmetleri anlamına gelmemektedir. Sağlık düzeyini geliştirmek için birey ve toplumun sağlık durumlarının sürekli takip edilmesi ve gerekli önlemlerin alınması gereklidir. Sağlık hizmetlerinin sürekliliği, sağlık hizmetlerinin entegre olmasıyla başarılabilir. Sağlık hizmetlerinin sürekliliğini sağlamak için aşağıda verilen konular önem taşımaktadır. Sağlık hizmetlerinde sürekliliği sağlamak kişiye odaklanmış bakım, eş güdümlü birimler (aile hekimleri) ve eş güdümlenmiş hizmetlerle sağlayarak kaliteli bir hizmet sunumuna yardımcı olur.

*Verimlilik:* Verimlilik sağlık hizmetlerine ayrılan kaynakların yerinde kullanılması anlamına gelir. Verimlilik aracılığıyla, sağlık hizmetleri maliyetleri aşağıya çekilerek bireylerin hizmetten yararlanma olanakları arttırılır. Yeterli finansman, yeterli ücret politikası, etkili yönetim ve kaynakları etkin kullanımı, sağlık hizmetlerinden daha fazla yararlanmayı sağlar.

Etkili sağlık hizmetlerinin temel özellikleri Tablo 2.1’de gösterilmiştir.

**Tablo: 2.1.** Etkili Sağlık Hizmetlerinin Temel Özellikleri

	<p>KALİTE</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>*Mesleki yeterlilik</li> <li>*Kişisel kabul edebilirlik</li> <li>*Kural, norm ve standartlara uygunluk</li> </ul>	
<p>KOLAY KULLANILABİLİRLİK</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* Kişisel kolay kullanılabilirlik</li> <li>* Hizmetlerin bütünlüğü</li> <li>* Miktar olarak uygunluk</li> </ul>	<p>ETKİLİ SAĞLIK HİZMETİ</p>	<p>SÜREKLİLİK</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* Kişiyeye odaklanmış hizmet</li> <li>* Sağlığı eşgüdümleyen birimler</li> <li>* Eşgüdümlü hizmetler</li> </ul>
	<p>VERİMLİLİK</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* Eşit finansman</li> <li>* Yeterli ücret</li> <li>* Etkili yönetim</li> </ul>	

**Kaynak:** Şahin Kavuncubaşı, Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi, Ankara, 2001, s. 65.

Sağlık mal ve hizmetleri taşıdığı özellikler nedeniyle ekonomide üretimi yapılan diğer mal ve hizmetlerden farklıdır. Sağlık kurumları hizmet üretmektedirler; dolayısıyla mal üreten sektörden farklı birtakım özelliklere sahiptirler. Aşılama ve periyodik olarak yapılan kontroller gibi sağlık hizmetleri bir yana, çürük bir dişin alınması, bir apandisit ameliyatının yapılması gibi ortaya çıkacak sağlık gereksinimleri, sağlık alanı dışında diğer alanlarda ortaya çıkan gereksinimlerle bir tutulamaz. Sözelimi; tatil yapma, bilgisayar veya fotoğraf makinesi satın alma vb. gibi tüketim talepleri, birçok bakımdan sağlık hizmeti ile farklılık taşımaktadır (Saltık, 1995: 35).

Mal üretim sektörü ile hizmet üretim sektörü ve dolayısıyla da sağlık sektörü arasındaki önemli farklılıklar şu şekilde sıralanabilir (Yerebakan, 2000: 46-48):

1. Bir mal “bir nesne, bir araç, bir şey” iken; bir hizmet “bir eylem, bir performans, bir çaba”dır. Üretilen bir mal elle tutulmakta, gözle görülmektedir; ancak hizmet elle tutulmaz, gözle görülmez, duyulmaz, sergilenemez, bir ölçü birimiyle ifade edilemez özelliğindedir.
2. Hizmette üretim ve tüketim eş zamanlıdır. Yani, hizmet üretildiği anda tüketilmektedir. Dolayısıyla da, hataların ve ihmallerin gözlenmesi ve



giderilmesi daha zor olmaktadır. Hatta örneğin, yanlış bir tedavi sonucu bir hastanın sakat kalması ya da ölmesi halinde hatanın veya ihmalin sonucunun düzeltilmesi mümkün olmamaktadır.

3. Bir malın üretimi sırasında fabrikada ya da atölyede, çalışanlarla tüketiciler yüzyüze gelmemektedirler. Oysa hizmet sektöründe tüketici ile doğrudan temas söz konusudur; iletişim yüzyüze gerçekleşmektedir. Dolayısıyla, hizmeti sunanların giyimi, konuşması, davranışları tüketiciyi etkilemektedir.
4. Üretim sektöründe, üretilen malların stoklanması mümkün iken hizmetlerin stoklanması mümkün değildir. Bina, araç-gereç ve insan gücü hizmet sunumu için hazır tutulabilir; ancak bunlar ürünün kendisini değil verimli kapasiteyi temsil ederler. Bir hizmet işletmesinde kullanılmayan kapasite, boşa akan musluk gibidir.
5. Sağlık sektörü yüksek düzeyde profesyonel yeterlik gerektirmektedir. Hasta her konuda yeterli bilgi ve beceriye sahip olmayabilir; teknik olarak, hangi tetkikin veya tedavinin kendisi için uygun, etkin olacağına karar veremeyebilir ve hakkındaki kararlara katılacak durumda olmayabilir.
6. Üretim sektöründe, tek tipte çok sayıda mal üretilmektedir. Sağlık sektöründe ise, her biri ayrı bir birey olarak ele alınması gereken hastalara hizmet sunulduğundan, hizmet üretimi çok daha karmaşık bir süreçtir.
7. Mal üretim sektöründe daha ziyade sermaye yoğun teknoloji kullanılmaktadır. Sağlık sektöründe ise, yüksek teknoloji kullanılmakla birlikte, emek yoğun bir üretim söz konusudur. Çeşitli araştırmalara göre, sağlık işletmelerinde toplam maliyetin yaklaşık üçte ikisini insan kaynakları oluşturmaktadır.

Bütün bu farklılıklar, TKY'nin sağlık sektöründeki uygulamalarında da bir takım farklılıkları beraberinde getirmektedir. Doktorların teşhis ve tedavi fonksiyonlarında bireysel otorite ve sorumlulukları çerçevesinde esnek olmayı güçleştiren planlama ve uygulama anlayışlarının yerleşmiş olması söz konusudur (Ayaz ve Soykan, 2002: 21).

#### **2.6.4 Hastanelerin Tanımı**

Sağlık hizmetleri içerisinde tedavi edici hizmetlerin verildiği hastaneler hastaların teşhis tedavi ve rehabilitasyonlarının yapıldığı kompleks organizasyonlardır

(Sarp, 2007: 500). Sağlık Bakanlığı Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği'nde ise hastaneler, “hasta ve yaralıların, hastalıktan şüphe edilenlerin, ayakta veya yatarak müşahede, muayene, teşhis, tedavi ve rehabilite edildikleri, aynı zamanda doğum yapılan kurumlar” olarak tanımlanmaktadır (Özgülbaş, 1995: 20). Hastaneler, tedavi ve tıbbi bakım fonksiyonlarının yanı sıra doktorların ve yardımcı sağlık personelinin eğitimi, tıbbi araştırma ve toplum sağlığı gibi hizmetleri de yerine getirmektedirler. Doğrudan hasta tedavisi ve bakımını amaçlayan hastanelerin önemli bir bölümü de eğitim ve araştırma kurumları olarak faaliyet göstermektedir (Cihangir, 1997: 10).

Hastaneler hizmet üreten kurumlar içinde kuruluş ve işletme sermayesi yüksek olan kurumlardan birisidir (Öztürk ve Kılıç, 2005: 57). Bu nedenle hastaneleri tıbbi bir kuruluş, ekonomik bir işletme, doktor ve diğer personeline eğitim veren bir eğitim kurumu, bir araştırma ünitesi, birçok meslek gruplarından kişilerin çalıştığı sosyal bir örgüt olarak da tanımlamak mümkündür (Cihangir, 1997: 10). Hem nitelik hem nicelik bakımından karmaşık ve geniş bir hizmet alanına içinde birimler arası ilişkilerin düzenlenmesi ve çalışma uyumunun sağlanması, diğer organizasyonlara oranla daha güç görünmektedir (Çakırer, 2003: 2).

Dünya Sağlık Örgütüne göre hastanenin amaçları şunlardır: Bireylerin emrinde, doktor muayenehanelerinde veya kliniklerde, tedavi ve bakımlarının yapılması, uygun görülmeyen hastaların, tedavi ve bakımlarının yapılması, doktorlara ve yardımcı sağlık personellerine eğitim hizmetlerinin sağlanması, tıbbi ve teknolojik araştırmaların yapılmasıdır.

### 2.6.5 Hastanelerin Görevleri

Hastanelerin hasta bakım görevi, eğitim görevi, araştırma görevleri ve koruyucu hekimlik hizmetleri olmak üzere dört görevi bulunmaktadır. Hasta bakımı görevi kuramsal olarak tıbbi bakım ve hastane bakımı olarak ikiye ayrılır. Tıbbi bakım görevi hekimin hastayı muayene etmesi ile tanı ve tedavi hizmetlerini kapsar. Hastane bakımı ise başta hemşirelik hizmetleri olmak üzere hastanenin genel ve özel tüm hizmetlerini kapsar. Bu açıklamalara göre, hastanede çalışan herkesin doğrudan ya da dolaylı, az ya da çok hasta bakımıyla ilgisi vardır. Hastanelerin eğitim görevi üç bölüme ayrılarak incelenebilir: Tıbbi personelin eğitimi, hemşirelerin eğitimi, diğer personelin eğitimi. Her kurumda olduğu gibi hastanelerin bütün bölümlerinin eğitim çabalarına koşut olarak araştırma yapmak görevleri de vardır. Hastanelerde yatan hastalarda tanı konan

tüm enfeksiyonlar bulunabilir. Gerek hastaları ve personeli için, gerekse hasta sahipleri için gereken koruyucu önlemlerin hastane yönetimlerince alınması gereklidir.

### 2.6.6 Hastanelerin Sınıflandırılması

Hastaneler çeşitli ölçütlere göre sınıflandırılabilir. Bu ölçütlerin en önemlileri mülkiyet, eğitim statüsü, hizmet türü, büyüklük, hastaların yatış süresi ve hizmet basamağı olarak sıralanabilmektedir (Kavuncubaşı, 2002: 71-75):

*Mülkiyet durumuna göre hastaneler*, mülkiyetinin hangi kurum ve kuruluşa ait olduğuna veya kurum ve kuruluşun niteliğine göre sınıflandırılmaktadır.

*Eğitim statüsüne göre hastaneler*, eğitim hastaneleri ve eğitim amaçlı olmayan hastaneler olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. Eğitim hastaneleri tanı ve tedavi hizmetleri yanında tıp ve sağlık profesyonellerinin eğitimine yönelik hizmetlerde sağlamaktadır.

*Hizmet türüne göre hastaneler*, genel hastaneler ve özel dal hastaneleri olarak iki grupta toplanmaktadır. Genel hastaneler, her türlü acil vaka ile yaş, cinsiyet farkı gözetmeksizin, bünyesindeki mevcut uzmanlık dallarıyla ilgili hastaların kabul edildiği hastaneler olmaktadır. Özel dal hastaneleri ise, belirli cinsiyet ve yaş grubu, hastalık türü ve organ türü ile ilgili hizmet veren hastanelerdir.

*Büyükliklerine göre hastaneler*, yatak sayısı, personel sayısı, hasta gün sayısı gibi ölçütler kullanılarak sınıflandırılan hastanelerdir. Bu ölçütlerden en çok kullanılanı yatak sayısı olmaktadır. Yatak sayısı bakımından hastaneler 50, 100, 200, 400, 600, 800 ve üstü yataklı hastaneler olarak sınıflandırılmaktadır. Genel olarak 50-100 yataklı hastaneler küçük ölçekli hastaneler, 200-400 yataklı hastaneler orta ölçekli hastaneler ve 600 ve daha üstü yatağa sahip hastaneler büyük ölçekli hastaneler olarak kabul edilmektedir.

*Yatış süresine göre hastaneler*, hastaların ortalama yatış sürelerine göre hastaneler akut bakım hastaneleri ve kronik bakım hastaneleri olmak üzere iki grupta toplanmaktadır. Akut bakım hastaneleri genellikle otuz günden daha kısa süre hastaneye yatmayı gerektiren hastalıkların tedavisiyle ilgilenmekteyken; kronik bakım hastaneleri uzun dönemli yatış gerektiren tedavi hizmetleri sağlamaktadır.

*Hizmet basamaklarına göre hastaneler*, birinci basamak hastaneler, ikinci basamak hastaneler ve üçüncü basamak hastaneler olarak üç grupta toplanır. Birinci

basamak hastaneler, genellikle tedavisi kısa süren ve ileri teknolojik donanım gerektirmeyen basit hastalıkların tedavi edildiği hastaneler olmaktadır. İkinci basamak hastaneler, birinci basamak hastanelerde tedavisi mümkün olmayan hastalıkları tedavi etmektedir. Üçüncü basamak hastaneler ise, uzmanlaşmış tıp personeline, oldukça gelişmiş teknolojik donanıma ve olanaklara sahip hastanelerdir.

Hastaneler yönetilmesi en zor olan kuruluşlardan birisidir. Bir sağlık işletmesi olan hastaneleri diğer işletmelerden ayıran başlıca özellikler şunlardır: Hastaneler birer hizmet organizasyonlarıdır. Hastaneler karmaşık yapıda, açık-dinamik sistemlerdir. Hastaneler matriks yapıda faaliyet gösteren organizasyonlardır. Hastaneler günde 24 saat hizmet veren organizasyonlardır. Hastaneler personelinin önemli bir kısmı bayanlardan oluşur.

Hastanelerdeki sağlık hizmetleri büyük önem taşır. Sağlık hizmetlerindeki yeniden yapılanma anlayışı ve sağlık hizmetlerinin kendine özgü özellikleri sebebiyle, hizmet sunumundan kaynaklanan yetersizlik sağlık hizmetlerinde kalite kavramının önemini artırmaktadır. Ayrıca hizmetlerinin doğrudan insan yaşamı ile ilgili olması ve yapılacak hataların pahalıya mal olacağı düşüncesi sağlık hizmetlerinde ve dolayısıyla sağlık işletmelerinde kalite sağlamayı kaçınılmaz kılmaktadır (Devebakan, 2006: 13). Sağlık hizmeti üreten bir hizmet işletmesi çeşidi olan hastanelerde kalite yönetim sistemi uygulanması yaklaşımı, tüm hastalara ihtiyaç duydukları bakımı hastaneye girdiklerinden itibaren vermeyi güvence altına almalıdır (www.ferhatsayim.net). Bu durum karşısında hastanelerin son derece profesyonelce ve çağdaş yönetim tekniklerine uygun bir şekilde yönetilmeleri gerektiği ortaya çıkmakta ve bu da TKY'yi gündeme getirmektedir (Asunakutlu, 2004: 27-28).

Hastaneler günümüzün en karmaşık çalışma yapısına sahip işletmeleri olduğundan, bu yapının etkin ve verimli biçimde yönetimi, birimler arası ilişkilerin düzenlenmesi ve çalışma uyumunun sağlanması, diğer organizasyonlara oranla daha güç görünmektedir (Çakırer, 2003: 2). Asunakutlu'ya (2004: 96) göre, genel bakışla, hastanelerdeki kalite çalışmalarının önündeki engeller şunlardır: Personelin üzerine ek bir yük getireceği düşüncesi, bilinmeyen yeni evrak ve dokümantasyon korkusu, kamuda kalite olmaz düşüncesi, kalibrasyon için ortaya çıkan maliyet, eğitim için harcama ve zaman ayırımında zorlular, ekip çalışmalarındaki güçlükler, üst yönetimin TKY'yi hastane yönetiminden farklı algılaması, terminolojiyi anlamada zorluklar,

statükoya bağımlılık, yeni misyon ve vizyonun anlaşılabilmesi, vatandaş odaklı bakışın yol açtığı korku.

TKY bir hastanede tüm iş görenlerin katılım ve inisiyatif kullanımını gerekli kılan bir süreç olması yanında, ekip çalışmasını da gerekli kılmaktadır. Uzmanlara göre hastanelerde TKY'nin düzgün bir şekilde uygulanması performans arttırmada önemli bir belirleyicidir (Douglas and Judge, 2001: 158-169).

TKY ile hastanelerde yapılacak çalışmalar şunlardır (Saatçioğlu, 2005):

- 1- Bir hastanede etkin ve verimli çalışan TKY sistemi tasarlayabilmek için öncelikle mevcut sistemin çok iyi tanınması gerekir. Sistem analizi yapılarak; hastanenin yapısı, mevcut yönetim şekli, bilgi akışı, tüm süreçleri, iyileştirilmesi gereken süreçleri ve eğitim gereksinimleri belirlenir.
- 2- Sistem analizi sonrasında kalite konseyinin (KK) oluşturulması gerekir. Hastane üst düzey yöneticileri, kalite konseyi ve TKY çalışmalarına katkı yapacak uzmanlar toplanır ve ortak karar alırlar.

Sağlık Bakanlığı Yataklı Tedavi Kurumları Kalite Yönetimi Hizmet Yönergesi'ne göre kalite konseyi, yataklı tedavi kurumlarında baştabibin başkanlığında; baştabip tarafından birisi tabip olmak üzere en az bir yıl, en çok üç yıl için seçilecek üç üye, başeczacı, hastane müdürü, başhemşire ve teknik işler sorumlusu mühendis, mühendis bulunmayan kurumlarda ise başteknisyenden oluşur. Kalite konseyinin görev ve sorumlulukları şunlardır (www.saglik.gov.tr):

- a) Kurumun kalite yönetimi konusundaki misyon, vizyon ve ilkelerini belirleyerek, hizmet sunumuna yönelik politikalar geliştirir ve bu politikalara uygun stratejik planlamaları yapar.
- b) Mevcut durumu etkinlik, verimlilik ve hizmet kalitesi yönünden değerlendirerek, kurumun kaynaklarını, belirlenen politika ve hazırlanan planlar doğrultusunda harekete geçirir, uygulamaya koyar, izler ve yeni durumlara göre hizmetin kalite ve verimliliğinde sürekliliği sağlamak üzere gerekli tedbirleri alır.
- c) Çalışmalardan elde edilen düzeltici/önleyici faaliyetler sonucunda ulaşılan çözümleri standartlaştırarak uygulamaya koyar.

Konseyindedir (1)

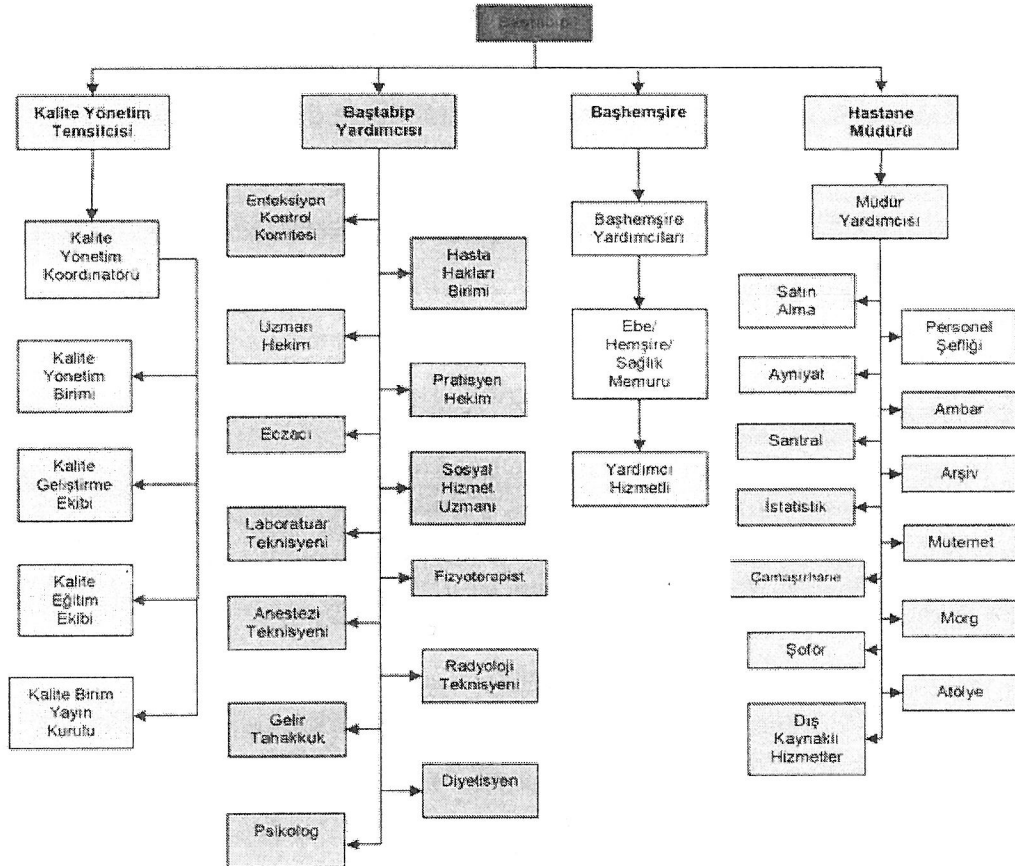
Kalite Merkezi

- d) Kurumun kaynakları ve potansiyelini göz önüne alarak, kalite geliştirme ekibini ve kalite geliştirme ekibinin hazırlamış olduğu faaliyet planını inceleyerek, onaylar ve çalışmalara başlama kararını verir.
- e) Kalite geliştirme ekibinin yapacağı çalışmalara destek verir, kaynaklarını temin eder ve çalışma ortamını sağlar.
- f) Gerekirse kalite geliştirme ekibi içinden seçilen kişilerden oluşan eğitici ekibin faaliyetleri konusundaki çalışmalarını başlatır. Gerekli eğitimleri almalarını sağlar. Bunun için gerekli kaynak ve imkanları harekete geçirerek çalışma ve uygulama ortamı sağlar.
- g) Bütün çalışanların bilgi ve beceri düzeyinin yükseltilmesi, yönetime katılımın sağlanması, iş ve görev tanımına uygun olarak çalıştırılması, birim içi koordinasyonun sağlanması ve çalışanlar arasında güvene ve sürekli gelişmeye dayalı bir ortamın yaratılmasını sağlar.
- h) Bütün çalışanlar tarafından, analiz, problem çözme ve karar verme tekniklerinin sistematik bir şekilde kullanılması ve verilerle yönetim anlayışının kurumda yerleşmesini sağlar.
- i) Yapılan çalışmaları değerlendirir ve sonuçlar konusunda kurum çalışanlarına bilgi verir.
- j) Kalite geliştirme ekibi ve eğitici ekip ile üç ayda bir toplanarak kurum uygulama planında ulaşılan son noktayı tespit eder ve sonuca göre yeni kararlar alarak uygulamaya koyar.
- k) Kalite ile ilgili faaliyetlerin kaydedilmesini ve kalite el kitabı, prosedürler ve iş talimatları gibi bilgilendirici metinler hazırlar.
- l) İç kalite tetkikleri ile kalite yönetimi faaliyetlerini denetler.
- m) Kalite yönetimi uygulamalarına ilişkin maliyetleri denetler.
- n) Kalite geliştirme ekibi ve eğitici ekibin yaptığı bütün toplantı sonuçlarının toplantı defterine kaydedilmesini ve ilgili raporların hazırlanmasını sağlar.
- o) Kurumun kalite yönetimi uygulama planıyla ilgili gelişmelerini uygun olarak üç ayda bir rapor halinde Sağlık Bakanlığı'na bildirir.

- 3- Hastanenin TKY sistemi ile yönetilmesi için bir organizasyon şeması hazırlanır. Üst düzey yönetim sorumluluğu, Hastane Yönetim ve Kalite Konseyindedir (HYKK). HYKK'nın altında Bilim Araştırma Konseyi ve Kalite Merkezi (KM), hastanenin temel süreçler için öngörülen

Koordinasyon ve Kalite Konseyleri (KKK) ve dış ilişkiler birimleri bulunmalıdır. Bu birimlerin altında kendi uzmanlık alanları için kurulmuş Kendini Yöneten Takımlar (KYT) olmalıdır. Ayrıca, süreç ve sorunların çözümü için Süreç ve Proje Takımları (SPT) da kurulabilir.

### ORGANİZASYON ŞEMASI



Şekil 2.1. Örnek Hastane Organizasyon Şeması

- 4- Hastanede verilen sağlık hizmetlerinin kalitesinin ölçümü için kalite ölçüm ve değerlendirme sistemi kurulması gerekir. Değerlendirme için ölçütler belirlenmelidir. Bu konuda çeşitli kılavuzlar bulunmaktadır (Accreditation Manual for Hospitals gibi). Bu kriterlerin değerlendirilmesi, bilim araştırma konseyi tarafından yapılabileceği gibi tarafsız dış bir komiteye de yaptırılabilir.
- 5- Eğitim alt sistemi kurulmalıdır. TKY başarısı çalışanların eğitimine bağlıdır. TKY çalışmalarında; kalite kavramları, istatistik teknikleri, kalite yöntemleri gibi konularda tüm çalışanların eğitilmesi gerekmektedir. Eğitim sürekli olmalıdır ve eğitim için kaynak ayrılmalıdır.



- 6- TKY çalışmalarında, kaliteli hizmet elde etmek için çalışanların motivasyonu önemlidir. Ödüllendirme başarıyı arttırır. Sosyal etkinlikler ve para ödülleri kurumların yapılarına göre değişebilir. Kurum kendi ödül sistemini oluşturmalıdır.
- Politika belirleme sistemi kurulmalıdır. Misyonu gerçekleştirmek için, kısa ve orta dönem stratejik planların geliştirilmesi ve uygulanmasında, politika belirleme yararlıdır. Politika belirleme yönetiminde; her düzeyde sürekli iyileştirme takımları kurulmalı, geleceği planlamaya zaman ayrılmalıdır. Çalışan-yönetici ilişkisi, açık iletişim ve saygıya dayalı olmalıdır. Politika belirleme sisteminde öngörülen hedeflere ulaşmak için aşağıdaki politikaların mantıksal sırada belirlenmesi önemlidir: Hastanenin temel politikaları, amaç ve hedeflerinin belirlenmesi; hastane ortamının analiz edilmesi ve vizyon geliştirilmesi; hastanenin ve takımlarının misyonlarının belirlenmesi; orta dönem stratejik plan hazırlanması; yıllık stratejik plan hazırlanması ve takımlarca gözden geçirilmesi; takımların stratejik planlarının hazırlanması ve koordinasyon ve kalite konseyi tarafından gözden geçirilmesi; yıllık stratejik planların uygulamaya konulması; uygulamanın gözden geçirilmesi; planın hedeflere erişme düzeyinin belirlenmesi; ulaşılamayan hedeflerin değerlendirilmesi ve orta dönem stratejik plan için gerekli dönüşlerin alınması.

## 2.7 SAĞLIK HİZMETLERİNDE TOPLAM KALİTE YÖNETİMİ

### 2.7.1 Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalitenin Tanımı

Toplam kalitenin kökenleri sanayiye dayanmakla beraber çoğu yazar bu prensiplerin sağlık hizmetlerine de uygulanabileceğini düşünmüştür. Thornber bir TKY'yi sağlık sistemine uygulamış ve modelini o dönemdeki müşterilerin isteklerine göre düzenlemiştir. Thornber'in kalite modelinde yapılan hatalar, katılımcılar, verilerin ölçümü, takım çalışmaları, yöneticiler, çalışanların desteği, stratejik planlar sarmalı söz konusudur (Short and Rahim, 1995: 255-263). Sağlık konusunda kalite açıklanması çok zor bir kavramdır. Sağlıkta kalite etkinlik, verimlilik, optimal nokta, kabul edilebilirlik, yasallık ve adil olmak özelliklerini kapsar (Ak ve Sagutan, 1996: 55). Sağlık hizmetlerinin doğrudan insan yaşamıyla ilgili olması ve yapılacak hataların pahalıya

mal olacağı düşüncesi sağlık hizmetlerinde ve dolayısıyla sağlık kuruluşlarında kalite sağlamayı kaçınılmaz kılmaktadır (Devebakan, 2006: 53).

Sağlık hizmetleri, sağlık sektörünün yapısının karmaşıklığı ve değişime olan direnci nedeniyle kaliteye biraz geç geçmiştir. Ancak, endüstri ve hizmet sektörlerinde TKY uygulamaları ile elde edilen başarılı sonuçlar sağlık sektörünü de harekete geçirmiştir (Sarp, 2007: 500). Diğer işkollarına oranla sağlık sisteminde kalitenin varlığı daha önemlidir. Tıbbi hatalar, hastane enfeksiyonu, çalışanların yaralanması gibi örnekler kötü kalitenin en basit göstergeleridir (Radnay, 1997: 15). Maliyet-etkinlik, müşteri memnuniyeti, seviye ve kalite değişimi ve yeniden düzenlenmesi TKY faaliyetleri için kritik süreçlerdir (Kiwimaki, 1997: 456-470).

Tanırıkulu'na göre (2004: 79-80), sağlıkta kalite zorunluluğunun nedenleri şunlardır: i) En değerli varlık olan insanın en değerli varlığı "sağlığı" ile ilgili hizmet alıyor olması; ii) hasta insanın memnuniyetinin daha zor olması; iii) yüzyüze veya birebir hizmet sunulması; iv) hasta insanların kaygılı ve önyargılı olması; v) sağlığın telafi edilememesi.

Sağlık hizmetleri kalitesinin üzerinde uzlaşılan tek bir tanımı yoktur. Dolayısıyla, sağlık hizmetleri literatüründe kalite kavramının çok çeşitli olayları anlatmak için kullanılan birçok tanımı bulunmaktadır. Sağlık hizmetinde kalite tanımı, yapanın bakış açısı ve yaklaşımına göre farklı bir kavram ele almıştır. Örneğin, sağlık hizmeti kalitesini yalnızca tıbbi faaliyetler açısından ele alan tanıma göre kalite bir hastalık ya da durumun fonksiyonlarından birisi olarak bireyin sağlık durumunda meydana gelebilecek gerilemeyi en azından durduracak ya da iyileşme sağlayacak biçimde belli faaliyetlerin yerine getirilmesidir (Aslantekin, 2007: 60).

Sağlık Hizmetinin Kalitesi = Teknik kalite + Tedavi Sanatı

Kalitenin teknik yönü, "teşhis ve tedavi hizmetlerin çağdaş tıp bilimine, bilimsel standart ve normlara uygun olmasını"; sanatsal yönü de, "verilen hizmetlerin hasta beklentilerini karşılmasını içermektedir (Kavuncubaşı, 2001: 270).

Sonazzura'ya göre, kalite "hastanın mümkün olabilecek en iyi fonksiyonel ve psiko-sosyal iyileşmesini sağlayan teknik veya bilimsel olanaklarla iyi insan ilişkilerinin biraraya konmasıdır (Kurt, 2007: 34). Genel olarak klasik görüş sağlık hizmetlerinde

kaliteyi şöyle tanımlar: Sağlık hizmetleri sisteminin çeşitli öğelerinin, standartlara uygunluk ya da mükemmellik derecesidir (www.kalitekontrol.org).

Donabedian, yüksek kaliteli hizmeti “hizmet sürecinin bütün kısımlarındaki beklenen kazançlar ve kayıplar dengesi hesaba katıldıktan sonra, hastanın iyilik halinin kapsamlı bir ölçüsünü en üst düzeye çıkarması beklenen hizmet olarak tanımlayıp kalitenin üç ögesinden bahseder. Bunlar (Kaya, 2005: 4):

1. Teknik hizmetin kalitesi: Teknik performans, uygun hizmet stratejilerini belirlemede kullanılan bilgi ve yargı ile bu stratejileri uygulamadaki beceriye dayanır. Teknik performansın iyiliğine uygulamadaki en iyi ile karşılaştırarak karar verilir. Uygulamadaki en iyinin, sağlıkta en büyük iyileştirmeyi ürettiğine inanılır. Burada iki noktanın vurgulanması gerekir. Birincisi, teknik kalite hakkındaki mevcut en iyi bilgi ve teknolojiye bağlıdır; bu sınırın ötesine geçemezler. İkincisi, karar zaten meydana gelmiş olaylara değil, gelecekteki beklentilere dayalıdır. Herhangi bir durumdaki hizmetin gerçek sonuçlarının çok kötü olduğu kanıtlanırsa bile, eğer hizmet, verildiği zamanda, en iyi sonuçlara ulaştırması beklenen uygulamaya uyuyorsa, kalitenin iyi olduğuna karar verilmelidir.
2. Hizmetle ilgili herkes arasındaki, fakat özellikle hasta ve sağlık hizmeti sunan kişi arasındaki kişiler arası ilişkinin iyiliğidir. Kişiler arası görüşme yoluyla, hasta teşhise varmak için gereken bilgiyi verir ve en uygun hizmet yöntemlerini seçmek için gereken tercihlerini bildirir. Doktor hastalığın doğası ve yönetimi hakkında bilgi verir ve hastayı hizmette aktif bir şekilde işbirliği yapmaya motive eder. Karşılıklı kişiler arası ilişkide bulunması beklenen erdemler gizlilik, bilgilendirilmiş tercih, ilgi, empati, dürüstlük ve davranış inceliğini içerir.
3. Hizmetin rahatlık ve konfor sağlayan yönleridir. Bunlar, hizmetin sunulduğu yerin istenen özellikleridir ve uygunluk, rahatlık, sessizlik, mahremiyet, konfor ve hatta estetik özellikleri içerir.

Donabedian kalitenin özelliklerini yedi grupta toplamıştır (Kaya, 2005: 5):

*Etkenlik:* Etkenlik en uygun koşullar altında kullanıldığında, sağlık hizmetleri bilim ve teknolojisinin sağlıkta iyileştirmeler meydana getirme yeteneğidir. Etkenlik

araştırma, deneyim ve profesyonel fikir birliğinin bir ürünü olarak bize önceden verilir. Alternatif hizmet stratejilerin göreceli etkinliği, iyi kontrol edilmiş klinik araştırmalar ya da teknoloji değerlendirme yoluyla belirlenir.

*Etkililik:* Etkililik sağlıkta şimdi ulaşılabilir olan iyileştirmelere gerçekte ulaşma derecesidir. Bu, gerçek performans ile idealde ya da belirli koşullar altında sağlık hizmetleri bilim ve teknolojisinin ulaşması beklenebilen performans arasında karşılaştırma yapmayı gerektirir.

*Verimlilik:* Verimlilik sağlıkta ulaşılabilir iyileştirmeleri azaltmaksızın hizmet maliyetini azaltma yeteneğidir.

Belirli maliyetle sağlıkta daha fazla iyileştirme yapılırsa ya da aynı derecedeki iyileştirmeye daha düşük bir maliyetle ulaşırsa, verimlilik artar. Sağlık faydaları aynı kalmadıkça ya da iyileştirilmedikçe sadece maliyetin azaltılması verimliliği göstermez. Sağlık bakım hizmetlerinde verimliliği artırmanın üç yolu vardır:

1. Sağlık bakım hizmeti sunanların zararlı, faydasız ya da daha az etkili ilaçları veya yöntemleri içermeyen hizmetleri önermesi ve uygulaması.
2. Sağlık bakım hizmeti sunumunda kullanılan mal ve hizmetlerin daha verimli üretimi.
3. Sağlık bakım hizmetlerinin (yaş, cinsiyet, etnik durum, ekonomik durum, oturlan yer, hastalık türü vs. bakımından) farklı hasta grupları arasında, sağlıkta beklenen iyileştirmelere orantılı olarak dağıtılması.

*Optimallik:* Optimallik sağlıkta iyileştirmeleri, bu iyileştirmelerin maliyeti ile dengelenmektedir. Bu tanım, sağlık hizmetlerinin maliyetleri ve faydaları arasında “en iyi” bir noktanın bulunduğu anlamına gelir. Bu noktanın altında, faydalara göre düşük maliyetle daha fazla fayda elde edilebilir, üzerinde ise faydalara göre çok fazla maliyetle ilave faydalar elde edilir.

*Kabul edilebilirlik:* Hastaların ve ailelerinin isteklerine, arzularına ve beklentilerine uygunluk olarak tanımlanır. Kabul edilebilirliğin beş ögesi vardır: erişebilirlik, hasta-hizmet sunucu ilişkisi, hizmetin rahatlık ve konfor sağlayan yönleri, hastaların hizmetin etkileri, riskleri ve maliyetleri ile ilgili tercihleri ve hastaların adil ve hakkaniyetli olarak düşündükleri şeyler.

Hasta-hizmet sunucusu ilişkisindeki iyiliği temsil eden bütün özellikleri listelemek kolay değildir. Ancak, kişisel ilgi, empati, saygılı olma, zaman ayırmaya isteklilik, açıklamaya çaba sarf etmek, hastanın tercihlerine dikkat etmek, dürüstlük, doğru sözlülük ve iyi davranışlar iyi hizmette gerekli öğelerdir.

Hizmetin rahatlık ve konfor sağlayan yönleri, hizmetin verildiği çevre ve ortamın arzulan yönleridir. Uygunluk, gizlilik, konfor, dilendiricilik, temizlik, uygun park yerinin bulunması, meşrubat ve hafif yemeklerin bulunması gibi özellikleri içerir. Bu özellikler sağlık hizmeti alma deneyimini ya hoş ve ödüllendirici ya da tatsız ve küçük düşürücü hale getirmeye katkıda bulunur.

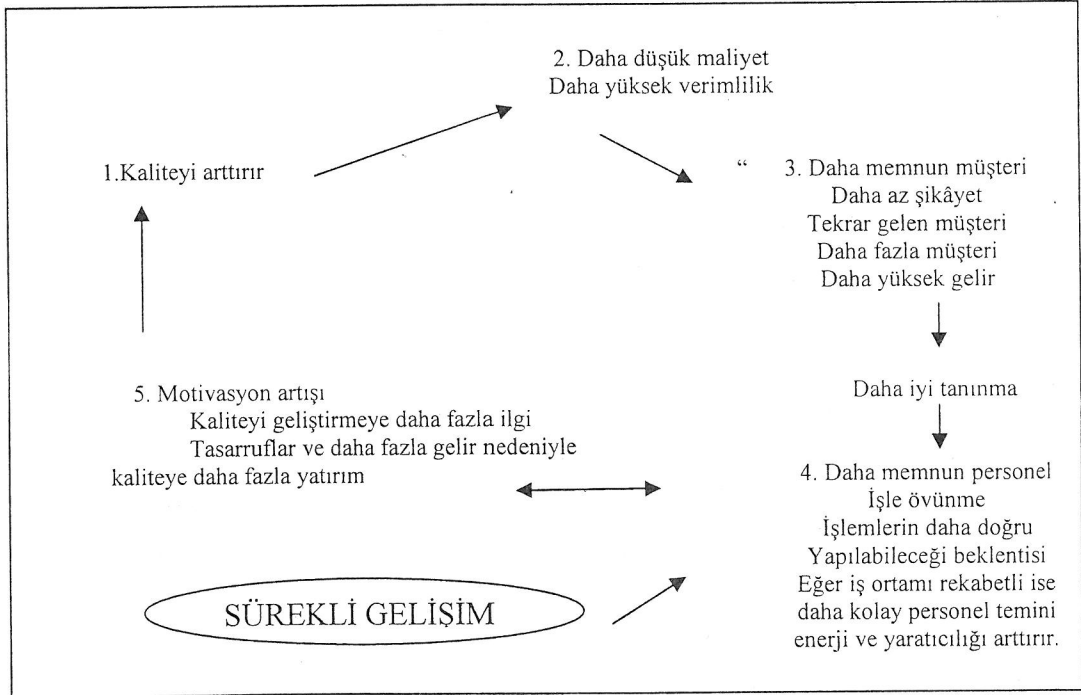
*Yasallık:* Yasallık, etik prensipler, değerler, normlar, yasalar ve düzenlemelerde ifade edilen sosyal tercihlere uygunluk olarak tanımlanır. Kısaca sosyal kabul edilebilirlik olarak görülebilir.

Demokratik bir toplumda hizmetin bireyler için önemli olan bütün özelliklerinin aynı zamanda sosyal konular olması beklenebilir. Bununla birlikte, sosyal düzeyde, bireylere ilgiye ilaveten, herkesin refahı için de sorumluluk vardır. Bazı bireyler ya da tıbbi refakatçilerinin bazen en iyi hizmet olarak düşündükleri şey, herkes için en iyi olanla uyuşmalıdır.

Bireyler hizmet aldığı ya da alamadığında fayda ya da zarar görenler sadece onlar olmayabilir. Başkaları için fayda ya da zarar olduğunda, toplum hizmetin uygunluğunu bireylerden farklı şekilde görebilir. Hizmetin sağlık üzerindeki etkileri bireylerle sınırlı olduğunda bile, toplum onlara bireyler kadar fazla değer vermeyebilir. Örneğin, toplum, yaşlıların bakımına daha az çocukların bakımına daha fazla kaynak ayırmayı isteyebilir. Çoğu kez toplumun maliyetlere bakışı bireylerinkinden çok farklıdır. Bunun ana nedeni hizmetin sosyal finansmandır. Hizmetin maliyetinin bir kısmı ya da tamamı üçüncü taraf tarafından karşılandığında, bireyin almak isteyebileceği hizmet düzeyi, toplumun finanse edebileceğini düşündüğü düzeyi aşar. Bütün bu nedenlerle, toplumun optimal hizmet olarak düşündüğü şey, bireylerin optimal olarak düşündüğünden bazen önemli derecede farklı olabilir. Neyin adil ya da hakkaniyetli olduğu konusunda da farklılık olabilir. Özgür bir toplumda bu farklılık veya anlaşmazlıklar sadece politik ve sosyal anlaşmayla çözülebilir.

*Hakkaniyet:* Hakkaniyet bir toplumun üyeleri arasında sağlık hizmetlerinin ve faydalarının dağıtımında doğru ya da adil olanı belirleyen prensibe uygunluk olarak tanımlanır. Hakkaniyetin hizmetin erişilebilirliğine, etkililiğine ve alınan hizmetin kabul edilebilirliğine dayandığı açıktır. Genel bir kural olarak, amaç; yaş, cinsiyet, gelir, sosyal sınıf, etnik köken, oturulan yer vb. ile nitelenen nüfus grupları arasında bu bakımlardan farklılıkları ortadan kaldırmaktadır.

Ovretveit'e (1992) göre sağlık hizmetlerinde kalite; hizmete en çok ihtiyacı olanların ihtiyaçlarını, örgüte maliyeti en az olacak şekilde ve daha yüksek otoriteler ve satın alıcılar tarafından belirlenen sınırlar ve direktifler içerisinde tamamen karşılamaktır. Ovretveit (1992) tarafından kalitenin yükseltilmesinin sağlayacağı faydalar Şekil 2.2'de gösterilmektedir (Kocadağ ve Özgen, 1994: 328):



**Şekil 2.2.** Toplam Kalite Yöntemi İle Sağlanacak Faydalar

**Kaynak:** Kocadağ, Z., Özgen, H., Toplam Kalite Yönetimi: Sağlık Bakanlığı Hastaneleri İçin Bir Model Önerisi, *1. Ulusal Sağlık Kuruluşları ve Hastane Yönetimi Sempozyumu*, Ed: M. Doğan, Ö. Harmancıoğlu, Y. Yeğinboy, Aydın, 1994, s. 328.

Kalite kavramı organizasyon kültürüne ve geleneksel yönetim felsefesine önemli değişiklik getirmiştir. Bu değişiklikleri şöyle özetlemek mümkündür: Çalışanları kontrol etmek değil, yönlendirmek ve yardımcı olmak gerekir. Kararları vermek için fikirler değil, veriler kullanılır. Sorunların tespiti (saptama) yerine onların önlenmesi için çalışma yapılır. İşleri doğru yapmak yerine, doğru işleri yapmaya yoğunlaşılır. Bireysel

faaliyetler yerine ekip faaliyetleri öne çıkar. Kuşku ve şikâyet yerine güven ve inanca dayalı bir atmosferin gelişmesine yardımcı olunur (Kocadağ ve Özgen, 1994: 319-320).

Sağlıkta kalite şu şekilde sınıflandırılabilir: 1) Hasta kalitesi, 2) profesyonel kalite, 3) yönetim kalitesi. Hasta kalitesi hastaların istediği ve umduğu hizmetlerin verilmesini ifade etmektedir. Profesyonel kalite sağlık personelleri tarafından belirlenen ve hastanın klinik ihtiyaçlarını en etkili şekilde sağlayacak yöntem ve süreçlerden oluşmaktadır. Yönetim kalitesi ise hastaların ihtiyaçlarını ve haklarını gözeterek, hasta kalitesi ve profesyonel kaliteyi en iyi şekilde temin etmek için, israfa kaçmadan uygun kaynak kullanımını ifade etmektedir.

Hizmet kalitesinin artırılması, hastalar için en üst seviyede fayda sağlar. Kaliteli hizmet sunmanın birinci öncelik haline gelmesi durumunda, hastalar hizmetlerden daha hızlı, daha iyi şekilde yararlanırlar ve tercihlerinin karşılığını aldıkları inancına sahip olurlar. Böyle bir inanç, hastaların hastaneye olan güvenini artırır (Öçalan, 2009: 25). Sağlık alanında kalite yönetimi hasta hakları kavramına koşut olarak benimsenmiştir. Sağlıkta en iyi hasta merkezli yaklaşımla tanımlanır.

Sağlık hizmetlerinde belli adımlarla ve güvenli şekilde ilerleyerek kalite geliştirme ve değerlendirme süreci oluşturulur. Bu süreç içerisindeki şu adımlar yer alır (Uyer vd., 2000: 142):

**Adım 1: Sorumluluğu Yayma:** Örgüt lideri, kalite geliştirme programlarının düzenlenmesi, örgütte kalite geliştirme sorumluluğu oluşturma ve stratejik önceliklerin belirtilmesinden sorumludur. Sorumluluklarını yerine getiren bir lider, işletmede kalitenin oluşmasında en önemli fonksiyonu yerine getirmiş olmaktadır.

**Adım 2: Bakım ve Hizmet Alanlarının Tanımı:** Bakım alanlarının tanımı için yapılan tüm etkinliklerin bir envanteri çıkarılır. Envanterde; hizmet sunulan hastaların tipi, kullanılan tanı ve tedavi yöntemleri, hizmet sunumunda yer alan etkinlikler, bu etkinlikleri yerine getiren personel, hizmet sunulan zaman yer almalıdır. Bakım alanlarını tanımlamada bu yöntem kullanılırsa, kalite geliştirme çeşitli etkinliklerde yer alan fonksiyon ve süreçlerin anlaşılması ve geliştirilmesi üzerinde odaklaşır.

**Adım 3: Bakım ve Hizmetin Önemli Yönlerini Yayma:** Bu aşamada sürekli incelenecek konular ve öncelikleri belirlenir. Öncelikler kurumun kaynakları ve kurumun hasta açısından önemi göz önüne alınarak belirlenir.



Adım 4: Göstergeleri (İndikatörleri) Tanımlama: Bu adımda bakımın önemli yönleri ile ilgili performans ölçütleri seçilir. Göstergeler kullanılan bakımın yapı, süreç ve sonucuyla ilgili ölçümlerdir. İndikatörler bakım kalitesinin izlenmesi ve değerlendirilmesinde bir rehber olarak kullanılabilirler. En doğru ve verimli göstergelerin seçilmesi o bakım alanında uzman olan kişilerden oluşan bir ekip tarafından yapılmalıdır.

Adım 5: Değerlendirme Eşiklerini Belirleme: Bu aşamada, her gösterge için ileri değerlendirmenin ne zaman yapılacağı belirlenir. Örneğin, hastane enfeksiyonları bir gösterge olarak kullanılıyorsa, saptanan bir değerin (örneğin %3) üzerine çıktığında ileri değerlendirme yapılabilir.

Adım 6: Verileri Toplama ve Organize Etme: Her bir gösterge için veriler toplanıp, organize edilir ve eşik değerlere göre ileri değerlendirmenin ne zaman başlatılacağına karar verilir. Sonuçların bildirim ölçülen bakım alanına ve kaynaklara bağlı olmakla birlikte zamanlama genellikle ayda, iki ayda, üç ayda ya da altı ayda birdir.

Adım 7: Bakımı Değerlendirme: Kurumun kalite geliştirme planına göre bakım, sorumlu kişiler tarafından düzenli ve belirli aralıklarla eşik değerlere göre değerlendirilir.

Adım 8: Bakımı Geliştirmek İçin Girişimde Bulunma: Değerlendirme sonuçları gelişme fırsatı olduğunu gösteriyorsa önerilen düzeltici girişimler uygulamaya konur.

Adım 9: Girişim Etkinliğini Saptama ve Gelişimi Sürdürme: Girişimin bakımı gerçekten geliştirilip geliştirmediği belirlenmeli ve gelişimin devamı sağlanmalıdır.

Adım 10: Sonuçları İlgili Birey ve Gruplarla Paylaşma: Kalite ekibi ve liderler gerekli bilgileri örgüte yaymalıdır. Değerlendirmenin etkinliği konusunda liderlere ve diğerlerine resmi olan ya da olmayan öneriler, tepkiler ve bilgi akışı olacaktır. Kalite geliştirme süreci burada bitmemiştir. Bundan sonraki adım, bakım alanının farklı boyutlarına yöneliktir.

TKY'nin son yıllarda sağlık sektöründe önemi giderek yaygınlaşmaktadır. Bu doğrultuda sağlık sektöründe hizmetin bir bütün olarak iyileştirilmesi temel amaç olmalıdır. Günümüzde sağlık sektöründeki mevcut kalite sistemi gözden geçirilerek bu yapının TKY anlayışıyla bütünleştirilmesi gerekmektedir. Çünkü TKY bir kuruluştaki faaliyetleri sürekli iyileştiren kurum çalışanlarının gönüllü katılımını sağlayan, hasta memnuniyetini esas alan, şikâyetleri en aza indiren çağdaş bir yönetim stratejisidir. Bu

stratejinin sağlık sektöründe başarıyla uygulanabilmesi için gerekli iyileştirme çalışmaları yapılması gerekmektedir (Ecer vd., 2002: 66).

### 2.7.2 Sağlık Hizmetlerinde Kalitenin Tarihçesi

Sağlık hizmetlerinde kalite, M.Ö. 5. Yüzyılda Hipokrat'ın yazılı mesleki davranış kuralları, M.Ö. 2000'de Mısır papirüslerinde belgelenen tıbbi uygulama standartları, M.Ö.'de 1100'de Chou Hanedanının, doktorların mesleğini uygulamaya başlamadan önce bir sınavı geçmelerini istemesi ve doktorlara yapılan ödemeleri hasta sonuçlarına göre belirlemesi, M.S. 1000'de İran'da tıbbi uygulama yapan herkesin bilgisinin sınavla değerlendirilmesinin istenmesi, uzak geçmişteki önemli gelişmelerden bazılarıdır (Kaya, 2005: 17).

Sağlık hizmetleri alanında ilk kez 1914 yılında Ernest Codman tarafından ABD'de hastaların memnuniyetine odaklı olmasa bile, hastanelerin standartlarını belirleyecek istatistiki çalışmalar yapılması, sağlıkta kalite ölçümüyle ilgili ilk uygulama olarak kabul edilmektedir. Başlangıçta sonuçların ne olduğuna yönelik bu tür çalışmalar ile bir anlamda kalite kontrolü olarak tanımlayabileceğimiz girişimler, sağlık harcamalarındaki hızlı artışın da etkisiyle bundan sonra uygulanacak hizmetlere ait yapı oluşturmuştur (Akgün, 2005: 75).

Codman'dan sonra Dr. Paul Lembcke, ABD'deki cerrahlar arasından kullanım oranlarındaki ve hizmet modellerindeki aşırı varyasyona ilişkin delillerle ilgilenmiştir. Lembcke, yaptığı çalışmada tıbbi denetim uygulanan kuruluşlarda, bu aylarda doğruluğu gösterilen ameliyat oranlarında önemli artışlar olduğunu bildirmiştir (Kaya, 2005: 19).

1960'lar ve 1970'ler formel kalite güvencesinin başlangıcı olarak düşünülmektedir. Bu dönemde kalite artık sadece profesyonelleri ilgilendiren bir konu değildir; maliyetleri azaltmak ve kaliteyi iyileştirmek için hükümet ve ödeme yapan diğer üçüncü taraflar içinde önemli hale gelmiştir. Bu dönemde "Tıbbi Bakımın Kalitesini Değerlendirme" isimli makalesini yayımlayan Donabedian bu makalesinde sağlık hizmetlerinin kalitesi hakkında daha önceki yıllarda yapılan akademik çalışmaların mükemmel bir özetini yapmış ve gelecekteki araştırmacılar için, kaliteyi sağlama uğraşında inceleme ve değerlendirmenin üç ana nesnesi olarak, şimdi standart bir tipoloji olarak hizmetin yapı, süreç ve sonucunu açıklamıştır (Kaya, 2005: 20).

Özellikle 1990'lı yıllarda sağlıkta TKY'ye dönük uygulamalar, sağlıkta yüksek teknolojinin yaygın kullanımına paralel olarak, ulusal gelir artışının çok üzerindeki oranlarda artan sağlık harcamaları ile ilgili maliyeti kontrol etmeyi amaçlayan bir takım organizasyonların öncelikle ABD'de ortaya çıkmasını sağlamış, daha sonra bunun diğer ülkelerde yayılımını gerçekleştirmiştir. Bilimsel tıbbın gelişmesi, mesleki örgütlenmelerin ve meslek standartlarının eleştirilmesi, toplumun bilinçlenmesi, sağlık hizmetlerinin artması ve yasal düzenlemeler, sağlık kurumlarını verdikleri kalite boyutu ile daha yakından ilgilenmeye yöneltmiştir (Akgün, 2005: 75).

Günümüz sağlık hizmetlerinin kalite boyutları ise şunlardır: Kalite, verimlilik, teknoloji ve rekabetin sağlık hizmetlerindeki önemi devam eder. Günümüz sağlık sektörünün müşterileri ve doktorları kalite olgusu karşısında hassas ve bu doğrultuda karar verir. Yüksek kalite çok sayıda müşterinin bağlılığını getirir. Zamanla bu işletme için daha fazla getiri ve referansa dönüşür. Kalite ve verimlilik arasında güçlü ilişki vardır. Kalite bir birimin sorumluluğu değildir. Kalite, hemşireler, doktorlar, hastabakıcılar, eczacılar ve biyokimya teknisyenleri gibi herkesin sorumluluğundadır. Hasta (müşteri) tatmini, rekabet şartlarından etkilenir ve bu durum hastane ziyaretlerinin zamanında ve daha sonrası için değerlendirilmelidir. Standartlara uyularak, hastaların beklentilerin karşılanmasıdır. Eğer kalite ile kârlılık birbirine çok bağlıysa hastane, rakiplerini aşan bir kalite olgusu ortaya koyulmalıdır. Her şeyin kâfi derecede olması yetmez, hastane rakiplerine göre en iyi durumda olmalıdır. Diğer hastanelerin (rakiplerin) hizmetleri incelenerek müşterilerin en iyi hizmetten ne anladıkları ve niçin rakipleri tercih ettikleri araştırılmalıdır. Hastane yukarıda sıralanan hususlar için çaba sarf ederken rakipler boş durmayacaklardır. Öyleyse, kalite sürekli gelişen bir olgudur. Bundan geri kalmamak gerekir. Sürekli gelişme konulan standartlara uymaktan daha önemli bir konu olup üzerinde durulmalıdır (Diken, 1998: 106).

### **2.7.3 Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalitenin Önemi**

TKY uygulamasında; diğer işletmelere göre hastanelerde uygulama farklılıkları ve güçlükleri vardır. Bu durum teşhis, tıbbi bakım ve hasta bakımı ile hastane yönetimi ve işletmeciliği gibi hastane fonksiyonlarından ve onların işleyişinden kaynaklanmaktadır (Sarp, 2004: 1). Günümüzde de hastanelerdeki sağlık hizmetleri büyük önem taşımaktadır. Sağlık sektöründe hizmet alan hastalar en kısa sürede

sağlıklarına kavuşmayı, tanı ve tedavilerin doğru bilimsel ilkeler, gelişen teknoloji ve kaynaklar yoluyla yapılmasını talep etmektedirler (Biçkes, 2000: 29-36).

İnsan yaşamının gerek kanunlarla ve gerekse eğitilmiş kişiler tarafından ortaya konulan teorilerle öneminin vurgulanması sonucunda, bilinçli, aldığı hizmeti değerlendiren, sorgulayan ve daha iyiyi arayan bir kitle oluşmaktadır. Geçmişte insan hayatı hakkında yapılan hatalar nasıl cezalandırılıyorsa, bugün de aynı yaptırımlar uygulanmakta ve insan hayatı değerli kılınmaya çalışılmaktadır (Serbest, 2006: 22). Ayrıca, sağlık hizmetinin kalite göstergesi yalnızca kişinin sağlığına kavuşması değil, aynı zamanda hastanın beklentilerinin tam olarak tatmini yani memnun olarak hastaneden ayrılmasını sağlamaktır (Şengül, 1997: 87).

Amerikan Tıp Birliği Konseyi (The American Medical Association's Council on Medical Service) tarafından hazırlanan bir Raporda yüksek kaliteli sağlık hizmetlerinin taşınması gereken özellikler bildirilmiştir. Sözü edilen Rapora göre yüksek kaliteli tıbbi bakımda şunlar aranmalıdır: i) Sağlığın yükseltilmesi; ii) hastalık ve benzeri durumların erken teşhisi ve tedavisi; iii) sağlık hizmetinin zamanında sunulmuş olması; iv) uygun olmayan tedavinin verilmemesi ve gereksiz şekilde uzatılmaması; v) bakım sürecinde ve bu süreçle ilgili kararlarda hastanın bilinçli şekilde işbirliği yapmasını ve katılımını sağlamanın yollarının aranması; vi) tıp biliminin kabul edilmiş ilkelerine ve uygun teknoloji ve profesyonel kaynakların verimli kullanımına dayanması; vii) hastalığın meydana getirebileceği stres ve endişeye karşı duyarlılıkta ve hastanın tam anlamıyla iyi olması düşüncesiyle sunulması; viii) istenilen tedavi çıktısına ulaşmak için ihtiyaç duyulan teknoloji ve diğer sağlık sistem kaynaklarının etkili kullanılması; ix) bakımda sürekliliğin sağlanması ve aynı mesleğe mensup bireyin de değerlendirilebilmesi için hastanın tıbbi kayıtlarının yeterince iyi olması (Devebakan, 2006: 129).

#### **2.7.4 Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Açısından Karşılaşılan Güçlükler**

TKY'nin sağlık hizmetlerinde uygulanması çok zor ve uzun bir çalışmadır. Kaliteli sağlık hizmeti sunulmasında tüm personelin katılımı bu noktada başarının en önemli unsuru olarak görülmektedir ([www.kalitekontrol.org](http://www.kalitekontrol.org)). Ferhat Ecer ve arkadaşlarının "Sağlık Sektöründe Toplam Kalite Yönetiminin Uygulanabilirliği Üzerine Bir Araştırma" başlıklı makalesinde yöneticilere uygulanan ankette kurum içerisinde alınan kararlara katılım düzeyinin derecesi belirlenmeye çalışılmış ve bu

kurumlarda çalışanların %20'sinin kararlara katılımının zayıf, %33,3'ünün ise orta düzeyde, %46,7'sinde bu katılımın iyi olduğu saptanmıştır. Bu sektörde kararlara katılımın yarı yarıya bile olmadığı görülmüştür (Ecer vd., 2002: 14).

Sağlık hizmetlerinin temel hedefi, toplumların ihtiyaç duydukları alanlardaki sağlık hizmetlerini istenilen kalitede, zamanda ve en az maliyetle sunmaktır. Sürekli değişen bilgi, teknoloji, maliyetlerdeki artış, hasta şikâyetlerindeki artış ve iyi bakım istekleri sağlık hizmetlerinin daha karmaşık bir hal almasına neden olmaktadır (Zerenler ve Öğüt, 2006: 504). Üstelik sağlık politikaların geliştirilmesi, sağlık hizmetlerinin sunumu ve finansmanı, sağlık kurumlarında yönetim, insan gücü ve mevzuata yönelik çalışmalardan doğan sorunlar oluşabilmektedir. Etkin bir sevk sistemi olmaması sebebiyle hizmet sunumu verimsiz olmakta, hastanelerde aşırı bürokrasi hizmetin hızlı ve kaliteli sunumunu önlemektedir. Hizmeti alanlar gibi hizmeti sunanlarında o hizmetten sorumlu yöneticilerden bazı beklentileri vardır. Çalışma koşullarının yetersizliği, özlük haklarının kollarlanması, sosyal ihtiyaçlarının karşılanması gibi taleplerde bulunabilirler. Bunlar sağlanmadığı takdirde verimli çalışamazlar, dolayısıyla hizmetten beklenen sonuçlar elde edilemez (Öztek, 1996: 37).

282 yöneticiye uygulanan bir ankette ülkemizde yöneticilerin astlarına pek güven duymamakta, aşağıdan yukarıya iletişime pek imkân tanımamakta, ödüllendirme yanında cezalandırmayı da kullanarak astlarını isteklendirmemekte, astlarının kararlara katılımını kısıtlamakta, astların fikirlerini dinlemekte fakat kararları tek basına almaktadır. Aynı araştırmada ortaya çıkan başka bir önemli bulgu ise yöneticilerin kurallara son derece önem verdikleri; değişiklikleri uygulamaya da pek istekli davranmamalarıdır (Şahin, 2007: 6).

Yapılan bir araştırmada 61 başhekim sorulan "Size göre bir başhekim, hastane işletmelerinde yürütülen idari, mali ve teknik hizmetlerden birinci derecede yetkili, görevli ve sorumlu olmalı mıdır?" şeklinde sorulan soruya %66'sı 'Hayır' yanıtını vermiştir. Yine aynı araştırmada başhekimlere göre hastanelerdeki verimsizliğin nedenleri arasında en üst sırayı %48'le hastanelerin modern yönetim ve organizasyon anlayışına göre yönetilmemesi olgusu yer almıştır (Özgen ve Öztürk, 1992: 8). Hastanelerin mevcut yönetim yapısı; çağdaş işletmecilik kurallarıyla bağdaşmayan aşırı merkezîyetçi görünümündedir. Bununla birlikte, idari ve mali bağımlılık, kaynak yönetiminin yapılamaması, tıbbi ve idari hizmetlerin yeterince planlanamaması,

maliyeti belirsiz hizmet üretimi, tam zamanlı çalışma ilkelerinin uygulanamaması, yerinden yönetim ve denetimin gerçekleştirilememesi, performansa dayalı hizmetin yürütülememesi, kalitenin gözetilmemesi ve rekabet ortamının bulunmaması, hastaneler açısından sorunlar olarak sayılabilir (Asunakutlu, 2005: 12). Ayrıca, nitelikli sağlık yöneticisinin eksikliği, sağlık personelinin uzmanlık alanlarına göre dağılımının ihtiyaca uygun olmaması, sağlık çalışanlarının istihdam, ücret ve haklar konularındaki sorunları, sağlık mevzuatının günün koşullarına ve değişen ihtiyaçlara cevap veremeyecek kadar eski ve ayrıntılı olması da diğer sorunlar arasındadır (Hayta, 2008: 51).

Gelişen teknoloji, insan hakları, kişilerin hak ve sorumluluklarına karşı bilinçlenmesi, sağlık hizmeti sektöründeki maliyet artışları ve bunu önlemek için başlatılan arayışlar, kaliteli hizmet sunumu anlayışının önem kazanmasına neden olmuştur (Sarp ve Tükel, 1999: 4). Ayrıca, sağlık sektörünün çok dinamik bir yapıya sahip olması kalitenin başarılmasında büyük zorluklar ortaya çıkarmaktadır. Tedavi hizmetlerinin sürekli artmasının yanı sıra, hızlı bir teknolojik değişim yaşanmaktadır. Demografik değişiklikler sağlık hizmetlerinin sağlanmasındaki dengeyi değiştirmekte ve halkın beklentileri sürekli artmaktadır (Tengilimoğlu vd., 2009: 392). Tüm bu beklentiler sonunda sağlık hizmetlerini üretenler kaliteli hizmet verme yarışına katılmak zorunda kalmışlardır.

Hiyerarşik bir örgütsel yapı, kalite bireysel bir sorumluluk, negatif bürokrasi geleneği, yetersiz ödüllendirme ve motivasyon sistemi, adama göre iş yaklaşımı, aşırı otonomi beklentisi ve/veya meslek gruplarının çatışma eğilimlerine karşı ortak örgütsel değerleri savunma çatışması da diğer sorunlardır. Rekabet koşulları oluşmadığından sektörde yer alan işletme yapıları sistematik kalite yönetimi felsefesine gereksinim duymaz. Hizmet süreçleriyle ilgili standartlar mevcut olmayıp hizmet gereklerine uygun olmamanın telafisi, teknik yeterlilik güvence altına alınmadığı sürece, çoğu zaman olası değildir (Şahin, 2006: 3). Türkiye'deki hastanelerde TKY'nin önündeki en büyük engel, değişim ve yeniliklere karşı direnç ile alışkanlıkları terk edememedir. Bir başka bulgu ise çalışanların %70'i gibi oldukça önemli bir bölümünün Türkiye'deki hastanelerin kültürel yapısının TKY'ye geçişte engel olduğuna inanmalarındadır. Bu durumda, örgüt kültürü ile kalite anlayışının entegrasyonu sağlanmalıdır (Asunakutlu, 2004: 103).

### 2.7.5 Sağlık Sektöründe Toplam Kalite Yönetimi Uygulamalarında Başarı Yolları

ABD’de, TKY’nin sağlık hizmetlerinde kullanılabilmesine yönelik olarak 1987 yılında 21 hastanede TKY çalışmaları başladı (Kiyim, 1997: 179). Kalite iyileştirme tekniklerinin sağlık kuruluşlarında da başarılı olabileceği görülmüş ve şu tespitlerde bulunulmuştur (Kaya, 2005: 45):

- TKY araçları, sağlık hizmetlerinde çalışabilir.
- Sağlık bakım süreçlerini iyileştirmede çapraz fonksiyonlu ekipler değerlidir.
- Sağlık hizmetlerinde kalite iyileştirme için faydalı pek çok veri bulunmaktadır.
- Kalite iyileştirme yöntemlerini kullanmak eğlencelidir.
- Kötü kalitenin maliyeti yüksektir ve tasarruflar yapılabilir.
- Doktorları TKY çalışmalarına katmak zordur.
- Eğitim ihtiyacı erken ortaya çıkar.
- Klinik olmayan süreçler erken ilgi çeker.
- Sağlık bakım örgütleri kalitenin daha geniş bir tanımına gerek gösterebilir.
- Endüstride olduğu gibi, sağlık hizmetlerinde de kalite iyileştirmenin yazgısı, her şeyden önce liderlerin ellerindedir.

Hastanelerde sekiz başarı faktörü şunlardır (Gökmen, 2001: 14):

1. Düzenli iş planı ve stratejik planların yapılmasına önem verilmesi; burada yönetim geleceğe yön vermekte ve örgütün amaçlarını ve hedeflerini ortaya koymaktadır.
2. Kalite kavramını kucaklamaya ve geliştirmeye ve kalite geliştirme programlarını uygulamaya ve geliştirmeye istekli olmak; burada odak çeşitli stratejilerle hizmet kalitesini geliştirmektedir.
3. Gelişmiş yönetimin, özellikle insan gücü yönetiminin çok önemli olduğuna inanma; bu etkili insan gücü yönetim programlarının ve yöntemlerinin, enformasyon sistemlerinin, etkili eğitim programlarının, etkili değişim yönetimi programlarının geliştirilmesi ile sağlanır.
4. Örgütsel esnekliğe ve gelişmiş örgütsel ortama destek vermek; sadece cevap vermek değil değişimi hoş karşılamak, ortamın kontrolünü elde tutmak ve girişimci olmak.



5. Özellikle klinisyenlere bütçe sorumluluğu verme ihtiyacını kabul etmek ve tıbbi ve yönetsel endişeleri birbirine yaklaştırmak; hastanelerdeki geleneksel doktor hastalarını yönetir ve idareciler örgütü yönetir ayrımını çözmeyi hedeflemek.
6. Enformasyon sistemlerini geliştirmeye yönelik kararlılık; enformasyon sistemlerine kaynak ayırmak, yönetimi geliştirecek etkili enformasyon sistemlerini seçmek ve uygulamak.
7. Hastaneler arasındaki rekabetin verimliliği getireceğine inanmak; rekabeti anlamak ve hoş karşılamak, hastane yönetimi ve hizmet sunumunda en iyi olabilmek için çabalamak.
8. Devamlı Maliyetleri Düşüren ve Üreticiliği Geliştiren Bir Odağa Sahip Olmak; hastanede kalış süresini azaltarak, hizmetleri özelleştirerek ve her fırsatta verimliliği ve üretkenliği artırıcı programlar geliştirmek.

TKY'nin sağlık hizmetlerinde uygulanması çok zor ve uzun bir çalışmadır. Kaliteli sağlık hizmeti sunulmasında tüm personelin katılımı bu noktada başarının en önemli unsuru olarak görülmektedir. Tam katılımın yanında TKY ile ilgili verilecek eğitimde önemli bir unsuru oluşturur. Songül Doğan ve Sıdıka Kaya (2004) Aksaray İlindeki hastanelerde yöneticilerin TKY'ye ilişkin görüşlerini incelemiştir. Araştırma sonuçlarına göre yöneticiler TKY uygulanmasında lider rolü üstlenmek istemişler ancak bunun için TKY'nin anahtar kavramları ve yöntemleri konusunda yeterli eğitim almaları gerektiğini bildirdiklerini ancak yeterli eğitim almadıklarını ve eğitim noksanlığının TKY'nin önündeki en büyük engel olarak görülmektedir (Doğan ve Kaya, 2004: 84). Şu diğer unsurlar TKY uygulamalarında başarıya ulaşmada anahtar görevi görür:

- *İleri görüşlü liderlik anlayışı*; Bu TKY uygulamasında üst düzey yöneticiler için vazgeçilmez bir unsurdur. Sistemin başarısızlığında en önemli husus ileri görüşlü lider kadrosunun olmayışıdır. Sağlık hizmetlerinde büyük çabalarla yapılan köklü değişiklikler olmamaktadır. Değişim çoğu zaman stabil ve yöneticilerin elindedir. Yöneticiler çoğu zaman değişim çok büyük ve riskli olacağını düşünerek karşı çıkmaktadırlar (Appelbaum and Wohl, 2000: 279-298).
- *Müşteri odaklı kurumsal kültür*: Kurum çalışanlarının ödüllendirilmesi müşteri memnuniyetiyle bağlantılı hale getirilmelidir.

- *Çalışanların tam katılımı:* TKY'nin başarıya ulaşabilmesi için kurumda çalışan herkesin katılımı şarttır. Profesyonel ekiplerle kurum içinde TKY felsefesi yayılmalıdır. Başarıya ulaşmak için ekip çalışması ön planda tutulmalıdır. Bu ekipler içinde farklı fonksiyon gruplarında elemanlar ve üst düzey yöneticiler bulunmalıdır.
- *Doktorların kalite çalışmalarında aktif olarak görev almaları:* TKY uygulamasının sağlık sektöründe başarıya ulaşabilmesi için doktorların katılımının sağlanması mutlaka gerekir. Doktorların, kalite konseylerinde, eğitim ekiplerinde ve kalitenin sürekli iyileştirilmesi amaçlı kalite çemberlerinde yer almaları sağlanmalıdır.
- *Sürekli iyileştirme yaklaşımı:* TKY sürecinde iyiye varma diye bir kavram olmamalıdır. Daima daha iyiyi hedefleyen bir düşünce tarzı oluşturulmalıdır. Türkiye'de sağlık sektöründe faaliyet gösteren kuruluşların sayısı giderek artmaktadır. Bu kuruluşların çoğu da aynı zamanda çeşitli kalite standartlarını uygulamak için girişimlerde bulunmaktadır. Ancak, yalnızca yüzeysel girişimlerde bulunmak hizmet kalitesini artırıcı bir sonuç vermeyecektir (Yağcı ve Duman, 2006: 218-238). Yönetim sürekli iyileştirme çabalarını ve sorumluluğunu tek bir gruba veya departmana delege etmemelidir. Tepe yöneticileri de bizzat işin bizzat içinde olmalıdır. Ayrıca işin liderliğini yapabilecek şekilde sürekli iyileştirme felsefesi ve araçları konusunda çalışanlar ve özellikle yöneticiler eğitilmelidir (Çatalca, 2003: 46).
- *Sistem ile bütünleşme:* Bir yönetim stratejisi olarak TKY'nin TKY felsefesiyle aynı çizgide olması sağlanmalıdır (Öçalan, 2009: 49).

Başarılı bir TKY sağlık hizmetlerine sağlayacağı yararlar aşağıdaki gibi gösterilebilir ([www.canaktan.org](http://www.canaktan.org)):

- Müşteri (hasta) ihtiyaçlarının dikkate alınmadığı anlayış, müşteri (hasta) istek ve beklentilerine önem verilen "müşteri (hasta) odaklı yönetim" anlayışına dönüşür.
- Yönetimdeki "kriz yönetimi" anlayışı, "sürekli gelişme (Kaizen)" ye dönüşür. Kaizen Japoncada Kai (değişim), Zen (daha iyi) kelimelerinin birleşimiyle Kaizen (daha iyi) olarak kalite literatürüne yerleşmiştir.

- Bir işten bir kişinin sorumlu tutulması yerine, “ekip çalışması”, “toplam kalite” ve “sinerjik yönetim”, “uzlaşmaya dayalı karar verme” yaklaşımları önem kazanır.
- Sorunlar ortaya çıktıktan sonra çözüm aranması yerine önceden tedbir alma, hataları kaynağında bulup önleyen sıfır hatalı üretim anlayışı geçerli olur.
- İş için asgari eğitim ve bilgiyle yetinilen personelin yerine eğitimin kurumsallaştığı ve sürekli eğitime önem verilen kurumlarda eğitilmiş personel istihdam edilir.
- İnsan kaynaklarının sürekli geliştirilmesine önem verilir.
- Sürekli teftiş ve kontrollerin yerini, toplam süreç kontrolü alır. Çalışan kendisini denetler.
- Sağlık yöneticileri, istek ve arzuları doğrultusunda karar vermek yerine, TKY tekniklerini ve araçlarını (benchmarking, beyin fırtınası gibi) kullanarak, verilere dayanarak karar verirler.
- Otorite, disiplin, emir ve talimatlara dayalı bir sistemden, ayrıca itaat beklentisi olan bir yönetim anlayışından, yönetici ve çalışanlarla işbirliği, destek ve yardım sağlayan liderlik anlayışına dönüşüm olur.
- Hiyerarşiden kaynaklanan biçimsel yetkiden çok profesyonel uzmanlığa önem verilir.
- Örgütlenme tarzında, dikey örgütlenmeden vazgeçilir, yatay örgütlenme uygulanır ve sorumluluklar çeşitli birimlerdeki ekipler arasında dağıtılır.
- Kamu yararı önceliğinin yerini, önce kalite alır.
- Kayırmacılığın hâkim olduğu, kıdem ve sicil esasına dayalı yükselme anlayışı yerine, liyakat sisteminin geçerli olduğu, işe giriş ve yükselme kriterlerinin açık ve adil olduğu bir anlayış hakim olur.
- Açık ve belirli olmayan değerler ve ilkeler, açık ve tutarlı, vizyon, misyon ve değerler haline dönüşür. Kurum çalışanları, kurumun vizyonu, misyonu ve değerlerini paylaşır.
- Rutin programların yerini stratejik planlama alır.
- Eşit işe eşit ücret, pozisyon veya kıdeme göre belirlenen ücret politikaları yerine, kişinin özellikleri ve performansına dayalı ücret politikası uygulanır.

- Maaş ve fazla mesai ücreti dışında ödüllendirmenin olmadığı yönetim anlayışından, başarı ve yüksek performansın ödüllendirildiği bir anlayışa yönelinir.
- Katı istihdam politikasının yerini, esnek istihdam politikası alır.
- Emir ve talimatların geçerli olduğu, korku ve cezalandırmaya dayalı yönetim anlayışı, yerini yetki devretme, güven, karşılıklı işbirliğine dayalı yönetim anlayışına bırakır.
- Astar üstlerinden talimat beklemek yerine, sorunların çözümünde inisiyatif almayı benimser ve üstleriyle işbirliği yapmaya özen gösterirler.

ABD’de TKY’yi uygulayan hastaneleri, ilk adımın cesaret olması, sonra ise yönetim stilinin değiştirilmesi konusunda birleşmektedirler. Hospital Dergisinin 1992’de yaptığı bir araştırma sonucuna göre TKY uygulayan hastanelerin yöneticilerinin görüşlerinde çıkan sonuçlar şöyledir: “Kendi yönetim ekibime olan saygımı arttırdım (%51,5), çalışanlardan hiçbir zaman duymadığım fikirler gelmeye başladı (%57,9), Şimdiye kadar yaptığım en önemli işin bu olduğunu hissediyorum (%60,3) (Berk, 1996: 19).

Bir başka örnek ise Filiz Aslantekin ve arkadaşlarının “Sağlık Hizmetlerinde Kalite Deneyimi: Dr. Ekrem Hayri Üstündağ Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesi Örneği” (2007) adlı makalesinde ilgili hastanede kaliteli bir hizmetin verilmesi için hasta memnuniyeti, süreç iyileştirmesi ve yenilik arayışlarına girilmiştir. Çalışmaların ilk aşaması olarak müşteri memnuniyetine ağırlık verilmiş ayrıca eğitilmiş elemanlar, kaliteli malzemeler, uygun araç ve gereçler, yeterli fiziki şartlar gibi müşteri memnuniyetiyle direkt ilişkili olan pek çok faktörün iyileştirilmesine gidilmiştir (Aslantekin vd., 2007: 64).

Sağlık Bakanlığı, yataklı tedavi kurumları kalite yönetimi hizmet yönergesi’ ne göre; yataklı tedavi kurumlarında kalite yönetimi uygulaması ile ilgili faaliyetler aşağıda belirtilen esaslar çerçevesinde yürütülür:

- Kalite konseyi tarafından, kalite yönetimi uygulamaları konusunda bir plan geliştirilmesi,
- Sağlık hizmetlerinden yararlananların memnuniyetlerini sağlayıcı tedbirlerin alınması,

- Personelin katılımını sağlayarak, ekip ruhunu oluşturacak planlama ve uygulamaların yapılması,
- Kalite uygulamaları çerçevesinde kaynakların etkili ve verimli kullanılması,
- Hedeflere ulaşmak amacıyla hizmetlerin sürekli ölçülmesi,
- Faaliyetlerin kayıt ve dökümente edilerek, sonuçların tüm personele duyurulması,
- Sistemin sürekli gözden geçirilmesi, geliştirilmesi, iyileştirilmesi ve bu amaca hizmet etmesi için kalite yönetiminin uygulanması,
- Personelin potansiyelini kullanabileceği çalışma ortamının sağlanması,
- Kalite yönetimi konusundaki değişim ve gelişmelere paralel olarak, hizmet kalitesinde sürekliliğin sağlanması amacıyla, personelin sürekli öğrenmesine yönelik bir sistem getirilmesi ile personel niteliğinin yükseltilerek, hizmet kalitesinde mükemmelliğin yakalanmaya çalışılması,
- Personel çözümün bir parçası olmak anlayışının benimsetilmesi,
- Hizmet sunumunda iş görenlere kalitenin geliştirilmesinin bütün personelin işi olduğu anlayış ve yaklaşımının benimsetilmesi,
- Kurumsal ve bireysel amaçlar arasında denge sağlayarak iş tatmininin göz önünde bulundurulması,
- Kurumda kalite kültürünün oluşturulması.

Sağlık hizmetlerinde TKY'den söz edebilmek için gereken kaynakların verimli bir şekilde dağıtılması ve kullanılması, hizmetin etkili biçimde verilmesi, gerek kaynak dağıtımında gerekse hedef kitlenin hizmetlere ulaşımında hakkaniyete özen gösterilmesi ve hizmet sunumu sırasında ve sonrasında hizmeti kullananların memnuniyetinin sağlanması gerekmektedir (Hayran ve Uz, 1998: 163). Kalite yönetimi anlayışında, çalışanların inanç ve isteği olayın esasını meydana getirmektedir. Çalışanlar, pasif katılımcılar değil, aktif sorun çözücüler ve uygulayıcılardır. Çalışanların ihtiyaçları, kuruluşun ihtiyaçları ile uyumlu hale getirilmelidir. İnsanların tümünün saygı ve güvene gereksinim duydukları dikkate alındığında, kuruluşun bu duyguyu aşılabilirdiği oranda amaçlarını benimsetmesi mümkün olabilecektir. Çalışanların bir misyonu olduğu ve her

birinin yaptığı işin önemli olduğu fikri ve inancı yerleşmeli ve kabul görmelidir. Yetki ve sorumluluk olabildiğince çalışanlara doğru dağıtılmalıdır (www.standarkalite.com).

TKY bir değişim süreci olduğundan bu değişimi gerçekleştirecek üst yönetimin kurum çalışanlarına yol gösterici, onları kalite konusunda aydınlatıcı yeterliliği sahip olması gerekir (www.skid.org.tr). Yöneticilerin TKY konusundaki algılarının değerlendirilmesi, TKY sürecinin dizaynı, uygulanması ve değerlendirilmesine yardımcı olabilir (Doğan ve Kaya, 2004: 66-83).

Emel Yusufoglu tarafından 2008’de tamamlanan Devlet Hastanelerinde Toplam Kalite Yönetimi Uygulaması (Uşak Devlet Hastanesi Örneği) adlı yüksek lisans tezi içerisinde yapılan araştırmada, “Hastanelerin profesyonel yöneticiler tarafından yönetilmemesi önermesine karşılık verilen cevaplarda; Doktorların %75’i, ebe ve hemşirelerin %67,5’i, diğer personelin %48,7’si “hayır” yanıtını vererek böyle bir engelin hastanelerinde bulunmadığını belirtmişlerdir. 1 Eylül Devlet Hastanesinde çalışan tüm personelin %63,2’si hastanelerinin profesyonel yöneticiler tarafından yönetildiğini düşünmektedir (Yusufoglu, 2008: 111).

TKY sisteminin başarılı biçimde uygulanmasında doktorların katılım ve katkılarının sağlanması amacıyla aralarında liderlik rolünü üstlenecek bir doktorun seçilmesi, neyin nasıl ölçülebileceği konusunda doktorların verilerinden faydalanılması, zamanında geri bildirim mekanizmasının oluşturulması ve fonksiyonların iyileştirilmesi konusunda doktorların da önerilerinin alınması son derece önemlidir. Doktorların TKY’nin kendilerine aşağıdaki konularda yarar sağlayacağına inanmaları gerekir (Öçalan, 2009: 50):

- Mesleki uygulamalarında kontrolü daha fazla ellerinde tutabileceklerdir.
- Hastanenin işleyişinde daha güçlü bir etkiye sahip olabileceklerdir.
- Hastaları hastaneden memnun ayrılacaktır.
- Sağlık hizmeti verirken daha kaliteli bir destek hizmeti alırlar.
- Refere edilen ve kurumunu seçen hasta sayısı artar.
- Hastanede hem klinik, hem de idari yönden kaliteli bir hizmet verilmeye başlanır.
- İşleri düzenli yürüdüğünden hastalarla ilgilenecek daha fazla zamanları olur.

Sağlık Bakanlığı da kalite konusunu oldukça önemsemektedir. Türkiye’de sağlık sisteminin önemli ölçüde yükü Sağlık Bakanlığı hastaneleri üzerindedir. Sağlık Bakanlığı gerçek anlamda sektörün hâkimidir ve kapasitenin büyük kısmını oluşturmaktadır. Hastanelerde çalışan hekim sayıları değerlendirildiğinde ise en yüksek istihdam Sağlık Bakanlığına bağlı hastanelerde yaratılmaktadır. Buradan yola çıkarak Sağlık Bakanlığı’na bağlı hastanelerde yapılacak iyileştirme çalışmalarının, Türkiye’de sağlık sistemine büyük katkıda bulunacağı öne sürülebilir (Asunakutlu, 2005: 7). Sağlıkta TKY felsefesi karşımıza, uygun koşullarda çalışan mutlu ve sağlıklı bir personel gerekliliğini çıkarmaktadır. Toplam kalite gerek hastane personelinin gerekse hastaların mutluluğu çerçevesinde sağlanabilir (Morgil ve Küçükçirkin, 1996: 32).

Sağlık hizmetleri arzının pahalılığı, talebinin tüketici tarafından belirlenememesi, bir bölümünün toplumsal ve sosyal amaçlı olması, talebinin tesadüflüğü ve talep esnekliğinin katı olması gibi bazı özellikler sağlık sisteminin ve idari yapılanmasının gözden geçirilmesi, aksaklıkların nedenlerinin belirlenmesi sağlık hizmetlerinde yeniden yapılanmasını zorunlu hale getirmesi nedeniyle 2003’te Sağlıkta Dönüşüm Programı oluşturulmuştur (Dinçer, 2009: 6). 2005’te ise Türkiye’deki bütün sağlık kuruluşlarının aynı standartta hizmet kalitesi sağlamasını temin amacıyla Sağlık Bakanlığı tarafından 2005 yılı ocak ayında Hastaneler için Kalite Yönetimi Uygulama Kılavuzu yayımlandı. Kılavuz yayımlanmadan önce Sağlık Bakanlığı tarafından mevcut durumun tespiti yapıldı. Hastanelerdeki ortak sorunlar; süreçler, yönetim ve organizasyon, fiziki yapı ve insan gücü olarak dört ana başlık altında toplandı. Bu sorunların çözümlenebilmesi için hastanelerde (Sağlık Bakanlığı Hastaneler İçin Kalite Yönetimi Uygulama Kılavuzu, 2005: 10);

1. Etkili ve verimli hizmet verilmesini temin edecek şekilde yönetim-organizasyon yapısını iyileştirmek,
2. Hizmet sunanların daha etkili ve verimli çalışmalarını sağlamak için, optimum çalışma şartlarını sağlamak,
3. Zaman kaybına yol açmadan, işletmelerin etkili ve verimli bir şekilde uygulanabilmesi için, birimler arası koordinasyonu sağlamak gerektiği ortaya çıkmıştır.

Kalite ve akreditasyon çalışmalarını yürütülmesi, hasta ve çalışan güvenliği kültürünün oluşturulması, kurum ve kuruluşların verimliliğinin sağlanması ve bu



iyileştirmelerin kurum ve kuruluşlarda devamlılığın sağlanabilmesi için sağlık kurum ve kuruluşlarına rehberlik etmek üzere 2007 yılında Sağlık Bakanlığı bünyesinde Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı Strateji Geliştirme Başkanlığı bünyesinde kurulmuştur ([www.performans.gov.tr](http://www.performans.gov.tr)). Kasım 2007 tarihinden itibaren müstakil Daire Başkanlığı olarak hizmetini sürdürmeye devam eden Başkanlık Eylül 2009 tarihinden itibaren ise Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü bünyesinde çalışmalarını yürütmeye devam etmektedir.

Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı, Sağlık Bakanlığına bağlı sağlık kurum ve kuruluşlarında uygulanan performans uygulamaları, sağlık hizmetlerinde kalite geliştirme çalışmaları, performans dayalı ek ödeme uygulaması, kurumsal performans değerlendirme çalışmaları, yönetici performansı değerlendirme çalışmaları, klinik performans ölçümü çalışmaları, hasta ve çalışan güvenliği alanlarında dünyada yaşanan gelişmelerle Sağlık Bakanlığının bilgi ve tecrübelerini birleştirerek hizmet vermeye devam etmektedir. Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığınca, kuruluşun hedefine yönelik olarak; kurumlarda hizmet kalitesinin değerlendirilmesi, izlenmesi ve iyileştirilmesi amacıyla “Kurumsal Performans ve Kalite Yönergesi” çerçevesinde özgün ve ulusal bir model oluşturulmuştur. Model, kamuya bağlı sağlık kurum ve kuruluşlarının belirli aralıklarla değerlendirilmesi ve bu değerlendirme sonucunda kurumsal performans katsayısı adı verilen bir katsayı ile puanlandırılması esasına dayanmaktadır. Bu katsayı, kamu sağlık kurum ve kuruluşlarının aylık olarak personeline dağıtacağı ek ödeme miktarının belirlenmesiyle ilişkilendirilmek suretiyle bu kuruluşlarda çalışan personelin kalite çalışmalarına optimal katkısı hedeflenmiştir ([performans.saglik.gov.tr](http://performans.saglik.gov.tr)).

Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığınca yürürlüğe konulan 02/07/2008 tarih ve 2011 sayılı Makam Onaylı “Sağlıkta Performans ve Kalite Yönergesi” sağlıkta kalite konusunda daha çok adım atılmasını sağlamıştır. Hatta aynı yılda ve 2009, 2010 yıllarında değişiklik yapılarak sağlık hizmetlerinde kalitenin düzenlenmesi sağlanmıştır. 2011 yılında bu yönerge yürürlükten kaldırılmış ve yerine 01/03/2011 tarih ve 9489 sayılı Makam Onayıyla Sağlıkta Performans ve Kalite Yönergesi 01/07/2011 tarihinden itibaren geçerli olmak üzere yürürlüğe konulmuştur. Bu Yönergenin amacı, sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi, kaliteli ve verimli sağlık hizmet sunumunun sağlanması için sağlık kurum ve kuruluşlarının kurumsal

performansının ölçülmesine yönelik olarak ölçülebilir ve karşılaştırılabilir performans, kalite ve diğer kriterler ile hizmet sunum şartlarının belirlenmesi, halkın görüşlerinin bu sürece yansıtılması suretiyle kurumsal performans katsayısının tespitine ve hizmet sunumu açısından belgelendirilmesine ilişkin usul ve esasları düzenlemektir (medimagazin.com.tr). Eski yönergede olan kalite katsayı sistemleri ve hesaplamaları kaldırılarak yeni katsayı sistemleri getirilmiş, kalite ile ilgili kayıt tutulmasında değişiklik yapılmış ayrıca kalite yönetim birimi kurulmuştur.

Bakanlıkça hizmet kalite standartları oluşturulmuştur. Hizmet kalite standartlarının yer aldığı performans ve kalite modeli hem Türkiye'ye özgü oluşu hem de uluslararası çalışmaların sentezini de bünyesinde barındırması nedeniyle sağlık sektörüne önemli katkılar sunmaktadır. Sistemin bilimsel çalışmalar, teknolojik gelişmeler, geri bildirimler, deneyimler ve ülke ihtiyaçları sistemi besleyen ve zenginleştiren unsurlar olması beklenmektedir. Bundan sonraki süreçte sistemin öncelikli hedefleri şöyle sıralanabilir (performans.saglik.gov.tr):

- Klinik kalitenin ve klinik çıktıların değerlendirilebileceği indikatörlerin sisteme dâhil edilmesi,
- Değerlendirme sonuçlarının kamuya ilan edilerek kurumlar arasında rekabet ortamının oluşturulması,
- Değerlendirme sonuçlarının paylaşılması ile birlikte hizmet alanlarının sürece dâhil edilmesi ve bilgilendirilmiş seçimler yapabilmelerinin sağlanması,
- Yine kalite değerlendirme sonuçlarının geri ödemeye esas teşkil edecek unsurlar olarak belirlenmesi.

Nihai hedef ise bu model ile bir yandan hizmet sunucularının sağlığını ve güvenliğini korurken, diğer yandan hizmet alan insanların en yüksek sağlık düzeyine kavuşmasını ve bu düzeyin sürdürülebilmesini sağlamaktır.

## ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

### ANKARA'DA İKİ HASTANEDE TOPLAM KALİTE UYGULAMALARI ÜZERİNE BİR ARAŞTIRMA

#### 3.1 ARAŞTIRMANIN AMACI

Bu çalışmada, Ankara ilindeki Sağlık Bakanlığı'na bağlı iki hastanede benimsenen ve hayata geçirilen toplam kalite yönetiminin sağlık hizmetini sunan yöneticiler tarafından nasıl değerlendirildiğinin incelenmesi amaçlanmıştır.

#### 3.2 ARAŞTIRMANIN KAPSAMI VE YÖNTEMİ

Araştırma Ankara il merkezinde bulunan sağlık hizmetleri içerisinde tedavi edici hizmetlerin verildiği Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi (ANEAH) ile Ankara Fizik Tedavi, Rehabilitasyon Eğitim ve Araştırma Hastanesi (AFTREAH)'ni kapsamaktadır. ANEAH eğitim ve araştırma hastanesi kategorisindedir. AFTREAH hem özel dal olup hem de eğitim ve araştırma hastanesidir. Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ankara'nın en eski sağlık kuruluşudur. Türk tıbbına 1881 yılından bu yana hizmet etmekte olan Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Sağlık Bakanlığı'nın en büyük hizmet ve eğitim hastanesidir. Eğitim, araştırma ve hizmet sorumluluklarını birlikte yürüten hastane aynı zamanda referans hastanesi olarak birçok konuda "hakemlik hizmetini" de yerine getirmektedir. Ankara Fizik Tedavi, Rehabilitasyon Eğitim ve Araştırma Hastanesi ise özel dal hastaneleri içerisinde Sağlık Bakanlığı bünyesinde tıbbi rehabilitasyon alanında hizmet veren ilk yataklı merkezdir.

Her iki hastanedeki yetkililerle görüşülmüş ayrıca internet siteleri incelenerek gerekli bilgilere ulaşılmıştır ve aktarılmıştır. Konuyla ilgili kaynaklar taranmıştır. Ayrıca anket ile ilgili olarak hazırlanarak Sağlık Bakanlığı ve ilgili hastanelerden gerekli yasal izinler alınarak ilgili kişilere anket uygulanmıştır.

Bu çalışmada kullanılan anket Sıdıka Kaya tarafından yeniden düzenlenen Al-Assaf ve Gentling (1996) tarafından Amerika Birleşik Devletlerindeki bazı sağlık kuruluşlarında (Veterans Affairs Medical Centers) çalışan üst düzey yöneticilerin TKY konusundaki algılarının araştırıldığı çalışmada kullanılan ankettir.

Bu çalışmanın evrenini Sağlık Bakanlığı'na bağlı Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi ile Ankara Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde görev yapan yöneticilerden (başhekim, başhekim yardımcısı, hastane müdürü, hastane müdür yardımcısı, başhemşire ve başhemşire yardımcısı) oluşturmaktadır. Bu hastanelerde çalışan yöneticilerin tamamına ulaşılması planlanmış ve örnek seçilmemiştir.

Anketin birinci bölümünde yöneticilerin tanıtıcı özellikleri ile ilgili sorular (yaş, cinsiyet, görev unvanı, eğitim durumu, TKY ile ilgili eğitim alma durumu, TKY hakkında kendi bilgi düzeyi) bulunmaktadır. Çalışma keşifsel olduğu için hipotez üretilmemiştir. Deneklerin demografik özellikleri ve yargılara katılımları t-testi ve faktör analiziyle değerlendirilmiştir.

Anket iki hastanede hastane yöneticilerine yönelik olarak Kasım 2011'de katılımın serbest olduğu duyurularak ve demografik verilerin dışında kimliği tanımlayıcı soruların yer almadığı bir formatta bizzat araştırmacı tarafından uygulanmıştır. Toplam 43 yöneticinin katılım sağladığı araştırmada iptal edilen anket olmamış ve tüm anketler değerlendirilmiştir (n = 43).

Ankette, TKY projelerine olumsuz ve eleştirel yaklaşım içeren 1 ifade (10) "tamamen katılıyorum = 1", "katılıyorum = 2", "kararsızım = 3", "katılmıyorum = 4", "hiç katılmıyorum = 5" olarak; olumlu yaklaşım içeren 27 ifade (10. ifade hariç diğerleri) "tamamen katılıyorum = 5" "katılıyorum = 4", "kararsızım = 3", "katılmıyorum = 2", "hiç katılmıyorum = 1" olarak beşli Likert skalayla ölçeklendirilerek toplam 28 ifadeden oluşan bir ölçek kullanılmıştır. Ayrıca demografik değişkenlere dair 6 soru bulunmaktadır. Anketler "SPSS 17.0" programında analiz edilerek değerlendirilmiştir. Anketin geçerliliği bakımından;

- 1) Anket, literatür taraması yapılarak ve kamuya mal olmuş olumlu ve olumsuz eleştiriler değerlendirilerek oluşturulmuştur.
- 2) Anket uygulanmadan önce geçerliliğinin, tutarlığının ve düzgünlüğünün sağlanabilmesi için pre-test amacıyla, hastanede çalışmakta olan 10 çalışan üzerinde uygulanmış ve onlardan gelen geri-dönüşlere göre yeniden düzenlenmiştir.
- 3) Anketi oluşturan her bir sorunun anketin bütününe katkısı araştırılmıştır. Soru-Bütün istatistiklerine göre Cronbach's Alfa if item deleted

katsayılarında ilgili soru çıkarıldıktan sonra değişimler arasında önemli bir farklılık gözlenmemiş ve bu durum bütün soruların ölçekte yer alması gerektiğini ifade etmektedir. Önemli bir sorun bulunmamakla birlikte en büyük farklılığı 10. Soru göstermiş olup, ölçekten çıkarıldığı takdirde güvenilirlik değeri 0,831'e çıkmaktadır. Analizler %5 anlamlılık düzeyine (p) göre (güven aralığı = %95'e göre) açıklanmıştır.

### 3.2.1 Araştırmanın Güvenilirlik-Geçerlilik Analizi

Araştırmanın güvenilirlik ölçüm sonucu aşağıdaki Tabloda görüldüğü gibi Cronbach's Alpha modeline göre 0,792 olarak bulunmuştur. Bu değer "oldukça güvenilir" bir değer olup; ölçeği oluşturan soruların, yapılan araştırmanın doğruluğunu ortaya çıkarabilecek nitelikte, birbirleriyle ilişkili, tutarlı, anlaşılır ve yeterli sayıda olduğunu göstermektedir. Araştırma, ilgilenilen sorunları büyük oranda yansıtmaktadır. Geçerliliği açısından tekrarlanabilir ve güvenilirliği açısından genellenebilir özellikte olduğu rahatlıkla söylenebilir.

**Tablo 3.1.** Güvenilirlik Katsayısı (Cronbach Alpha Modeli) Tablosu

Cronbach's Alpha	Standart Ögelere göre Cronbach's Alpha	N
,792	,835	28

28 ifadeden oluşan ölçek ortalaması 106,03; varyans (V) 77,078; standart sapması 8,779 olarak hesaplanmıştır.

**Tablo 3.2.** Ölçeğin İstatistikleri

Ortalama	Varyans (V)	Std. Sapma	N
106,03	77,078	8,779	28

İfadelerin genel aritmetik ortalaması (Grand Mean) 3,787; ortalama varyans 0,650; ortalamaların değişim aralığı 2,359; varyansların değişim aralığı 1,057 olarak elde edilmiştir. İfadeler arasındaki korelasyonların (inter item correlations) genel ortalaması 0,153 (ilişki çok zayıf) olarak hesaplanmıştır.

**Tablo 3.3.** İfadelerin İstatistik Özetleri

	Ortalama a	Minimum	Maximum	Değer	Maximum / Minimum	Varyans	N
Öge Ortalama	3,787	1,974	4,333	2,359	2,195	,279	28
Öge Varyansı	,650	,301	1,358	1,057	4,511	,086	28
Ögeler Arası Değ.	,153	-,634	,820	1,454	-1,293	,056	28

Bütün istatistiklere göre Cronbach's Alfa if item deleted katsayılarında ilgili ifade çıkarıldıktan sonra değişimler arasında önemli bir farklılık gözlenmediğinden bütün ifadelerin ölçekte yer almıştır.

İfade ortalamalarının eşitliğini test eden Hotelling T<sup>2</sup> testine göre p=0,000 olarak hesaplanmıştır. Bu sonuç ifade ortalamaları arasındaki farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olduğunu ifade eder.

**Tablo 3.4.** Hotelling T-Squared Testi

Hotelling's T-Squared	F	df1	df2	Sig
714,228	8,354	27	12	,000

### 3.2.2 Araştırmanın Faktör Analizi

Faktör analizi, birbiriyle ilişkili olan çok sayıdaki değişkeni, aslında az sayıda ve aralarında anlamlı ortak bir yapı bulunan faktörler halinde sınıflandırmaya ve gruplandırmaya yarayan keşfedici bir istatistik tekniğidir. Daha önce öngörülemediği olabilirler. Bağımlı değişken anket soruları halihazırda tek bölümde sınıflandırılmadan uygulanmıştır. Öncelikle anket modelimiz faktör analizine uygundur ve Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) testiyle ispatlanmıştır. KMO değeri 0,520 olup faktör analizi yapmak için uygundur. Zaten KMO değerinin 0,50'nin üzerinde olması bekleniyordu.

**Tablo 3.5.** KMO and Bartlett's Test

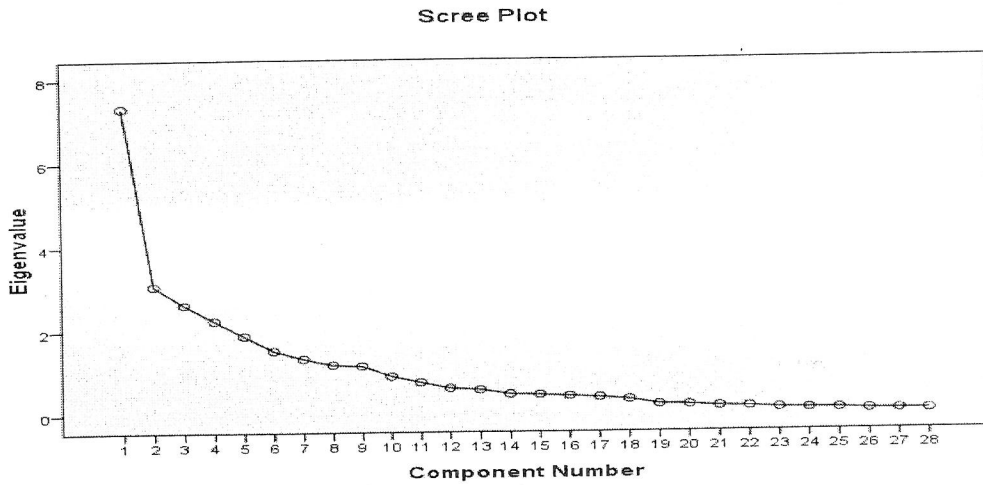
Kaiser-Meyer-Olkin Ölçümünde Örneklem Yeterliliği		,520
Bartlett's Test Örnekleme	Approx. Chi-Square	716,308
	df	378
	Sig.	,000

Değişkenlerin birbiriyle korelasyon gösterip göstermediğini sınyan Bartlett's testi anlamlılığı da (p=0,000; p<0,10) faktör analizi yapmanın uygun olduğunu göstermektedir.

Metod olarak Temel Bileşenler (Principal Components) seçilmiş ve özdeğeri (Eigen values) 1'den büyük olan faktörler dikkate alınmıştır. Maddeler içindeki faktöriyel varyanslar 0,654-0,920 arasında değişmektedir. Zaten faktör ağırlığının 0,30 ve üzerinde olması bekleniyordu.

Aşağıdaki tabloda görüldüğü gibi özdeğeri 1'in üzerinde 9 tane faktör bulunmuş ve kümülatif toplamda bu ölçek, ölçülmeye çalışılan özelliğin %79,5'ini açıklayabilmektedir. Zaten kümülatif varyansın %50'den aşağıya düşmemesi gerekiyordu. Tüm faktörler toplam varyansın açıklanmasına katkısı %5'in üzerindedir. Eğer %79,487 oranında bir bilgi yeterli görülmeseydi, ankete yeni sorular ve faktörler ekleyerek çalışmanın tekrarlanması düşünebilirdi.

Aşağıdaki grafikte öz değerlerine göre maddelerin seyri görülmekte ve özdeğerin 1'in altına düşmesiyle eğimin önemli ölçüde kaybolduğu gözlenmektedir. Zaten, özdeğeri 1'in üzerinde olan ifade veya değişkenler faktör olarak kabul edilmiştir.



**Grafik 3.1.** Scree Plot Grafiği

Okunabilirliği arttırmak ve daha uygun bir yapı ortaya çıkarmak için varimax metoduyla rotasyon yapılmıştır. Ortaya çıkan 9 faktör ve aralarında ortak yapı bulunan maddeleri şöyledir:





Görüldüğü gibi, başlangıçta tek çatı altında bulunan anket ifadelerini oluşturan maddeler arasındaki ilişkiye göre faktörler bulunmuş ve bu soru grupları arasındaki ortak yapıya göre tanımlamalar yapılmıştır. 3. ifade ise tek başına faktör oluşturmuştur.

### 3.3 BULGULAR VE TARTIŞMA

Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi ile Ankara Fizik Tedavi, Rehabilitasyon Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde bulunan 43 yöneticiye anket uygulanmış ve elde edilen demografik bilgiler tablolar yardımıyla gösterilmiştir.

**Tablo 3.7.** Kurumuna Göre Sayı ve Yüzde Değerleri

	SAYI	%
ANEAH	29	67,4
AFTREAH	14	32,6
TOPLAM	43	100,0

Araştırmaya katılan yöneticilerin %67,4'ü (n=29) Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesinde, %32,6'sı (n=14) Ankara Fizik Tedavi, Rehabilitasyon, Eğitim ve Araştırma Hastanesinde çalışmaktadır. İki hastane arasındaki katılımcı sayıları arasındaki fark hastanelerinin büyüklüğü ve buna bağlı olarak yönetici gereksinimlerinin farklılığından kaynaklanmaktadır.

**Tablo 3.8.** Yöneticilerin Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı

ÖZELLİKLER	SAYI	%
UNVAN		
Başhekim ve Yardımcısı	17	39,5
Hastane Müdür ve Yardımcısı	19	44,2
Başhemşire ve Yardımcısı	7	16,3
TOPLAM	43	100,0
YAŞ GRUPLARI		
30-39	12	27,9
40-49	23	53,5
50-59	7	16,3
TOPLAM	42	97,7
Cevapsız	1	2,3
TOPLAM	43	100,0
CİNSİYET		
Kadın	13	30,2
Erkek	30	69,8
TOPLAM	43	100,0
ÖĞRENİM DURUMU		
Lise	1	2,3
Önlisans	4	9,3
Lisans	19	44,2
Yüksek lisans	16	37,2
Doktora / Tıpta Uzmanlık	3	7,0
TOPLAM	43	100,0
KALİTE TEMSİLCİSİ / KALİTE KONSEYİ ÜYESİ		
Evet	12	27,9
Hayır	31	72,1
TOPLAM	43	100,0
KALİTE EĞİTİMİ ALIP ALMAMA		
Evet	37	86,0
Hayır	5	11,6
TOPLAM	42	97,7
Cevapsız	1	2,3
TOPLAM	43	100,0

Araştırmaya katılan yöneticilerin %27,9'u (n=12) 30-39 yaş arasında, %53,5'i (n=23) 40-49 yaş arasında, %16,3 (n=7) 50-59 yaş arasındadır. Yöneticilere uygulanan ankete %30,2 (n=13) kadın, %69,8 (n=30) erkek katılmıştır. Araştırmaya katılanlardan %39,5'i (n=17) başhekim ve başhekim yardımcısı, %44,2'si (n=19) hastane müdürü ve hastane müdür yardımcısı, %16,3'ü (n=7) başhemşire ve başhemşire yardımcısıdır. Ankete katılanlardan %2,3'ü (n=1) lise, %9,3'ü (n=4) önlisans, %44,2'si (n=19) lisans, %37,2'si (n=16) yüksek lisans yapmış olup, %7'si (n=3) doktora/tıpta uzmanlığı vardır.

Araştırmaya katılanlardan %27,9'u (n=12) kalite temsilcisi/kalite konseyi üyesi olup, %72,1'i (n=31) kalite temsilcisi/kalite konseyi üyesi değildir. Araştırmaya katılan yöneticilerin %86,0'ı (n=37) kalite eğitimi almış olup, %11,6'sı (n=5) kalite eğitimi almamıştır.

**Tablo 3.9.** Unvanlara Göre Kalite Temsilcisi/Kalite Konseyi Üyesi Olup Olmama ve Kalite Eğitimi Alıp Almama Durumlarının Sayı ve Yüzde Değerleri

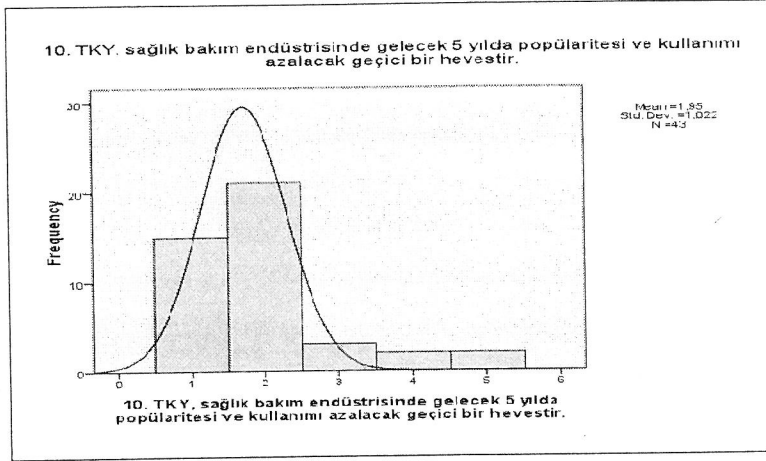
		Kalite Temsilcisi / Kalite Konseyi Üyesi misiniz?	
		Evet	Hayır
Unvan	Başhekim-Başhekim Yardımcısı	3	14
	Hastane Müdürü-Müdür Yardımcısı	5	14
	Başhemşire-Başhemşire Yardımcısı	4	3
Yöneticiler ve Yardımcıları	Yönetici	4	1
	Yönetici Yardımcısı	8	30
		Kalite Eğitimi Aldınız mı?	
		Evet	Hayır
Unvan	Başhekim-Başhekim Yardımcısı	14	3
	Hastane Müdürü-Müdür Yardımcısı	17	1
	Başhemşire-Başhemşire Yardımcısı	6	1
Yöneticiler ve Yardımcıları	Yönetici	5	0
	Yönetici Yardımcısı	32	5

Hastanede 3 başhekim ve yardımcısı, 5 hastane müdür ve yardımcısı, 4 başhemşire ve yardımcısı kalite temsilcisi/kalite konseyi üyesi olup yönetici ve yardımcıları bakımından da 4 yönetici ile 8 yardımcı kalite temsilcisi/kalite konseyi üyesidir. 14 başhekim ve yardımcısı, 17 hastane müdür ve yardımcısı, 6 başhemşire ve yardımcısı kalite eğitimi almış olup yine yönetici ve yardımcısı sayıları açısından bakıldığında da 5 yönetici ile 32 yardımcı kalite eğitimi almıştır. Bu durum bize hastanelerde yeterli ölçüde kalite eğitimi verilmesine ve eğitime katılımın fazla olmasına rağmen toplam kalite yönetiminin temel unsuru olan bireylerin kaliteye topyekûn katılımının bu hastanelerde %27'lerde olduğunu göstermektedir.

Araştırmanın bağımlı soru bütünüünün dağılımını gösteren çan eğrilerinde genelde sola çarpıklık gözlenmektedir. Bu durum çalışanların anket ifadelerine verdikleri cevaplar açısından genelde tek uçta toplandıklarının ve TKY projelerini desteklediklerinin bir göstergesi olarak yorumlanabilir.

En büyük sağa çarpıklık ise "TKY sağlık bakım endüstrisinde gelecek 5 yılda popülaritesi ve kullanımı azalacak geçici bir hevestir." ifadesinde gözlemlenmekte ve

çalışanlar adeta tek uçta buluşmuşlardır. Aynı zamanda aritmetik ortalaması en düşük ifade Grafik 3.2’de gösterilmektedir.



**Grafik 3.2.** Anketteki 10. İfadeye Verilen Cevapların Gösterimi

Bu durum hastane yöneticilerinin, TKY Projelerini geçici bir heves olarak görmedikleri ve sağlık bakım endüstrisinde gelecek 5 yılda popülaritesi ve kullanımın azalmayacağını düşündükleri şeklinde yorumlanabilir.

Yöneticilerin ifadelere verdikleri cevaplara göre *genel aritmetik ortalama (Grand Mean)* (5’li Likert ölçeğine göre) 3,787 olarak çıkmıştır. Ancak, TKY projelerinin popülaritesi karşısında daha yüksek bir ortalama beklenebilirdi.

**Tablo 3.10. İfadelere Verilen Cevapların Ortalamaları**

Sorular	Ort.	Standart Sapma	N
1. Hastanemde işleyen bir TKY programı, uzun vadede sunulan hizmetin kalitesinde bir artışa yol açacaktır.	4,33	,662	39
2. TKY yönetim süreci gelecek on yılda sağlık bakım endüstrisinde gelişmeye devam edecektir.	4,21	,570	39
3. Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelerde TKY'nin uygulanmasına yardım etmek için hastane dışından danışman kullanmaya çok ihtiyaç vardır.	3,82	,885	39
4. Hastanemde TKY'nin uygulamasında bir lider türü üstlenmek için TKY'nin anahtar kavramları ve yöntemleriyle ilgili yeterli miktarda eğitim aldım.	3,54	,942	39
5. TKY süreci ile ilişkili yönetim felsefeleri, kişisel yönetim felsefelerimle aynı doğrultudadır.	3,85	,779	39
6. Halen üretim endüstrisinde işleyen TKY felsefeleri, hastanelerin klinik dışı alanlarına aktarılacak ve orada işleyecektir.	3,77	,872	39
7. Halen üretim endüstrisinde işleyen TKY felsefeleri, hastanelerin klinik alanlara aktarılacak ve orada işleyecektir.	3,79	,864	39
8. Yönetimin bir üyesi olarak, TKY sürecini çalıştırmak için gereken zaman ve enerjiyi sunmaya istekliyim	4,05	,686	39
9. TKY Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelerin sundukları hizmet düzeyini yükseltmelerine yardım edecek bir yönetim aracıdır.	4,26	,549	39
10. TKY sağlık bakım endüstrisinde gelecek 5 yılda popülaritesi ve kullanımı azalacak geçici bir hevestir.	1,97	1,063	39
11. Yönetici olarak, hastanemde TKY'nin uygulamasına katılmak isterim.	4,10	,754	39
12. TKY günlük yönetim faaliyetlerinin içine katılmalıdır.	4,13	,656	39
13. TKY hastanelerin kalite problemlerine hızlı bir çözümdür.	3,46	,913	39
14. Hastanemde yönetim, bir ekip olarak birlikte iyi çalışır.	3,85	,844	39
15. TKY kurum liderlerinin kaliteye bağlılığını sürekli olarak göstermesini gerektiren bir süreçtir.	4,10	,641	39
16. Hastanemde TKY'nin uygulanmasında bir lider rolü almak isterim.	3,92	,839	39
17. TKY'nin uygulanması süreç değişiminden çok kültürel değişimi gerektirir.	4,18	,721	39
18. Hastanemizin yönetimi TKY'ye uzun dönemli taahhüde hazırdır.	3,51	,601	39
19. TKY toplam sağlık bakım maliyetlerini düşüreceklerdir.	3,62	1,016	39
20. TKY hastanenin karar verme sürecine yardım etmeleri için çalışanların güçlendirilmesini gerektirir.	4,03	,584	39
21. TKY çalışanların TKY araçlarının kullanımı konusunda eğitilmesini gerektirir.	4,31	,569	39
22. Hemşireliğin "ekip" yaklaşımı nedeniyle hemşirelikte TKY'nin kabul edileceği kanısındayım.	4,13	,570	39
23. Hemşirelik personeli güçlendirmeye açıktır.	4,05	,605	39
24. Çalışanlar yapılan bütün hataların çoğundan sorumludur.	2,56	1,165	39
25. ISO 9000 kalite standartları, TKY anlayışına yaklaşmıştır.	3,49	,790	39
26. Kalite herkesin sorumluluğudur; kalite bir kişi veya bölüme devredilemez.	4,21	,951	39
27. TKY ekipleri, uzmanlık alanları yerine özel problemler çerçevesinde oluşturulmalıdır.	3,13	1,105	39
28. ISO 9000 kalite yönetim sistemleri ve TKY bir kalite programı içinde entegre edilmesi gereken programlardır.	3,67	,838	39

İfadelere verilen cevaplara göre aritmetik ortalamalar alınırken olumsuz ve eleştirel yaklaşım içeren 10. ifade ters ölçeklendirilmiştir. Aritmetik ortalamanın 1'e yakın olması TKY projelerine olumsuz yaklaşımı, 5'e yakın olması da olumlu yaklaşımı göstermektedir.

**Tablo 3.11.** Araştırmada Ortalaması En Yüksek ve En Düşük Beş İfade.

ORTALAMASI EN YÜKSEK İFADELER	ORTALAMA
1. Hastanemde işleyen bir TKY programı, uzun vadede sunulan hizmetin kalitesinde bir artışa yol açacaktır.	4,33
21. TKY çalışanların TKY araçlarının kullanımı konusunda eğitilmesini gerektirir.	4,31
9. TKY Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelerin sundukları hizmet düzeyini yükseltmelerine yardım edecek bir yönetim aracıdır.	4,26
2. TKY yönetim süreci gelecek on yılda sağlık bakım endüstrisinde gelişmeye devam edecektir.	4,21
26. Kalite herkesin sorumluluğudur; kalite bir kişi veya bölüme devredilemez.	4,21
ORTALAMASI EN DÜŞÜK İFADELER	
10. TKY sağlık bakım endüstrisinde gelecek 5 yılda popülaritesi ve kullanımı azalacak geçici bir hevestir.	1,97
24. Çalışanlar yapılan bütün hataların çoğundan sorumludur.	2,56
27. TKY ekipleri, uzmanlık alanları yerine özel problemler çerçevesinde oluşturulmalıdır.	3,13
13. TKY hastanelerin kalite problemlerine hızlı bir çözümdür.	3,46
25. ISO 9000 kalite standartları, TKY anlayışına yaklaşmıştır.	3,49

Sağlık Bakanlığı TKY konusuna özellikle hastanelerde TKY ve dahası oluşturulan kalite standartlarına büyük önem vermektedir. Sağlık Bakanlığı Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Bildiriler Kitabının (2009) Sunuş kısmında Sağlık Bakanı Recep Akdağ tarafından sağlıkta performans ve kalite ile ilgili düzenlemelerin sağlık kurumlarında kalite çalışmalarını yönlendirmek üzere hayata geçirildiği belirtilmektedir.

Bakanlıkça yayımlanan II. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Bildiriler Kitabında bu kalite çalışmalarında yöneticilerin sorumluluğunun kritik öneme sahip olduğu, yöneticilerin çalışmalarda bizzat yer alması ayrıca teşvik edilmesi, yapılan bütün teorik çalışmaların pratiğe geçmesi, hayat bulması için öncelikle sağlık idarecilerinin, yöneticilerin bu yöndeki değişiklikleri anlaması ve benimsemesinin gerektiği bildirilmektedir. Kısaca Bakanlık olarak en büyük temenninin sağlık hizmet kalitesi alanında yaşanan bu gelişmelerin Türkiye'deki tüm sağlık hizmet sunucuları tarafından benimsenerek özümsemesi temenni edilmektedir (Sağlık Bakanlığı, II. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Bildiriler Kitabı, 2010: 14).



### 3.3.1 Yaş Grupları ve Cinsiyete Göre Farklılıklar

Kurumlara ve öğrenim durumlarına göre grupların aritmetik ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Yaş Grupları ve cinsiyete bakıldığında sadece 23. ifadede yaş gruplarına göre ortalamalar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur.

**Tablo 3.12.** Anketteki Yaş Gruplarına Göre 23. İfadeye Verilen Cevapların Gösterimi

	30-39	40-49	50-59
23. Hemşirelik personeli güçlendirmeye açıktır.	4,42	3,91	3,83

Tabloya göre “30-39” yaş grubu ile diğer grupların (“40-49”, “50-59”) ortalamaları arasında farklılık bulunmaktadır. Anket uygulaması sırasında “30-39” yaş grubunda başhemşire ve yardımcılarının 7’sinden 6’sının olduğu ve bu durumun başhemşire ve yardımcılarının verdiği yanıtlardan kaynaklandığı söylenebilir.

### 3.3.2 Unvanlara Göre Farklılıklar

23. ifadede grupların ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur.

**Tablo 3.13.** Anketteki Unvanlara Göre 23. İfadeye Verilen Cevapların Gösterimi

	Başhekim ve Yard.	Hastane Müdür ve Yard.	Başhemşire ve Yard.
23. Hemşirelik personeli güçlendirmeye açıktır.	4,42	3,91	3,83

Farklılık “başhekim ve başhekim yardımcısı” grubu ile “başhemşire ve başhemşire yardımcısı” grubu arasındadır. Dolayısıyla, “23. hemşirelik personeli güçlendirmeye açıktır” ifadesine en çok Başhemşire ve Başhemşire Yardımcıları katılmaktadır.

Anket sonuçlarına göre standart sapmalar ele alındığında, sağlık yöneticilerinin kafasının karışık ve birbirinden uzak görüş sundukları ifadeler mevcuttur.

Tablo 3.14. Unvanlara Göre Farklılıklar

	Başlık. ve Yard.	Hast. Müd. ve Yard.	B.İmş ve Yard.
1. Hastanemde işleyen bir TKY programı, uzun vadede sunulan hizmetin kalitesinde bir artışa yol açacaktır.	4,62	4,39	4,60
2. TKY yönetim süreci gelecek on yılda sağlık bakım endüstrisinde gelişmeye devam edecektir.	4,09	4,03	4,45
3. Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelerde TKY'nin uygulanmasına yardım etmek için hastane dışından danışman kullanmaya çok ihtiyaç vardır.	3,50	3,54	3,50
4. Hastanemde TKY'nin uygulamasında bir lider türü üstlenmek için TKY'nin anahtar kavramları ve yöntemleriyle ilgili yeterli miktarda eğitim aldım.	3,86	3,67	3,60
5. TKY süreci ile ilişkili yönetim felsefeleri, kişisel yönetim felsefelerimle aynı doğrultudadır.	3,97	3,88	4,90
6. Halen üretim endüstrisinde işleyen TKY felsefeleri, hastanelerin klinik dışı alanlarına aktarılacak ve orada işleyecektir.	3,97	3,41	3,70
7. Halen üretim endüstrisinde işleyen TKY felsefeleri, hastanelerin klinik alanlara aktarılacak ve orada işleyecektir.	3,91	3,57	4,10
8. Yönetimin bir üyesi olarak, TKY sürecini çalıştırmak için gereken zaman ve enerjiyi sunmaya istekliyim	4,46	4,22	4,45
9. TKY, Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelerin sundukları hizmet düzeyini yükseltmelerine yardım edecek bir yönetim aracıdır.	4,06	4,64	4,35
10. TKY, sağlık bakım endüstrisinde gelecek 5 yılda popülaritesi ve kullanımı azalacak geçici bir hevestir.	2,00	1,97	1,60
11. Yönetici olarak, hastanemde TKY'nin uygulanmasına katılmak isterim.	3,97	4,06	4,60
12. TKY, günlük yönetim faaliyetlerinin içine katılmalıdır.	4,00	4,14	4,00
13. TKY hastanelerin kalite problemlerine bir "hızlı çözüm"dür.	2,59	3,67	4,00
14. Hastanemde yönetim, bir ekip olarak birlikte iyi çalışır.	3,84	4,19	3,80
15. TKY, kurum liderlerinin kaliteye bağlılığını sürekli olarak göstermesini gerektiren bir süreçtir.	3,90	4,37	4,25
16. Hastanemde TKY'nin uygulanmasında bir lider rolü almak isterim.	4,59	3,85	4,20
17. TKY'nin uygulanması süreç değişiminden çok kültürel değişimi gerektirir.	4,59	3,84	4,20
18. Hastanemizin yönetimi TKY'ye uzun dönemli taahhüde hazırdır.	3,69	3,81	3,60
19. TKY toplam sağlık bakım maliyetlerini düşürecektir.	4,00	3,42	3,40
20. TKY, hastanenin karar verme sürecine yardım etmeleri için çalışanların güçlendirilmesini gerektirir.	4,00	4,09	3,75
21. TKY, çalışanların TKY araçlarının kullanımı konusunda eğitilmesini gerektirir.	4,19	4,17	4,10
22. Hemşireliğin "ekip" yaklaşımı nedeniyle hemşirelikte TKY'nin kabul edileceği kanısındayım.	3,97	4,09	4,45
23. Hemşirelik personeli güçlendirmeye açıktır.	3,90	4,03	4,70
24. Çalışanlar yapılan bütün hataların çoğundan sorumludur.	2,19	2,85	2,85
25. ISO 9000 kalite standartları, TKY anlayışına yaklaşmıştır.	3,44	3,75	3,55
26. Kalite herkesin sorumluluğudur; kalite bir kişi veya bölüme devredilemez.	4,53	4,39	4,40
27. TKY ekipleri, uzmanlık alanları yerine özel problemler çerçevesinde oluşturulmalıdır.	3,94	3,19	3,65
28. ISO 9000 kalite yönetim sistemleri ve TKY bir kalite programı içinde entegre edilmesi gereken programlardır.	3,34	3,84	3,70
<b>GENEL ORTALAMA</b>	<b>3,82</b>	<b>3,82</b>	<b>3,94</b>

Yöneticiler “24. çalışanlar yapılan bütün hataların çoğundan sorumludur” ifadesine katılma bakımından sayısal verilerinde başhekim ve başhekim yardımcıları (2,19), hastane müdürü ve hastane müdür yardımcıları (2,85), başhemşire ve başhemşire yardımcıları (2,85) gözlemlenmiştir. Bu ifadeye eşit sayısal değerlerle hastane müdür ve yardımcıları ile başhemşire ve yardımcıları katılmıştır. Sağlık hizmetleri büyük çoğunlukla hata götürmeyen türden hizmetlerdir. Ancak TKY’ye göre hata, geleneksel yaklaşımda olduğu gibi kişilerde değil sistemdedir. Sıdıka Kaya ve Songül Doğan’ın Aksaray’daki yöneticileri konu alan çalışmada ve bu çalışmada paralel bir şekilde aynı ifadeye Hastane Müdürü ve yardımcıları daha çok katılırken Başhemşire ve yardımcıları daha az katılmıştır (Doğan ve Kaya, 2004: 79). Aynı çalışma Hatice Ulusoy ve arkadaşları tarafından yapılmış ve bu ifade de yöneticilerin kararsız kaldığı görülmektedir (Ulusoy, Biçer ve Naldöken, 2011: 24).

“TKY sağlık bakım endüstrisinde gelecek 5 yılda popülaritesi ve kullanımı azalacak geçici bir hevestir” ifadesine katılma oranı başhekim ve başhekim yardımcıları (2,00), hastane müdürü ve yardımcıları (1,97), başhemşire ve yardımcıları (1,60) şeklindedir. Bu ifadeye başhekim ve yardımcıları en yüksek katılan grup olmuştur. Bu ifade aynı zamanda hastane müdürü ve yardımcıları ile başhemşire ve yardımcılarının en az katıldığı ifadedir. Burada Kaya ve Doğan’ın çalışmasıyla bir paralellik vardır (Doğan ve Kaya, 2004: 78). Bu ifadeyle, TKY’ye güven fazladır, geçiciliğine inanılmamaktadır. Çünkü TKY sürekli gelişmeyi, iyileşmeyi, öğrenmeyi hedeflediği için kalitenin sürekli olması kaçınılmaz olacaktır. “19. TKY toplam sağlık bakım maliyetlerini düşürecektir” ifadesine en çok katılanlar başhekim ve yardımcıları (4,00) iken başhemşire ve yardımcıları (3,40) en az katılan grup olmuştur. Yine Doğan ve Kaya’nın çalışmasıyla bir paralellik gözlenmektedir. Ovretveit’e (1992) göre, kalitenin tanımında ihtiyaçların “örgüte maliyeti en az olacak şekilde” ifadesi yer alır. Genel olarak TKY’nin içinde daha düşük maliyet daha yüksek verimlilik kavramı yatar. Ancak sağlık hizmetlerinde tedavi hizmetlerinin sürekli artması, teknolojik, demografik gelişmeler ve değişmeler maliyetlerin düşürülmesine izin vermemektedir. Böyle olunca zaman zaman bütçe sıkıntısına girilmektedir. Anket uygulaması sırasında yapılan görüşmelerde iyi mal talep edildiğini ancak maliyet yüksekliği ve bütçe darlığı nedeniyle biraz daha düşük bir mal alındığı aktarılmıştır. Ulusoy ve arkadaşlarının

yaptığı çalışmada yöneticiler bu konuda kararsız kalmışlardır (Ulusoy, Biçer ve Naldöken, 2011: 24).

Yöneticilerin “yönetimin bir üyesi olarak, TKY sürecini çalıştırmak için gereken zaman ve enerjiyi sunmaya istekliyim”, “yönetici olarak, hastanemde TKY’nin uygulanmasına katılmak isterim”, “hastanemde TKY’nin uygulanmasında bir lider rolü almak isterim” ifadelerine katılması (ortalama puanları: 4,00-4,40), yönetimin TKY’yi desteklediğini ve kendi kurumlarındaki TKY uygulamalarında görev alma bakımından istekli oldukları gözlemlenebilir. Bu da TKY’nin hastanelerde uygulanmasına başarı getirebilir (Ulusoy, Biçer ve Naldöken, 2011: 23). Ancak bu ifadelerden sonra yapılan görüşmelerde zamanlarının olmadığını belirtmesi ifadeler arası tezatlık oluşturmaktadır. Bakıldığında var olan işler TKY’nin önüne geçmiş olup, TKY göz ardı edilmektedir. Ayrıca yine kalite ile ilgili verilen görevden iş yükünden dolayı kaçanların mevcut olduğu da aktarılmıştır.

Yapılan görüşmeler neticesinde iki hastanenin kalite belgesi ve kalite ödülü yoktur. Rutin olarak ayda bir kalite toplantıları yapılmaktadır. İş yoğunlukları fazla olduğu için nitelikler bakımından iyileştirmeye de gidilmemiştir. Testler sonucu, elde edilen ortalamaların tutarlı olduğu görülmüştür. Zira TKY projelerine teorik planda olumlu yaklaşılmakta; pratiğe geçirmede ve uygulamada sistemik sıkıntılar olduğu değerlendirilmektedir.

### 3.3.3 Yöneticiler ve Yardımcıları Dağılımına Göre Oluşturulan Gruplar Arasındaki Farklılıklar

Bu iki grup arasında %5 anlamlılık düzeyine göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Ancak, anlamlılık düzeyine çok yakın kritik sonuçlar şu şekildedir:

**Tablo 3.15.** Anketteki Yöneticiler ve Yardımcılarına Göre 8.-18. İfadelere Verilen Cevaplar

	Yöneticiler	Yardımcıları
8. Yönetimin bir üyesi olarak, TKY sürecini çalıştırmak için gereken zaman ve enerjiyi sunmaya istekliyim	4,60	4,00
18. Hastanemizin yönetimi TKY’ye uzun dönemli taahhüde hazırdır.	4,00	3,45

8. ifadede yöneticiler TKY sürecini çalıştırmak için gereken zaman ve enerjiyi sunmaya daha istekli görünürken yardımcıları ise daha isteksizdir. Anket uygulama

8. ifadede yöneticiler TKY sürecini çalıştırmak için gereken zaman ve enerjiyi sunmaya daha istekli görünürken yardımcılarını ise daha isteksizdir. Anket uygulama esnasındaki görüşmelerde de bu durum daha açık gözlemlenmiştir. Yöneticilerin katılım konusunda daha istekli olduğu anket sırasında fark edilmiştir. Ayrıca Doğan ve Kaya'nın (2004) yapmış oldukları çalışmada da yöneticilerin diğer çalışan personelden daha istekli olduğu anlaşılmaktadır. TKY'nin başarılı olması için sadece yöneticilerin değil tüm çalışanların katılımı ve katkısı gerektiğinden, yöneticiler hastanede çalışan herkesi TKY konusunda isteklendirmeye çalışmalıdır (Doğan ve Kaya, 2004: 81).

18. ifade de ise yöneticilerin yine yardımcılarını oranla hastane yönetiminin TKY'ye uzun dönemli taahhüde hazır olduğu konusuna daha çok katılmaktadırlar. Yöneticiler kendilerine ve hastanelerine TKY konusunda daha çok güvenmektedirler. Bunun nedeni yöneticilerin daha çok kuramsal olarak kaliteye katılımlarının olmasına rağmen yardımcılarının daha çok saha yani uygulamalara bizzat katılmaları ve bu durumun karşılaşılabilecekleri aksaklıkları arttırıp uzun dönem için umutsuzluğa düşmeleri şeklinde açıklanabilir. Gelişmekte olan toplam kalite yönetiminin klasik kalite anlayışındaki ast-üst ilişkisinden sıyrılarak toplu hareket ve uygulamaların izlenebilirliğinin artırılması bu durumu düzelterek, geçiş aşamasını hızlandırabilir.

### 3.3.4 Kalite Temsilcisi Olup Olmama Durumuna Göre Farklılıklar

4, 5, 8, 9, 10, 11, 14, 15, 16, 23 ve 26. ifadelerde kalite temsilcisi/kalite konseyi üyesi olup olmadıklarına göre grupların ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur.

**Tablo 3.16.** Anketteki Kalite Temsilcisi Olup Olmama Durumuna Göre 4.-5.-8.-9.-10.-11.-14.-15.-16.-23.-26. İfadelere Verilen Cevapların Gösterimi

	Kalite Temsilcisi/ Kalite Konseyi Üyesi?	
	Evet	Hayır
4. Hastanemde TKY'nin uygulamasında bir lider türü üstlenmek için TKY'nin anahtar kavramları ve yöntemleriyle ilgili yeterli miktarda eğitim aldım.	4,09	3,35
5. TKY süreci ile ilişkili yönetim felsefeleri, kişisel yönetim felsefelerimle aynı doğrultudadır.	4,25	3,71
8. Yönetimin bir üyesi olarak, TKY sürecini çalıştırmak için gereken zaman ve enerjiyi sunmaya istekliyim	4,50	3,90
9. TKY Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelerin sundukları hizmet düzeyini		

11. Yönetici olarak, hastanemde TKY'nin uygulamasına katılmak isterim.	4,58	3,90
14. Hastanemde yönetim, bir ekip olarak birlikte iyi çalışır.	4,25	3,65
15. TKY kurum liderlerinin kaliteye bağlılığını sürekli olarak göstermesini gerektiren bir süreçtir.	4,42	3,94
16. Hastanemde TKY'nin uygulanmasında bir lider rolü almak isterim.	4,33	3,74
23. Hemşirelik personeli güçlendirmeye açıktır.	4,33	3,93
26. Kalite herkesin sorumluluğudur; kalite bir kişi veya bölüme devredilemez.	4,75	4,00

4. ifadede kalite temsilcisi/kalite konseyi üyesi olan yöneticiler TKY uygulamalarında bir lider türü üstlenmek için yeterli miktarda eğitim aldığı konusunda daha çok katılım göstermişlerdir. TKY başarısı çalışanların eğitimine bağlıdır. TKY çalışmalarında kalite kavramları, istatistik teknikleri, kalite yöntemleri gibi konularda tüm çalışanların eğitilmesi gerekmektedir. Eğitim sürekli olmalıdır ve eğitim için kaynak ayrılmalıdır (Saatçioğlu, 1995). Eğitimin bir yatırım olarak kabul edilmesi ve kalite yönetimi ve mesleki eğitimin gerekleri yerine getirilmelidir (Genç, 2007: 121). Bu durum toplam kalite yönetiminin vazgeçilmez unsuru olan sürekli eğitimin tüm çalışanlara verilmesinin önemini göstermektedir.

5. ifadede kalite temsilcisi/kalite konseyi üyesi olan yöneticiler TKY süreci ile ilişkili yönetim felsefelerini kişisel yönetim felsefeleriyle aynı doğrultuda görmektedir. Yöneticiler açısından bakıldığında Öznur Koç'un *İstanbul İlinde ISO 9001:2000 Belgesi Alan Sağlık Bakanlığı Hastanelerindeki Üst Düzey Yöneticilerin Kalite Anlayışı* (2006) adlı çalışmasında yöneticilerin %78,8'inin kalite süreciyle ilgili kurumların yönetim felsefesi ile kendi yönetim felsefelerinin aynı doğrultuda olduğu sonucu çıkmıştır (Koç, 2006: 98).

8. ifadeye verilen cevaplara göre TKY sürecini çalıştırmak için gereken zaman ve enerjiyi sunma konusunda kalite temsilcisi/kalite konseyi üyesi olan yöneticiler daha isteklidir. Gökmen'in 2001'deki çalışmasında da bahsettiği gibi örgütlerdeki TKY'nin gelişebilmesinin ilk faktörü olarak yönetimin, istekli ve örnek olacak şekilde her türlü kalite faaliyetlerinde aktif olması belirlenmiştir (Gökmen, 2001: 10).

9. soruya/ifadeye verilen cevaplara göre kalite temsilcisi/kalite konseyi üyesi olan yöneticiler TKY'yi Sağlık Bakanlığına bağlı hastanelerin sundukları hizmet düzeyini yükseltmelerine yardım edecek bir araç olarak görmektedirler. Bu durum



sağlık yönetiminde çalışan insanlarında TKY'nin sağlık hizmetlerine uygulanabilir ve faydalı olduğunu düşündüklerinin bir göstergesi olarak yorumlanabilir.

Negatif yönlü 10. ifadeye verilen cevaplara göre kalite temsilcisi/kalite konseyi üyesi olanlar, olmayanlara göre daha fazla TKY'nin sağlık bakım endüstrisinde gelecek beş yılda popülaritesi ve kullanımı azalacak geçici bir heves olarak görmemektedirler. Öznur Koç'un çalışmasında yöneticilerin %92'4'ü kaliteyi geçici bir heves olarak görmemektedir (Koç, 2006: 101). Ayrıca, Songül Doğan ve Sıdika Kaya'nın Aksaray'daki hastanelerde bulunan yöneticilerin TKY konusundaki algılarının incelendiği çalışma (Doğan ve Kaya, 2004: 78) ile Hatice Ulusoy ve arkadaşlarının hastane yöneticilerinin TKY'ye ilişkin görüşlerinin incelendiği (Ulusoy, Biçer ve Naldöken, 2011: 24) çalışması da bu durumu desteklemektedir.

14. ifadedeki cevaplara göre kalite temsilcisi/kalite konseyi üyesi olan yöneticiler hastanelerindeki yönetimi bir ekip olarak iyi çalıştığını düşünmektedirler. Ferhat Ecer ve arkadaşlarının çalışmasında sağlık kurumlarının %26,7'sinde ekip çalışmasının yetersiz veya zayıf olduğu, %53,3'ün ekip çalışmasının normal olduğu, %46,7'sinde ise bu çalışmanın yeterli olduğu görülmüştür. Toplam kalite yönetimi bir hastanede tüm iş görenlerin katılım ve inisiyatif kullanımını gerekli kılan bir süreç olması yanında, ekip çalışmasını da gerekli kılmaktadır (Çakırer, 2003: 2). Toplam kalite yönetiminde bireysel başarı yerine ekip çalışması esas alınır. "Ben" anlayışı değil "biz" anlayışı hâkimdir. Her kademedeki ekip çalışması yapılır. Kalite çemberleri, süreç geliştirme ekipleri, kalite geliştirme ekipleri ve toplam kalite ekipleri oluşturulur. Bu ekiplerin birbirleri ile uyumlu çalışmaları teşvik edilir. Bu nedenle, bütün iş görenlerin toplam kalite faaliyetlerine katılımının sağlanması esastır (Toraman, 2010: 12-13).

15. ifadeye verilen cevaplara göre TKY'nin kurum liderlerinin kaliteye bağlılıklarını sürekli göstermeleri gereken bir süreç olduğunu kalite temsilcisi/kalite konseyi üyesi yöneticiler daha çok savunmaktadır. Bu durumda TKY'ne katılımın TKY'nin ilkelerinin uygulanmasını artıracığı yorumu yapılabilir.

16. ifadede kalite temsilcisi/kalite konseyi üyesi olanlar hastanelerinde TKY'nin uygulamasında lider görevi üstlenmek istemektedirler. TKY en başta üst yönetimin liderliğini ve sorumluluğunu gerektirir. Amaç TKY'yi derinlemesine anlayarak özümsemek, tüm yönleriyle uygulamak ve çağın dönüşümünü yakalamaktır. Bu yapısal ve zihinsel değişim sürecinin ana boyutları, önce insanın kalitesi, daha sonra sistemin



kalitesidir. Liderlik boyutu ile insan ve sistem kalitesi bütünleşerek rekabet için sinerji etkisini ortaya çıkarmaktadır (Gencel, 2001: 181).

23. ifadeye göre, kalite temsilcisi/kalite konseyi üyesi olan yöneticiler hemşirelik personelinin güçlendirmeye açık olduğunu daha çok savunmuşlardır. Hastalarla daha yakın olan yani TKY'nin saha uygulamasıyla daha içli dışlı olan hemşirelerinin kaliteye katılmalarının artırılabilceği şekilde yorumlanabilir.

26. ifade de kalitenin herkesin sorumluluğu olduğunu ve bir kişiye veya bölüme devredilemez olduğunu kalite temsilcisi/kalite konseyi üyesi yöneticiler daha çok savunmuşlardır. Ferhat Ecer ve arkadaşlarının *Sağlık Sektöründe Toplam Kalite Yönetiminin Uygulanabilirliği Üzerine Bir Araştırma* (2002) adlı çalışmasında Aksaray'daki 30 sağlık kurumunun yöneticilerine anket uygulanmış ve araştırma sonuçlarına göre sağlık kurumlarının %40'ında kaliteden herkes sorumlu, %33,3'ünde kaliteden bazı klinikler sorumlu, %16,7'inde kaliteden sadece üst yönetim sorumlu, %10'unda ise özel olarak oluşturulmuş ekiplerin sorumlu olduğu görülmektedir. Kalite sistemi içerisinde ortaya çıkacak sorunlar çalışanların katılımıyla çözümlenmelidir. Toplam kalite yönetiminin kalite sorumluluğu bu hususu içermektedir. Kısacası kalite yönetiminden kurum çalışanlarının tamamı sorumludur. Kaliteden sorumlu tutulan bölüm veya kişi olmamalıdır. Kalite "herkesin işidir" ilkesi esas alınmalıdır. Kaliteyi kurum çalışanları yaşam felsefesi olarak algılamaları gerekir. Eğer her bir birey kaliteyle ilgili bu görüşü benimserse kurumun örgütsel manada kalite bilinci sağlanmış olur (Ecer, 2002: 10-11).

### 3.3.5 Kalite Eğitimi Alınıp Alınmamasına Göre Gruplar Arasındaki Farklılıklar

6., 9. ve 26. ifadelerde kalite eğitimi alıp almadıklarına göre grupların ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur.

**Tablo 3.17.** Anketteki Kalite Eğitimi Alınıp Alınmamasına Göre 6., 9., 26. İfadelere Verilen Cevapların Gösterimi

	Kalite Eğitimi Aldınız mı?	
	Evet	Hayır
6. Halen üretim endüstrisinde işleyen TKY felsefeleri, hastanelerin klinik dışı alanlarına aktarılacak ve orada işleyecektir.	3,97	3,00
9. TKY Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelerin sundukları hizmet düzeyini yükseltmelerine yardım edecek bir yönetim aracıdır.	4,31	3,80
26. Kalite herkesin sorumluluğudur; kalite bir kişi veya bölüme devredilemez.	4,30	3,40

6. ifadeye verilen cevaplara göre, kalite eğitimi alanlar kalmayanlara göre TKY felsefelerinin hastanelerin klinik dışı alanlarına aktarılacağı ve işleyeceğine daha çok inanmaktadırlar.

9. ifadeye göre, kalite eğitimi alan yöneticiler TKY'yi hastanelerin sundukları hizmet düzeyini yükseltmelerine yardımcı olacak bir araç olarak görmektedirler. Bu durum eğitimin TKY'ni anlamak ve uygulamak için vazgeçilmez olduğunu göstermektedir.

26. ifadede kalite eğitimi alanlar kalitenin herkesin sorumluluğunda olduğunu ve bir kişiye veya bölüme devredilemez olduğunu daha çok savunmuşlardır. Kalite herkesin sorumluluğundadır. İşlerin kaliteli olması için organizasyonun her kademesindeki çalışanların katılımı şarttır. İşleri doğru yapmak yeterli değildir. Doğru işleri bir seferde ve doğru olarak yapmak yeterlidir (Çatalca, 2003: 42). Bu durumda diğer maddelerde olduğu gibi sürekli eğitimin ve bütün çalışanların TKY'ye katılımlarının olmasının tüm parametrelerinin özümsemesi için gerekli olduğunu göstermektedir.

## SONUÇLAR VE ÖNERİLER

Araştırmaya katılan yöneticilerin %67,4'ü Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesinde, %32,6'sı Ankara Fizik Tedavi, Rehabilitasyon Eğitim ve Araştırma Hastanesinde çalışmaktadır. İki hastane arasındaki katılımcı sayıları arasındaki fark hastanelerinin büyüklüğü ve buna bağlı olarak yönetici gereksinimlerinin farklılığından kaynaklanmaktadır.

Araştırmaya katılanlardan %27,9'u kalite temsilcisi/kalite konseyi üyesi olup, %72,1'i kalite temsilcisi/kalite konseyi üyesi değildir. Araştırmaya katılan yöneticilerin %86'sı kalite eğitimi almış olup %11,6'sı kalite eğitimi almamıştır. Katılımcıların öğrenim durumlarına göre grupların aritmetik ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.

14 başhekim ve yardımcısı, 17 hastane müdür ve yardımcısı, 6 başhemşire ve yardımcısı kalite eğitimi almış olup, yine yönetici ve yardımcısı olarak baktığımızda da 5 yönetici ile 32 yardımcı kalite eğitimi almıştır. Bu durum bize hastanelerde yeterli ölçüde kalite eğitimi verilmesine ve eğitime katılımın fazla olmasına rağmen toplam kalite yönetiminin temel unsuru olan bireylerin kaliteye topyekün katılımının bu hastanelerde az olduğunu göstermektedir.

Yöneticilerin katılım konusunda daha istekli olduğu gözlemlenmiştir. Yöneticiler TKY sürecini çalıştırmak için gereken zaman ve enerjiyi sunmaya daha istekli görünürken yardımcılarını ise daha isteksizdir. Yöneticilerin yine yardımcılarını oranla hastane yönetiminin TKY'ye uzun dönemli taahhüde hazır olduğu konusuna daha çok katılmaktadırlar. Yöneticiler kendilerine ve hastanelerine TKY konusunda daha çok güvenmektedirler.

Kalite temsilcisi/kalite konseyi üyesi olan yöneticiler TKY uygulamalarında bir lider türü üstlenmek için yeterli miktarda eğitim aldığı konusunda daha çok katılım göstermişlerdir.

Kalite temsilcisi/kalite konseyi üyesi olan yöneticiler TKY'yi Sağlık Bakanlığına bağlı hastanelerin sundukları hizmet düzeyini yükseltmelerine yardım edecek bir araç olarak görmektedirler.

Kalite temsilcisi/kalite konseyi üyesi olanlar, olmayanlara göre daha fazla TKY'nin sağlık bakım endüstrisinde gelecek 5 yılda popülaritesi ve kullanımını azalacak geçici bir heves olarak görmemektedirler.

Kalite Temsilcisi/Kalite Konseyi Üyesi olan yöneticiler hastanelerindeki yönetimi bir ekip olarak iyi çalıştığını düşünmektedirler.

TKY'nin kurum liderlerinin kaliteye bağlılıklarını sürekli göstermeleri gereken bir süreç olduğunu kalite temsilcisi/kalite konseyi üyesi yöneticiler daha çok savunmaktadır.

Kalite temsilcisi/kalite konseyi üyesi olanlar hastanelerinde TKY'nin uygulamasında lider görevi üstlenmek istemektedirler.

Kalite temsilcisi/kalite konseyi üyesi olan yöneticiler hemşirelik personelinin güçlendirmeye açık olduğunu daha çok savunmuşlardır.

Kalitenin herkesin sorumluluğu olduğunu ve bir kişiye veya bölüme devredilemez olduğunu kalite temsilcisi/kalite konseyi üyesi yöneticiler daha çok savunmuşlardır.

Kalite Eğitimi alanlar olmayanlara göre TKY felsefelerinin hastanelerin klinik dışı alanlarına aktarılacağı ve işleyeceğine daha çok inanmaktadırlar.

Kalite eğitimi alan yöneticiler TKY'yi hastanelerin sundukları hizmet düzeyini yükseltmelerine yardımcı olacak bir araç olarak görmektedirler.

Kalite eğitimi alanlar kalitenin herkesin sorumluluğunda olduğunu ve bir kişiye veya bölüme devredilemez olduğunu daha çok savunmuşlardır.

Özetle, araştırma sonuçları doğrultusunda, incelenen sağlık hizmeti veren hastanelerde, TKY uygulamalarına geçilmiş ve bu konuda gerekli eğitimler de verilmeye başlanmıştır. Aynı zamanda hastanelerde çalışan yöneticiler, TKY'yi bir heves olarak görmemişler, TKY ile hastanedeki hizmet düzeyinin yükseleceğine inanmışlar kısaca TKY'yi desteklemişlerdir.

Genel olarak çalışmada TKY konusunda olumlu görüşler daha fazla yer almaktadır. İşyükünün azaltılarak kalite konusuna biraz daha fazla zaman ayrılması ve bu görevden kaçılmaması, dolayısıyla, yöneticilerin bizzat kendilerinin işin içinde olması ve felsefesi ve araçları konusunda onlara eğitim verilmesi, yöneticilerin kendilerini kalitenin bir parçası olarak görmesi, kalitenin hastaneye külfet getireceği fikrinin değiştirilmesi, yöneticilerin çalışanlar ile işbirliği yapması ve iletişim halinde

olması, sürekli eğitimin ve bütün çalışanların TKY'ye katılımlarının sağlanmasının, TKY'nin tüm parametrelerinin özümsemesi ve uygulanabilmesi için gerekli olduğu önerilebilir.

## KAYNAKLAR

- Ak, B., Sargutan, A.E. (1996) "Hastanelerde Toplam Kalite Yönetimi ve Uygulama Örnekleri", *Standart Dergisi*, Sayı 412, ss. 54-68.
- Akal, Z. (1995) "Toplam Kalite Yönetimi ve Performans Ölçme ve Değerlendirme Sistemleri", *Verimlilik Dergisi*, ss. 83-108.
- Akar, Ç., Özalp, H. (2002) *Sağlık Hizmetlerinde Yönetim*, Songür Yayıncılık, Ankara.
- Akgün, S. (2005). "Sağlık Hizmetlerinde Sürekli Kalite İyileştirme", *Standard ve Ekonomik Teknik Dergisi*, Yıl 44, Sayı 527.
- Akın, B., Çetin, C., Erol, V. (1998) *Toplam Kalite Yönetimi ve ISO 9000 Kalite Güvenlik Sistemi*, Beta Yayınları, İstanbul.
- Akın, Ö. (2001). *Toplam Kalite Yönetimi ve İnsan*, Ezgi Kitabevi, Bursa.
- Aktan, C.C. (1997) "Kamuda Kalitesizliğe Çözüm İçin Toplam Kalite", *Ekonomik Forum Dergisi*, Haziran, ss. 56-61.
- Aktan, C.C. (1998) "Yerel Yönetimlerin Yeniden Yapılanması ve Yerel Yönetimlerde Toplam Kalite Yönetiminin Uygulanması", *Yerel Yönetimler Dergisi*, Yıl 70, Sayı 419, Haziran.
- Al-Assaf, A.F., Gentling, S.J. (1996) "Executives' Perceptions of Total Quality Improvement", *Hospital Topics*, Vol. 74, No. 1, pp. 26-30.
- Altay, A. (2011) "Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Yeni Açılımlar ve Türkiye Açısından Değerlendirilmesi", *Sayıştay Dergisi*, Sayı 64, ss. 33-58.
- Appelbaum, S.H., Wohl, L. (2000) "Transformation or Change: Some Prescriptions for Health Care Organization", *Managing Service Quality*, Vol. 10, No. 5, pp. 279-298.
- Aslantekin, F. vd. (2007) "Sağlık Hizmetlerinde Kalite Deneyimi: Dr. Hayri Ekrem Üstündağ Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesi Örneği", *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, Cilt 2, Sayı 6, ss. 55-71.
- Asunakutlu, T. (2004) *Türkiye'de Yataklı Tedavi Kurumlarında Kalite Yönetimi*, T.C. Sağlık Bakanlığı, Ankara.
- Asunakutlu, T. (2005) *Sağlık Hizmetlerinde Kalite*, [www.sobiacademy.net/sabem/e-kamuyonetim/kalite/asuna/pdf](http://www.sobiacademy.net/sabem/e-kamuyonetim/kalite/asuna/pdf) (29/09/2011).
- Ayaz, H., Soykan, A. (2002) "Toplam Kalite Yönetimi ve Sağlık Sektörü", *Türkiye Klinikleri Psikiyatri Dergisi*, Cilt 3, Sayı 1, ss. 19-26.
- Aydınçülü, M. (2003) *Örgüt Kültürü ve Toplam Kalite Arasındaki Etkileşimin Liderlik Yoluyla Değişimi*, Basılmamış Yüksek Lisans Tezi, Gebze Yüksek Teknoloji Enstitüsü Sosyal Bilimler Enstitüsü, Gebze.

- Aykın, H. (2001) *Toplam Kalite Yönetimi*, Erzurum.
- Balcı, A. (2003) “Toplam Kalite Yönetimi ve Kamu Yönetimi”, *Çağdaş Kamu Yönetimi -I*, Editörler: M. Acar ve H. Özgür, Nobel Yayın Dağıtım, Ankara.
- Bayrak, S. (1999) TKY'nin Kamu Kurumlarında Uygulanmasının Pratik Güçlükleri, *Kamu Yönetiminde Kalite 1. Ulusal Kongresi*, TODAİE, Ankara, ss. 49-50.
- Bener, E. C. (1997) *Kamu Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi*, Basılmamış Yüksek Lisans Tezi, TODAİE Kamu Yönetimi Lisansüstü Uzmanlık Programı, Ankara.
- Biçkes, M. (2000) “Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi”, *Standard Ekonomi ve Teknik Dergisi*, Cilt 39, Sayı 458, s. 29-36.
- Bingöl, D. (1999) “Toplam Kalite Yönetiminin Kamu Kesiminde Uygulanmasının Kurumsal ve Pratik Güçlükleri”, *Kamu Yönetiminde Kalite 1. Ulusal Kongresi*, TODAİE Yayınları, Ankara.
- Bolat, T. (2000) *Toplam Kalite Yönetimi (Konaklama İşletmelerinde Uygulanması)*, Beta Yayınları, İstanbul.
- Bumin, B. (2003) *Toplam Kalite Yönetimi, İşletmecilikte Çağdaş Yönelimler*, Gazi Kitabevi, Ankara.
- Çağlar, İ., Kılıç, S. (2006) *Kalite Güvence Standartları*, Nobel Yayın Dağıtım, Ankara.
- Çakırer, M. (2003) “Sağlık Hizmetlerinde TKY'nin Başarıya Ulaşmasında Dış Kaynaklardan Yararlanma (Outsourcing) Yönetiminin Etkisi ve Bir Uygulama”, *Kamu Yönetiminde Kalite 3. Ulusal Kongresi*, TODAİE Yayını, Ankara, ss. 20-33.
- Çatalca, H. (2003) *Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi*, Beta Yayınları, İstanbul.
- Çulpan, R. (1980) “Bürokratik Sistemin Yozlaşması”, *Amme İdaresi Dergisi*, Cilt 13, Sayı 2, ss. 31-45.
- Demirkan, M. (1997) *Toplam Kalite Yönetimi ve Türk Endüstri İlişkileri Sisteminde Etkiler*, Değişim Yayınları, Sakarya.
- Devebakan, N. (2006) “Sağlık İşletmelerinde Teknik ve Algılanan Kalite”, *Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, Cilt 8, Sayı 1, ss. 120-150.
- Diken, A. (1998) *Sanayi ve Hizmet İşletmelerinde Toplam Kalite Yönetimi*, Konya Ticaret Odası Eğitim ve Kültür Yayını, Konya.
- Dinçer, C. (2005) *Kamu Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi ve Sağlık Sektöründeki Uygulanması*, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Sakarya Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sakarya.
- Dinçer, C. (2009) “Sağlık Hizmetlerinde Kalite”, *Sağlığın Başkenti Dergisi*, Sayı 14, ss. 6-9.
- Doğan, E. (2002) *Eğitimde Toplam Kalite Yönetimi*, Academyplus Yayınevi, Ankara.
- Doğan, S., Kaya, S. (2004) “Aksaray'daki Sağlık Bakanlığı Hastane Yöneticilerinin Toplam Kalite Yönetimi Konusundaki Algıları”, *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, Cilt 7, Sayı 1



- Douglas, T., Judge, W.Q. (2001) "Total Quality Management Implementation and Competitive Advantage: The Role of Structural Control and Exploration", *Academy of Management Journal*, Vol. 44, No. 1, pp. 158-169.
- Ecer, F., Demir, Y., Uslu, S. (2002) Sağlık Sektöründe Toplam Kalite Yönetimi Uygulanabilirliği Üzerine Bir Araştırma, *Standard Dergisi*, Sayı: 490, ss. 66-68.
- Ekici, K.M., Taşkın, E. (2006) *Toplam Kalite Yönetimi ve Kamu Sektörü (Kamu İktisadi Teşekküllerinde Uygulanabilirliği) XXI. Yüzyıl Perspektifi*, Turhan Kitabevi, Ankara.
- Eren, E. (2000) *Yönetim ve Organizasyon: Çağdaş ve Küresel Yaklaşımlar*, Beta Yayınları, İstanbul.
- Ersen, H. (1997) *Toplam Kalite ve İnsan Kaynakları Yönetimi İlişkisi*, İstanbul.
- Ertuğrul, İ. (2004) *Toplam Kalite Kontrol ve Teknikleri*, Ekin Yayınları, Bursa.
- Gencel, U. (2001) "Yüksek Öğrenim Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi ve Akreditasyon", *Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, Cilt 3, Sayı 3, ss. 164-218.
- Genç, H. (2011) *Toplam Kalite Yönetimi Dahilinde Hasta Memnuniyeti (Sivas Devlet Hastanesi'nde Bir Alan Araştırması)*, Basılmamış Yüksek Lisans Tezi, Cumhuriyet Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Genç, N. (2007) *Yönetim ve Organizasyon*, Seçkin Yayınevi, Ankara.
- Gökbunar, R, Ünal, A. *Özel ve Kamu Sektöründe Değişim*, [http://www.canaktan.org/yeni\\_trendler/gokbunar\\_ozel\\_sektorde\\_degisim.pdf](http://www.canaktan.org/yeni_trendler/gokbunar_ozel_sektorde_degisim.pdf), (19/09/2011).
- Gökmen, C. (2001) *Sağlık Hizmetlerinde Kalite Yönetimi*, Sağlık Bakanlığı, Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ankara.
- Güllülü, U., vd. (2008) *Sağlık Hizmetlerinde Müşteri Memnuniyeti*, Editör: Sevtap Ünal, Detay Yayıncılık, Ankara.
- Günbatan, A. (2006) *Toplam Kalite Yönetimi Uygulamaları ve Çalışanların İş Tatmini Üzerine Bir Uygulama*, Basılmamış Yüksek Lisans Tezi, İnönü Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Malatya.
- Gündüz, E., Akar, Ç., Özgülbaş, N., Önce, S. (2003) *Sağlık Kurumlarında Maliyet Yönetimi*, Editör: Kerim Banar, Anadolu Üniversitesi Yayınları, Eskişehir.
- Halis, M. (2000) *Paradigmadan Uygulamaya Toplam Kalite Yönetimi ve ISO-9000 Kalite Güvence Sistemleri*, Beta Yayınları, İstanbul.
- Hayran, O., Uz, H. (1998) *Sağlık Hizmetleri*, Yüce Yayın, İstanbul.
- Hayta, H. (2008) *Sağlık Sektöründe Toplam Kalite Yönetimi ve Hasta Memnuniyetinin İstatistikî Göstergelerle Karşılaştırılması (Denizli İl Merkezi Örneği)* (Basılmamış Yüksek Lisans Tezi), Muğla Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Muğla.
- Irvine, D.M. (1995) *The Response of Staff to Participation on Hospital Quality Improvement Teams*, Philosophy Graduate Department of Community Health University, Toronto.
- Karahan, K. (2000) *Hizmet Pazarlaması*, Beta Yayınları, İstanbul.

- Karatepe, O.M. (1997) "Bir Hizmet Kalitesi Modeli Yardımıyla Hizmet Kalitesi Oluşumuna Yönelik Kavramsal Bir İnceleme", *Hacettepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, Cilt 15, Sayı 2, ss. 85-111.
- Kardoğan, N. (2001) *Toplam Kalite Yönetiminin Kamu Yönetiminde Uygulanması: Sorunlar, Uygulama Şartları ve Öneriler*, T.C. Başbakanlık Devlet Personel Başkanlığı, Uzmanlık Tezi.
- Karslı, M. D. (2004) *Yönetimsel Etkinlik*, Pegama Yayıncılık, İstanbul.
- Kavrakoğlu, İ. (1992) *Toplam Kalite Yönetimi*, Kal-Der Yayınları, İstanbul.
- Kavuncubaşı, Ş. (2001) *Hastaneler ve Sağlık Kurumları Yönetimi*, 2. Baskı, Siyasal Kitabevi, Ankara.
- Kavuncubaşı, Ş. (2002) *Hastane Organizasyonlarına Giriş, Sağlık Kurumları Yönetimi*, Editör: Nuray Uzkesici, Anadolu Üniversitesi Yayınları, Açıköğretim Fakültesi Yayın No: 767, Eskişehir.
- Kaya, E.Ü., vd. (2004) *Toplam Kalite Yönetimi Tekniği Olarak Kıyaslama*, Nobel Yayın Dağıtım, Ankara.
- Kaya, S. (2005) *Sağlık Hizmetlerinde Sürekli Kalite İyileştirme*, Pelikan Yayınları, Ankara.
- Öçalan (Keklik), B. (2009) *Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi ve Memnuniyet Analizi*, Basılmamış Yüksek Lisans Tezi, Kadir Has Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Kesgin, C., Topuzoğlu, A. (2006) "Sağlığın Tanımı; Başa çıkma", *Journal of Istanbul Kültür University*, Cilt 3, ss. 47-49.
- Kıngır, S., vd. (2009) "Toplam Kalite Yönetimi İle İlgili Çalışmalara Katılım Düzeyinin Belirlenmesine Yönelik Bir Araştırma", *Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Fakültesi Dergisi*, Sayı 13, Cilt 2, ss. 255-278.
- Kızgın, Y. (1999) *Hizmet İşletmelerinde Toplam Kalite Yaklaşımının Kalite ve Verimlilik Üzerine Etkisi*, Basılmamış Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir.
- Kiyim, B. (1997) "Hastane Yönetiminde Toplam Kalite Modeli", *Sağlık Yönetiminde Devamlı Kalite İyileştirme*, Editör: Mithat Çoruh, Haberal Eğitim Vakfı Yayınları, Ankara, ss. 177-183.
- Kiwimaki, M. (1997) "Does the Implementation of Total Quality Management (TQM) Change the Wellbeing and Work-related Attitudes of Health Care Personnel? (Study of TQM prize-winning surgical clinic)", *Journal of Organizational Change Management*, Vol. 10, No. 6, pp. 456-470.
- Kocadağ, Z., Özgen, H. (1994) "Toplam Kalite Yönetimi: Sağlık Bakanlığı Hastaneleri İçin Bir Model Önerisi", *1. Ulusal Sağlık Kuruluşları ve Hastane Yönetimi Sempozyumu*, Ankara.
- Korkmaz, D.T. (2003) *Toplam Kalite Yönetimi*, Gazi Kitabevi, Ankara.
- Kovancı, A. (2001) *Toplam Kalite Yönetimi: Fakat Nasıl?*, Sistem Yayıncılık, İstanbul.
- Köksal, H. (1998) *Toplam Kalite Yönetimi*, Dünya Yayınları.

- Kurt, Z.I. (2007) *Kalite Yönetimi Uygulanan Hastanelerde Çalışan Hemşirelerin Motivasyon Düzeyinin Belirlenmesi*, Basılmamış Yüksek Lisans Tezi, Haliç Üniversitesi Hemşirelik ABD, İstanbul.
- Merter, M.E. (2006) *Toplam Kalite Yönetimi*, Atlas Yayınları, İstanbul.
- Morgil, O., Küçükçirkin, M. (1996) *TOBB'un Sağlıkta Toplam Kalite Yönetimine Bakışı*, Haberal Eğitim Vakfı, Yeni Fersah Matbaacılık, Ankara.
- Odabaşı, Y. (2000) *Satış ve Pazarlamada Müşteri İlişkileri Yönetimi*, Sistem Yayıncılık, Ankara.
- Orhon, Ş. (2007) *Kamu Çalışanlarının Toplam Kalite Yönetimi İlkelerinin Algulanması: Bornova Vergi Dairesi Müdürlüğü Örneği*, Basılmamış Yüksek Lisans Tezi, Kütahya Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Kütahya.
- Ovretveit, J. (1992) *Health Service Quality: An Introduction to Quality Methods for Health Services*, Blackwell Scientific Publications, Oxford, UK.
- Önal, G. (2009) *Hekim Hakları, Komplikasyon, Malpraktis Sempozyumu*, İstanbul.
- Önder, M. (1997) "Toplam Kalite Yönetimi; Kamu Yönetiminde Uygulanması ve Karşılaşılan Sorunlar", *Türk İdare Dergisi*, Eylül, s 125.
- Ören, K. (2002) *Toplam Kalite Yönetiminde İnsan Gücü Faktörü*, Nobel Yayın Dağıtım, Ankara.
- Özcan, C. (1997) "Devlet Hastanelerinde TKY'nin Uygulanabilirliği", *Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi ve Performans Ölçümü*, Editör: Mithat Çoruh, Haberal Eğitim Vakfı, Ankara.
- Özçakar, N. (2010) "Bir Kamu Kuruluşundaki Toplam Kalite Yönetimi Uygulamalarının Değerlendirilmesi", *İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi Dergisi*, Cilt 1, Sayı 39, ss. 106-124.
- Özel, K. (2007) *İyi Uygulama Örnekleri Çerçevesinde Kamu Mali Yönetiminde Toplam Kalite Uygulamaları ve Türkiye İçin Bir Model Önerisi*, Devlet Bütçe Uzmanlığı Araştırma Raporu, <http://www.bumko.gov.tr/Kontrol/Genel/ashx> (19/09/2011).
- Özevren, M. (1997) *Toplam Kalite Yönetimi*, Alfa Yayınları, İstanbul.
- Özgen, H., Öztürk, A. (1992) "Türkiye'de Devlet Hastanelerinin Yönetim ve Organizasyon Yapısının Verimlilik Açısından İncelenmesi", *Sosyal Siyaset Dergisi*, Cilt 1.
- Özgülbaş, N. (1995) *Hastanelerde Finansal Yönetim: Sorunlar ve Çözüm Önerileri*, Basılmamış Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Özkan, Y. (2005) *Toplam Kalite*, Sakarya Kitabevi, Sakarya.
- Öztek, Z. (2001) "Sağlık Kavramı ve Sağlık Hizmetleri", *Yeni Türkiye Dergisi*, Cilt I, Sayı 39, Sağlık, ss. 295-298.
- Öztek, Z. (1996) *Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Kalite Kavramı*, Haberal Eğitim Vakfı, Ankara.

- Öztürk, H., ve Kılıç, M. (2005) "Hastanelerde Mesai Saatleri Dışında Yürütülen Yönetim Hizmetleri: Ankara İli Eğitim Hastanelerinde Bir Alan Araştırması", *Hacettepe Üniversitesi Sağlık İdaresi Dergisi*, Cilt 9, Sayı 1, ss. 55-79.
- Pakdil, F. (2000) "ISO 9001: 2000 Kalite Yönetim Sisteminin Hastane Sistemleri Açısından Analizi", *Hacettepe Üniversitesi Sağlık İdaresi Dergisi*, Cilt 5, Sayı 4, ss. 27-49.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V.A., Berry, L.L. (1988) "Servqual: A Multiple-Item Scale for Measuring Consumer Perceptions of Service Quality", *Journal of Retailing*, Vol. 64, No. 1
- Parlak, B., Sobacı, Z. (2005) *Kuram ve Uygulamalarda Kamu Yönetimi: Ulusal ve Global Perspektifler*, Alfa Akademi, İstanbul.
- Peker, Ö. (1996) "Toplam Kalite Yönetimi ve Kamu Hizmetinde Kalite", *Çağdaş Yerel Yönetimler*, Cilt 5, Sayı 6, Kasım, ss. 43-57.
- Peşkirioğlu, N. (1996) "Toplam Kalite Yönetimi ve Katılımcılık", *Verimlilik Dergisi*, Toplam Kalite Özel Sayısı, s. 16.
- Powell, C. (2008) *Developing and Implementing Quality Programs in Healthcare Organizations*, Unpublished Ph.D. Dissertation, Wayne State University, Detroit.
- Radnay, S. (1997) *Towards a Paradigm for Total Quality Management in Health Care: A Study of Three Canadian Hospital*, Unpublished Ph.D. Dissertation, Concordia University.
- Saatçioğlu, Ö., Köksal, G. (1995) *Bir Özel Hastane İçin TKY Sistemi Tasarımı, TKY Semineri*, ODTÜ, Ankara.
- Sağlık Bakanlığı (2005) *Sağlık Bakanlığı Hastaneler İçin Kalite Yönetimi Uygulama Kılavuzu*, Sağlık Bakanlığı, Ankara.
- Sağlık Bakanlığı (2009) *Sağlık Bakanlığı Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Bildiriler Kitabı, Cilt 2*, Editör: Harun Kırılmaz, Sağlık Bakanlığı, Ankara.
- Sağlık Bakanlığı (2010) *Sağlık Bakanlığı II. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Bildiriler Kitabı, Cilt 3*, Editörler: Mehmet Demir, Hasan Güler, Abdullah Öztürk, Özlem Önder ve Umut Beylik, Sağlık Bakanlığı, Ankara.
- Saltık, A. (1995) "Sağlık Ekonomisinde Yeni Kavramlar", *Toplum ve Hekim*, Cilt 10, ss. 68.
- Saraç, Ö. (2000) *Türk Vergi Yönetiminde Toplam Kalite*, Basılmamış Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir.
- Saran, U. (2004) *Kamu Yönetiminde Yeniden Yapılanma (Kalite Odaklı Bir Yaklaşım)*, Atlas Yayıncılık, Ankara.
- Sarıkaya, N. (2003). *Toplam Kalite Yönetimi*, Sakarya Kitabevi, Adapazarı.
- Sarp, A.K.N., Tükel, B. (1999) "İbn-i Sina Hastanesinde Hasta Memnuniyeti Araştırması", *Başkent Üniversitesi Toplam Kalite Yönetimi Prensiplerinin Sağlık Hizmetlerinde Uygulamaları Sempozyumu*, Ankara.

- Sarp, A.K.N. (2004) *Sağlık Yönetimi, KPSS-SB Sağlık Bilimleri*, Selim Kitabevi, Ankara.
- Sarp, A.K.N. (2007) "Sağlık Hizmetlerinde Kalite Yönetimi", *Sağlık Ekonomisi ve Sağlık Yönetimi*, Editörler: Coşkun Can Aktan ve Ulvi Saran, Umut Vakfı Yayını, Ankara, ss. 491-519.
- Serbest, G.N. (2006) *Sağlık Sektöründe Hizmet Kalitesi ve Müşteri Tatmininin Ölçülerek Davranışlar Üzerindeki Etkisinin Bulunmasına Yönelik Model Çalışması* (Basılmamış Yüksek Lisans Tezi), Yıldız Teknik Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Seyran. D. (2004) *Hizmet Kalitesi*, Kal-der Yayınları, İstanbul.
- Short, P.J., Rahim, M.A. (1995) "Total Quality Management in Hospitals", *Total Quality Management*, Vol. 6, No. 3, pp. 255-263.
- Sınmazçelik, T. (1999) "Toplam Kalite Yönetimi: Bir Örnek, Yeni Türkiye", *Yeni Türkiye Dergisi*, Sayı 26, Kalite Özel Sayısı, Mart-Nisan, s. 88.
- Solakoğlu, G., Budak, G. (1995) "Bürokratik Yapılarda Etkinliği Azalan Disfonksiyonel Bürokratik Davranışlar", *Kamu Yönetimi Disiplini Sempozyumu Bildirileri, Cilt 2*, TODAİE Yayınları, Ankara.
- Şahin, A. (1999) "Eğitim Sisteminde Toplam Kalite Yönetimi ve İsrafın Önlenmesi", *Yeni Türkiye Dergisi*, Kalite Özel Sayısı, Yıl 5, Sayı 26, ss. 319-322.
- Şahin, Ü. (2006) *Sağlık Hizmetlerinde Kalite*, Zonguldak.
- Şengül, M. (1997) *Sağlık Sektöründe Toplam Kalite Yönetimi*, Basılmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Teknik Üniversitesi, Fen Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Şimşek, H. (2007) *Toplam Kalite Yönetimi (Kuram, İlkeler, Uygulamalar)*, Seçkin Yayınları, Ankara.
- Şimşek, M. (2000) "Kalite ve Sürekli Gelişme Kaizen", *Standart Dergisi*, Yıl 40, Sayı 471, s.16.
- Şimşek, M. (2004) *Toplam Kalite Yönetimi*, Alfa Basım Yayım Dağıtım, İstanbul
- Şirvancı, M. (1994) "Toplam Kalite Yönetimi ve Deney Tasarımı", *Önce Kalite Dergisi*, Sayı 8, Temmuz, s. 42.
- Takan, M. (2001) *Bankalarda Toplam Kalite Yönetimi*, Nobel Yayın Dağıtım, Ankara.
- Tanrıkulu, S. (2004) "Sağlıkta Kalite Seçim Değil, Zorluluktur", *Standard ve Ekonomik Teknik Dergisi*, Yıl 43, Sayı 505, ss. 79-80.
- Tekin, M. (1999) *Toplam Kalite Yönetimi*, Kuzucular Ofset, Konya.
- Tengilimoğlu, D., Işık, O., Akbolat, M. (2009) *Sağlık İşletmeleri Yönetimi*, Nobel Yayın Dağıtım, Ankara.
- Toraman, A. (2010) *Toplam Kalite Yönetimi ve Kalite Maliyet Hesaplaması: SDÜ Araştırma Uygulama Hastanesi Uygulaması*, Basılmamış Yüksek Lisans Tezi, Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Isparta.
- Tosun, G., Tosun, T. (1997) "Kamu Yönetiminde Toplam Kalite Yönetimi", *Görüş Dergisi*, Sayı 29, Ocak, ss. 51-60.

- Tosun, G. (1999) “Türk Kamu Bürokrasisi Bağlamında Devlet-Toplum İlişkisinin Sorun Boyutları: TKY Kurgularının Önündeki Engeller”, *Kamu Yönetiminde Kalite: I. Ulusal Kalite Kongresi Bildirileri*, TODAİE, Ankara.
- Tozluyurt, E., Şenel, G. (1994) *Toplam Kalite Yönetimi*, Rota Yayını, İstanbul.
- Ultima Yönetim ve Danışmanlık Şirketi (1993) *Turtel Sorgul Kalite El Kitabı*, Ultima Yönetim ve Danışmanlık Şirketi, İstanbul.
- Ulusoy, H., Biçer, E.B., Naldöken, Ü. (2011) “Hastane Yöneticilerinin Toplam Kalite Yönetimine İlişkin Görüşleri”, *Cumhuriyet Tıp Dergisi*, Cilt 33, ss. 17-25.
- Uyer, G. vd. (2000) *Hemşirelik Hizmetleri Yönetimi El Kitabı*, Vehbi Koç Vakfı Yayınları, İstanbul.
- www.kalitekontrol.org (10/09/2011).
- www.medimagazin.com.tr (06/10/2011).
- www.performans.saglik.gov.tr (19/09/2011).
- Yağcı, M., Duman, T. (2006) “Hizmet Kalitesi-Müşteri Memnuniyeti İlişkisinin Hastane Türlerine Göre Karşılaştırılması: Devlet, Özel ve Üniversite Hastaneleri Uygulaması”, *Doğuş Üniversitesi Dergisi*, Cilt 7, Sayı 2, ss. 218-238.
- Yamak, O. (1998) *Kalite Odaklı Yönetim*, İstanbul.
- Yatkın, A. (2003). *Toplam Kalite Yönetimi*, Nobel Yayın Dağıtım, İstanbul.
- Yerebakan, M. (2000) *Özel Hastaneler Araştırması, Mevcut Durum, Sorunlar ve Çözüm Önerileri*, İstanbul Ticaret Odası Yayınları, İstanbul.
- Yusufoğlu, E. (2008) *Devlet Hastanelerinde Toplam Kalite Yönetimi Uygulaması (Uşak Devlet Hastanesi Örneği)*, Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Afyonkarahisar Kocatepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Afyonkarahisar.
- Zerenler, M., Ögüt, A. (2007) “Sağlık Sektöründe Algılanan Hizmet Kalitesi ve Hastane Tercih Nedenleri Araştırması: Konya Örneği”, *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, Sayı 18, ss. 501-519.



## EKLER

### EK-1 Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi (ANEAH)

Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi 1800'lü yılların ikinci yarısında "Gureba Hastanesi" ismi ile hizmet veren hastane 1924 yılında çıkarılan bir yasa ile "Ankara Numune Hastanesi" ismini almıştır. 1945 yılında açılan Ankara Tıp Fakültesinin kuruluş yıllarındaki çalışmalarında, konularında uzman bazı hekimler öğretim üyesi olarak görevlendirilmiş, hastanenin bazı klinikleri Tıp Fakültesi'ne devredilmiştir. Tek bir taş binadan bugünkü bina kompleksi haline gelen hastanenin gelişmesi 1990'lı yıllarda ivme kazanarak 1998 yılında Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi ismini almıştır. 1140 fiili yatağı bulunan hastane 36 dalda hizmet, 31 dalda eğitim vermektedir. Ayrıca Ankara'nın birçok bölgesinde semt poliklinikleri mevcuttur.

Toplam 2.478 kadrolu personeli bulunan hastanede; 59 klinik şefi, 63 klinik şef yardımcısı, 92 başasistan, 273 uzman, 496 asistan, 63 pratisyen hekim, 22 diş hekimi, toplam 1.057 ebe, hemşire, sağlık memuru ve sağlık teknikeri, 115 genel idare personeli, 52 teknik personel 97, diğer sağlık personeli ve 95 yardımcı hizmetli bulunmaktadır. Ayrıca 5 profesör ve 118 doçent unvanlı öğretim görevlisi görev yapmaktadır.

Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesinin misyonu 1881 yılından itibaren oluşan tecrübe, eğitim ve araştırma görevi ile birlikte, her bireyin gereksinimi olan sağlık hizmetini; nitelikli, deneyimli ekip ve güncel teknolojik donanım ile sunmak olup vizyonu ise, ekibimizdeki nitelikli gücü, iyi eğitim altyapısı ile geliştirmek ve devamlılığını sağlamak, ülkemizdeki sağlık hizmetlerinin daha ileriye taşınması yolunda lider olmak, güvenli sağlık hizmet sunumunda öncülük etmek ve bunu uluslararası boyuta taşımaktır. Hastane kalite politikası olarak eğitimi ve konusunda uzman personel ile zamanında, güvenilir ve izlenebilir laboratuvar hizmetleri ışığında doğru teşhis, tedavi ve bakım hizmetleri sunmak, hasta ve çalışan memnuniyetini sağlamak ve sürekli gelişen kalite yönetim sistemi şartlarına uygun sağlık hizmeti vermeyi benimsemiştir. Hasta haklarına saygı, tıbbi etik kurallara bağlılık, dürüstlük, güven, bilgi, araştırmacılık, yeniliklere açık olmak, özverili olmak, sorumluluk, duyarlılık, şeffaflık, katılımcılık, ekip ruhu ise hastanenin değerleri olarak belirlenmiştir. Hedefler de ortak hedef ve aidiyeti sağlamak, bütün hastaneyi kabul edilebilir bir fiziki düzeye getirebilmek, tıbbi donanım yönünü geliştirmek, eğitim,



öğrenim ve araştırma faaliyetlerinde bir standardizasyon oluşturmak, dijital bir kütüphane kurarak, çalışanlarımızın mesleki veri tabanlarına ulaşmalarını sağlamak, eğitim salonlarının altyapı ve donanımlarını geliştirmek, yoğun bakımlarının alt yapı, donanım ve insan kaynaklarını güçlendirmek, acil servis gözlem ünitesini yenileyerek acil servis hizmetlerinin, iş akışının optimum faydalı çalışabilecek bir seviyeye çıkarılmasını sağlamak, poliklinik hizmetleri iş akışını çalışan ve hasta memnuniyetini arttıracak şekilde yeniden planlamak, hasta memnuniyet oranını artırmak, çalışan memnuniyet oranını artırmak, kurum içi iletişim ağının güçlendirilmesi olarak sıralanabilir.

Hastanenin halkla ilişkiler birimi birçok konuda hizmet vermektedir. Bunlar:

1- Şikayet ve öneri kutuları aracılığıyla hasta ve hasta yakınlarının görüş ve düşüncelerinin alınarak, raporlandırılması. Hastanede ve tüm semt polikliniklerimizde bulunan tüm şikayet ve öneri kutuları “sürekli kalite çalışmaları” kapsamında, her ayın ikinci haftası açılmaktadır. Toplanan şikayet, memnuniyet ve öneri dilekçeleri sınıflandırılarak istatistiksel verileri ile raporlandırılmaktadır. Rapor Başhekimliğe sunulmak üzere Kalite Yönetim Birimine iletilmektedir. Şikâyet, memnuniyet ve öneri dilekçe sahiplerinin telefon kaydı varsa kendileriyle telefon görüşmeleri yapılarak bilgi verilmekte ve görüşmelerin sonunda görüşme özetleri kayıt altına alınmaktadır. Dilekçeler sınıflandırılarak en yoğun gelen konular ilgili birimlere koordinatörlükçe yazı yazılarak aktarılmakta ve bilgi istenmektedir.

2- Web sayfası iletişim bölümü üzerinden gelen e-posta aracılığıyla hasta ve hasta yakınlarının görüş ve düşüncelerinin alınarak, raporlandırılması. Hastane web sayfası iletişim bölümü üzerinden gelen e-postalar günlük olarak değerlendirilerek cevaplandırılmaktadır. Her ayın ikinci haftası gelen e-postalar genel olarak sınıflandırılarak istatistiksel verileri ile raporlandırılmaktadır. Rapor Başhekimliğe sunulmak üzere Kalite Yönetim Birimine iletilmektedir. Bilgisayar kullanıcıları tarafından gelen mailler genel olarak hastanemizin vermiş olduğu hizmetlerle ilgili bilgi, çalışanlarla ilgili bilgi, hastalarla ve uygulamalarla ilgili bilgi isteme konularını içermektedir. Gelen çok az sayıdaki şikâyet ve öneri postalar ise ilgili olduğu birimlere bildirilerek görüşleri alındıktan sonra cevap verilmektedir.

3- Personel şikâyet ve öneri kutuları aracılığıyla çalışanların görüş ve düşüncelerinin alınarak, raporlandırılması. Hastanede bulunan personel şikâyet ve öneri kutuları “sürekli kalite çalışmaları” kapsamında, her ayın ikinci haftası koordinatörlükçe

açılmaktadır. Toplanan şikayet, memnuniyet ve öneri dilekçeleri sınıflandırılarak istatistiksel veriler raporlandırılmaktadır. Rapor Başhekimliğe sunulmak üzere Kalite Yönetim Birimine iletilmektedir. Dilekçeler sınıflandırılarak en yoğun gelen konular ilgili birimlere koordinatörlükçe yazı yazılarak aktarılmakta ve bilgi istenmektedir.

4- “Hasta Memnuniyeti Anketleri” aracılığıyla hasta memnuniyetlerinin ölçülmesi ve değerlendirilmesi. “Kurumsal Kalite Çalışmaları” kapsamında hasta memnuniyetlerini ölçmek ve değerlendirmek amacıyla yılda bir kez hastanemiz polikliniklerinde ayaktan, kliniklerde yatarak sağlık hizmetleri alan hastalara yönelik anketlerin yapılması sağlanarak değerlendirilmektedir.

5- “Çalışan memnuniyetleri anketleri” aracılığıyla çalışan memnuniyetlerinin ölçülmesi ve değerlendirilmesi. “Kurumsal kalite çalışmaları” kapsamında çalışan memnuniyetlerini ölçmek ve değerlendirmek amacıyla yılda bir kez iki ayrı dönemde (Eylül-Ekim, Nisan-Mayıs) çalışanlara anket uygulanması için organizasyonlar yapılarak cevaplanan anketlerin değerlendirme raporları hazırlanmaktadır.

6- “Alumni Hizmetleri”nin yürütülmesi. Hastanemizden emekli olan ve belirli bir süre hizmet verip ayrılan personele yönelik kimlik çıkartılması, kayıtlarının tutulması, özel gün(dini bayramlar, yeni yıl vb) kutlama kartları hazırlanması ve postalanması şeklinde hizmetler gerçekleştirilmektedir.

7- Yılda iki kez Ankara İl Sağlık Müdürlüğü görevlendirmesi ile Aday Memur Eğitimlerinin gerçekleştirilmesi. Eğitim Koordinatörlüğü ile birlikte; eğitimlerin duyurulması, eğitim materyallerinin sağlanması, eğitimcilerin sağlanması, eğitim yapılacak yerin sağlanması, eğitime ait kayıtların tutularak eğitim sonunda Ankara İl Sağlık Müdürlüğü’ne gönderilmesi sağlanmaktadır.

8- Güvenlik, sekreter, santral, kayıt elemanı ve danışma görevlilerinin yılda bir kez hizmetiçi eğitimlerinin gerçekleştirilmesi. Eğitim Koordinatörlüğü ile ortaklaşa eğitim planı hazırlanması, eğitimin katılımcılara duyurulması, eğitim kayıtlarının tutularak eğitim sonunda hazırlanan raporun ilgili birim sorumlusuna ve Başhekimliğe sunulması gerçekleştirilmektedir.

9- Hastane içi ve dış yönlendirme hizmetlerinin gerçekleştirilmesi. Yönlendirme levha ve tabela ihtiyaçlarının tespit ve temin edilmesinde koordinasyon sağlayarak, konuyla ilgili taleplerin kabul edilmesi ve ilgili birimlere aktarılması hizmeti verilmektedir.

10- Talep edilen eğitim, toplantı vb. organizasyonların yapılması. İlgili konularda talep edilen afişlerin hazırlanarak toplantıların duyurulması, davetiyelerin hazırlanması, ilgili kişilere dağıtılması sağlanmaktadır.

## **EK-2 Ankara Fizik Tedavi, Rehabilitasyon Eğitim ve Araştırma Hastanesi (AFTREAH)**

Ankara Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Eğitim ve Araştırma Hastanesi 28 Ağustos 1968' de açılmıştır. Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Merkezi Projesi Sağlık Bakanlığının birinci beş yıllık kalkınma planı dahilinde 1963 yılında uygulamaya konulmuştur. 28 Ağustos 1968 yılında yurdumuzun ilk yataklı rehabilitasyon merkezi olarak hizmete sunulmuştur. Hastane ilk 50 yatan, 200 ayaktan gelen hastaya hizmet kapasiteli olarak açılmıştır. Daha sonra artan talep nedeniyle kat ilavesi yaptırılarak kapasitesi arttırılmıştır. Hastane 270 yatak kapasitesine sahip olup 6 klinik bünyesinde Nörolojik ve Ortopedik Rehabilitasyon ağırlıklı hizmet vermektedir. Çocuk hastalara yatarak rehabilitasyon hizmeti sunan 40 yataklı ilk merkezdir.

Ankara Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Eğitim ve Araştırma Hastanesinin misyonu Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon tedavisine ihtiyaç duyan, fizyolojik veya anatomik yetersizliği ve çevreye uyum zorluğu olan kişilerin fiziksel, psikolojik, sosyal, mesleki ve eğitsel potansiyelini en üst düzeye çıkarmak için bilimsel araştırmalar ışığında etik kurallara uygun biçimde tedavilerini sağlamak olup vizyonu ise Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon alanında araştırma yapmak, en üst düzeyde rol üstlenebilen hekimler yetiştirmek, yetersizlik ve engellilik durumlarında hastalarımızın maksimum potansiyel kazanmalarını sağlamak, güven ve sağlık konusunda tercih edilen, gereksiz ölümlerin, şikâyetlerin, düşmelerin ve kazaların olmadığı önder bir sağlık kurumu olmaktır.

Hastanenin kalite politikası olarak kalite yönetim prensipleri ve yasal mevzuatlar doğrultusunda, Hasta ve yakınlarına hızlı, güvenilir hizmet vermek, Personelimizin gayretli güler yüzlü ve verimli çalışmasını sağlamak, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon konusunda eğitim ve referans merkezi olmak, bu konuda uzman yetiştirmek ve sürekli iyileştirme faaliyetinde bulunmayı belirlemiştir.

### EK-3 Anket Çalışması İle İlgili Tablolar

**Tablo 1** Toplam Varyansın Açıklaması

Component	İlk Özdeğerler			Squared yükler çıkarımları			Squared yükler döngüleri		
	Top	Varyans %	Yığılmalı %	Top	Varyans %	Yığılmalı %	Top	Varyans %	Yığılmalı %
1	7,317	26,133	26,133	7,317	26,133	26,133	3,222	11,508	11,508
2	3,067	10,954	37,087	3,067	10,954	37,087	3,183	11,368	22,875
3	2,624	9,370	46,456	2,624	9,370	46,456	2,924	10,444	33,320
4	2,234	7,979	54,435	2,234	7,979	54,435	2,727	9,738	43,058
5	1,872	6,687	61,122	1,872	6,687	61,122	2,646	9,450	52,508
6	1,512	5,401	66,523	1,512	5,401	66,523	2,117	7,561	60,068
7	1,320	4,716	71,239	1,320	4,716	71,239	1,998	7,137	67,206
8	1,169	4,174	75,413	1,169	4,174	75,413	1,799	6,424	73,630
9	1,141	4,074	79,487	1,141	4,074	79,487	1,640	5,857	79,487
10	,893	3,190	82,676						
11	,745	2,659	85,335						
12	,601	2,147	87,483						
13	,560	2,002	89,485						
14	,455	1,626	91,111						
15	,437	1,560	92,671						
16	,405	1,447	94,119						
17	,373	1,333	95,451						
18	,318	1,136	96,588						
19	,199	,711	97,298						
20	,185	,660	97,959						
21	,141	,503	98,461						
22	,127	,454	98,915						
23	,087	,312	99,227						
24	,071	,255	99,482						
25	,062	,221	99,703						
26	,036	,130	99,833						
27	,029	,104	99,937						
28	,018	,063	100,000						

Tablo 2 Tanımlayıcı İstatistikler

	N	Değ.	Min	Max	Top.	Ort.		Std. Sap.	V.	Çarpıklık		Basıklık	
	İstatistik	İstatistik	İstatistik	İstatistik	İstatistik	İstatistik	Std. Hata	İstatistik	İstatistik	İstatistik	Std. Hata	İstatistik	Std. Hata
Kurumu	43	1	1	2	57	1,33	,072	,474	,225	,772	,361	-1,476	,709
Yaşınız	42	25	30	55	1810	43,10	,969	6,281	39,454	-,319	,365	-,678	,717
Yaş Grupları	42	2	1	3	79	1,88	,103	,670	,449	,140	,365	-,681	,717
Cinsiyetiniz	43	1	1	2	73	1,70	,071	,465	,216	-,892	,361	-1,265	,709
Ünvanınız	43	5	1	6	147	3,42	,214	1,401	1,963	,338	,361	-,836	,709
Öğrenim Durumunuz	43	4	1	5	145	3,37	,129	,846	,715	-,320	,361	,517	,709
Kalite Temsilcisi/Kalite Konseyi Üyesimisiniz?	43	1	1	2	74	1,72	,069	,454	,206	-1,021	,361	-1,006	,709
Kalite Eğitimi Aldınız mı?	42	1	1	2	47	1,12	,051	,328	,107	2,441	,365	4,153	,717
1. Hastanemde işleyen bir TKY programı, uzun vadede sunulan hizmetin kalitesinde bir artışa yol açacaktır.	43	3	2	5	186	4,33	,098	,644	,415	-,982	,361	2,527	,709
2. TKY yönetim süreci gelecek on yılda sağlık bakım endüstrisinde gelişmeye devam edecektir.	43	3	2	5	180	4,19	,083	,546	,298	-,808	,361	5,212	,709
3. Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelerde TKY'nin uygulanmasına yardım etmek için hastane dışından danışman kullanmaya çok ihtiyaç vardır.	43	4	1	5	161	3,74	,138	,902	,814	-,886	,361	1,116	,709
4. Hastanemde TKY'nin uygulamasında bir lider türü üstlenmek için TKY'nin anahtar kavramları ve yöntemleriyle ilgili yeterli miktarda eğitim aldım.	42	3	2	5	149	3,55	,141	,916	,839	-,347	,365	-,661	,717
5. TKY süreci ile ilişkili yönetim felsefeleri, kişisel yönetim felsefelerimle aynı doğrultudadır.	43	4	1	5	166	3,86	,113	,743	,551	-1,597	,361	4,961	,709
6. Halen üretim endüstrisinde işleyen TKY felsefeleri, hastanelerin klinik dışı alanlarına aktarılacak ve orada işleyecektir.	43	4	1	5	163	3,79	,127	,833	,693	-1,139	,361	2,330	,709
7. Halen üretim endüstrisinde işleyen TKY felsefeleri, hastanelerin klinik alanlara aktarılacak ve orada işleyecektir.	43	4	1	5	163	3,79	,127	,833	,693	-1,139	,361	2,330	,709
8. Yönetimin bir üyesi olarak, TKY sürecini çalıştırmak için gereken zaman ve enerjiyi sunmaya istekliyim	42	3	2	5	171	4,07	,104	,677	,458	-,581	,365	1,130	,717

9. TKY Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelerin sundukları hizmet düzeyini artırmaya yardım edecek bir yönetim aracıdır.	43	2	3	5	183	4,26	,082	,539	,290	,148	,361	-,264	,709
10. TKY sağlık bakım endüstrisinde gelecek 5 yılda popülaritesi ve kullanımı azalacak geçici bir hevestir.	43	4	1	5	84	1,95	,156	1,022	1,045	1,498	,361	2,387	,709
11. Yönetici olarak, hastanemde TKY'nin uygulamasına katılmak isterim.	43	3	2	5	176	4,09	,109	,718	,515	-,545	,361	,489	,709
12. TKY günlük yönetim faaliyetlerinin içine katılmalıdır.	43	3	2	5	177	4,12	,095	,625	,391	-,694	,361	2,313	,709
13. TKY hastanelerin kalite problemlerine hızlı bir çözümdür.	43	4	1	5	146	3,40	,142	,929	,864	-,332	,361	-,104	,709
14. Hastanemde yönetim, bir ekip olarak birlikte iyi çalışır.	43	3	2	5	164	3,81	,130	,852	,726	-,835	,361	,428	,709
15. TKY kurum liderlerinin kaliteye bağlılığını sürekli olarak göstermesini gerektiren bir süreçtir.	43	2	3	5	175	4,07	,096	,632	,400	-,052	,361	-,364	,709
16. Hastanemde TKY'nin uygulanmasında bir lider rolü almak isterim.	43	3	2	5	168	3,91	,124	,811	,658	-,386	,361	-,212	,709
17. TKY'nin uygulanması süreç değişiminden çok kültürel değişimi gerektirir.	43	2	3	5	180	4,19	,112	,732	,536	-,308	,361	-,1040	,709
18. Hastanemizin yönetimi TKY'ye uzun dönemli taahhüde hazırdır.	42	3	2	5	148	3,52	,092	,594	,353	-,096	,365	-,367	,717
19. TKY toplam sağlık bakım maliyetlerini düşürecektir.	43	4	1	5	157	3,65	,148	,973	,947	-,1018	,361	1,152	,709
20. TKY hastanenin karar verme sürecine yardım etmeleri için çalışanların güçlendirilmesini gerektirir.	43	2	3	5	174	4,05	,088	,575	,331	,007	,361	,233	,709
21. TKY çalışanların TKY araçlarının kullanımı konusunda eğitilmesini gerektirir.	43	2	3	5	185	4,30	,085	,558	,311	-,006	,361	-,525	,709
22. Hemşireliğin "ekip" yaklaşımı nedeniyle hemşirelikte TKY'nin kabul edileceği kanısındayım.	43	2	3	5	177	4,12	,083	,544	,296	,093	,361	,451	,709
23. Hemşirelik personeli güçlendirmeye açıktır.	42	2	3	5	170	4,05	,090	,582	,339	,001	,365	,157	,717
24. Çalışanlar yapılan bütün hataların çoğundan sorumludur.	43	4	1	5	110	2,56	,171	1,119	1,252	,435	,361	-,619	,709
25. ISO 9000 kalite standartları, TKY anlayışına yaklaşmıştır.	41	4	1	5	144	3,51	,122	,779	,606	-,878	,369	1,688	,724





Tablo 3 İfadelere Verilen Cevaplara Göre Frekans ve Yüzde Değerler

	(1) Hiç Katılmıyorum		(2) Katılmıyorum		(3) Kararsızım		(4) Katılıyorum		(5) Tamamen Katılıyorum		TOPLAM	
	n	%	n	%	N	%	n	%	n	%	n	%
1. Hastanemde işleyen bir TKY programı, uzun vadede sunulan hizmetin kalitesinde bir artışa yol açacaktır.	0	0	1	2,3	1	2,3	24	55,8	17	39,5	43	100
2. TKY yönetim süreci gelecek on yılda sağlık bakım endüstrisinde gelişmeye devam edecektir.	0	0	1	2,3	0	0	32	74,4	10	23,3	43	100
3. Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelerde TKY'nin uygulanmasına yardım etmek için hastane dışından danışman kullanmaya çok ihtiyaç vardır.	1	2,3	3	7	9	20,9	23	53,5	7	16,3	43	100
4. Hastanemde TKY'nin uygulamasında bir lider türü üstlenmek için TKY'nin anahtar kavramları ve yöntemleriyle ilgili yeterli miktarda eğitim aldım.	0	0	7	16,3	10	23,3	20	46,5	5	11,6	42	97,7
5. TKY süreci ile ilişkili yönetim felsefeleri, kişisel yönetim felsefelerimle aynı doğrultudadır.	1	2,3	1	2,3	6	14	30	69,8	5	11,6	43	100
6. Halen üretim endüstrisinde işleyen TKY felsefeleri, hastanelerin klinik dışı alanlarına aktarılacak ve orada işleyecektir.	1	2,3	2	4,7	8	18,8	26	60,5	6	14	43	100
7. Halen üretim endüstrisinde işleyen TKY felsefeleri, hastanelerin klinik alanlara aktarılacak ve orada işleyecektir.	1	2,3	2	4,7	8	18,6	26	60,5	6	14	43	100
8. Yönetimin bir üyesi olarak, TKY sürecini çalıştırmak için gereken zaman ve enerjiyi sunmaya istekliyim	0	0	1	2,3	5	11,6	26	60,5	10	23,3	42	97,7
9. TKY Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelerin sundukları hizmet düzeyini yükseltmelerine yardım edecek bir yönetim aracıdır.	0	0	0	0	2	4,7	28	65,1	13	30,2	43	100
10. TKY sağlık bakım endüstrisinde gelecek 5 yılda popülaritesi ve kullanımı azalacak geçici bir hevestir.	15	34,9	21	48,8	3	7	2	4,7	2	4,7	43	100
11. Yönetici olarak, hastanemde TKY'nin uygulamasına katılmak isterim.	0	0	1	2,3	6	14	24	55,8	12	27,9	43	100
12. TKY günlük yönetim faaliyetlerinin içine katılmalıdır.	0	0	1	2,3	3	7	29	67,4	10	23,3	43	100
13. TKY hastanelerin kalite problemlerine bir "hızlı çözüm"dür.	1	2,3	6	14	15	34,9	17	39,5	4	9,3	43	100
14. Hastanemde yönetim, bir ekip olarak birlikte iyi çalışır.	0	0	5	11,6	5	11,6	26	60,5	7	16,3	43	100
15. TKY kurum liderlerinin kaliteye bağlılığını sürekli olarak göstermesini gerektiren bir süreçtir.	0	0	0	0	7	16,3	26	60,5	10	23,3	43	100

16. Hastanemde TKY'nin uygulanmasında bir lider rolü almak isterim.	0	0	2	4,7	10	23,3	21	48,8	10	23,3	43	100
17. TKY'nin uygulanması süreç değişiminden çok kültürel değişimi gerektirir.	0	0	0	0	8	18,6	19	44,2	16	37,2	43	100
18. Hastanemizin yönetimi TKY'ye uzun dönemli taahhüde hazırdır.	0	0	1	2,3	19	44,2	21	48,8	1	2,3	42	97,7
19. TKY toplam sağlık bakım maliyetlerini düşürecektir.	2	4,7	3	7	9	20,9	23	53,5	6	14	43	100
20. TKY hastanenin karar verme sürecine yardım etmeleri için çalışanların güçlendirilmesini gerektirir.	0	0	0	0	6	14	29	67,4	8	18,6	43	100
21. TKY çalışanların TKY araçlarının kullanımı konusunda eğitilmesini gerektirir.	0	0	0	0	2	4,7	26	60,5	15	34,9	43	100
22. Hemşireliğin "ekip" yaklaşımı nedeniyle hemşirelikte TKY'nin kabul edileceği kanısındayım.	0	0	0	0	4	9,3	30	69,8	9	20,9	43	100
23. Hemşirelik personeli güçlendirmeye açıktır.	0	0	0	0	6	14	28	65,1	8	18,6	42	97,7
24. Çalışanlar yapılan bütün hataların çoğundan sorumludur.	7	16,3	17	39,5	9	20,9	8	18,6	2	4,7	43	100
25. ISO 9000 kalite standartları, TKY anlayışına yaklaşmıştır.	1	2,3	2	4,7	15	34,9	21	48,8	2	4,7	42	97,7
26. Kalite herkesin sorumluluğudur; kalite bir kişi veya bölüme devredilemez.	0	0	3	7	6	14	13	30,2	21	48,8	43	100
27. TKY ekipleri, uzmanlık alanları yerine özel problemler çerçevesinde oluşturulmalıdır.	4	9,3	10	23,3	10	23,3	14	32,6	4	9,3	42	97,7
28. ISO 9000 kalite yönetim sistemleri ve TKY bir kalite programı içinde entegre edilmesi gereken programlardır.	2	4,7	0	0	11	25,6	26	60,5	3	7	42	97,7

**Tablo 4 Kurumuna Göre Farklılıklar**

	ANEAH	AFTREAH
1. Hastanemde işleyen bir TKY programı, uzun vadede sunulan hizmetin kalitesinde bir artışa yol açacaktır.	4,45	4,07
2. TKY yönetim süreci gelecek on yılda sağlık bakım endüstrisinde gelişmeye devam edecektir.	4,24	4,07
3. Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelerde TKY'nin uygulanmasına yardım etmek için hastane dışından danışman kullanmaya çok ihtiyaç vardır.	3,76	3,71
4. Hastanemde TKY'nin uygulamasında bir lider türü üstlenmek için TKY'nin anahtar kavramları ve yöntemleriyle ilgili yeterli miktarda eğitim aldım.	3,46	3,71
5. TKY süreci ile ilişkili yönetim felsefeleri, kişisel yönetim felsefelerimle aynı doğrultudadır.	3,83	3,93
6. Halen üretim endüstrisinde işleyen TKY felsefeleri, hastanelerin klinik dışı alanlarına aktarılacak ve orada işleyecektir.	3,79	3,79
7. Halen üretim endüstrisinde işleyen TKY felsefeleri, hastanelerin klinik alanlara aktarılacak ve orada işleyecektir.	3,83	3,71
8. Yönetimin bir üyesi olarak, TKY sürecini çalıştırmak için gereken zaman ve enerjiyi sunmaya istekliyim	4,04	4,14
9. TKY Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelerin sundukları hizmet düzeyini yükseltmelerine yardım edecek bir yönetim aracıdır.	4,31	4,14
10. TKY sağlık bakım endüstrisinde gelecek 5 yılda popülaritesi ve kullanımı azalacak geçici bir hevestir.	1,79	2,29
11. Yönetici olarak, hastanemde TKY'nin uygulamasına katılmak isterim.	4,14	4,00
12. TKY günlük yönetim faaliyetlerinin içine katılmalıdır.	4,10	4,14
13. TKY hastanelerin kalite problemlerine hızlı bir çözümdür.	3,34	3,50
14. Hastanemde yönetim, bir ekip olarak birlikte iyi çalışır.	3,83	3,79
15. TKY kurum liderlerinin kaliteye bağlılığını sürekli olarak göstermesini gerektiren bir süreçtir.	4,10	4,00
16. Hastanemde TKY'nin uygulanmasında bir lider rolü almak isterim.	3,83	4,07
17. TKY'nin uygulanması süreç değişiminden çok kültürel değişimi gerektirir.	4,17	4,21
18. Hastanemizin yönetimi TKY'ye uzun dönemli taahhüde hazırdır.	3,57	3,43
19. TKY toplam sağlık bakım maliyetlerini düşürecektir.	3,66	3,64
20. TKY hastanenin karar verme sürecine yardım etmeleri için çalışanların güçlendirilmesini gerektirir.	4,10	3,93
21. TKY çalışanların TKY araçlarının kullanımı konusunda eğitilmesini gerektirir.	4,34	4,21
22. Hemşireliğin "ekip" yaklaşımı nedeniyle hemşirelikte TKY'nin kabul edileceği kanısındayım.	4,07	4,21
23. Hemşirelik personeli güçlendirmeye açıktır.	4,04	4,07
24. Çalışanlar yapılan bütün hataların çoğundan sorumludur.	2,66	2,36
25. ISO 9000 kalite standartları, TKY anlayışına yaklaşmıştır.	3,63	3,29
26. Kalite herkesin sorumluluğudur; kalite bir kişi veya bölüme devredilemez.	4,34	3,93
27. TKY ekipleri, uzmanlık alanları yerine özel problemler çerçevesinde oluşturulmalıdır.	3,14	3,00
28. ISO 9000 kalite yönetim sistemleri ve TKY bir kalite programı içinde entegre edilmesi gereken programlardır.	3,75	3,50
<b>GENEL ORTALAMA</b>	<b>3,80</b>	<b>3,74</b>

**Tablo 5 Yaş Grupları ve Cinsiyete Göre Farklılıklar**

Yaş grupları ve cinsiyet gruplarına göre ortalamalar	Yaş Grupları			Cinsiyetiniz	
	30-39	40-49	50-59	Kadın	Erkek
1. Hastanemde işleyen bir TKY programı, uzun vadede sunulan hizmetin kalitesinde bir artışa yol açacaktır.	4,42	4,30	4,29	4,23	4,37
2. TKY yönetim süreci gelecek on yılda sağlık bakım endüstrisinde gelişmeye devam edecektir.	4,33	4,13	4,14	4,15	4,20
3. Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelerde TKY'nin uygulanmasına yardım etmek için hastane dışından danışman kullanmaya çok ihtiyaç vardır.	3,75	4,00	3,00	3,62	3,80
4. Hastanemde TKY'nin uygulamasında bir lider türü üstlenmek için TKY'nin anahtar kavramları ve yöntemleriyle ilgili yeterli miktarda eğitim aldım.	3,25	3,74	3,67	3,46	3,59
5. TKY süreci ile ilişkili yönetim felsefeleri, kişisel yönetim felsefelerimle aynı doğrultudadır.	3,75	3,91	4,00	3,92	3,83
6. Halen üretim endüstrisinde işleyen TKY felsefeleri, hastanelerin klinik dışı alanlarına aktarılacak ve orada işleyecektir.	3,58	3,78	4,14	3,62	3,87
7. Halen üretim endüstrisinde işleyen TKY felsefeleri, hastanelerin klinik alanlara aktarılacak ve orada işleyecektir.	3,75	3,83	4,00	3,92	3,73
8. Yönetimin bir üyesi olarak, TKY sürecini çalıştırmak için gereken zaman ve enerjiyi sunmaya istekliyim	4,17	4,09	4,00	4,23	4,00
9. TKY Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelerin sundukları hizmet düzeyini yükseltmelerine yardım edecek bir yönetim aracıdır.	4,42	4,17	4,29	4,31	4,23
10. TKY sağlık bakım endüstrisinde gelecek 5 yılda popülaritesi ve kullanımı azalacak geçici bir hevestir.	1,83	2,13	1,43	1,92	1,97
11. Yönetici olarak, hastanemde TKY'nin uygulamasına katılmak isterim.	4,33	4,04	4,00	4,31	4,00
12. TKY günlük yönetim faaliyetlerinin içine katılmalıdır.	4,17	4,13	4,14	4,15	4,10
13. TKY hastanelerin kalite problemlerine hızlı bir çözümdür.	3,58	3,35	3,29	3,54	3,33
14. Hastanemde yönetim, bir ekip olarak birlikte iyi çalışır.	3,92	3,87	3,43	3,85	3,80
15. TKY kurum liderlerinin kaliteye bağlılığını sürekli olarak göstermesini gerektiren bir süreçtir.	4,08	4,09	4,00	4,23	4,00
16. Hastanemde TKY'nin uygulanmasında bir lider rolü almak isterim.	4,00	4,00	3,57	4,15	3,80
17. TKY'nin uygulanması süreç değişiminden çok kültürel değişimi gerektirir.	4,00	4,39	4,00	4,38	4,10
18. Hastanemizin yönetimi TKY'ye uzun dönemli taahhüde hazırdır.	3,50	3,57	3,50	3,31	3,62
19. TKY toplam sağlık bakım maliyetlerini düşürecektir.	3,50	3,74	3,71	3,54	3,70
20. TKY hastanenin karar verme sürecine yardım etmeleri için çalışanların güçlendirilmesini gerektirir.	3,92	4,09	4,14	4,08	4,03
21. TKY çalışanların TKY araçlarının kullanımı konusunda eğitilmesini gerektirir.	4,17	4,39	4,29	4,38	4,27
22. Hemşireliğin "ekip" yaklaşımı nedeniyle hemşirelikte TKY'nin kabul edileceği kanısındayım.	4,33	4,04	4,00	4,23	4,07
23. Hemşirelik personeli güçlendirmeye açıktır.	4,42	3,91	3,83	4,31	3,93
24. Çalışanlar yapılan bütün hataların çoğundan sorumludur.	2,75	2,65	2,14	2,85	2,43
25. ISO 9000 kalite standartları, TKY anlayışına yaklaşmıştır.	3,67	3,55	3,17	3,69	3,43
26. Kalite herkesin sorumluluğudur; kalite bir kişi veya bölüme devredilemez.	4,25	4,13	4,29	4,15	4,23
27. TKY ekipleri, uzmanlık alanları yerine özel problemler çerçevesinde oluşturulmalıdır.	3,50	3,13	2,17	3,38	2,97
28. ISO 9000 kalite yönetim sistemleri ve TKY bir kalite programı içinde entegre edilmesi gereken programlardır.	3,75	3,70	3,50	3,77	3,62
<b>GENEL ORTALAMA</b>	<b>3,82</b>	<b>3,82</b>	<b>3,65</b>	<b>3,85</b>	<b>3,75</b>

Tablo 6 Öğrenim Durumlarına Göre Farklılıklar

	Lise	Önlisans	Lisans	Yüksek Lisans	Doktora/Tez Uzmanlık
1. Hastanemde işleyen bir TKY programı, uzun vadede sunulan hizmetin kalitesinde bir artışa yol açacaktır.	4,00	4,50	4,26	4,31	4,67
2. TKY yönetim süreci gelecek on yılda sağlık bakım endüstrisinde gelişmeye devam edecektir.	4,00	4,25	4,11	4,25	4,33
3. Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelerde TKY'nin uygulanmasına yardım etmek için hastane dışından danışman kullanmaya çok ihtiyaç vardır.	5,00	3,50	3,89	3,56	3,67
4. Hastanemde TKY'nin uygulamasında bir lider türü üstlenmek için TKY'nin anahtar kavramları ve yöntemleriyle ilgili yeterli miktarda eğitim aldım.	3,00	3,00	3,42	3,93	3,33
5. TKY süreci ile ilişkili yönetim felsefeleri, kişisel yönetim felsefelerimle aynı doğrultudadır.	4,00	3,75	3,79	4,00	3,67
6. Halen üretim endüstrisinde işleyen TKY felsefeleri, hastanelerin klinik dışı alanlarına aktarılacak ve orada işleyecektir.	4,00	3,50	3,63	4,00	4,00
7. Halen üretim endüstrisinde işleyen TKY felsefeleri, hastanelerin klinik alanlara aktarılacak ve orada işleyecektir.	4,00	4,25	3,58	3,81	4,33
8. Yönetimin bir üyesi olarak, TKY sürecini çalıştırmak için gereken zaman ve enerjiyi sunmaya istekliyim	4,00	4,25	4,06	4,00	4,33
9. TKY Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelerin sundukları hizmet düzeyini yükseltmelerine yardım edecek bir yönetim aracıdır.	4,00	4,25	4,26	4,19	4,67
10. TKY sağlık bakım endüstrisinde gelecek 5 yılda popülaritesi ve kullanımı azalacak geçici bir hevestir.	2,00	2,25	1,95	1,94	1,67
11. Yönetici olarak, hastanemde TKY'nin uygulamasına katılmak isterim.	4,00	4,25	4,16	4,00	4,00
12. TKY günlük yönetim faaliyetlerinin içine katılmalıdır. .	4,00	4,25	4,26	3,88	4,33
13. TKY hastanelerin kalite problemlerine bir "hızlı çözüm"dür.	4,00	4,00	3,26	3,44	3,00
14. Hastanemde yönetim, bir ekip olarak birlikte iyi çalışır.	4,00	3,25	3,79	3,88	4,33
15. TKY kurum liderlerinin kaliteye bağlılığını sürekli olarak göstermesini gerektiren bir süreçtir.	4,00	4,00	4,05	4,06	4,33
16. Hastanemde TKY'nin uygulanmasında bir lider rolü almak isterim.	4,00	4,25	3,79	3,94	4,00
17. TKY'nin uygulanması süreç değişiminden çok kültürel değişimi gerektirir.	4,00	4,25	4,26	4,00	4,67
18. Hastanemizin yönetimi TKY'ye uzun dönemli taahhüde hazırdır.	4,00	3,00	3,67	3,44	3,67
19. TKY toplam sağlık bakım maliyetlerini düşürecektir.	2,00	3,75	3,53	3,81	4,00
20. TKY hastanenin karar verme sürecine yardım etmeleri için çalışanların güçlendirilmesini gerektirir.	4,00	3,50	4,05	4,19	4,00
21. TKY çalışanların TKY araçlarının kullanımı konusunda eğitilmesini gerektirir.	4,00	4,25	4,32	4,31	4,33
22. Hemşireliğin "ekip" yaklaşımı nedeniyle hemşirelikte TKY'nin kabul edileceği kanısındayım.	4,00	4,50	4,21	3,88	4,33
23. Hemşirelik personeli güçlendirmeye açıktır.	4,00	4,75	4,11	3,81	4,00
24. Çalışanlar yapılan bütün hataların çoğundan sorumludur.	4,00	2,50	2,79	2,25	2,33
25. ISO 9000 kalite standartları, TKY anlayışına yaklaşımıştır.	4,00	3,50	3,44	3,56	3,50
26. Kalite herkesin sorumluluğudur; kalite bir kişi veya bölüme devredilemez.	4,00	3,75	4,16	4,25	5,00
27. TKY ekipleri, uzmanlık alanları yerine özel problemler çerçevesinde oluşturulmalıdır.	3,00	3,50	2,89	3,13	3,67
28. ISO 9000 kalite yönetim sistemleri ve TKY bir kalite programı içinde entegre edilmesi gereken programlardır.	4,00	3,50	3,61	3,75	3,67
GENEL ORTALAMA	3,82	3,79	3,76	3,77	3,92

18	
19	TKY
20	TKY
21	TKY
22	Hemşirelik
23	Hemşirelik
24	Çalışanlar
25	ISO 9000
26	Kalite
27	TKY
28	ISO 9000



**Tablo 7 Kalite Temsilcisi Olup Olmadığına Ve Kalite Eğitimi Alıp Almadığına Göre Ortalamalar**

KALİTE TEMSİLCİSİ OLUP OLMADIĞINA VE KALİTE EĞİTİMİ ALIP ALMADIĞINA GÖRE ORTALAMALAR	Kalite Temsilcisi/Kalite Konseyi Üyesi?		Kalite Eğitimi Aldınız mı?	
	Evet	Hayır	Evet	Hayır
1. Hastanemde işleyen bir TKY programı, uzun vadede sunulan hizmetin kalitesinde bir artışa yol açacaktır.	4,58	4,23	4,41	4,20
2. TKY yönetim süreci gelecek on yılda sağlık bakım endüstrisinde gelişmeye devam edecektir.	4,42	4,10	4,27	4,00
3. Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelerde TKY'nin uygulanmasına yardım etmek için hastane dışından danışman kullanmaya çok ihtiyaç vardır.	3,75	3,74	3,70	4,00
4. Hastanemde TKY'nin uygulamasında bir lider türü üstlenmek için TKY'nin anahtar kavramları ve yöntemleriyle ilgili yeterli miktarda eğitim aldım.	4,09	3,35	3,67	3,00
5. TKY süreci ile ilişkili yönetim felsefeleri, kişisel yönetim felsefelerimle aynı doğrultudadır.	4,25	3,71	3,86	3,80
6. Halen üretim endüstrisinde işleyen TKY felsefeleri, hastanelerin klinik dışı alanlarına aktarılacak ve orada işleyecektir.	4,00	3,71	3,97	3,00
7. Halen üretim endüstrisinde işleyen TKY felsefeleri, hastanelerin klinik alanlara aktarılacak ve orada işleyecektir.	3,92	3,74	3,92	3,40
8. Yönetimin bir üyesi olarak, TKY sürecini çalıştırmak için gereken zaman ve enerjiyi sunmaya istekliyim	4,50	3,90	4,11	3,80
9. TKY Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelerin sundukları hizmet düzeyini yükseltmelerine yardım edecek bir yönetim aracıdır.	4,67	4,10	4,32	3,80
10. TKY sağlık bakım endüstrisinde gelecek 5 yılda popülaritesi ve kullanımı azalacak geçici bir hevestir.	1,33	2,19	1,89	2,00
11. Yönetici olarak, hastanemde TKY'nin uygulamasına katılmak isterim.	4,58	3,90	4,14	4,00
12. TKY günlük yönetim faaliyetlerinin içine katılmalıdır.	4,17	4,10	4,11	4,20
13. TKY hastanelerin kalite problemlerine bir "hızlı çözüm"dür.	3,75	3,26	3,38	3,80
14. Hastanemde yönetim, bir ekip olarak birlikte iyi çalışır.	4,25	3,65	3,76	4,00
15. TKY kurum liderlerinin kaliteye bağlılığını sürekli olarak göstermesini gerektiren bir süreçtir.	4,42	3,94	4,11	3,80
16. Hastanemde TKY'nin uygulanmasında bir lider rolü almak isterim.	4,33	3,74	3,92	4,00
17. TKY'nin uygulanması süreç değişiminden çok kültürel değişimi gerektirir.	4,08	4,23	4,16	4,20
18. Hastanemizin yönetimi TKY'ye uzun dönemli taahhüde hazırdır.	3,67	3,47	3,58	3,20
19. TKY toplam sağlık bakım maliyetlerini düşürecektir.	3,58	3,68	3,76	3,20
20. TKY hastanenin karar verme sürecine yardım etmeleri için çalışanların güçlendirilmesini gerektirir.	4,25	3,97	4,08	3,80
21. TKY çalışanların TKY araçlarının kullanımı konusunda eğitilmesini gerektirir.	4,42	4,26	4,30	4,20
22. Hemşireliğin "ekip" yaklaşımı nedeniyle hemşirelikte TKY'nin kabul edileceği kanısındayım.	4,25	4,06	4,14	4,00
23. Hemşirelik personeli güçlendirmeye açıktır.	4,33	3,93	4,11	3,60
24. Çalışanlar yapılan bütün hataların çoğundan sorumludur.	2,83	2,45	2,54	2,20
25. ISO 9000 kalite standartları, TKY anlayışına yaklaşmıştır.	3,67	3,45	3,57	3,00
26. Kalite herkesin sorumluluğudur; kalite bir kişi veya bölüme devredilemez.	4,75	4,00	4,30	3,40
27. TKY ekipleri, uzmanlık alanları yerine özel problemler çerçevesinde oluşturulmalıdır.	3,08	3,10	3,14	2,60
28. ISO 9000 kalite yönetim sistemleri ve TKY bir kalite programı içinde entegre edilmesi gereken programlardır.	3,92	3,57	3,69	3,20

GENEL ORTALAMA	3,99	3,70	3,82	3,55
----------------	------	------	------	------

### EK-4 Sağlıkta Performans Ve Kalite Yönergesi

01/03/2011 Tarihli ve 9489 sayılı Makam Onayı ile yürürlüğe konulmuştur.

#### BİRİNCİ BÖLÜM

Amaç, Kapsam, Dayanak ve Tanımlar

##### Amaç

Madde 1- (1) Bu Yönergenin amacı, sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi, kaliteli ve verimli sağlık hizmet sunumunun sağlanması için sağlık kurum ve kuruluşlarının kurumsal performansının ölçülmesine yönelik olarak ölçülebilir ve karşılaştırılabilir performans, kalite ve diğer kriterler ile hizmet sunum şartlarının belirlenmesi, halkın görüşlerinin bu sürece yansıtılması suretiyle kurumsal performans katsayısının tespitine ve hizmet sunumu açısından belgelendirilmesine ilişkin usul ve esasları düzenlemektir.

##### Kapsam

Madde 2- (1) Bu Yönerge; Sağlık Bakanlığına bağlı olmak üzere birinci basamak sağlık kuruluşları ile ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarını (Entegre İlçe hastaneleri Hariç) ve diğer sağlık hizmeti sunan kurumları kapsar.

##### Dayanak

Madde 3- (1) Bu Yönerge, 13/12/1983 tarihli ve 181 Sayılı Sağlık Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararnamenin 43 üncü maddesi ile 12/05/2006 tarihli ve 26166 Sayılı Resmi Gazetede yayımlanan Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Görevli Personele Döner Sermaye Gelirlerinden Ek Ödeme Yapılmasına Dair Yönetmeliğin 5 inci maddesinin birinci fıkrasının (ö) bendine dayanılarak hazırlanmıştır.

##### Tanımlar

Madde 4- (1) Bu Yönergede geçen;

- a) Bakanlık: Sağlık Bakanlığını,
- b) Daire Başkanlığı: Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığını,
- c) Müdürlük: İl Sağlık Müdürlüklerini,
- ç) Koordinatörlük: İl Performans ve Kalite Koordinatörlüklerini,
- d) Yönetmelik: 12/05/2006 tarih ve 26166 sayılı "Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Görevli Personele Döner Sermaye Gelirlerinden Ek Ödeme Yapılmasına Dair Yönetmelik"i,
- e) Dönem: birinci ve ikinci dönemlerin her birini,
- f) 1. dönem: Ocak, Şubat, Mart, Nisan, Mayıs ve Haziran aylarını,
- g) 2. dönem: Temmuz, Ağustos, Eylül, Ekim, Kasım ve Aralık aylarını,
- ğ) Kurumsal performans katsayısı: Bu Yönerge usul ve esaslarına göre hesaplanan ve Yönetmelik çerçevesinde kurum ve kuruluşlarda dağıtılabilecek döner sermaye tutarının belirlenmesinde kullanılacak olan (0) ile (1) arasında değişen katsayısı,
- h) Finansal Değerlendirme Katsayısı: Kurumların aylık gelir-borç dengesinin hesaplanması suretiyle aylık kurumsal performans katsayısının hesaplanmasında kullanılan göstergesi,
- ı) Aylık Kurumsal Performans Katsayısı: Finansal Değerlendirme Katsayısı dikkate alınarak her bir ay için ayrı olarak hesaplanan ve Yönetmelik çerçevesinde kurumlarda dağıtılabilecek döner sermaye tutarının belirlenmesinde kullanılacak olan katsayısı,
- i) Kurum: Bakanlığa bağlı ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarını (Entegre İlçe hastaneleri Hariç),
- j) Kuruluş: İl sağlık müdürlüğü bünyesindeki sağlık grup başkanlıkları, sağlık merkezleri, sağlık ocakları, sağlık evleri, toplum sağlığı merkezleri, 112 acil sağlık istasyonları, halk sağlığı

laboratuvarları, ana-çocuk sağlığı ve aile planlaması merkezleri, dispanserler ve benzeri birinci basamak sağlık hizmeti sunan kuruluşları,

- k) Değerlendirici: Yönerge kapsamında kurum ve kuruluşları hizmet kalite standartları çerçevesinde değerlendirmek ve Yönergede belirtilen diğer iş ve işlemler için Başkanlıkça görevlendirilen personeli,
- l) Hizmet Kalite Belgesi: Bakanlıkça belirlenecek usul ve esaslara göre Bakanlığa bağlı sağlık kurum ve kuruluşları ve diğer kamu, üniversite ve özel sağlık kurumlarına verilecek belgeyi,
- m) HKS: Hizmet Kalite Standartlarını,
- ifade eder.

## İKİNCİ BÖLÜM

İl Performans ve Kalite Koordinatörlüğü, Kalite Yönetim Birimi

İl Performans ve Kalite Koordinatörlüğü

Madde 5- (1) İl genelindeki kurum ve kuruluşlarda performans yönetimi ve kalite geliştirme uygulamalarını koordine etmek, izlemek ve değerlendirmek amacıyla müdürlük bünyesinde koordinatörlük kurulur.

- (2) Koordinatörlüğün görevlerini yürütebilmesi için müdürlükçe uygun fiziki mekân, araç-gereç ve teknik donanım ve yeterli sayıda personel sağlanır.
- (3) Sağlık müdürünce sağlık müdür yardımcılarında birisi Valiliğin teklifi Bakanlığın onayı ile il performans ve kalite koordinatörü olarak görevlendirilir.
- (4) İl performans ve kalite koordinatörü başkanlığında ildeki kalite yönetim direktörleri üç ayda bir kez toplantı yapar. Bu toplantıda öz değerlendirme sonuçları, HKS'ye yönelik iyi uygulamaları, HKS çerçevesinde yapılacak eğitimleri ve direktörlerin görüş ve önerileri paylaşılır. Yapılan bu toplantı tutanakları elektronik ortamda Bakanlığa bildirilir.

İl Performans ve Kalite Koordinatörlüğünün Görevleri

Madde 6- (1) İl Performans ve Kalite Koordinatörlüğünün Görevleri şunlardır:

- a) İldeki kurum ve kuruluşların performansla dayalı ek ödeme uygulamalarını takip etmek ve gerektiğinde istatistikleri Bakanlığa ulaştırmak,
- b) İlde memnuniyet anket çalışmalarını koordine etmek, gerektiğinde anketleri yapmak veya yaptırmak,
- c) İldeki kurum ve kuruluşları HKS çerçevesinde yılda 2 kez değerlendirmek,
- ç) Kurum ve kuruluşların HKS kapsamında yapılan kalite uygulamalarının izlenmesi, değerlendirilmesi ve koordinasyonu görevini yürütmek,
- d) İldeki kurum ve kuruluşlarda HKS uygulamaları ile hasta ve çalışan güvenliği uygulamalarının desteklenmesi ve geliştirilmesi için çalışmalar yapmak, bu konudaki uygulamaların yaygınlaşmasını sağlamak,
- e) Görevleri dâhilinde seminer, konferans gibi etkinliklere katılmak, güncel ve mesleki yayınları izlemek ve ilgili yerlere duyurmak,
- f) Koordinatörlük bünyesinde arşiv oluşturmak,
- g) Başkanlıkça görevlendirilecek Değerlendiricilere gerekli desteği sağlamak ve yapılacak çalışmalara katılmak,
- ğ) İldeki kurum ve kuruluşların değerlendirme verilerini Kurumsal Kalite Sistemine girmek.

Kalite Yönetim Birimi

Madde 7- (1) HKS uygulamalarını yürütmek üzere kurumlarda "kalite yönetim birimi" kurulur.

(2) Kurumlarda üst yönetimin belirlediği bir çalışan, Valiliğin teklifi Bakanlığın onayı ile Kalite Yönetim Direktörü olarak görevlendirilir.

(3) Kalite Yönetim Direktörü kalite yönetim biriminin sorumlusudur.

(4) Kalite Yönetim Direktörü; Hasta Güvenliği Komitesi, Çalışan Güvenliği Komitesi, Enfeksiyon Kontrol Komitesi, Tesis Güvenliği Komitesi ve Eğitim Komitesinin doğal üyesidir.

## ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

### Kurum Katsayıları

#### Hizmet Kalite Katsayısı

Madde 8- (1) Koordinatörlük, her dönem ilde bulunan kurumları ilgili dönem sonuna kadar HKS çerçevesinde değerlendirmeye tabi tutarak (0,65) ile (1) arasında değişen hizmet kalite katsayısını tespit eder.

Hizmet kalite katsayısı aşağıdaki şekilde hesaplanır:

Hizmet Kalite Katsayısı: Değerlendirme sonucu elde edilen Toplam Puan/(HKS Toplam Puanı- Değerlendirme Dışı Puan Toplamı)

(2) Ağız ve diş sağlığı merkezleri ADSM Hizmet Kalite Standartları çerçevesinde değerlendirilir.

(3) Bakanlıkça; HKS açısından değerlendirilecek bölümlerin ilan edilmesi halinde sadece ilan edilen bölümlerde değerlendirme yapılır.

Hizmet Kalite Katsayısı aşağıdaki şekilde hesaplanır.

Hizmet Kalite Katsayısı = (Belirlenen Bölüm ve Standartlardan Elde edilen Puan / Belirlenen Bölüm ve Standartların Toplam Puanı- Belirlenen Bölüm ve Standartların Değerlendirme Dışı Toplam Puanı)

(4) Koordinatörlükçe tespit edilen hizmet kalite katsayısı resmi bir yazı ile bir sonraki dönemin ilk ayının son gününe kadar kurumlara tebliğ edilir. Koordinatörlükçe kurumlarda değerlendirme yapılamadığı durumlarda (koordinatör gerekçesini tutanakla tespit eder ve il sağlık müdürünün onayına sunar) kurumun kurumsal performans katsayısı hesabında hizmet kalite katsayısı kullanılmaz.

(5) Hizmet kalite katsayısının tespitine esas değerlendirmenin Başkanlıkça yapılması veya yaptırılması esastır. Başkanlık, kurumlarda bir sonraki dönemin ilk ayının 25 inci gününün sonuna kadar, hizmet kalite katsayısının tespitine esas değerlendirme yapabilir.

(6) Bir sonraki dönemin ilk ayının 25 inci gününün sonuna kadar Başkanlıkça katsayı tespit edilmesi halinde Başkanlık tarafından belirlenen katsayı geçerlidir. Bu şekilde belirlenen katsayı değerlendiriciler, koordinatör ve başhekim tarafından tutanak altına alınır. Bu katsayı, koordinatörlükçe resmi bir yazı ile bir sonraki dönemin ilk ayının son gününe kadar kurumlara tebliğ edilir.

(7) HKS değerlendirmesi Başkanlıkça belirlenecek olan çalışma usul ve esasları ile rehberler çerçevesinde yapılır.

(8) Hizmet Kalite Katsayısının (0,65)'in altında olması durumunda Hizmet Kalite Katsayısı (0,65) olarak esas alınmak suretiyle kurumsal performans katsayısı hesaplanır.

#### Memnuniyet Katsayısı

##### Madde 9-

(1) Kurumlar, her dönem memnuniyet anketleri uygulama rehberi çerçevesinde standart anket setlerini kullanarak anketleri uygular. Uygulanan anketler sonucu (0) ile (1) arasında değişen memnuniyet katsayısı belirlenir.

(2) Memnuniyet anketleri ilgili dönem içinde uygulanarak en geç dönemin son haftası içinde sonuçlandırılır.

(3) Ağız ve diş sağlığı merkezlerinde ağız ve diş sağlığı merkezleri için oluşturulan ayaktan hasta anket seti uygulanır.

(4) Memnuniyet katsayısı memnuniyet anketleri uygulama rehberi çerçevesinde hesaplanır.

(5) Aynı dönem içerisinde Başkanlık veya Koordinatörlükçe anket yapılması veya yaptırılması halinde öncelikle Başkanlıkça tespit edilen katsayı; Başkanlıkça anket yaptırılmaması halinde ise koordinatörlükçe belirlenen katsayı geçerlidir.

#### Veri İzleme Katsayısı

Madde 10- (1) Veri izleme indikatörleri seti içinde yer alan her bir indikatörün belirlenen esaslar çerçevesinde katsayısının hesaplanması suretiyle veri izleme katsayısı hesaplanır ve Başkanlıkça ilan edilir

a) Başkanlık kurumların veri izleme katsayılarını en geç bir sonraki dönemin ilk ayının son gününe kadar ilan edilir.

## DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

### Kuruluş Katsayıları

#### 112 Hizmet Kalite Katsayısı

Madde 11- (1) Koordinatörlük her dönem ildeki İl Ambulans Servisi Başhekimliğini ilgili dönem sonuna kadar 112 Hizmet Kalite Standartları çerçevesinde değerlendirmeye tabi tutarak (0) ile (1) arasında değişen 112 Hizmet Kalite katsayısını tespit eder.

112 Hizmet Kalite katsayısı aşağıdaki şekilde hesaplanır:

Değerlendirme yapılacak istasyonların seçiminde;

- A ve B tipi istasyonlar değerlendirilir.
- İstasyon sayısı 10 ve altında olan illerdeki bütün istasyonlar değerlendirilir,
- İstasyon sayısı 11 ve üzerinde olan illerde en az 10 istasyon değerlendirilir,
- Aynı istasyonlar, ardışık iki dönemde değerlendirilmeye tabi tutulmaz. Ancak, değerlendirilecek başka istasyon bulunmadığı hallerde bu istasyonlar yeniden değerlendirilir.
- Değerlendirme dışı bırakılacak standartlar gerekçesi belirtilerek tutanak altına alınır.
- 112 Hizmet Kalite Katsayısı aşağıdaki şekilde hesaplanır;

İstasyon Puanı = İstasyon Hizmetleri Bölümünden Elde Edilen Toplam Puan / (İstasyon Hizmetleri Bölümünün Toplam Puanı-Değerlendirme Dışı Puan Toplamı)

İstasyon Ortalama Puanı = Her Bir İstasyon İçin Elde Edilen İstasyon Puanlarının Toplamı / İstasyon Sayısı

Yönetim Hizmetleri Puanı = Yönetim Hizmetleri Bölümünden Elde Edilen Toplam Puan / (Yönetim Hizmetleri Bölümünün Toplam Puanı -Değerlendirme Dışı Puan Toplamı)

Kalite İndikatör Puanı = Kalite İndikatörleri Bölümünden Elde Edilen Toplam Puan / (Kalite İndikatörleri Bölümünün Toplam Puanı -Değerlendirme Dışı Puan Toplamı)

112 Hizmet Kalite Katsayısı = (İstasyon Ortalama Puanı + Yönetim Hizmetleri Puanı + Kalite İndikatör Puanı) / 3

(2) 112 Hizmet Kalite katsayısının tespitine esas değerlendirmenin Başkanlıkça yapılması veya yaptırılması esastır. Başkanlık, kurumlarda bir sonraki dönemin ilk ayının 25 inci günü sonuna kadar, 112 Hizmet Kalite katsayısının tespitine esas değerlendirme yapabilir.

(3) Bir sonraki dönemin ilk ayının 25 inci gününün sonuna kadar Başkanlıkça katsayı tespit edilmesi halinde Başkanlık tarafından belirlenen katsayı geçerlidir. Bu şekilde belirlenen katsayı değerlendiriciler, koordinatör ve başhekim tarafından tutanak altına alınır.

(4) Tespit edilen katsayı koordinatörlükçe tutanak altına alınarak kurumsal performans katsayısı hesaplanmasında esas alınır.

(5) 112 Hizmet Kalite Standartları değerlendirilmesi Başkanlıkça yayımlanacak rehber çerçevesinde yapılır.

(6) Başkanlık, değerlendirme dönemleri dışında da resen 112 hizmet kalite katsayısının tespitine esas değerlendirme yapabilir. Başkanlıkça, değerlendirme dönemleri dışında resen değerlendirme yapılması halinde; değerlendirme neticesinde tespit edilen 112 hizmet kalite katsayısı esas alınmak suretiyle ilgili dönemin geriye kalan ayları için kurumsal performans katsayısı yeniden hesaplanır. Bulunan kurumsal performans katsayısı ilgili dönemin geriye kalan aylarında Yönetmelik uyarınca dağıtılabilecek ek ödeme tutarının belirlenmesinde kullanılır.

## BEŞİNCİ BÖLÜM

### Kurumsal Performans Katsayısı ve Diğer Hükümler

#### Kurumsal Performans Katsayısı

Madde 12- (1) Kurumsal performans katsayısı kurum ve kuruluşlarda, en geç bir sonraki dönemin ilk ayının son gününe kadar kesinleştirilir.

(2) Aylık Kurumsal Performans Katsayısı kurumların Yönetmelik uyarınca dağıtılabilecek ek ödeme tutarının belirlenmesinde kullanılır.



(3) Kurumsal performans katsayısı aşağıdaki şekilde hesaplanır:

a) Kurumlarda; Kurumsal performans katsayısı = [(Hizmet Kalite Katsayısı x 0,65) + (Memnuniyet Katsayısı x 0,20) + (Veri İzleme Katsayısı x 0,15) ]

b) Kuruluşlarda; Kurumsal performans katsayısı = 112 Hizmet Kalite Katsayısı

(4) Sağlık hizmeti sunumuna yeni başlayan kurumlar ile kuruluşlarda, içinde bulunulan dönem ve sonraki iki dönem için kurumsal performans katsayısı (1) olarak kabul edilir.

a) Dönem içinde kurum tarafından verilen sağlık hizmetlerinin bir başka hizmet binasında veya yerleşkede verilmeye başlanması durumunda ilgili kurumlarda bir sonraki dönem için kurumsal performans katsayısı (1) olarak kabul edilir.

b) Entegre ilçe hastanesi iken statüsü değişen kurumların içinde bulunulan dönem ve bir sonraki dönem için kurumsal performans katsayısı (1) olarak kabul edilir.

c) Yangın, sel, deprem gibi doğal afetlere maruz kalan kurumlarda kurumsal performans katsayısı, içinde bulunulan dönem ve bir sonraki dönem (1) olarak kabul edilir.

d) “Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Tesisleri Ve Üniversitelere Ait İlgili Birimlerin Birlikte Kullanımı Ve İşbirliği Usul Ve Esasları Hakkında Yönetmelik” kapsamında birlikte sağlık hizmeti sunulan kurumlarda, birlikte kullanımın başladığı tarihten itibaren içinde bulunulan dönem ve sonraki iki dönem için kurumsal performans katsayısı (1) kabul edilir.

(5) Kurumlarda bu maddenin üçüncü fıkrası uyarınca her bir dönem için hesaplanan “kurumsal performans katsayısı” belirlendikten sonra hesaplanan katsayıdan, her bir ay için Yönergeye ekli Ek (6) “Finansal Değerlendirme Göstergesi” doğrultusunda tespit edilen “Finansal Değerlendirme Katsayısı” çıkarılmak suretiyle her ay için ayrı bir “Aylık Kurumsal Performans Katsayısı” hesaplanır. Aylık kurumsal performans katsayısı, kurumların Yönetmelik uyarınca dağıtılabilecek ek ödeme tutarının belirlenmesinde kullanılır. Aylık Kurumsal Performans Katsayısı aşağıdaki şekilde hesaplanır:

Aylık Kurumsal performans katsayısı = Kurumsal Performans Katsayısı – Finansal Değerlendirme Katsayısı

### **Kayıtların Tutulması**

#### **Madde 13- (1)**

a) Bu Yönerge ile ilgili yapılan işlemler, kararlar, tutanaklar ve raporlar kurum veya kuruluş amiri tarafından onaylanarak kayıt altına alınır.

b) Kurumlarda, en geç bir sonraki dönemin ilk ayının son gününe kadar başhekim, başhekim yardımcısı, hastane müdürü, başhemşire ve kalite yönetim direktörü tarafından Yönerge esaslarına göre hesaplanan kurumsal performans katsayısı tutanakla tespit edilir. Bu şekilde kurumsal performans katsayısı kesinlik kazanır. Tutanağın bir örneği il performans ve kalite koordinatörlüğüne gönderilir.

c) Kuruluşlarda bir sonraki dönemin ilk ayının son gününe kadar sağlık müdürü, il performans ve kalite koordinatörü, iki şube müdürü ve bir koordinatörlük personeli tarafından bu Yönerge esaslarına göre hesaplanan kurumsal performans katsayısı tutanakla tespit edilir. Bu şekilde kurumsal performans katsayısı kesinlik kazanır.

ç) Müdürlükler tarafından, Kurumsal Performans Katsayısına esas veriler bir sonraki dönemin ilk ayının en geç son haftasına kadar Kurumsal Kalite Sistemine kaydedilir.

d) Değerlendirmelerde, gerekçeleri belirtilmek kaydıyla HKS’de yer alan bölüm ve/veya standartlar değerlendirme dışı bırakılabilir.

(2) Finansal Değerlendirme Katsayısının hesaplanmasına esas teşkil edecek borç verileri takip eden ayın ilk iş günü Tek Düzen Muhasebe Sisteminden alınacaktır. Toplam Tahakkuk verileri, ilgili saymanlık tarafından kurumun tahakkuk verileri Tek Düzen Muhasebe sistemine girildikten sonra, Ek Ödeme Döner Sermaye Komisyonu toplanmadan önce Tek Düzen Muhasebe sisteminden alınacaktır. Finansal Değerlendirme Katsayısı Ek Ödeme Döner Sermaye Komisyonu toplantısından önce kesinleştirilir. Sağlık hizmeti sunumuna yeni başlayan kurumlarda, hizmet sunumunun başladığı tarihten itibaren 12 ay boyunca finansal değerlendirme katsayısı (0) olarak kabul edilir.



### Diğer Hükümler

Madde 14- (1) Başkanlıkça belirlenecek usul ve esaslar uyarınca gerekli şartları karşılayanlara Bakanlıkça “Hizmet Kalite Belgesi” verilir. Ayrıca, talep edilmesi halinde diğer kamu, üniversite ve özel sağlık kurumları da “Hizmet Kalite Belgesi” verilmesi açısından değerlendirmeye tabi tutulabilir.

(2) Kurum ve kuruluşlarda performans yönetimi ve kalite geliştirme çalışmaları çerçevesinde norm birliği sağlanması, kaynakların etkili kullanımı ve Bakanlıkça belirlenen hedefler ile uyumun sağlanması amacıyla kurum ve kuruluşların diğer belgelendirme çalışmalarına başlayabilmeleri için belgelendirme çerçevesinde alacakları her türlü eğitim, danışmanlık ve belgelendirme hizmetleri ile belge yenileme hizmetleri Başkanlıktan alınacak izne tabidir.

(3) Yönerge kapsamında “kurumsal performans katsayısının” tespitine ilişkin tüm işlemler, bir sonraki dönemin ilk ayının son gününe kadar tamamlanır.

GEÇİCİ MADDE 1- (1) 2011 yılı ikinci dönemi için hizmet kalite Katsayısı ve 112 hizmet kalite katsayısı tespitine esas HKS değerlendirmesi yapılmaz. 2011 yılı ikinci dönemi için hizmet kalite Katsayısı ve 112 hizmet kalite katsayısı (1) olarak kabul edilmek suretiyle kurumsal performans katsayıları hesaplanır.

### Yürürlükten kaldırılan Hükümler

Madde 15- (1) 02/07/2008 tarihli ve 2011 sayılı Makam Onayı ile yürürlüğe konulan “Sağlıkta Performans ve Kalite Yönergesi” ve ekleri ile bu yönergeye istinaden yayımlanan genelgele ile genel yazılar 01/07/2011 tarihi itibarıyla yürürlükten kaldırılmıştır.

### Yürürlük

Madde 16- (1) Bu Yönergenin 14 üncü maddesi ile Geçici 1 inci maddesi 01/03/2011 tarihinde; diğer maddeleri ise 01/07/2011 tarihinden itibaren geçerli olmak üzere, Bakan Onayı ile yürürlüğe girer.

### Yürütme

Madde 17- (1) Bu Yönerge hükümlerini Sağlık Bakanı yürütür.

Ekler: Ek 1. Hastane Hizmet Kalite Standartları

Ek 2. ADSDM Hizmet Kalite Standartları

Ek 3. Veri İzleme İndikatör Seti

Ek 4. 112 Hizmet Kalite Standartları

Ek 5. Memnuniyet Anketleri Uygulama Rehberi

Ek 6. Finansal Değerlendirme Göstergesi

Ek 7. Belgelendirme İzin Talep Formu

### EK-5 Anket Formu

<p>Sayın İlgili;          Bu araştırma, Pamukkale Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Siyaset Bilimi ve Kamu Yönetimi Bölümü yüksek lisans programı kapsamında yürütülen bir tez çalışması için yapılmaktadır.          Ankete vereceğiniz cevaplar akademik etik çerçevesinde kesinlikle gizli tutulacaktır.          Değerli vaktinizi ayırarak bu konuda göstermiş olduğunuz ilgi ve yardımlarınızdan dolayı şimdiden teşekkür ederim.          Saygılarımla...          H. Ecehan ARMAĞAN KAYGUSUZ</p>		
<b>BÖLÜM I.</b>		
1.Yaşınız		
2.Cinsiyetiniz	<input type="checkbox"/> Kadın	<input type="checkbox"/> Erkek
3.Unvanınız	<input type="checkbox"/> Başhekim <input type="checkbox"/> Başhekim Yardımcısı <input type="checkbox"/> Hastane Müdürü <input type="checkbox"/> Hastane Müdür Yardımcısı <input type="checkbox"/> Başhemşire <input type="checkbox"/> Başhemşire Yardımcısı	
4.Öğrenim Durumunuz	<input type="checkbox"/> Lise <input type="checkbox"/> Önlisans <input type="checkbox"/> Lisans <input type="checkbox"/> Yüksek lisans <input type="checkbox"/> Doktora/Tıpta Uzmanlık	
5.Kalite Temsilcisi/Kalite Konseyi Üyesimisiniz?	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır
6.Kalite Eğitimi Aldınız mı?	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır

BÖLÜM II.					
	(1) Hiç Katılmıyorum	(2) Katılmıyorum	(3) Kararsızım	(4) Katılıyorum	(5) Tamamen Katılıyorum
1. Hastanemde işleyen bir TKY programı, uzun vadede sunulan hizmetin kalitesinde bir artışa yol açacaktır.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. TKY yönetim süreci gelecek on yılda sağlık bakım endüstrisinde gelişmeye devam edecektir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelerde TKY'nin uygulanmasına yardım etmek için hastane dışından danışman kullanmaya çok ihtiyaç vardır.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Hastanemde TKY'nin uygulamasında bir lider türü üstlenmek için TKY'nin anahtar kavramları ve yöntemleriyle ilgili yeterli miktarda eğitim aldım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. TKY süreci ile ilişkili yönetim felsefeleri, kişisel yönetim felsefelerimle aynı doğrultudadır.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Halen üretim endüstrisinde işleyen TKY felsefeleri, hastanelerin klinik dışı alanlarına aktarılacak ve orada işleyecektir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Halen üretim endüstrisinde işleyen TKY felsefeleri, hastanelerin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

klinik alanlara aktarılacak ve orada işleyecektir.					
8. Yönetimin bir üyesi olarak, TKY sürecini çalıştırmak için gereken zaman ve enerjiyi sunmaya istekliyim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. TKY Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelerin sundukları hizmet düzeyini yükseltmelerine yardım edecek bir yönetim aracıdır.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. TKY sağlık bakım endüstrisinde gelecek 5 yılda popülaritesi ve kullanımı azalacak geçici bir hevestir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Yönetici olarak, hastanemde TKY'nin uygulamasına katılmak isterim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. TKY günlük yönetim faaliyetlerinin içine katılmalıdır.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. TKY hastanelerin kalite kalite problemlerine bir "hızlı çözüm"dür.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Hastanemde yönetim, bir ekip olarak birlikte iyi çalışır.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. TKY kurum liderlerinin kaliteye bağlılığını sürekli olarak göstermesini gerektiren bir süreçtir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Hastanemde TKY'nin uygulanmasında bir lider rolü almak isterim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. TKY'nin uygulanması süreç değişiminden çok kültürel değişimi gerektirir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Hastanemizin yönetimi TKY'ye uzun dönemli taahhüde hazırdır.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. TKY toplam sağlık bakım maliyetlerini düşürecektir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. TKY hastanenin karar verme sürecine yardım etmeleri için çalışanların güçlendirilmesini gerektirir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. TKY çalışanların TKY araçlarının kullanımı konusunda eğitilmesini gerektirir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Hemşireliğin "ekip" yaklaşımı nedeniyle hemşirelikte TKY'nin kabul edileceği kanısındayım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Hemşirelik personeli güçlendirmeye açıktır.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Çalışanlar yapılan bütün hataların çoğundan sorumludur.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. ISO 9000 kalite standartları, TKY anlayışına yaklaşmıştır.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Kalite herkesin sorumluluğudur; kalite bir kişi veya bölüme devredilemez.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. TKY ekipleri, uzmanlık alanları yerine özel problemler çerçevesinde oluşturulmalıdır.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. ISO 9000 kalite yönetim sistemleri ve TKY bir kalite programı içinde entegre edilmesi gereken programlardır.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**ÖZGEÇMİŞ**

- Adı Soyadı** : Havva Ecehan ARMAĞAN KAYGUSUZ
- Anne adı** : Vahide
- Baba adı** : Rasim
- Doğum yeri ve Tarihi** : Seferihisar-İzmir / 1983
- Lisans Eğitimi** : Akdeniz Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi  
Kamu Yönetimi
- Mezuniyet Tarihi** : 2005
- Çalıştığı Yer ve Görevi** : Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu  
İnsan Kaynakları Daire Başkanlığı / V.H.K.İ.
- Yabancı Dil** : İngilizce (Orta)

