

132051 - 5

**TÜRKİYE HASTANELERİNDE
TOPLAM KALİTE YÖNETİMİ ANLAYIŞININ
GELİŞİMİ ve ÖZEL BİR HASTANEDE
UYGULAMADAN BİR ÖRNEK**

AYŞE JÜLİDE ÖZDEMİR
Yüksek Lisans Tezi
Eskişehir/1998.

ERİŞİMİNİZ İÇİN TEŞEKKÜR

**T.C.
ANADOLU ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ.**

**TÜRKİYE HASTANELERİNDE
TOPLAM KALİTE YÖNETİMİ ANLAYIŞININ GELİŞİMİ
ve ÖZEL BİR HASTANEDE UYGULAMADAN BİR ÖRNEK**

Ayşe Jülide ÖZDEMİR

İşletme (Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi) Anabilim Dalı

(Yüksek Lisans Tezi)

Danışman: Prof. Dr. Hikmet SEÇİM

Eskişehir/1998

Ö Z E T

Türkiye’de kamu hastanelerinde Cumhuriyet döneminden günümüze değin süren sağlık bakım, teşhis ve tedavi hizmetleriyle hastane yönetim ve organizasyonunda kendine özgü bir yapılaşma vardır. Ülke çapında oldukça yaygın, örgüt yapısına sahip kamu hastanelerimiz için, kalite ve verimliliği artırmada yardımcı olacak ortak bir hastane yönetim modeli oluşturmak faydalı olacaktır. Bu modeli oluşturmada kolaylık sağlayacak bir unsurun da nüfusu hızla artan toplumda yenilik, teknolojik ilerleme ve kolaylıklardan yararlanmak isteyen halkın artık yetersiz kalmış her türlü hizmet ve üretime tepkisi, çağa ayak uydurma arayışları ve bunun için koşulları zorlamaya çalışması olduğu söylenebilir. Ülkemizde sayıları hızla artan özel hastanelerin yanısıra kökleşmiş kurum hastanelerimizin de bu anlamda yönetim biçim ve anlayışlarını yeni koşullara göre güncelleştirme gereği ortaya çıkmıştır. Modern işletme yönetimi modelleri, hastane finansmanı, kalite yönetimi, Avrupa standartlarına erişim gibi vazgeçilemez birtakım konuların, güncelliği içerisinde hastane yönetimi uzmanlarınca, her yönüyle ele alınması gerekmektedir. Akademik ve bilimsel çevrelerde, tüm kamu ve özel çalışma çevrelerinde, konuya geniş önem verilmektedir.

Bu tezde, yukarıda önemi vurgulanan Türkiye hastanelerinde Toplam Kalite Yönetimi anlayışının gelişimi incelenmiş ve özel bir hastane olan Bayındır Tıp Merkezindeki uygulamadan bir örnek verilmiştir.

ABSTRACT

Starting from the early republic period, Turkish republic hospitals have a unique health-care, diagnosis and treatment organization structure. Forming of a simple hospital management model to improve quality and efficiency of the nation-wide organized public hospitals would be very advantageous. We have a growing population with people who have a reaction to the insufficient health care service and production with the desire of modern technological comfort and a wish to catch the up-to-date achievements in these institutions. These are important motivations to form the hospital management model. A need for updating the management methods and philosophy according to the new requirements has become apparent for ever increasing private hospitals as well as the early established government hospitals. The modern management methods, hospital financing, quality management, attaining the European standards and similar essential subjects should be considered by the hospital management professionals within the actuality of the events. This topic gains high attention by the academical and scientific people, governmental organizations and private work groups.

In this thesis, a research regarding "Total Quality Management (TQM) In Public and Private Hospitals, Quality Improvement and Application

Opportunities of the Related Techniques” that had been indicated above has been performed. As examples, the applications in “Medical Center of Bayındır”, which can be thought of as TQM applications are investigated.

İÇİNDEKİLER

KISALTMALAR	XII
GİRİŞ	1

Birinci Bölüm

TOPLAM KALİTE YÖNETİMİNİN GENEL TANIMI

§.1. KALİTENİN TANIMI	8
§.2. TOPLAM KALİTE VE KALİTENİN YÖNETİMİ.....	11
§.3. TOPLAM KALİTE YÖNETİMİNİN TARİHSEL GELİŞİMİ.....	12
I. W. EDWARD DEMING'İN ÇALIŞMALARI.....	15
II. JOSEPH JURAN'IN ÇALIŞMALARI.....	17
III. PHILIP B: CROSBY'NİN ÇALIŞMALARI.....	19

Üçüncü Bölüm

ÜLKEMİZ SAĞLIK KURULUŞLARINDA TKY ANLAYIŞI

- §.1. TÜRKİYE'DE KAMU SAĞLIK KURUMLARI53
- §.2. TÜRKİYE'DE VERİLEN SAĞLIK HİZMETLERİNİN
ÖZELLİKLERİ.....56
- §.3. ÜLKEMİZDE SAĞLIK SİSTEMİ VE SAĞLIK ÖRGÜTLERİ.....60
- §.4. TÜRKİYE'DE HASTANE HİZMETLERİNDE KALİTE
SAĞLAMA VE DEĞERLEME ÇALIŞMALARI64

Dördüncü Bölüm

- §.1. ÖZEL BİR HASTANEDE TKY ÖRNEĞİ68
- §.2. BTM PERSONEL MEMNUNİYETİ
ÖLÇME VE DEĞERLENDİRME ÇALIŞMASI.....76
- §.3. BTM HASTA MEMNUNİYETİ ÖLÇÜM ÇALIŞMALARI81

SONUÇ86

KAYNAKÇA88

KISALTMALAR

BTM	:	Bayındır Tıp Merkezi
KG (QA)	:	Kalite Güvencesi
KS	:	Kalite Sağlama
SERVQUAL	:	Hizmet Kalitesini Değerleme Programı
SES	:	Sağlık Enformasyon Sistemi
SKİ (CQI)	:	Sürekli Kalite İyileştirme
TKY	:	Toplam Kalite Yönetimi
TQM	:	Total Quality Management
WHO	:	World Health Organization

GİRİŞ

Hastaneler, SSYB Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği'ne göre "hasta ve yaralıların, hastalıktan şüphe edenlerin ve sağlık durumlarını kontrol ettirmek isteyenlerin ayaktan ya da yatarak müşahade, muayene, teşhis, tedavi ve rehabilite edildikleri, aynı zamanda doğum yapılan kurumlar" olarak tanımlanmaktadır. Kalite ise belirgin olmayan bir kavramdır. Günümüzde daha çok amaca uygunluk olarak tanımlanmaktadır. Kalite kavramı, bir mal veya hizmetin kusursuzluğu ve mal yada hizmetten yararlananı memnun etme ile ilgilidir. Toplam kalite ise, uygun zaman ve yerde uygulanması gereken araç ve tekniktir. Toplam Kalite Yönetiminin amacı, mal veya hizmeti alacak olana değer katmayan her türlü işlevi önlemektir.

Hastane örgütlenmesinde üst yönetim, orta yönetici kadro ve alt yönetim ile sağlık personeli ve hasta bakımından sorumlu alt kadrolar arasında matriks, kendine özgü bir yapılaşma vardır. Bu farklı yapıya sahip fakat vazgeçilmez çalışma guruplarını birarada tutmanın, onları verimli çalışmaya yönlendirmenin, bir işletme gibi tüm fonksiyonları ve kârlılığı içinde değerlendirmenin de ne kadar zor olduğu ortadadır. Önemi vurgulanan bu matriks yapıya bugüne kadar bir yönetim, örgütlenme biçimi, verimlilik, finansal yapı açılarından bakan işletmeciler ve bilim adamı tarafından çözüm yöntemleri geliştirilmeye çalışılmıştır.

Hastane hizmetleri genel olarak sağlığın korunması ve hastalıkların tedavisi için yapılan çalışmalardır. Bu hizmetler, koruyucu hekimlik hizmetleri, tedavi hizmetleri ve rehabilitasyon hizmetleridir¹. Bu hizmetlerde kalite kavramı sistem yaklaşımı içinde (yapı - süreç - çıktı) ele alınmaktadır. Bina, malzeme, finansman, donatım ve benzer yapısal unsurlar da kalitenin sağlanması altyapıyı oluşturmaktadırlar. Ayrıca, her kamu hastanesinin kendine özgü örgüt yapısı da kaliteyi etkilemektedir.

Amerika Birleşik Devletlerinde, Avrupa ve Asya ülkelerinde, Uzak ve Orta Doğu ile Üçüncü Dünya Ülkelerinde hastaneler, sağlık kurum ve kuruluşları ile bağlı örgütlerinde (Health Care, Medicare and Medicaid Organizations) Toplam Kalite Yönetimi (TQM), Kalite Güvencesi (QA), Sürekli Kalite Geliştirme (CQI), Kalite Çemberleri (QCC), İstatistiksel Kalite Kontrolü (SCQ), Stratejik Kalite Yönetimi (SQM), Kabul edilebilir Kalite Seviyeleri (AQL) ve Kalite Uygulama-Denetim Komiteleri (CEO) konularında yoğun araştırma, çalışma ve modellemeler yapılmaktadır. Bu hususta Dünya literatürü oldukça zenginleşmiş, genişlemiş ve büyük bir yazılım ağı kurulmuş bulunmaktadır. Özellikle sağlık kurumlarında hizmet kalite ölçütlerini artırmada birçok organizasyonlar (JCAHO : Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations), sistemler (IAIMS : Integrated Academic Information Management System) ve programlar (SERVQUAL : Service Quality Scale Program) hazırlanmış ve uygulanmaktadır.

Türkiye ise henüz bu konuda yolun başındadır. Ama çalışmalara ve gelişmelere bakıldığında yerini ümit ve beklentiler almaktadır. Sağlık hizmetlerindeki Toplam Kalite Yönetimi uygulamalarında ülkemizde yapılan çalışmalar arasında hastaneleri de bir “işletme” olarak kabul edip bu işletmenin iyi bir “organizasyon”a sahip olması ve iyi bir “yönetim”inin de bulunması

¹ Nusret FİŞEK, **Halk Sağlığına Giriş**, H.Ü. Dünya Sağlık Örgütü Hizmet Araştırma ve Araştırmacı Yetiştirme Merkezi Yayını, No:2, 1983, s. 5.

gerektiği konusunda savlar vardır. Yöneticinin ise kendisini geliştirmek ve davranış bilimleri konusunda uzmanlık kazanmak durumunda olduğu da belirtilmektedir². Hastanelerin halkla ilişkiler açısından özelliklerinin neeler olması ve faaliyetlerin nasıl organize edilmesi gerektiği konusunda kalitenin artırılmasına yönelik bir dizi çalışmalar ve araştırmalar da mevcuttur³. Bu çalışmalarda ABD'deki hastanelerde halkla ilişkiler bölümlerinin örnek organizasyon ve kuruluş şemaları verilmiş, yönetim biçimleri ayrıntılı şekilde irdelenmiştir. Genel anlamda bir işletmenin yönetim, biçim ve politikasıyla en iyi ve verimli organizasyonunun nasıl olması gerektiği, bunun diğer işletmelerde olduğu gibi hastane yönetim ve organizasyonuna uygulanışı, bireyler yada kurumlararası ilişkiler, iletişim, yönetsel etkinlikler ve davranış bilimleri gibi çok geniş perspektiften bakıldığı zaman dolaylı olarak hastane yönetimine kalite katkıları ele alınmıştır⁴.

Türkiye'de hastanelerin yönetim ve organizasyonu ile Toplam Kalite Yönetimi açısından değerlendirilmesi incelenmiştir. Sağlık hizmetlerinde, özellikle Bayındır Tıp Merkezi (BTM) de kalite analizleri, işgören verimliliğinin kalite çemberleri uygulamalarıyla yükseltileme olanakları kapsamlı olarak incelenmiştir⁵. Hastanelerimiz için çok önemli olup da henüz önemi bilinmeyen ve uygulama alanı bulamayan "sistem yaklaşımı, hastane ve genel sağlık sisteminde hasta bakım alt sistemleri, genel sistem kuramı" ile ilgili modelsel bir çalışma da mevcuttur⁶.

² Tamer KOÇEL, **İşletme Yöneticiliği: Yönetici Geliştirme, Organizasyon, Davranış**, Beta Basım Yayım Dağıtım, Yay No 405, İstanbul 1993.

³ Hikmet SEÇİM, **Hastanelerde Halkla İlişkiler**, A.Ü. AÖF Yay No. 388, Eskişehir 1994

⁴ Erol EREN, **Yönetim ve Organizasyon**, Beta basım yayım Dağ. Yay. No:401, İş. Eko. Diz:33, İstanbul 1993, s.3-156, 158-167.

⁵ Hikmet SEÇİM, **"Hastanelerde İşgören Verimliliğini Yükseltici Bir Uygulama Olarak Kalite Çemberleri"**, A.Ü. Yay. No:393, İİBF Yay. No: 84, Eskişehir 1990, s.191-209.

⁶ Münevver MENDERES-Korkut ERSOY, **"Genel Sistem Kuramı ve Sağlık Sistemi, Hastane Sistemi ve Hasta Bakım Alt Sistemi"**, (Der:Hikmet SEÇİM), Hastane İşletmeciliği, s. 43.

Sağlık hizmetleri ve Türkiye’de halk sağlığının tabana yayılması hususunda parlamento bünyesinde başlatılan ve sorunlara büyük ölçüde çözüm olması beklenen “Genel Sağlık Sigortası Yasa Taslağı” çalışmalarında amaç olarak “tam üyelik için başvuruda bulunduğumuz Avrupa Topluluğu (AB) için geç kalınmadan yapılması gereken en büyük reform” olma niteliğinden ve çabalarından bahsedilmektedir⁷. Bu çalışmalarda ortaya konulan bir başka yaklaşım da “sağlık hizmetlerinin bütünüyle devlet tarafından verildiği sistemlerin daha çok Doğu Bloku Ülkeleri olduğu, burada hizmet kalitesiyle ilgili problemlerin bulunduğu”dur. Oysa endüstrileşmiş batı ülkelerinin çoğunda sigorta sistemi benimsenmiş; bu ülkelerde yüksek teknolojinin getirdiği pahalı teşhis ve tedavi yöntemlerinin artık sigortalılarca karşılanamaz hale geldiği, kişisel katkıların mutlak sağlanması zorunlu olduğu belirtilmiştir. Bundan başka, Türk sağlık sistemlerinin yapı ve ürünleri yönünden “iyileştirilme” çalışmaları Cumhuriyet tarihi boyunca bir literatür taraması ve gözden geçirme şeklinde ele alınmış, birçok genel ve özel yönleriyle her açıdan değerlendirmeler yapılmıştır⁸. Ayrıca, (SES) olarak tanımlanan “Sağlık Enformasyon Sistemi Planlama Çalışmaları 2001 Projesi” bünyesi içerisinde stratejik, fonksiyonel, enformatik, operasyonel ve organizasyonel planlarla analiz çalışmalarının özet, içerik ve sonuçlarından kapsamlı biçimde bahsedilmektedir⁹. SSK özelinde genel sağlık teşkilatlanmasında tüm personelin ortak eğitimi çerçevesinde kurum bünyesinde hazırlanan “Eğitim Notu” kapsamında doktorlar, diş tabipleri ve eczacılar için yönetim, örgütlendirme, insan ilişkileri, mali ve muhasebe bilgileri ile poliklinik mevzuatı gibi temel bilgiler bir hizmetiçi eğitim anlamında verilmektedir¹⁰.

⁷ GENEL SAĞLIK SİGORTASI İLE İLGİLİ ÇALIŞMALAR, T.C. Sağlık Bakanlığı Yayın Broşürü, Ankara, 6 Şubat 1990, s.3-9.

⁸ A. Erdal SARGUTAN, *Türk Sağlık Hizmetleri Yapı ve Ürünlerinin İyileştirilmesi*, H.Ü. Sağlık İdaresi Y.Okulu, Ankara 1993, s.8-27.

⁹ SAĞLIK BAKANLIĞI SAĞLIK ENFORMASYON PLANLAMA ÇALIŞMASI, 2001 Üçüncü Bin Yıla Hazırlanıyoruz, Ankara, Nisan 1993, s.2.

¹⁰ SSK SAĞLIK TESİSLERİ PERSONELİ EĞİTİM NOTU, SSK Gn. Md. Yay. No: 315, Ankara 1979, s.17-23.

Konumuz olan “Türkiye’de Sağlık Kurumlarında Toplam Kalite Yönetimi” genel çerçevesinde birçok, sempozyum, kongre, seminer, panel ve toplantılar yürütülmektedir. Haberal Eğitim Vakfı’nca 1995 yılında düzenlenen “Sağlık Sektöründe Toplam Kalite Yönetiminin Yeri” başlığı altında hazırlanan bildiriler kitabında yer alan çalışmalardan bazıları özetle şöyledir:

Editör’ün notlarında toplam kalite yönetimi hastane uygulamalarının gerekçe ve güçlükleri sıralanmıştır¹¹. Cumhuriyet döneminde uygulanan genel sağlık yönetimi¹²; hizmet sektöründe kalite güvencesi tanım, kavram ve teknikleri tarafından¹³; sağlıkta TKY’nin başarısı için gerekli kritik faktörler¹⁴; kalite ölçüm ve değerlendirilmesi¹⁵; sağlıkla ilgili temel hizmetlerin yönetiminde kalite arayışı esasları¹⁶; hastaların hastanede yatış sürelerinin kısaltılması amacıyla TKY çalışmaları¹⁷; hizmet sektöründe kalite güvencesi (KG) uygulamasına ilişkin bazı gözlemler incelenmiştir¹⁸.

Bunun dışında sağlık merkezleri kalite geliştirme çalışmaları¹⁹; sağlık hizmetlerinde özdeğerlendirme yaklaşımı (COPE: Client Oriented Provider Efficient) adı verilen ve hizmetin bir yandan müşteri memnuniyeti diğer yandan da hizmeti sunanın verimliliği yönünden sağlanması çalışmaları ele alınmıştır²⁰;

¹¹ Mithat ÇORUH, “Toplam Kalite Yönetimi Hastane Uygulamaları”, Sağlık Sektöründe Toplam Kalite Yönetiminin Yeri Sempozyumu, Ankara 1995, s. 1-5.

¹² S. Harika GÜZEL, “Cumhuriyet Dönemi Sağlık Yönetimi”, Sağlık Sektöründe Toplam Kalite Yönetiminin Yeri Sempozyumu, Ankara 1995, s. 11-16.

¹³ Erdal EREL, “Hizmet Sektöründe Kalite Güvencesi Tanımları, Kavramları ve Teknikleri”, Sağlık Sektöründe Toplam Kalite Yönetiminin Yeri Sempozyumu, Ankara 1995, s. 27-32.

¹⁴ Seçil KOÇAL – Nail BODUR, “Sağlıkta Toplam Kalite Yönetiminde Başarı İçin Gerekli Kritik Faktörler”, Sağlık Sektöründe Toplam Kalite Yönetiminin Yeri Sempozyumu, Ankara 1995, s. 33-34.

¹⁵ Süheyl POZANTI, “Sağlık Hizmetlerinde Kalite Ölçümü ve Değerlendirilmesi”, Sağlık Sektöründe Toplam Kalite Yönetiminin Yeri Sempozyumu, Ankara 1995, s. 35-38.

¹⁶ Caudio SEPULVEDA, “Sağlıkla İlgili Temel Hizmetlerin Yönetiminde Kalite Arayışı – Esaslar”, Sağlık Sektöründe Toplam Kalite Yönetiminin Yeri Sempozyumu, Ankara 1995, s. 55.

¹⁷ Ahmet T. GÖNCÜ, “KVC Servisinde Yatan Hastaların Yatış Sürelerinin Kısaltılması İçin Kalite Yönetimi Çalışması”, Sağlık Sektöründe Toplam Kalite Yönetiminin Yeri Sempozyumu, Ankara 1995, s. 59-63.

¹⁸ Ümit BERKMAN, “Hizmet Sektöründe Kalite Güvencesi Uygulamasına İlişkin Bazı Gözlemler”, Sağlık Sektöründe Toplam Kalite Yönetiminin Yeri Sempozyumu, Ankara 1995, s. 69-72.

¹⁹ Ülker TÜRKSOY-Yüksel DUR-Kadriye EMRE, “Sağlık Merkezi Kalite Geliştirme Çalışmaları”, Sağlık Sektöründe Toplam Kalite Yönetiminin Yeri Sempozyumu, Ankara 1995, s. 73-78.

²⁰ Ayşe Akın DERViŞOĞLU-Arzu KÖSELİ, “Sağlık Hizmetlerinde Özdeğerlendirme Yaklaşımı”, Sağlık Sektöründe Toplam Kalite Yönetiminin Yeri Sempozyumu, Ankara 1995, s. 89-93.

hastane laboratuvarlarında “içsel” ve “dışsal” kalite kontrolü²¹; hasta ücretlerinin toparlanmasında hastane birimleri ve yönetimi arasında işbirliği çalışmaları, örnekleri²² ve yemekhane hizmetlerinde kalite geliştirme konuları da ana hususlarıyla ele alınmıştır²³.

Çalışmanın başlangıcında mevcut Sağlık Bakanlığı Hastanelerimizle SSK ve diğer yeni özel hastanelerin yönetim, organizasyon, kuruluş ve işleyişi hakkında bilgiler elde edilmeye çalışılmış, daha sonra Türkiye dışındaki sağlık kuruluşu ve hastane yönetimlerinin iç yapıları ve yönetim şekilleri karşılaştırmalı olarak incelenmiştir. Ayrıca yurt dışında diğer gelişmiş ülkelerde bugüne kadar yapılmış ve yapılmakta olan “toplam kalite yönetimi” çalışma ve uygulanmalarının neler olduğu da araştırılmıştır. TKY'nin genel tanımı, bileşenleri, uygulama alanları ve metodolojisi kapsamında sağlıkla ilgili olarak ve Türkiye'nin sosyal, sosyoekonomik, çevresel, politik ve yönetsel yapıları içerisinde ülkemize uygulama olanakları irdelenmeye çalışılmış, olumlu ve olumsuz yönleriyle gerçek ortam, koşullar, yapılan ve yapılmayanlar açıkça yorumlanarak belirlenmiştir. Özellikle Ankara'da hizmet veren Bayındır Tıp Merkezi Hastanesi daha geniş kapsamlı olarak incelenmeye çalışılmıştır.

²¹ Yahya LALELİ-Deniz ÇAMURDANOĞLU-Öznur ONGUN, “İyi Laboratuvar Pratiğinde İnternal ve Eksternal Kalite Kontrolü”, Sağlık Sektöründe Toplam Kalite Yönetiminin Yeri Sempozyumu, Ankara 1995, s. 103-106.

²² Şüheda GÜRAY, “Hasta Ücretlerinin Toparlanmasında Birimlerarası İşbirliği”, Sağlık Sektöründe Toplam Kalite Yönetiminin Yeri Sempozyumu, Ankara 1995, s.107-108.

²³ Gül KIZILTAN, “Yemekhane Hizmetlerinde Kalite Geiştirme Çalışmaları”, Sağlık Sektöründe Toplam Kalite Yönetiminin Yeri Sempozyumu, Ankara 1995, s. 109-112.

Birinci Bölüm

TOPLAM KALİTE YÖNETİMİNİN GENEL TANIMI

TKY tüm işlemlerin, ürünlerin/hizmetlerin tam katılım yoluyla geliştirilmesi, iç ve dış müşteri tatmininin artırılmasını sağlamak amacıyla işletmede alınan sonuçların sürekli iyileştirilmesine dayanan, müşteri beklentilerini herşeyin üzerinde tutan ve müşteri tarafından tanımlanan kaliteyi, tüm faaliyetlerin yürütülmesi sırasında ürün/hizmet bünyesinde oluşturan modern bir yönetim biçimidir. Çok kısa şekilde özetlersek, TKY hedefi müşteri memnuniyeti olan çağdaş bir yönetim anlayışıdır.

Gerek üretim gerekse hizmet sektöründe Dünya ulusları ile her konuda rekabet etmenin, ilerlemenin ve kendini kabul ettirmenin özünde yeralan en önemli koşul “kalite” olmakta; bu da gücünü, güvenini, desteğini “en iyiyi, en güzeli, en dayanıklıyı üretmek ve sunmak” ya da “en iyi hizmeti, yardımı, iletişimi sağlamak ve müşteri memnuniyetini en üst düzeyde sağlamak” prensiplerinin benimsenmesinden almaktadır. İzleyen kısım ve bölümlerde çok ayrıntılı olarak açıklanacak olan bu önemli kavramın “işletme” olan ya da sayılabilecek ortamlarda “yönetim” kadro ve oluşumlarınca en iyi biçimde

algılanıp özüm senerek uygulanabilmesiyle ilgili temel ilke ve yöntemlerden kısmen sözedilmektedir.

§.1. KALİTE’NİN TANIMI

Sözlükler kaliteyi “birşeyin ortaya koyabileceği mükemmellik derecesi” olarak tanımlamaktadır.

Ayrıca üç ana boyutta kalite tanımı yapmak mümkündür²⁴.

(1)-Tasarım kalitesi (üretim ya da hizmet öncesi)

(2)-Uygunluk veya uygulama kalitesi (üretim, hizmet v.b. aşama kalitesi)

(3)-Kullanım kalitesi (üretim ya da hizmet sonrası kalite)

Kalite’nin tüketici açısından değeri ile üreticiye ya da sunucuya olan maliyeti arasında en iyi noktanın elde edilmesi sürecine tasarım kalitesi denilebilmektedir. Bu kalite, performans (yerine getirebilme) ve estetik (şekil değeri) yönlerinden önemli alt öğelere sahiptir.

Uygunluk veya uygulama kalitesinde ise tasarım sırasında ortaya çıkan özellik ve hedeflere, belge ve standartlara uyulup uyulmadığı irdelenir.

Kullanım kalitesi, her türlü işlem den sonraki aşama olup işletmenin ürün veya hizmet güvencesi kapsamındaki boyutlarını ortaya koyar. Kullanım kalitesi şu alt öğeleri taşımaktadır:

*.Güvenilirlik (kullanım ömrü, performans sürekliliği)

*.Dayanıklılık (ömrünün uzunluğu, geç yıpranma)

*.Hizmet görürlülük (tasarımda belirlenen performansta meydana gelen sorunların kolayca çözümlenebilirliği)

²⁴ İ.Melih BAŞ-Ayhan ARTAR, İşletmelerde Verimlilik Denetimi –Ölçme ve Değerlendirme Modelleri, MPM Yayınları No:435, Ankara 1991, s. 64-73.

*.Ürün, marka itibarı (geçmişte ve henüz eldeki çıktılarını müşterilerde oluşturduğu düşünce, yargı)

Kavram olarak kaliteyi, belirli bir ürünün belirli bir tüketicinin istek ve gereksinimlerini karşılama derecesi olarak tanımlamak mümkündür. Buna, “pazara yönelik kalite” veya “kullanıma uygunluk” da denilebilir.

Kalite'nin bir başka şekilde tanımı ise, tüketici gereksinimlerini mümkün olan en ekonomik düzeyde karşılamayı amaçlayan tasarım, uygunluk, kullanımdır ve bütün bu boyutların bir bileşeni olarak nicel ve nitel anlam ifade eden ögeler toplamıdır.

Kontrolü kesinlikle gerekli olan kalite kavramı, yukarıda sınıflandırılan ögeleri çerçevesinde;

- *.Standartlar konularak
- *.Uygunluklar sağlanarak
- *.Düzeltilici kararlar alınarak
- *.Geliştirme çalışmaları yapılarak güçlendirilmek zorundadır.

İşletme (veya hizmet veren kurumlar) düzeyinde kalite kontrolü yaklaşımında gelişim yedi basamaktan oluşmaktadır:

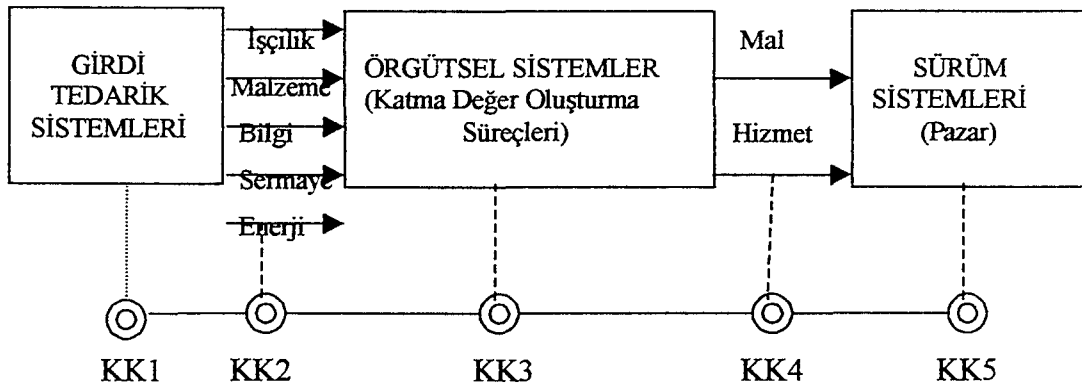
- (1)-**Ürün** odaklı 1.basamak (ürünün üretimden sonra kontrolü ve hataların giderilmesi aşaması)
- (2)-**Süreç** odaklı 2.basamak (üretim sırasında kalite sağlama çalışmaları)
- (3)-**Sistem** odaklı 3.basamak (işletmedeki tüm birimlerin katılımıyla kalite sağlama olup bu ABD tarzı bir Toplam Kalite Yönetimi anlayışıdır)
- (4)-**İnsancillaşma** odaklı 4.basamak (eğitim ve geliştirme ile tüm işgörenlerin kalite anlayışının değiştirilmesi)
- (5)-**Toplum** odaklı 5.basamak (en düşük maliyetle ve çevreden en az

etkilenen ürün ve süreç tasarımı, bu konuda yapılan eniyileme çalışmaları)

(6)- **Taguchi** yaklaşımı 6. basamak (kalite kaybı fonksiyonunun kullanılması)

(7)-**Müşteri** odaklı 7. Basamak (müşteri isteklerini sürekli olarak üretim sistemine aktararak kalite fonksiyonunu düzenlemek ve yaymak. Japonların benimsedikleri bir Toplam Kalite Yönetim tarzıdır).

Bir başka açıdan kalite kavramı değerlendirildiğinde kalitenin sağlanması sırasında beş nokta ya da aşama karşımıza çıkmaktadır. Kalite Kontrol (KK) noktası olarak tanımlayabileceğimiz bu beş nokta Şekil 1 de de görüleceği üzere üretim ya da hizmetin çeşitli ve önemli aşamalarında karşımıza çıkmaktadır.



Şekil 1: Kalite Kontrol Noktaları

Kalite kontrol noktalarında şu işlevler yerine getirilmektedir:

- *.KK1: Girdi sağlanması ve bunun için gerekli kaynakların seçimi
- *.KK2: Girdilerin istenilen kalitede ve zamanında sağlandığının kontrolü ve garantilenmesi.
- *.KK3: Kalite yönetimi dönüşüm sürecinde bu kalitenin oluşup oluşmadığının kontrolü.
- *.KK4: Üretim çıktıları veya hizmetlerin istenilen özelliklerde ve zamanında elde edilip edilmediğinin kontrolü

*.KK5: Müşteri ya da hizmeti alanların, beklenti, istek ve arzularına cevap verilip verilemediğinin kontrolü olup bu beş aşamalı kalite kontrolü “Toplam Kalite Güvencesi (Total Quality Assurance)’nin uygulanmasıdır. Burada zaman, enerji ve parasal olanakların KK2 ve KK4 noktalarından KK1, KK3 ve KK5 noktalarına kaydırılmasının toplam kaliteyi artıracığı, kalitenin maliyetlerini düşüreceği ve girişimin pazar payını artıracığı söylenebilir.

Ş.2. TOPLAM KALİTE VE KALİTENİN YÖNETİMİ

Geniş kitlelerin bakış açısından Toplam Kalite Yönetimi (TKY), tüm organizasyonu kapsayacak şekilde ve her konu, ünite, bölüm, sektör, kişi ve yöneticilerce “kalite”nin devamı için yapılan çalışmalardır. Bugün, değişik yönetimlerce benimsenen en önemli konu kalite anlayışıdır. Rekabette üstünlük sağlamak amacıyla birbirleriyle yarışan mal ve hizmet üreticilerinin, kalitenin oynadığı önemli rolün farkına vardıkları andan beri sürmekte olan kalite sağlama çabalarının geçirdiği evrim, günümüzde tüm organizasyon çalışanlarının gönüllü katılımını sağlamayı gerektiren TKY ve Sürekli Kalite İyileştirme (SKİ) felsefesiyle sonuçlandırılmıştır.²⁵

Günümüzde modern yönetim teknikleri uygulamalarını gerekliliği, tüm sağlık kuruluşları için geçerli olan önemli bir olgudur. 1970 li yıllarda kalite güvencesi yaklaşımıyla başlayan ve 1980 lerin sonunda TKY ile ivme kazanan sistemli kalite uygulamaları da, hastaneler için en önemli rekabet eksenine konumuna gelmektedir.

Sağlık kuruluşlarının karmaşık ilişkilerden oluşan, kendilerine özgü yapılarına TKY'nin kolaylıkla uyarlanmasını sağlayan modeller, kalite sistemlerini iyileştirmeyi hedefleyen hastaneler için önemli araçlardır. Toplam

²⁵ Fulya SARVAN – S.Oğuz BERK, “Sağlık Hizmetlerinde Sürekli Kalite İyileştirme Sürecinin Yönetimi”, İ.Ü. İşletme Fak. Dergisi, C:24, S.2, Kasım 1995, s.9-35.

kalite felsefe ve yöntemlerini temel alan kalite ödülü sistemleri de, hastanelerin yönetim sistemlerini bütün olarak gözden geçirmelerini sağlayan bir kaynak olma özelliği kazanmaktadır²⁶.

Son yılların bu yeni anlayış ve felsefesinin kaynağı, W.Edward Deming ve Joseph M. Juran adlı iki Amerika'lı teorisyen araştırmacının kalite sorunları üzerine yaptıkları çalışmalar olmuş; ancak bu konuda farklı yaklaşımlar geliştiren Japonya tarafından 1980 lerden itibaren birçok uygulamaların temelini oluşturmuştur. TKY kısa tanımıyla araştırma ve geliştirmeciler, şirket ve işletme yatırımcıları ile yöneticiler tarafından yoğun ilgi ve merak konusu olan sistem, verimlilik, maliyet ve güvenilirlik açılarından uygulamalarda olumlu sonuçlar vermiştir.

Ş.3. TOPLAM KALİTE YÖNETİMİNİN TARİHSEL GELİŞİMİ

Hastanelerin, hasta bakımı kalite ve güvenliğinin izlenmesi ve denetlenmesi amacını taşıyan ilk standartlar, 1913 yılında American College of Surgeons (ACS) tarafından geliştirilmiştir.

ACS, 1950'li yıllara kadar bu standartlar doğrultusundaki denetimlerini sürdürmüştür. Ancak hastane denetim taleplerindeki artış hizmet sunum kapasitelerini zorlamaya başlayınca 1951 yılında American Hospital Association (AHA), American Medical Association (AMA) ve ACS birleşerek Joint Commission on Accreditation of Hospitals (JCAHO) oluşturulmuştur. Bu kuruluşun adı 1989 yılında Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations olarak değiştirilmiştir.

²⁶ Bülent KİYMİR, "Hastane Yönetiminde TÜSİAD-KalDer Toplam Kalite Ödül Modeli Uygulaması", Kongre'97, İstanbul, 1997.

JCAHO'nun görevi, hastanelerde veya sağlık bakımı verilen tüm kuruluşlarda, hizmet kalitesi ve standartlarının oluşturulması, izlenmesi ve denetlenmesi yönünde sistemli bir yaklaşımın geliştirilmesi olarak belirlenmiştir.

Kuruluşun sunduğu hizmetlerde sağladığı başarının da etkisiyle 1960'lı yıllarda TKY akreditasyon uygulamaları yaygınlaşmıştır. Bu dönemde yaşam güvenliği, tıbbi kadro ve kalite güvencesine odaklanmış yaklaşımlar ağırlık kazanmıştır.

1970'li yıllarda spesifik tanılar ve yöntemlerin zaman-sınırlı denetimi kavramı geliştirilmiş ve bunun sonucu olarak, TKY akreditasyon denetimleri üç yılda bir tekrarlanan, uzun zaman alan masraflı bir süreç haline gelmiştir.

1980'li yılların başından itibaren ABD Federal Hükümetinin de etkisiyle hastanelerin kalite standartlarını düşürmeden maliyetler konusuna odaklandıkları gözlenmiştir. Bu dönemde SKİ ve TKY programları yaygın olarak uygulanmaya başlanmıştır.

JCAHO da bu dönemde, uyguladığı hastane denetim yöntemlerinin pahalı ve külfetli olduğunu ve sağlık kuruluşlarında gündem dışına alındığını belirleyerek 1987 yılında "Agenda for Change" isimli reform niteliğindeki yönetmeliği yayınlamakla sağlık bakımındaki yönetsel ve kalite odaklı değişikliklere uyum sürecini başlatmıştır. 1994 yılında ise JCAHO yeniden yapılanmasını tamamlamış, yeni yaklaşımında güvendiği kuruluşlara daha çok eğitime ve danışmanlığa ağırlık veren programlar uygulamıştır.

Yönetim, ürün/hizmet kalitesini artırmaya ve müşteriye en üst düzeyde tatmin etmeye yönelik bir kavram olan TKY konusuna son yıllarda birçok kişi, kurum tarafından ilgi duyulmakta, büyük önem verilmektedir. TKY, kökenini Japonya'da 1950 lerde başlayan yönetim anlayışı ve başarılı uygulamalardan

almaktadır. Bu kavram, üretim sürecinin geliştirilmesi, kaynak sağlayanlar ve katılımcılar ile müşteri tatminine yönelik eğitim, maliyette azalma ve hatası azaltılmış (sıfır hatalı) ürün ve iş üretimi üzerinde yoğunlaşmaktadır.

TKY sistemi, sürekli kalite kontrolundan (SKİ) ayrı olarak ürün kalitesini sürekli denetlemek yerine bu ürünü ortaya çıkaran üretim sürecinin devamlı gelişimiyle ilgilenmektedir. Aynı zamanda bu sistem kalitenin kendi yönetiminden daha çok “yönetim sisteminin kalitesi” ile uğraşmaktadır. Üretim sürecinin TKY ile kontrolunda genel olarak istatistiksel yöntemler kullanılmaktadır. Amaç, tüm sistemin problemlerini tek tek çözmek değil bu sistem problemlerinin neler olduğunu etkin bir şekilde belirlemek ve belirtmektir. Bu çerçevede içerisinde, TKY sistemi tüm üretim aktivitelerinde yeni bir davranış tarzı ve bakış açısı gerektirmektedir.

1950 lerde ABD’de W. Edward Deming, Joseph M. Juran ve Philip Crosby’nin başlattıkları önemli çalışmalarla gelişmeye başlayan TKY kavramı, daha sonra bu konuya ilgi duyan ve önemini gören birçok araştırmacı, bilim adamı ve yazar tarafından günümüze kadar adım adım geliştirilmiş ve geliştirilmektedir.

Deming ve Juran, 1950 li yıllarda Japon ürün kalitesinin artırılmasına yardım etmişler, bu ülkeye pekçok kez giderek üretim sürecinin istatistiksel kontrolu ve istenen kalitenin oluşturulması konularında seminerler düzenlemişlerdir²⁷. Deming, üretimde odaklanan pekçok sorunun süreçten kaynaklandığını ve bunun ancak istatistik yöntemler kullanılarak çözümlenip kontrol edilebileceğini belirtirken Juran da kalitenin kontrolunda yönetsel bir yaklaşım ortaya koyarak yatırım, hizmet veya proje bazında takım çalışmasıyla müşterinin tatmini üzerinde yoğunlaşmış; Crosby ise “sıfır hata” kavramını

²⁷ Joseph M. JURAN (Ed.), *Juran’s Quality Control Handbook*, 1988,s. 146-154.

ortaya koymuştur. Üzerinde durulması gereken en önemli husus TKY uygulanırken çalışan en alt kademedен en üst yöneticiye kadar “eğitim”in üzerinde en iyi biçimde durmaktır.

I. W. EDWARD DEMING’İN ÇALIŞMALARI

ABD’li bir danışman olan Deming’in 1940 larda uyguladığı istatistiksel süreç kontrolü ile işyerlerinde kalitenin gelişimine katkıda bulunma girişimleri 1950 de General Douglas McArthur tarafından Japonya’ya davet edilinceye kadar pek farkedilmemiştir. Bugün Japonya’da tüm sektörlerde üretim kalitesinin artmış olması ise Deming’in bu konudaki katkıları ve “iş kalitesi değerlemede istatistiksel çeşitliliği azaltma” çalışmalarından kaynaklanmaktadır²⁸. Çeşitliliğin azaltılması ve ürün kalitesinin ekonomik kontroluyla ilgili fikirler de ilk kez 1931 de Bell Laboratuvarları tarafından ortaya atılmıştır²⁹. Ortaya atılan bu fikirler şu birkaç noktada odaklanmaktadır:

- Bütün üretim sistem ve süreçleri değişiklik gösterirler
- Bu değişiklikler rastgele ya da özel sebeplerden kaynaklanabilir
- Özel sebepler de üretim sürecinde verimliliği artırmak için yapılacak değişikliklerden önce ortadan kaldırılmalıdır.

İlke olarak Deming³⁰, değişim nedenlerini üretim süreci içerisinde aramakta, problemlerin % 94 gibi büyük bir bölümünün uygulayıcı hatalarından değil sistem hata ve karmaşasından kaynaklandığını belirtmiştir. Yönetim çoğu kez kendi denetimindeki çalışma ve olaylardan çalışanları sorumlu tutmakta, yönetim şeklinin değişmesi gerektiğinin farkına varamadığını vurgulamaktadır.

²⁸ Edward DEMING, “Out of Cri....”, 1986, s. 25-34.

²⁹ W. SHEWHART, *Economic Control of Quality of Manufactured Products*, NY, Van NOSTRAND, 1931

³⁰ Edward DEMING, *The New Economics For Industry, Government, Education*, Cambridge, MA, MIT, 1993.

Üretim sürecinde çalışanları güdülemek amacıyla yönetici tarafından “korku”nun faktör olarak kullanılması, çalışanlar arasında “hataları saklama” eğilimine ve belirsizliğin artmasına yol açmakta, bu da takım çalışması, firma içi rekabet ve verimlilik gibi unsurları olumsuz yönde etkilemektedir³¹. Bu yazara göre kalite sürekli, düzenli, düşük maliyetli, güvenilir ve pazara uygun olarak tanımlanmış; kalitenin yönetimi için de su unsurlar maddeler halinde sıralanmıştır:

- Yeni felsefeyi benimsemek
- Ürün ve servis kalitesini iyileştirmek ve bu amaçtan sapmamak
- Yalnız fiyata dayalı ihale yapma uygulamasına son vermek
- Planlama, üretim ve servis süreçlerinin devamlı olarak iyileştirmek
- İş bünyesinde çağdaş eğitim, öğretim ve yönetim yöntemleri sağlamak
- Kaliteyi sağlamak için fiziksel kontrol yerine istatistiksel yöntemler kullanmak
- Firma içinde yönetim kalitesi hususunda liderliği oluşturmak
- Korku faktörünü dışlayarak herkesin etkili çalışmasını sağlamak
- Çalışanlar arasındaki engelleri kaldırmak
- Sıfır hata öngören ilke ve sloganları ortadan kaldırmak
- Yönetimin sayısal hedeflerini, işgücünün sayısal paylarını ortadan kaldırmak
- İnsanların yaptıkları ve öğrenmelerini önleyen engelleri kaldırmak
- Mesleki ve kişisel gelişim, eğitim programları oluşturmak
- Değişimi tamamlamak üzere tüm çalışanları yönlendirmek.

Deming’e göre batı türü yönetimin tümüyle değişime gereksinimi vardır ve bu türün zayıf yönleri şu şekilde sırlanabilir:

³¹ J. PIKE-R. BARNES, *TQM in Action*, Chapman&Hall, London, U.K., 1994.

- a) Amaçlar sürekli ve üniform değildir. Karar aşamasında müşteri değerleri ön plana alınmamakta ve günlük kararlar uzun dönem planıyla uyum sağlamamaktadır.
- b) Hedeflerde kısa döneme ağırlık verilmekte, bu da çalışanlar, müşteriler, destek ve yardım sağlayanlar ile diğer toplum gereksinimlerinin gözardı edilmesine yol açmaktadır.
- c) Çalışanlar değişken ve dengesiz bir sistemde görev yaptıklarından performans değerlendirme sistemi yanıtılmakta ve sorunlar çıkmaktadır.
- d) Yöneticilerin sıklıkla iş değiştirmesi, diğer yönetim personelinin de değişimini ve kısa dönem düşünmeyi ortaya çıkarmaktadır.
- e) Yönetimce gerek duyulan önemli bilgilere ulaşamamak dolayısıyla bu bilgi eksikliğini karar verme mekanizmasını etkilemesi ve kullanılmaması sözkonusu olmaktadır.

Kalite kavramında ürünler kadar insanlar ve eğitim de çok önemlidir. Eğitim, çalışanların organizasyonunda kullanılan üretim süreçlerini, değişim sebeplerini, takım çalışması gereksiniminin önemi gibi kavramları kolaylaştırmaktadır.

II. JOSEPH JURAN'IN ÇALIŞMALARI

Çalışma hayatında yapılan hata ve kayıpların işgücü tarafından yapılan yanlışlıklardan çok sistem hatalarından kaynaklandığını belirten Juran genelde kalitenin "yöntemine" önem vermektedir. Juran'a göre kalitenin anlamlarından ikisi önemlidir. Bunlar:

- Kalite, müşteri gereksinimi üzerinde ve ürün tatmininde odaklanma özelliğine sahiptir
- Kalite, hatalardan uzaklaşma ve arınmaya bağlıdır.

Kalite yönetimi hakkında ortaya atılan fikirlerin üst düzey yöneticilere kolayca ve anlaşılabilir şekilde sunulması; buna ulaşmak için planlama, kontrol ve kalite

geliştirme kavramlarını kullanmak gerektiğini yine Juran vurgulamıştır. Kalite planlanırken;

- iç ve dış müşterilerin kimliği,
- gereksinimlerin belirlenmesi;
- gereksinimlere cevap veren ürün özelliklerinin geliştirilmesi,
- üretim süreçlerinin geliştirilmesi,
- planların hemen uygulamaya konulması gibi bir dizi çalışmanın yapılması gerekmektedir.

TKY sisteminde çok önemli rol oynayan, hizmet talep eden, müşteri ile arzeden ya da temin edenler arasındaki zincir hiyerarşik ve fonksiyonel kökenli, geleneksel yönetim modellerinde dikkate alınmamaktadır. Oysa çok önemli olan bu kavramda her bir birim hem talep eden hem de arzeden görevini üstlenmektedir. Bu anlamda kalitenin artırılması için firmaların uygulayabilecekleri on aşamalı şu şekilde olabilmektedir:

- 1-Gelişmeye yönelik gereksinim ve fırsatları değerlendirmek
- 2-Gelişme için hedefleri ortaya koymak
- 3-Bu hedeflere ulaşmak için örgütlenme
- 4-Eğitim sağlanması/geliştirilmesi
- 5-Sorunların çözülmesi için belirlenen tekliflerin uygulanması
- 6-İlerlemenin rapor edilmesi, üst yönetim ve çalışanlara açıklanması
- 7-Yapılanın takdir edilmesi
- 8-Sonuçların iletilmesi
- 9-Biriken bilgilerin kaydedilmesi
- 10-Gelişme hızının korunması/artırılması.

III. PHILIPH B. CROSBY'NİN ÇALIŞMALARI

Literatürde ilk kez TKY de “sıfır hata” kavramı üzerinde duran Crosby, 1960’larda üzerinde çalışılan Pershing füzeleri projesiyle şu dört ilkeyi ortaya koymuştur³²:

- 1-Kalite kavramının herkes tarafından aynen algılanması, yani kalitenin müşteri gereksinimine uygunluğu
- 2-Sistem olarak kaliteyi sağlayacak prensiplerin oluşturulması; kontrol ve inceleme yerine hata önleme sisteminin oluşturulması
- 3-Kalite performansının “sıfır hata” düzeyinde olması; değilse de iyileştirilerek bu düzeye getirilmeye çalışılması
- 4-Kalitenin standardının ölçülmesi, standarttan sapan kalitenin tekrar iyi duruma getirilmesi için yapılacak harcamalar; bunun bedeli ya da maliyetinin belirlenmesi.

Crosby, üretici firmaların kalite bozulmasından dolayı satış karlarının % 25 ini bu yanlış yapılan uygulamalar için harcadıklarını, hizmet sunan firma ve kuruluşlarda ise bu oranın % 40 a çıktığını tesbit etmiştir.

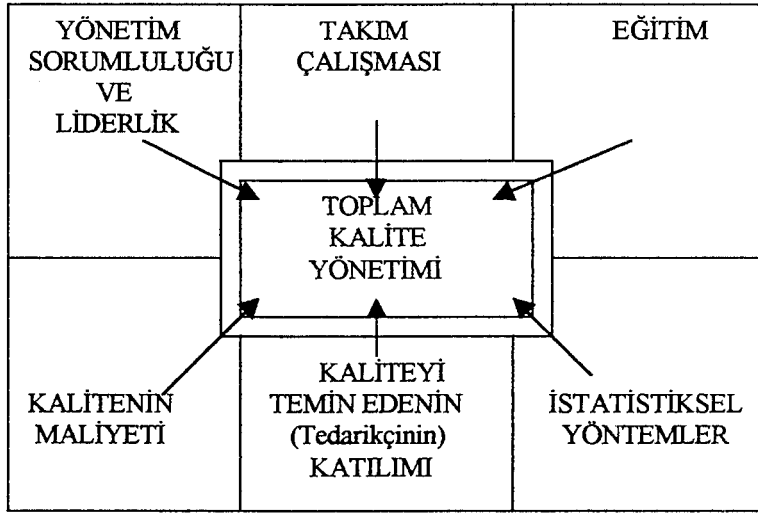
Deming ve Juran, çalışmalar sırasında ortaya çıkan problemlerin % 85 inin yönetim tarafından kontrol edilebileceğini, bir yanda da çalışanların sistemdeki problemleri ortaya çıkarıp çözebilecek bilgiyle donatılabileceğini vurgulamışlardır³³.

³² Philip B. CROSBY, *The Eternally Succesfull Organization*, Mc.Graw-Hill, N.Y., 1988.

³³ W. H. SCHMIDT, *TQManager: A Practical Guide For Managing in a Total Quality Organization*, Jossey-Bass, N.Y.,1993.

Ş.4. TOPLAM KALİTE YÖNETİMİNİN ANA UNSURLARI

TKY sistemi, ana bileşenler olarak altı temel başlık altında toplanabilmektedir³⁴. Yönetim sorumluluğu ve liderlik, takım çalışması, eğitim, kalite maliyeti, kalite temin edenin katılımı ve istatistiksel yöntemler olarak sıralanabilecek bu unsurlar aynı zamanda şematik biçimde Şekil 2 de de gösterilmiştir. Bunlar ayrı ayrı değerlendirilirse:



Şekil 2: TKY Sistemini Oluşturan Unsurlar

I. YÖNETİM SORUMLULUĞU VE LİDERLİK

Bir teknik ya da yöntemden daha çok kültür olan TKY nin, organizasyonun tümünce özümsemiş olması, yerleştirilmesi, kurum ya da örgütçe üst yönetim tarafından yönlendirilmesi gereklidir. Üst yönetimin alt kademeyi yönlendirdiği bu sorumluluk ve anlayış içinde kalite hedeflerinin tesbiti ve bu kalite hedeflerine ulaşmada stratejiler oluşturmak önemlidir.

³⁴ J.L. BURATI-M.F. MATTHEWS-S:N: KALIDINDI, "Quality Management Organizations And Techniques", Journal of Construction Engineering And Management, V.118, Nr.1, 1992, pp.112-118.

Artık günümüzde “katılım ile yönetim”, “denetim ile yönetim” den daha etkin ve daha anlamlıdır³⁵. Ancak bu sistemde denetim ağırlıklı olduğundan ödüllendirilecek başarılar kısa dönemli olmalıdır. Bu kısa dönemli hedefler ise kurum içi birimlerarası çatışma ve çıkmazlara, aşırı rekabete dolayısıyla iletişim ve haberleşme problemleriyle çelişen raporların üretilmesine sebep olmaktadır. Özellikle hizmet sektörlerinde “katılım ve yönetim” TKY nin en hızlı ve etkin biçimde uygulanmasını sağlayarak en uygun yaklaşım ve yönetim tarzı olduğunu kanıtlamaktadır. Amaç, çalışanların da fikirlerini, görüş ve düşüncelerini almak; bu fikirleri üretim ya da hizmet kalitesinin sürekli iyileştirilmesinde kullanmaktır. Önce kalite probleminin var olduğunun yönetimce kabul edilmesi, daha sonra adı geçen TKY ilke ve unsurlarının açık bir şekilde anlaşılıp benimsenmesi esastır.

II. TAKIM ÇALIŞMASI

TKY nin başarıyla uygulanmasında, sürekli iyileştirmeyi sağlamada “takım” ve bu takımların çalışması önemli yer tutmaktadır. Takım çalışmasının odak noktasını uygulama, yöntem ve politikalardan sorumlu “Kalite Koordinasyon Kurulu” oluşturmaktadır. Takımlar, bu kurulun öngördüğü şekilde kurulmalı ve daha sonra ulaşılan kalite seviyesi bu kurul tarafından sürekli korunmalı ve geliştirilmelidir. Kurul üyeleri üst yönetim tarafından belirlenmeli, TKY genel kavramlarına uygun eğitim bu kurulca verilmeli, bu temel kavramların yararları ve nasıl uygulanacağı üyeler tarafından iyi anlaşılmalıdır.

Kalite Koordinasyon Kurulu birden fazla üyeden oluşmalı, bu üyeler de iyi bir organizasyonu temin etmek üzere kaynak teşkil ederek şu görevlerden sorumlu olmalıdırlar³⁶:

³⁵ B.L. JOINER-P.R. SCHOLTES, “The Quality Manager’s New Job”, Quality Program, 19 (10), 1986, 52-56.

³⁶ C.A. AUBREY-P.K. FELKINS, *Teamwork: Involving People in Quality and Productivity Improvement*, Quality Press, Milwaukee, Wisconsin, 1988.

- TKY sistemi ve yapısının kurulmasına yardımcı olmak
- Eğitim malzemesinin geliştirilmesine yardımcı olmak
- Takımlar kendilerine yeterli hale gelinceye kadar TKY sürecinin gerektirdiği konularda uzmanlık sağlamak
- Takım liderlerini eğitmek, liderlerin de takım elemanlarını eğitmesine yardımcı olmak
- TKY uygulama sürecini yönlendirmek, kaydını tutmak
- Takımların elde ettiği sonuçları yönetime ve diğer koordine takımlara iletmek
- Tüm kurum ya da firma bünyesinde TKY nin standart olarak uygulanmasını sağlamak
- Tüm yönetim kademeleri ve çalışanlar arasında bağlantı teşkil etmek

III. EĞİTİM

TKY bünyesinde kalite, tüm çalışan ve yönetenlerin sorumluluğu haline gelir ve eğitimde kurumun her seviyesinde hedef alınır³⁷. Eğitim çabası TKY nin temellerini içermeli, bu anlamda sebep-katkı analizleri, bireylerarası iletişim ve ilişkiler, takım çalışması, istatistik yöntem ve kalite maliyet ölçümleri gibi çalışmalar da bu çabayı desteklemelidir. Çalışanlara kendi alanlarındaki sorunları tespit ve çözüm olanağı sağlayacak başarılı bir eğitim çalışması için şu temel ilkeler yol gösterici olacaktır:

- Eğitim çalışmalarına üst yöneticiler de katılmalıdır
- Eğitim çalışmaları grup ve görevlere göre düzenlenmeli, verilen örnekler yapılan işe uygunluk göstermelidir

³⁷ M. IAMI, *Kaizen, The Key to Japan's Competitive Success*, Random House, New York, NY, 1986.

- Sadece teknik ve ekonomik konular değil insan ilişkileri ve iletişim de ele alınmalıdır
- Çalışanların işe olduğu kadar eğitime devamlılığını sağlamak gereklidir
- Yönetim kadrosu, aktif katılımıyla eğitime kararlılık ve desteği göstermelidir
- Kriz ve darboğaz durumlarında eğitim çalışmalarından ödün verilmemelidir
- Eğitimde öğrenilen yöntem ve teknikler hemen işbaşında uygulanmalıdır
- Eğitim çalışması bir plana göre yapılmalı, uygulama ve etkileri dikkatli bir şekilde izlenmelidir.

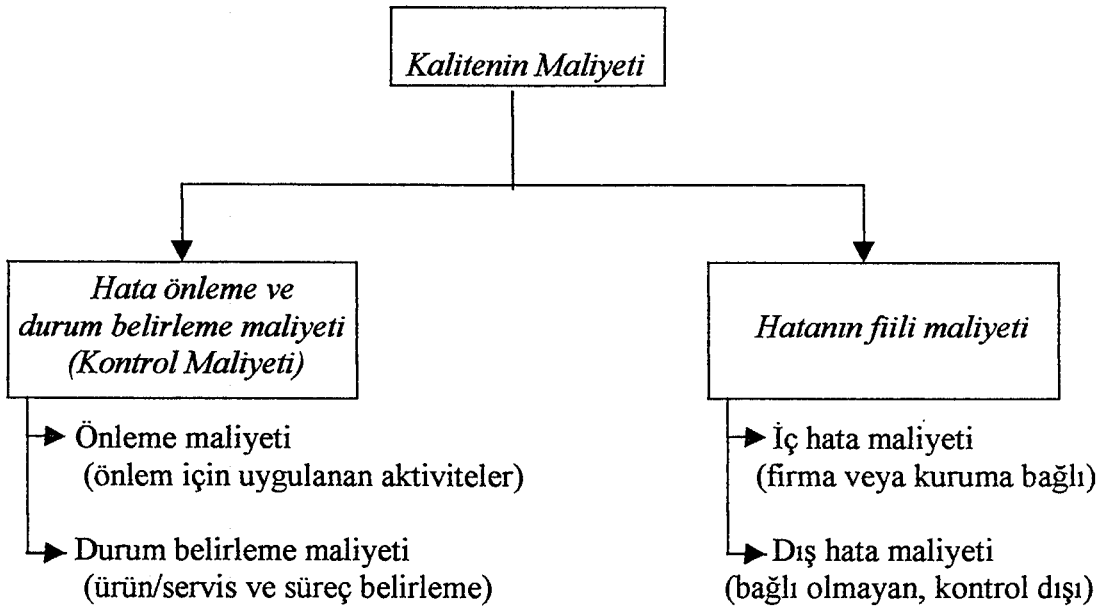
IV. KALİTENİN MALİYETİ

Juran³⁸ ve Crosby³⁹, kalitenin maliyeti olarak kaliteyi ölçme araçlarını göstermişlerdir. Burati⁴⁰ 'ye göre kalite maliyeti iki sınıfta toplanmaktadır (Şekil3).

³⁸ Joseph M. JURAN, *Juran's Qua....*, 1988.

³⁹ Philip B. CROSBY, *Cutting The Cost of the Quality*, Farnworth Pub., Boston, 1967.

⁴⁰ J.L. BURATI – J.J. FARRINGTON, "Cost of Quality Deviations in Design And Construction", Source Document 29, Construction Industry Institute, Austin, TX, 1988.



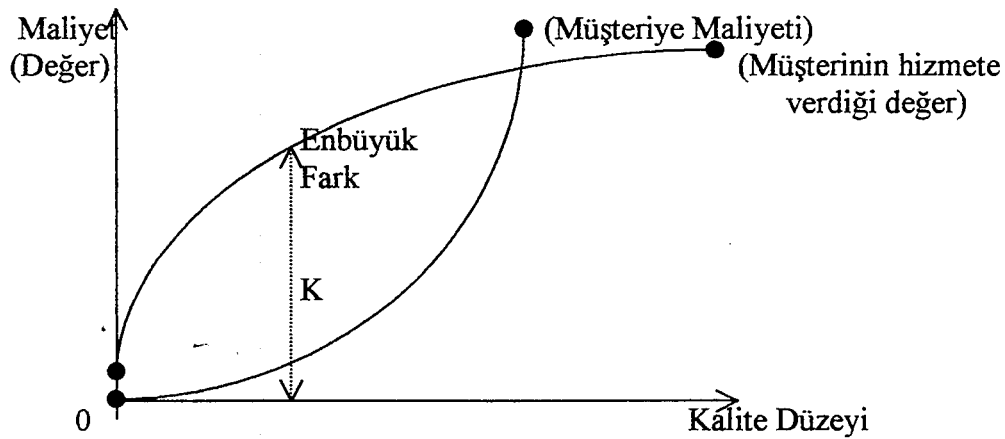
Şekil 3: Kalite Maliyetinin Dağılımı

TKY'nin sağladığı yararların parasal karşılıklarını yönetime bildirmek çok önemlidir. Bilinmeyen ya da hesaplanamayan maliyetlerin de gözönüne alınması gerekmektedir. Örneğin şu durumlar kalite ve verimliliği artırabilmekte fakat bu artışın ölçülmesi oldukça güç olmaktadır:

- Memnuniyeti sağlanan müşterinin firma ya da kurumun iyi bir şekilde tanıtımına etkisi
- Memnuniyeti sağlanan bir çalışanın artan verimlilik oranı
- İç ve dış takım çalışmalarının olumlu etkileri
- Yönetimin de katkısıyla çalışanlar arasında artan işbirliği
- Kalite eğitimiyle artan kalite bilinci
- Çalışan gruplarda artan kalite ve verimliliğin diğer gruplara etkisi
- Çalışanın yaptığıyla öğrenmesini engelleyen faktörlerin ortadan kalkması

Ticari bir işletmede satış öncesi ve sonrası maliyetlerin eğimi, eğriliği farklı görünüm ve karakterler göstermektedir. Şekil 4 de de görüleceği gibi ancak bu heriki maliyet bileşeninin ordinat toplamlarından elde edilen "Toplam

maliyetler” parabolik olarak bir noktaya kadar inmekte, en alt düzeye ulaşmakta, daha sonra artış göstererek yükselmektedir. Eğrideki bu en alt noktayı “optimum kalite maliyeti” olarak tanımlamak uygun olacaktır. Uygulamada esasen bu optimum noktanın fiili olarak belirlenmesi çok güçtür. Kalite düzeyi, müşterilerin veya tüketicilerin ödemeye istekli ya da razı oldukları düzey ile üreticilerin (hizmet sunucuların) bu talebe karşı arz edebildikleri fiyatın kesim noktası olacaktır.



Şekil 4: Maliyet ve Kalite Değeri İlişkisi

Şeklin yorumu yapıldığında, başlangıçta kalite düzeyi arttıkça ürün ya da hizmet değeri maliyetten daha hızlı artacak; belli bir noktadan sonra bu ilişki tersine dönecektir. Ürün, hizmet, fiyat ve kalitesi bu heriki eğrinin kesim bölgesi içinde gerçekleşecektir. “Kalitenin Maliyeti” kavramından daha çok “Kalitesizliğin Maliyeti”nden söz etmek gerekir. Tüketiciler açısından bakıldığında, bu maliyetleri tüketicilere yüklememek, üretim ve üreticiler aşamasında bu sorunu çözmek, hem kaliteli ve ucuz ürün sunmak hem de ilgi, cazibe ve tercih unsurlarını yitirmemek gerekir.

Ülkemizde kamu hastanelerinin de kaliteli sağlık hizmeti sunması önem taşımaktadır. Sağlık hizmetlerinin ne denli pahalı olduğu düşünüldüğünde ve

Ülkemiz kaynaklarının da çok kısıtlı olduğu gözönüne alındığında TKY'nin önemi daha da değer kazanmaktadır.

V. KALİTEYİ SAğLAYANIN KATILIMI VE MÜŞTERİ HİZMETİ

Üretim/hizmet sürecini sürekli olarak geliştirme kavramı TKY'nin temel ilkelerindedir. Yapılan işin veya üretim kalitesi, doğrudan doğruya bu sürece katılan tarafların arasındaki ilişkilerden etkilenmektedir⁴¹. TKY kavramının ilk mimarlarından olan Deming⁴², birisine iş verme hususunda "fiyat etiketine bakarak iş verme" uygulamasının son bulması gerektiğini; bunun işi yapanın, işin kalitesine ve temin edenle aralarındaki uyumun mükemmelliğine bağlı olduğunu vurgulamaktadır. Bu da ortaklık giriŐimleriyle sağlanmaktadır. Hizmeti/retimi yerine getiren ile sunan arasındaki ilişkiler karşılıklı güvene dayanmalıdır.

TKY sürecinin başarılı olması için katılım gereklidir. Sistem, müşterinin de katılımını içermekte, dolayısıyla müşteri üretim sürecinin ayrılmaz bir parçası olmaktadır. İsteyene verilecek hizmetin kalitesi, üretim sürecinin veya hizmetin kalitesini etkileyecektir.

VI. İSTATİSTİKSEL YÖNTEMLER

TKY'de çok önemli yer tutan hususlardan biri de "İstatistik veri toplama ve değerlendirme" alıŐmaları olmaktadır. Bu anlamda yapılan her tür çalışma, hazırlık ve belge toplama işlevi sorunların çözümlenmesi ve ilerde tekrarını önlemede önemli olmaktadır. İstatistiksel veri değerlemede:

⁴¹ Joseph M. JURAN, *Juran's Qua....*, 1988, s.58 – 60.

⁴² Edward W. DEMING, "Out of Cri...", 1986.

- *.Kalite sorunlarının sebeplerini öncelikle belirlemek
- *.Tüm takım üyelerince kolayca anlaşılabilir uygun iletişim dilini kurmak
- *.Verilere dayalı ölçümleri doğrulamak ve gerekirse tekrarlamak
- *.İş sürecinin geçmişini, şu andaki ve ilerideki durumunu belirlemek
- *.Grup ve kişilerin görüş ve isteklerinden daha çok tutarlı verilere dayalı kararlar vermek önemli ve gerekli olmaktadır.

İkinci Bölüm

HASTANE VE SAĞLIK KURUMLARINDA TKY ÇALIŞMALARI

TKY kavramı, tarihsel süreç içerisinde özellikle sanayi kuruluşları, ticari şirketler ve üretim için geliştirilmiş olduğundan ülkemizdeki literatürde de daha çok mal üreten şirketler ve işletmeler açısından araştırılmış, tartışılmıştır. Hizmet veren kuruluşlar açısından bu kavrama ait uygulama ve araştırmalar yeni yeni başlamış olup, özellikle sağlık sektöründe yeterince ele alınamamıştır. Japonya örneğinden hareketle bu alandaki bilgi ve uygulamaları sistemleştirme konusunda ilk adımları atan ABD bile sağlık hizmetlerinde SKİ/TKY çalışmalarında en fazla onüç yıllık bir geçmişe sahiptir. ABD’de özellikle son sekiz yıldır salgın ölçüsünde bir hızla yaygınlaşan bu uygulamaların bir kısmı başarılı olurken bir kısmı ise başarısızlığa uğramış; ancak sonuç olarak tüm bu gayretlerin arkasında küçümsenemeyecek bir bilgi birikimi oluşmuştur.

§.1 KALİTE KONTROLU ÇALIŞMALARI

Kalite kontrolü, gerçek kalite performansının ölçülerek kalite hedefleriyle karşılaştırılması sonucu ortaya çıkan farkı düzeltici bir çalışmadır⁴³. Endüstride uygulanan kalite kontrolü pasif bir kontrol işlevi olup kalite o ürünü satınalan müşteri tarafından değerlendirilmekte ve eğer müşteri düşük kaliteden dolayı bir kayba uğramışsa bu ürünün düzeltilmesi ya da değiştirilmesini talep edebilmektedir. Kalitenin bu anlamda kontrolü ancak satıştan sonra tüketici tarafından değerlendirildiği için meydana gelen “müşteri tatminsizliği” temelde önlenemeyen ve kurumu ya da kuruluşu zarara uğratan bir yaklaşım olmaktadır.

Sağlık hizmetlerinde yukarıda bahsedilen konunun karşılığı ise “yanlış tedavi yüzünden hasta (ve yakınlarının) o kurumdan şikayetçi olması, dava açması ya da soğuması ve başka sağlık kurumlarına kaçması olarak düşünülebilir.

Kalite sağlamanın temelinde kalite hedefleri (standartları) bulunmaktadır. Bu hedefler, ilgili ürünün istenen tüm özelliklerinin önceden belirlenmesini gerektirir. Kontrol işlevi ise bu ürünün yapımından sonra gerçekleşen özelliklerin ölçülerek başlangıçtaki değerlerle karşılaştırılmasıyla tamamlanır. İstatistik yöntemlerin kullanılmaya başlamasıyla imalat kalite özelliklerinin değerlendirilmesi de başlamış, böylece bir istatistiksel kontrol süreci de başlamıştır. Endüstriyel kalite kontrolünün geliştiği dönemde sağlık bakımı ve hizmetlerinin bir “üretim” olarak düşünülmesi kabul edilemez bir yaklaşımdı. Oysa sağlık hizmetleri de hastanın hastane kapısından sağlık sistemine girmesiyle başlayan ve iyileşerek çıkıldığında sona eren bir süreç, bir “üretim bandı”dır.

⁴³ Joseph M. JURAN- F.M. GYRNA, *Juran's Quality Control Handbook*, McGraw-Hill Book Co., New York, 1988.

Bu süreçte:

- | | |
|--------------------------------------|--------------------|
| -ön tanı (anemnez alma) | -hasta takibi |
| -tedavi, ameliyat, ilaç | -koruyucu hekimlik |
| -rehabilitasyon (yeniden kazandırma) | |

gibi faaliyetler mevcuttur. Bu faaliyetlerin içeriği hastaya, onun gereksinimlerine, sağlık personeline ve hizmet yerinin özelliklerine bağlıdır.

Sağlık bakım hizmetleri endüstriyel üretimle karşılaştırıldığında;

<u>Endüstride</u>	<u>Sağlık kuruluşlarında</u>
*Hammadde (malzeme) “homojen”	*Hammadde (hastalar) “heterojen”
*Hizmet (üretim) kesintili olabilir,durabilir	*Hizmet kesintisiz ve zorunlu verilir (üretim:subjektif ve göreceli)
*İyileştirme ve yenileme gerekmez	*İyileştirme ve yenileme zorun- ludur
<u>*İstatistiksel yöntem uygulanması kolaydır</u>	<u>*İstatistik, kalite ölçümü zordur</u>

şeklinde karşılaştırmalı sonuçlar elde edilmektedir.

Kalitenin ölçülebilen başlıca unsurları ise:

- personel
- araç-gereç
- malzeme (tıbbi cihaz ve gereçler)
- teknolojik olanaklar (haberleşme–iletişim, ulaşım, güvenlik, denetim,

v.b.) dir.

Sağlık hizmetlerinin üretim sürecine sahip olması bu sürecin özelliklerinin belirlenmesini zorunlu kılmış, bunun da daha çok “çıktılar” üzerinde yoğunlaştığı

görülmüştür. Hizmetler ve görevler için nitelik ölçütleri geliştirilmiştir. Bunlar genel ya da hastalığın cinsine özgü ölçütlerdir⁴⁴. Kaliteyi değerlendirmede;

- hastalık oranları (yüzdeleri)
- iyileşme – düzelme (tedaviye cevap verme) oranları
- ameliyet sonrası komplikasyon oranları
- yatak sayısı ve yatak işgali oranları

gibi miktar ve yüzdeler ölçülmektedir.

Ş.2. SAĞLIKTA KALİTE GÜVENCESİ ÇALIŞMALARI

Kalite Sözlüğü olarak çıkartılan “Quality Glossary 1992”de belirtildiğine göre Kalite Güvencesi kavramı hem kalitenin sorunlarını ve çıkmazlarını önlemek hem de gerekli kalite değişikliklerinin değerlendirilmesini ve sapmalarını azaltmak anlamını ifade etmektedir. Sağlık hizmetlerinde şu unsurlar kalite güvencesini sağlamaya yardımcı olmaktadır:

- hizmetlerin gözetilmesi
- sorunların teşhis ve tesbiti
- kalitenin düzeltilmesi

Sağlık hizmeti, ürün imalatından çok farklı bir görünüm sunar. Bu hizmetin temel unsurları arasında karmaşık fiziksel ve psikolojik etkileşimler bulunmaktadır. Dolayısıyla kalite anlayışı, imalat sektöründeki anlayışa göre farklı olup; modelleme daha da zordur. Bu alanda en geçerli model olarak kabul edilen Donebedian Modeli⁴⁵ şu ana parçalardan oluşmaktadır:

⁴⁴ H.V. VUORI, *Quality Assurance of Health Services*, WHO Regional Office of Eorupe, Copenhagen, 1982.

⁴⁵ A. DONABEDIAN, *The Definition of Quality And Approaches to its Assessment* , Ann Arbor Health Administration Press, 1980.

Yapısal Kalite: Öz kaynakların kalitesi (kadro, bina, donanım, v.b.) ve kaliteli bir hizmet için uygun örgütlenmesi.

Süreç Kalitesi: Hastaya verilen gerçek sağlık hizmetinin kalitesi.

Sonuç Kalitesi: Yapı kalitesinin ve süreç kalitesinin çeşitli bileşimlerinin, hastanın sağlığında ne kadar ilerleme sağladığı.

Diğer kalite uygulamalarında olduğu gibi, sonuç kalitesi yukarıdakilerden en önemlisidir. Ancak, sağlık sektöründe bunun tanımını yapmak ve ölçüsünü koymak oldukça zordur. Çünkü genellikle verilen sağlık hizmeti etkisini uzun sürede göstermekte, üstelik kişisel subjektif önyargıya son derece açık özellik göstermekte ve aynı zamanda tedavi sonrasında hastadaki sağlık anlayışı, beslenme, barınma, sosyal ve psikolojik çevre kalite ölçülerinin oluşturulmasını zorlaştırmaktadır.

Günümüzde siyasi ve politik güçlerin sağlıktaki kaliteyi yapısal kalite ve çıkış kalitesiyle değerlendirdiğini görmekteyiz. Bu aslında hastanın muhatap olduğu süreç ve sonuç kalitesini görmezlikten gelmek demektir ki, kalite değerlendirmesinde ciddi hatalara sebep olabilmektedir.

Hizmet, aslında birçok insanın içiçe olduğu bir süreçtir. Sağlık hizmetinde de bir hastaya çeşitli uzmanların ve ilgililerin aynı anda hizmeti sözkonusudur. Böyle karşılıklı etkileşime açık durumlarda ilgililerin davranışı hastanın fizyolojik ve psikolojik durumuna dolayısıyla sonuca etki edebilir. Bunun için yüksek kalitedeki etkileşim, sağlık çalışanlarının sürece en büyük katkısıdır. Kalite güvencesi bu etkileşimlere ayrıntılı bir tanımlama getirmek durumundadır. Ancak, sorunun çok geniş ve farklı kişilerde farklı uygulamaları olduğu için bu oldukça zordur.

Geleneksel kalite sağlama ve sağlık hizmetleri alanında kalite güvencesi sistemi, kalite yönetimine birçok yönden iyi olmayan yaklaşımlar içinde olmuş ve bu yönüyle de eleştirilmiştir⁴⁶.

Bunun başlıca sebepleri:

- i) Standartların rastgele ve keyfi oluşturulması
- ii) Sistemin performansı değerlendirilirken yöntemde bir aksaklık meydana geldiğinde hekimler ve tıbbi personel hedef alınmıştır
- iii) Sistem çalışanları cesaretlendirmemekte, onlara güç vermemektedir. Yalnızca oluşturulan standardı yakalama hedeflenmiş olmaktadır.

Geleneksel anlamda kalite sistemleri birer “çürük elma teorisi”dir ve kalite ancak bu çürük elmaların ayıklanmasıyla elde edilebilmektedir. Bu şekilde elde edilecek bir kalite, sistemce uzmanlar tarafından “muayene yoluyla kalite”dir; sistem daha katı muayene yolları aramaktadır. Kalite güvencesi sistemi çürük elmaları tanımlamış ancak bunları düzeltme yolundaki mekanizmalardan bahsetmemiştir.

Kalite güvence sisteminde olaylarla ilgili olarak toplanan veriler daha çok meydana gelen kazalar ve eksikliklerle ilgilidir⁴⁷. Bu kazaların oluşmasını önleyen, bu eksiklikleri gidermeyi amaçlayan düzeltme, düzenleme ve iyileştirmeler belirlenmemiştir.

⁴⁶ G. KUPERMAN- B. JAMES – J. JACOBSEN, “Continuous Quality Improvement Applied to Medical Care: Experiences at LDS Hospital”, Medical Decision Making, V.11, (4 Supply), 1991, s. 60-65.

⁴⁷ T.G. CESTA, “The Link Between Continuous Improvement And Case Management”, Journal of Nursing Administration, 23 (6), 1993, s. 55-56.

§.3. HASTANELERDE SKİ VE TKY UYGULAMALARI

TKY'nin amacı "müşteriye değer katmayan" her türlü faaliyeti önlemektir. Kaliteyi artırmak, süreç işlem zamanlarını düşürmek, maliyetleri düşürmek, moral ve verimliliği artırmak, sürekli iyileştirme ve gelişmeyi sağlamaktır. Kurulan tüm TKY sistemleri bu amaçları karşılamak zorundadır. Önemli olan doğru şeyin doğru zamanda, doğru maliyette ve doğru kişilerce üretilmesidir. Herkesin işini gerçekten severek ve iyi bir şekilde yapması TKY anlayışının en temel faktörüdür.

1980'li yıllardan günümüze değin değerli üç Amerikalı araştırmacı ve teorisyen olan W.Edward Deming, Philip B. Crosby ve J.M. Juran'ın çalışma ve yargılarının sonucunda kalitenin ancak yönetilerek sağlanabileceği ve artırılabilceği kanısı hakim olmuştur. Bu konuda ünlü ve epey yol katetmiş bir ülke olan Japonya'daki yönetim anlayışına göre:

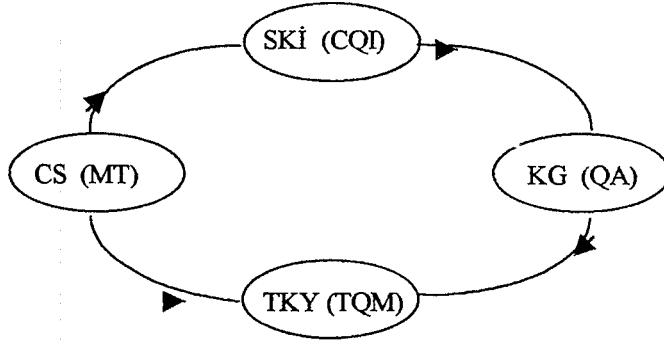
Kalitede olması gerekenler

- *Uygun mal veya hizmet
- *İyi bir yönetim anlayışı
- *Planlama, örgütlendirme
- *Sürekli olanak ve fırsat yaratma
"kaizen"
- *Çalışanların sorunlarına ilgi
- *Ar-Ge faaliyetleri, teknoloji, yenilik
- *Yöntem geliştirme, modelleme, karşılaştırma

Kalitede olmaması gerekenler

- *Eksik, kusur, hata
- *Denetimsizlik, başıboşluk
- *İlgisizlik
- *Bozuk hiyerarşik yönetim,
sorumsuzluk
- *Yetki merkeziyetçiliği

Şekil 5'de de görüleceği gibi SKİ'nin uygulama süreci içerisinde TKY, KG ve Müşteri Tatmini (MT) unsurları daima karşılıklı ve birbirine bağlı olarak yer almaktadır.



Şekil 5: SKİ / TKY ve diğer uygulamaların dönüşüm süreci

TKY, rekabette üstünlük elde etmek için örgütsel kültürün her yön ve aşamasını sürekli iyileştirmek üzere girişilen çabalardır⁴⁸. Bu çabada hedef yönetim değil müşteri, amaç kâr değil çok boyutlu ve düzeyli kalite olmaktadır. TKY bu yönüyle yönetim ve tüm çalışanların katılımını sağlaması, sonuçlardan daha çok süreçle ilgilenmesiyle geleneksel yönetimden farklı görülmektedir.

TKY'nin olması gereken başlıca özellikleri:

- Müşteri gereksinimlerini ön planda tutmalı, hizmet sunanların değer yargılarıyla sınırlı olmamalıdır.
- Tepe yönetim, katkıda bulunan alt personel ve katılımcıların öneri, eleştiri ve isteklerini daha hızlı ve çabuk değerlendirmeli, tepki vermelidir.
- Kapsamlı bir süreç akışı, istatistiksel veri değerlendirme faaliyeti gösterilmeli; organizasyonda bireysel veya gurupsal her türlü psikolojik ve sosyal etkenler, ilkeler değerlendirilmelidir.

⁴⁸ L.M. TOBIN, "The New Quality Landscape: Total Quality Management", Journal of Systems Management, V. 41(11), 1990, s. 10-14.

- Özellikle sağlık kurumlarında görev yapan tüm personelin, içinde görev yaptığı tüm yapının tam bir performans gösterememesi TKY problemlerinin başta gelen nedenlerinden biridir. Burada kusuru tamamiyle yönetime ya da klinik profesyonellere yüklemek yanlıştır.
- Gerek klinik personel gerekse yöneticiler, tüm görevliler kalitenin sağlanması, korunması, artırılması gibi konularda kendilerini değerleme, denetleme, eleştirme, kendi alanlarında özerklik kazanma gibi bir çaba ve meydan okuma içinde bulunarak TKY'yi gerçekleştirebilirler.
- Standartlar, mevcut koşul ve durum, yapı ve sonuçları yeterli görülmemeli, sürekli daha yeni ve daha ilerisi istenmelidir
- Bireylerden çok sistemin hatalarıyla ilgilenilmeli, bu hataların azaltılması ya da giderilmesi için çalışılmalıdır. Bu yargı özellikle sağlık sistemlerinin kuruluş yapısı için de çok önemlidir.
- "Müşteri" kavramı yalnız "hasta" olarak algılanmamalı, tüm farklı konum, düzey ve görevdeki kullanıcılar anlaşılmalı; bu üyelerin zaman ya da kullanılabilirlik açısından tatmin miktarları ölçülmelidir.

Deming'in öngördüğü Sağlık Sektöründe Kalite İyileştirme Süreci başlıca şu dört ilkeyle gerçekleştirilmelidir⁴⁹:

- (1) Amaç sürekliliği yaratılmalıdır
- (2) Yeni felsefe benimsenmelidir
- (3) Toplu muayeneye bağlılık kaldırılmalıdır
- (4) İşi etiket fiyatıyla yargılamamak

⁴⁹ R.F. CASALOU, "Total Quality Management in Health Care", Hospital & Health Services Administration, V.36(1), 1991, s.134-146.

- (5) Üretim ve hizmet sistemini sürekli iyileştirmek gerekir
- (6) Eğitim tekrarlı olarak sağlanmalıdır
- (7) Modern gözetim yöntemleri oluşturmak gerekir
- (8) Korku ortadan kaldırılmalıdır
- (9) Bölümler arasındaki engeller kaldırılmalıdır
- (10) Slogan, öğüt ve rakamsal hedefler kaldırılmalıdır
- (11) Sayısal kotalar kaldırılmalıdır
- (12) Çalışma ortamında öğünme engellenmemelidir
- (13) Etkin eğitim programları ve yeniden eğitim kurumsallaşmalıdır
- (14) Değişimi sonuçlandıracak eyleme hemen geçilmelidir.

Sağlık alanında Kalite Yönetimi hareketinin öncülerinden olan Donald BERWICK, bir yazımında bu geleneksel sistemi eleştirerek ona “çürük elma teorisi” adını vermiştir⁵⁰. Berwick; kalitenin, çürük elmaların ayıklanmasıyla elde edileceği inancını taşıyan sisteme uzmanların –muayene yoluyla kalite- adını verdiklerini belirtmekte, ancak sistemin daha katı muayene yollarını da aradığını ifade etmektedir. Bu sistemde minimum beklentiler (çürük elmalar) tanımlanmıştır. Fakat düzeltmeler konusunda hangi mekanizmaların işlemesi gerektiği sunulmamıştır. Yalnızca bakım ve sorunların düzeltilmesi için olanak sağlanmıştır. Sistem, kriterlere ulaşamamanın veya hataların nedenlerini kişilerde aramaktadır. Her olumsuz kalite sonucu bir kişiye yüklenmekte ve o kişinin hatalı olduğu kabul edilmektedir. Böylece sorumluluk örgütten uzaklaşmakta ve çalışanlarda odaklanmaktadır. Çalışanların sürekli kendilerini kanıtlamaları istenmektedir. Bu durumda çalışanlar çekingen, kızgın ve huysuz olmakta ama yine de görevlerine devam etmektedirler.

Eksikliklerin ve hataların belirlenmesi kaliteyi sağlamamaktadır. Kalite sağlamanın temelinde planlama yatar. Planlama zaten bir yönetim unsurudur.

⁵⁰ Donald M. BERWICK, “Continuous Improvement As an Ideal in Health Care”, New England Journal of Medicine, Nr:320/1, 1989, s.25 -32.

Amerika’lı yöneticiler planlamaya zamanımız yok derken Japon yöneticiler ise planlamama için zamanlarının olmadığını vurgulamaktadırlar⁵¹. İlk olarak Japonların uygulamaya başladıkları bu sisteme “Sürekli İyileştirme Süreci” (Continuous Improvement Process) denmektedir. Tüm faaliyetlerde daha iyi olmak için olanak ve fırsatları sürekli arama anlamına gelen ve Japonların “Kaizen” olarak adlandırdığı bu yaklaşım, hastane hizmetlerinde kalite sağlama çabalarına eklenmelidir.

Sürekli Kalite İyileştirme (SKİ) sürecinde en tepeden aşağıya kadar tüm çalışanlar çok önemli rol oynarlar. Hatalar/sorunlar çalışanlardan değil sistemden kaynaklanmaktadır. Özellikle hastanelerin karmaşık yapıda oldukları düşünülürse sistem yaklaşımının kalite sağlanmasındaki önemi ortaya çıkmaktadır.

“Süreç”, sürekli tekrarlanan işlevlerle girdilerin çıktılara dönüştürülerek müşterilere ulaştırılmasıdır. Hastaneler için müşteri genellikle hastalardır. Ancak, bu tam doğru olmayabilir. Müşteri, bir kişinin veya gurubun çıktısını kullanan ya da bundan fayda sağlayan örgütün içinde veya dışındaki herhangi bir kişi ya da guruptur⁵². Bu tanımdan da anlaşılacağı gibi müşteri, iç ve dış olmak üzere iki türdür. İç müşteriler: hekimler, hemşireler, teknisyenler ve diğer tüm çalışanlardır. İç müşteriler birbirlerinin çıktılarını çeşitli işlevlerde kullanmaktadırlar. Dış müşteriler ise hastalar, hasta yakınları, sigorta kurumları ve toplumdur.

⁵¹ R. KIRK, “The Big Picture – Total Quality Management And Continuous Quality Improvement”, Journal of Nursing Administration, V.22 (4), 1992, s. 24.

⁵² C.N. ORME – R.J. PARSONS – G.Z. MCBRIDE, “Customer Information And The Quality Improvement Process: Developing A Customer Information System”, Hospital Health Services Administration, V.37 (2), 1992, s. 200.

§.4. BAZI ÜLKE HASTANELERİNDE TKY UYGULAMALARIYLA İLGİLİ ÖRNEKLER

ABD:

Akut Bakım'da TKY yaklaşımına bir adım olmak üzere (4D) kavramı ortaya atılmıştır. Buna göre ABD'de hastanelerin acil servislerinde görevli tıbbi personel, gelen hastaların hayati öneme sahip durumlarını 4 önemli zaman değerlendirme açısından ve protokol olarak ele almaktadır. Amaç, başvuran hastaların geliş ve ayrılış sürelerini kısaltmak ve zaman kazanmayı temin etmektir. 4D'nin unsurları:

- Door (hastanın hastaneye girişi, kapıda geçen süreler)
- Data (hasta hakkında bilgi toplanması, veri oluşumu süreleri)
- Decision (karar verme, doktorun EKG sonuçlarını değerlendirme süresi)
- Drug (ilaç dağıtımı stratejisi ve süreleri)

Bu program, hastanın hastaneye girdiği ve “acil”e geldiği andan itibaren ilacı da dahil teşhis ve tedavisi işlemlerini tamamlayıp hastaneden ayrıldığı ana kadar geçen tüm zamanı bu “4D” kuralıyla en aza indirmeyi amaçlamaktadır. Akut bakımda “Door To Drug Time” olarak da tanımlanan bu 4D'nin TKY yaklaşımında atılacak ilk adımı olarak bir ölçüm ve değerlendirme yapmayı öngörmektedir. Bu ölçümlerle hastanın ilk başvurusundan son ilaç alma aşamasına kadar geçen toplam sürenin enküçüklenmesi için arada engel oluşturan unsurları bulup çıkarmak ve bunları ortadan kaldırmak düşünülmektedir⁵³.

TKY uygulamalarında özellikle “göğüs ağrısı” yönetimi için bazı teknik gelişme örnekleri olarak şu hususlar gözlenmiştir:

⁵³ ABD'de TKY konusunda ve teknik gelişmeler çerçevesinde yapılmış bir yönetim ve değerlendirme çalışması, 1993.

*.Kalp rahatsızlıklarında çok hayati önemi bulunan, acil bölümünce gereksinim duyulan ve büyük miktarda ölçümleri azaltan veri ve ön bilgilerin daha hastaneye gelmeden önce elde edilmesi, EKG sonuçlarının yolda alınması; bunun için gerekli tüm bilginin edinilme süresinin kısaltılması planlanmıştır. Burada TKY'nin avantajı EKG'nin hastaneye ulaşmadan önce yapılmasıyla acilde cihaz kullanma süresi ve tetkik bekleme süresinin % 50 kısaltılacağı beklenmesi ve uygulamanın hızla gerçekleşebilmesidir.

*.Bilgisayarlı EKG analiz programlarıyla karar sürecinin kısaltılması ve bu şekilde acil personeli ya da servis görevlilerinin hasta hakkında çok daha fazla inceleme yapabilmeleri düşünülmüştür. Burada TKY'nin avantajı, bilgisayar analizleri yardımıyla insan faktörünü devreden çıkararak çok daha kısa sürede karar verme olanağının tanınması; diaagnoz (tanı) cihazlarının daha hızlı kullanımı ve güvenliğinin artırılması olmaktadır.

*.12 kanallı gizli EKG ile cihaz kullanma zamanının azaltılması planlanmıştır. Burada ise TKY'nin avantajı, "Göğüs Ağrıları Merkezi"nde büyük öneme sahip bu 12 kanallı cihazları kullanarak gerekli sonuç raporlarının ekranlardan hemen alınabilmesidir. ST-Kesit görünüşler ve T-Dalga uygulamaları da işlemi hızlandırmakta olup kalp krizleriyle ilgili belirlemelerde 12 ile 24 saat arasında süre kazançları elde edilmekte; hastalık dışı ve şüphe üzerine yapılan başvurularda ise "cihaz temin edememe" gibi birtakım sorunlar ortaya çıkmamaktadır.

*.Önceki EKG verileri izlenerek cihaz kullanma süresinde azalma sağlamak da bir diğer çalışma olarak görülmüştür. Bu şekilde acil servis elemanları önceki EKG bilgilerini karşılaştırarak hastalığın akut ya da kronik olup olmadığına ve Grafiklerin anormal yada normalliğine karar verebilmektedirler. Burada TKY'nin avantajı, kullanılacak tedavi cihazlarının belirlenmesinde hızlı ve doğru karar verilmesinin sağlanabilmesidir.

*.Çok yönlü veri girişini merkezi olarak kullanıp karar süresini kısaltmak da düşüncelerden biridir. Kısıtlı kaynağa sahip yönetim, bilgi girişini kolaylaştırmak için merkezi bir noktada bu bilgileri biraraya getirmeyi planlamıştır. Burada TKY'nin avantajı, giriş bilgilerini daha etkin kullanarak merkezi bir "iş istasyonu" kurup çok yatak üniteli birimlerde mevcut tıbbi ekipmanı daha verimli kullanma olanağını elde edebilmesidir. Ayrıca sonuç raporları alabilmek üzere veri tabanı oluşturup "sürekli kalite iyileştirme (SKİ)'yi ileriye doğru artırma ve iyileştirme olanakları elde edilmiştir.

Tıbbi bakım hizmetlerinde güvenilirlik, çok yönlü kullanım, klinik cihaz setlerinin kurulmasında öncelikler gibi konuların incelenmesine olanak sağlayan bir ölçümleme sistemi geliştirilmiştir. Bu sistemde ölçümleme ve değerlendirmenin bir tablosu verilmiştir. Servis Kalitesi kavramının tam anlaşılması bakımından, yöntemin farklı yönleri, hastaların ileride gösterecekleri muhtemel şikayetleri, memnuniyetleri, satın alınacak malzeme ile hizmeti alacaklarla aradaki muhtemel bağları farkederek, hissederek bu konuda yapılan ön çalışmalar için 159 çift ayrı sonuç yada bulgudan yararlanılmış ve bunlar "SERVQUAL ÖLÇÜTÜ" nde değerlendirilmiştir⁵⁴.

Hizmet kalitesi kavramı yada düşüncesi rekabete dayalı, kritik ve hassas bir konudur. Bu kavram ne kadar basitleştirilir ve anlaşılır bir hale getirilir ve yaygınlaştırılırsa hizmetten beklenen olumlu sonuçlar, değerlendirmeler ve tecrübeyle sorunların üstesinden gelmek de o kadar kolay olmaktadır. Hizmet kalitesinin gelecekte tüketici davranışlarını yönlendirmesi birtakım görüş ve kriterlere bağlıdır. Bazı araştırmalarda SERVQUAL , bu ölçütün oluşturulmasında iyi bir başlama noktasından hareketle yönlendirmeyi önermekte, daha iyi sonuçlara ulaşabilmek için "ön – son çözümler" yaklaşımı yerine "yalnız son karşılaşılanlar" yaklaşımının uygun olacağı vurgulanmakta-

⁵⁴ Dean HEDLEY- Stephen MILLER, "Measuring Service Quality and Its Relationship to Future Consumer Behavior", Journal of Helth CareMarketing , Vol. 13, 1993, s. 32.

dır. Ayrıca, SERVQUAL'in kullanımında tekil ve temel davranışların uyumlandırılmasının yani standart davranış biçimi oluşturulması gereği üzerinde durulmuş; bunun için de bir bağıntı kurulması gerektiği sonucu ortaya çıkmıştır. Tıbbi bakım ve yardım skalalarının kurulmasında bu bağıntı ve kriterlerin önemi büyüktür. Hizmet kalitesinde davranış konularının daha büyük boyutta, tıbbi bakım yapılan tüketiciler açısından, diğer çalışmalarla birlikte (ortak) ele alınması ve incelenmesi gerekmektedir.

Araştırmanın genel anlamda tüm hizmet birimlerine uygulama ve uyumu mümkündür. Sağlık ünitelerinde kalite temininde karşılaşılan örnekler beş temel konuda sonuç vermiştir. Bunlar:

- (1)Uyum sağlama ve gerçeklik (çakışma)
- (2)Güvenilirlik
- (3)Cevap verebilir olma, karşılık alma
- (4)Sağlama yapma, sonuç alma, amaca ulaşma
- (5)İlgi, etki, önem

olarak belirlenebilmektedir.

Yukarıda açıklamaları yapılan ve müşterinin ileride fikirlerini ve tercihlerini yönlendirmede kullanılan "ölçüt sistemi" nin örnek olması bakımından bir uygulama tanıtımı aşağıda sayısal olarak verilmeye çalışılmıştır. Bu tanıtımda istatistik yöntemlerden yararlanılmış, anket değerlerinden elde edilen ve hastalardan alınan rakamsal değerlerin standart sapmaları, mod ve medyan değerleri, ortalamadan sapma yüzdeleri belirli kriterlere göre değerlendirilerek yüzde cinsinden ifade edilmiştir. Bulunan rakamsal sonuçlar, bireysel beklentiler kullanılarak birleşik elemanlar farklar, genel konu yakınlık ve içerikleri, cevap algılama ölçüleri, hasta beklentilerindeki sapmalar ve buna benzer daha birçok yönden ele alınarak incelenmiş, ünitelerde elde edilen sonuçlarla karşılaştırılmıştır.

- A-Birleşik eleman (combined item)
 B-Genel konu içeriği (general item content)
 C-Ortalama fark (Mean difference: [a] = P-E)
 D-Standart sapma (SD)
 P-Ölçülen, algılana sonuç (Perception score)
 E-Beklenen sonuç (Expectation score)

A	B	C	D
Q1	Mevcut cihazlar (up-to-date equipment)	-0.22 [b]	1.06
Q2	Tesisin kapasitesi, görünen özellikleri (Facility pleasant, visually appealing)	+0.12	1.14
Q3	Çalışanların iyi giyimleri ve tertiplilik (Employees well dressed and neat)	-0.10	0.90
Q4	Tesiste verilen hizmetin yeterliliği (Facilities in keeping with serv. provided)	+0.38	1.21
Q5	Önerilere açık olma (Promises are kept)	-0.70	1.54
Q6	Tedarikçilerin yetenekleri ve özellikleri (Provider is sympathetic and reassuring)	-0.25	1.54
Q7	Tedarikçinin karar verebilmesi (Provider is dependable)	-0.33	1.09
Q8	İstenilen zamanda hizmetin verilebilmesi (Services provided at time promised)	-0.57	1.73
Q9	Kayıtların zamanında tutulması (Accurate records kept)	-0.35	0.90
Q10	Tedarikçinin hizmet vereceği zamanı söy. (Provider tells when services will be performed)	-0.07	2.11
Q11	Derhal bir hizmet sunulabiliyor mu? (Prompt service is realistic)	+0.58	2.85

Q12	Çalışanların yardım etme oranı (Employees willing to help)	-0.25	2.18
Q13	Aşırı meşguliyet, gereksinimlerin reddi (Not okay to be too busy to respond to requests)	+0.19	2.63
Q14	Çalışanlara güvenilirlik (Employees can be trusted)	-0.52	1.10
Q15	Hastanın kendini güvende hissetmesi (Patient feels safe)	-0.45	1.08
Q16	Çalışanların nezaketi (Employees are polite)	-0.36	1.02
Q17	Çalışanlar kurumdan destek alıyor mu? (Employees get support from the organization)	-0.82	1.29
Q18	Tedarikçi kendine dikkat ediyor mu? (Provider gives individual attention)	-0.06	2.14
Q19	Çalışanlar kişisel dikkat gösteriyor mu? (Employees give personal attention)	+0.44	2.45
Q20	Çalışanlar hastanın ihtiyacını biliyor mu? (Employees know needs of patient)	+0.48	2.43
Q21	Tedarikçide hastanın gönlünü kazanmış mı? (Provider has patient's best interest at heart)	-0.55	2.16
Q22	Çalışma saatleri uygun mu? (Convenient operating hours)	+0.07	2.70
TOPLAM SERVİS KALİTESİ		-0.15	0.97

[a] : Ortalama Standart Sapma (SD = P – E) 0.97;

[b] : Değişim Aralığı "+6" pozitif kalite ile "-6" negatif kalite arasında.

QWL genel tanımıyla adlandırılan bu "İş Hayatının Kalitesi Komiteleri" bölünmüş resmi kamu projelerini, sağlık işlerini yürüten kurum ve hastaneleri ve

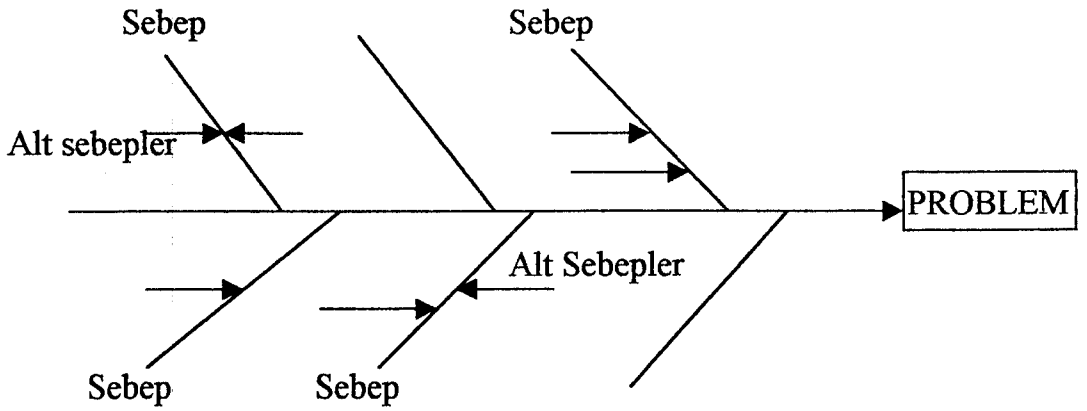
TQM, CQI olarak bilinen sürekli kalite arayışı ve artırma çalışmalarını kapsamaktadır.

Londra Saint Joseph sağlık Merkezi Başkanlığı, Kanada Ontario'daki zayıf ve yetersiz sağlık bakım sistemine bir çözüm bulabilmek için TKY'ye başvurularını önermiş ve bu uygulama için "insan yetenekleri, yaratıcılık ve örnek kişilikler oluşturmak; müşteri memnuniyeti, çalışanların işe bağlılığı, kaynakların etkili ve verimli kullanımı, büyük ve küçük tüm işlemlerin sürekli geliştirilmesiyle verimlilik ve yüksek hizmet standartlarına ulaşmak" gibi çok yönlü hedefler için sabırla bu yöntemlerin oluşturulup uygulanmasının gerekliliğini vurgulamıştır. TKY genellikle danışmanlık yada birlik yönetimi için düzenlenen "kalite seminerleri" ile başlamaktadır. Bunu, "kalite konsey"lerinin oluşturulması ve "iş ölçümleri" takip etmektedir. Kalite konseyi, bir kurumda günlük uygulamalarla gitgide artan ve önerilerle desteklenen, problemleri çözmede bir birlik, bir takım oluşturarak görevini yerine getirme işlevine sahiptir. Çalışanlar ve dernekler (birlikler) kadar TKY'nin yeni programlar ve sorunlara yeterli çözümler getirip getirmeyeceğini de araştırmak gerekmektedir. Bazı yer, durum ve koşullarda TKY'nin giderleri artırmaktan başka bir sonuç da getirmediği konusunda elde veri ve örnekler de mevcuttur.

Son yıllarda Victoria'daki Juan de Fuca hastanesi bünyesinde geliştirilen "bakım için kalite" programları kadar Saint Paul'ün Royal Columbian , Surrey Memorial, Great Victoria topluluk hastaneleriyle Langley ve Bölgesel Penticton hastanelerinde TKY programları etkili biçimde uygulanmaya başlamıştır. Aynı şekilde Ontario'da Londra St. Joseph Sağlık Merkezi'ne benzer büyük kuruluşlarla Metro Toronto hastaneleri, Mount Sinai Sunnybrook sağlık Bilimi Merkezi ve St. Michael gibi birçok kurumlar da kendi TKY/SKİ programlarını gerçekleştirmişlerdir. Ontario Sağlık Bakanlığı genel SKİ şebekesi için hastanelerle iletişim ve bağı kurmak üzere 400.000 Dolarlık bir bağışta bulunmuştur. Manitoba Eyalet Hükümeti hastane yönetimlerine ve özel şirketlere

TKY konusunda iki günlük bir tanıtım formu düzenleyerek destek olmuş, bu konuda uzman Connie Curran'ı New York ve Chicago'da "yönetim danışmanı" olarak (APM konusunda) görevlendirmiştir. Hastane giderlerinde 45 ile 65 Milyon Dolar arasında bir azalma sağlayarak 3.8 Milyon dolar gibi bir ücreti hak etmiştir. Bu anlamda Kanada Sağlık Bakanlığı bu programları ülke çapında süratle yaygınlaştırmayı planladığını belirtmiştir. Ayrıca bu girişimlere paralel olarak "Eyalet Sağlık Fonları" girişimcilere destek olmak ve sertifika almak isteyen kuruluşlara birtakım lobiler kurarak yardımcı olmayı, kaynak ve kredi sağlamayı prensip haline getirmiştir.

TKY eğitim programlarında istatistik yöntemlerle akış şemalarının nasıl kullanılması gerektiği, kılçık diyagramlar (fishbone), histogramların kullanımı verilmektedir (Şekil 6). Ölçüm ve miktarları belirlemede bunlar önemli olup amaç hastayı daha fazla memnun etmek ve daha uzun süre yüzünü güldürmektir. İşyerinin ve işin şekli, niteliği, çalışma ortamı ve buna bağlı problemler önemli olup bunun özellikle sağlık çalışanlarında etkileri görülmektedir.



Şekil 6: Kılçık Diyagram

Amerika Birleşik Devletlerinde tıp alanında geçmişte yapılan ve sürekli olarak gelişmeleri gözleyen; büyüme, hesaplama ve değerlemeleri gözönüne sermeyi amaçlayan çalışmalar ağırlıklı olmaktadır. Ülke genelinde sunulan sağlık

bakımı konusunda genel anlamda “sistem oluşumu” ile federal hükümet politikası arasındaki farklar, iletişim biçimi, etkileşim şekli sürekli tartışılmaktadır. Ülkedeki gelişim yalnızca bilim ve teknolojiadaki ilerlemelerden ortaya çıkmamakta aynı zamanda tıp alanında da yaygın kullanımına geçilen “bilgisayarlar”dan olanca yararlanmanın etkileri gözlenmektedir. Tıpta hesaplama yöntemleri, tıbbi bilişim, kamunun politikaları ve her tür tarihsel değerlendirmeye önem verilmekte, örnek alınmaktadır.

ABD dışındaki diğer ülkelere gelince ayrı ayrı bu çalışmalara şu örnekler verilebilir⁵⁵:

JAPONYA:

Japonya'daki hastanelerin temeli, muayenehane benzeri tek hekim kontrolündeki oluşumlara dayanmaktadır. Geleneksel olarak kapalı ve feodal işletme yaklaşımı, günümüzde de sürdürülmekte ve katılımcılığın esas olduğu TKY uygulamaları yeterli ilgiyi görmemektedir. Hasta – hekim ilişkilerindeki gelenekler de, hasta memnuniyeti ve hastanın bilgilendirilmesi konularındaki çağdaş yaklaşımların uygulanmasını engellemektedir. Japonya'da hastanın çok az bilgi sahibi olduğu tıp konusunda, hekimine tam bir güven duygusu ile kendini teslim etmesi gerektiği şeklinde bir tutum geçerli olmaktadır. Gerek hastane yönetimi gerekse hasta – hekim ilişkilerinde etkili olan bu iki geleneksel yaklaşım, TKY uygulamalarının Japonya'a sağlık sektöründe çok kısıtlı olarak yayılımına neden olmaktadır.

Tüm bu olumsuzluklara rağmen, Sağlık Bakanlığı ve Japon Tıp Birliği'nin ortak çalışmaları ile 1987 yılında, kalite çemberleri ve kalitenin sürekli iyileştirilmesi uygulamalarının geliştirilmesini desteklemek amacıyla “hastane fonksiyonları değerlendirme kriterleri” oluşturulmuştur.

⁵⁵ Yaman ZORLUTUNA, “Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi”, Kongre'97, İstanbul, 1997.

ALMANYA:

Almanya’da yapılan son yasal düzenlemeler, sağlık kuruluşları arasındaki rekabet ortamını önemli ölçüde artırmaktadır. 1970’li yıllarda Kalite Güvencesi yaklaşımıyla başlayan sistemli kalite çalışmalarını da günümüzde özellikle

performans standartlarının iyileştirilmesine odaklı uygulamalar şeklinde giderek daha fazla önem kazanmaktadır.

Sağlık hizmeti finansmanı sağlayan kuruluşlar, sigortalılarına verilen sağlık hizmetinin kalitesi konusunda kendilerine düzenli bilgi akışı sağlayan hastaneler ile çalışmayı tercih etmektedirler. Bu kuruluşların talep ettikleri bilgiler, hastanelerde sağlanan tedavi sonuçlarının yanısıra, uygulanan protokoller ve bakım planları gibi süreç odaklı bilgileri de kapsamaktadır.

Sektörde kalite uygulamalarının yayılmasını destekleyen finansman kuruluşlarının taleplerinin de ötesinde, birçok hastane kalite sistemlerini en kapsamlı şekilde oluşturmak yönünde çalışmalar yapmaktadırlar. Bu amaçla başlatılan proje takımları ve kalite çemberi çalışmaları, sektörde hızla yaygınlaşmaktadır.

FRANSA:

Fransız Hükümeti’nin son beş yıl içinde tüm hastanelerden kendilerini kamuya inandırmalarını istemesi, ortalama bir gelişim izleyen sağlıkta kalite uygulamalarının gelişimini hızlandırdı. 1994 yılında kurulan ANDEM (National Agency for the Promotion of Medical Evaluation) hastanelerde TKY’nin başarıyla uygulanabilmesi için gerekli kalite güvencesi ve sürekli kalite iyileştirme yöntemlerini temel alan bir dizi proje başlattı. Proje çalışmalarına katılan hastanelerin kuruluşlarındaki ilgili süreçleri analiz etmeleri, değişimleri belirlemeleri ve süreçlerin iyileştirilmesine yönelik uygulamaları başlatmaları hedeflenmektedir. Hastanelerde oluşturulam ekiplerinin tümü SKİ/TKY dönüşüm

sürecini kullanmaktadır ve yılda iki kez aynı projede yer alan diğer hastanelerdeki ekiplerle elde edilen sonuçların değerlendirilmesi için ortak toplantılara katılmaktadırlar.

İSVEC:

İsveç Sağlık Sistemi'nde TKY konusuna gösterilen ilginin başlangıcı, bir araştırma grubunun ABD'ye 1989 yılında yaptığı inceleme ziyareti ve sonrasında hazırladığı rapora dayanmaktadır.

1994 yılında parlamentoda sağlık kuruluşlarının kalite güvencesi ve kalite iyileştirme çalışmalarını destekleyen ve 1 Ocak 1997 tarihinden itibaren de sistemli kalite uygulamalarını zorunlu hale getiren bir yasa çıkartılmıştır.

Sağlık konusunda faaliyet gösteren ulusal organizasyonlar, hastanelere geçiş sürecinde danışmanlık desteği sağlamak amacıyla özel hizmet birimleri oluşturdular. Ayrıca, başarılı uygulamaların tanıtımını ve kamu oyunun desteğini sağlamak için ulusal düzeyde kalite ödülü ve sertifikasyon çalışmaları başlatılmıştır.

FİNLANDİYA:

Finlandiya Sağlık Sistemi'nin tümüyle tek tip bir yapı göstermesine karşın, TKY uygulamalarına gösterilen ilgi kuruluş bazında önemli farklılıklar göstermektedir.

1993 yılında, Helsinki Sağlık Organizasyonu tarafından başlatılan ve sürekli kalite iyileştirilmesi amacı taşıyan projede çok çeşitli oldukça kendine özgü süreçler yer almaktadır. Proje çalışmalarında, hastane üst yönetimi tarafından yeterince desteklenmemesine karşın, sağlanan iyileştirmeler ülke çapında TKY felsefesine dayanan bir kalite politikasının oluşturulması yönünde önemli gelişmeler sağlamıştır.

BREZİLYA:

1988 yılında Brezilya Sağlık Sistemi'nin iyileştirilmesine yönelik reform çalışmaları başlatılmıştır. Sağlık Bakanlığı, sağlık kuruluşlarının kalite iyileştirme çalışmalarına katılımlarını zorunlu tutmakla birlikte, önemli ölçüde desteklemeye başlamıştır.

Başlangıç olarak, tüm hastanelerin ISO 9000 serisi kalite sistem belgeleri için başvuru yapmaları ile TKY, verimlilik ve hasta memnuniyeti konularında danışmanlık hizmeti almaları öngörülmektedir.

Hastane yönetimlerinin yeni gelişmelere uyum sağlamakta istekli olmalarına karşın hekimlerin prosedür yazmak ve SKİ çalışmalarına katılmak gibi konularda yoğun çalışma koşullarını öne sürerek gereken ilgiyi göstermedikleri ifade edilmektedir.

Üçüncü Bölüm

ÜLKEMİZ SAĞLIK KURULUŞLARINDA TKY ANLAYIŞI

Ülkemizde 1961 yılında kabul edilen “224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun” ile sağlık hizmetlerimizin ilkeleri temelinden değiştirilerek yenilenmiştir. Bu kanunun getirdiği temel ilkeler şunlardır:

- *.Eşit hizmet
- *.Öncelikli hizmet
- *.Denetlenen hizmet
- *.Sürekli hizmet
- *.Katılımlı hizmet
- *.Uygun hizmet
- *.Entegre hizmet
- *.Ekip hizmeti
- *.Nüfusa göre hizmet
- *.Kademeli hizmet

Türkiye, I. Beş Yıllık Kalkınma Planı ile birlikte; kamu sağlık hizmetlerinin tek elden yürütülmesini, özel sektörün hastane kurma girişimlerinin teşvik edilmesini ve sağlık sigortasının kurulması için gerekli çalışmaların yapılması ilkelerini benimsemiştir (1963 – 1967).

II. Beş Yıllık kalkınma Planında; sağlık personeli eğitim ve istihdamın da kuruluşlar bazında standardizasyon sağlanması ve Genel Sağlık Sigortası'nın kurularak kademeli olarak uygulanması ilkeleri benimsenmiştir (1968 – 1972).

III. Beş Yıllık Kalkınma Planında; sosyalizasyon programının ülkenin 2/3'üne yaygınlaştırılması 10000 kişiye 26 yatak düşmesi hedeflenmiştir (1973 – 1977).

IV. Beş Yıllık Kalkınma Planında; yataklı tedavi kurumlarının yatak kullanım oranının artırılması ve yatak niteliklerinin iyileştirilerek verimli çalışmanın sağlanması hedeflenmiştir (1979 – 1983).

V. Beş Yıllık Kalkınma Planında; hastanelerin daha rasyonel ve verimli çalışmasının sağlanacağı, tıbbi cihazların kullanımının, bakım ve onarım hizmetlerinin geliştirilmesi için okullara ilgili müfredatın konulacağı belirtilmiştir (1985 – 1989).

VI. Beş Yıllık Kalkınma Planında ise sağlık hizmeti veren kuruluşlar arasında koordinasyonun sağlanacağı, hizmet bilincinin yükseltileceği ve iletişim kayıt sistemlerinde düzenlemelere gidileceği; sağlık ekonomisti ve işletmecisi yetiştirilmesine ve dengeli dağılımına önem verileceği; hastanelerdeki yığılmaları önlemek amacıyla evde bakım hizmetlerinin de geliştirileceği benimsenmiştir⁵⁶.

⁵⁶ Sağlık Hizmetlerinde Mevcut Durum, SSYB Yayını, Ankara, 1992, s. 15 – 17.

Türkiye’de henüz kamu hastaneleri ve sağlık kuruluşlarında gerek çalışanlar ve üst yönetim gerekse hizmeti alanlar yani hastalarca tam anlamıyla bir TKY sisteminin anlaşılıp özümsemiği, benimsendiği söylenemez. Bunda enbüyük etkenin TKY uygulamalarının anlaşılmaşı olması, daha sonra da altyapı eksikliklerinin bulunması ilk bakışta söylenebilir.

§.1. TÜRKİYE’DE KAMU SAĞLIK KURUMLARI

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) hastaneleri “müşahade, teşhis, tedavi ve rehabilitasyon olmak üzere gruplandırılabilir sağlık hizmetleri veren, hastaların kısa süreli tedavi gördükleri yataklı kuruluşlar” olarak tanımlamaktadır. Hastaneler, sağlık sistemimizin en büyük alt sistemleridir ve uzmanlık gerektiren tıbbi hizmetleri sunmaktadırlar. Birtakım araştırmacılara göre hastaneler tedavi hizmetini vermelerinden dolayı birer tıbbi kuruluş, ekonomi kuralları içerisinde yönetildikleri için birer işletme, sağlık personeli eğitiminde rol aldıkları için birer araştırma kurumu ve mesleki organizasyon, sosyal faydaları yönüyle de birer kamu kurumu niteliği taşımaktadır.⁵⁷ Hastanelerin bu görev ve fonksiyonları itibariyle diğer ekonomik işletmelerde olduğu gibi işlevlerini ekonomik ilkeler içerisinde ve en üst düzeyde yerine getirmesi gereken kurumlar olarak da tanımlamak mümkündür. Buna bağlı olarak hastane yöneticileri de yukarıda tanımlanan amaçları gerçekleştirmek için ellerindeki her tür kaynağı en iyi biçimde ve en üst düzeyde kullanmak üzere planlama ve organizasyon yapan, girdileri daima kontrol altında tutan, istihdam ve tasarruf yetkilerini yerinde ve zamanında kullanan, sorunlara daima rasyonel çözümler arayan kişiler olmak durumundadırlar.

Türkiye’de sosyal devlet anlayışı, sağlığın anayasal bir hak olması, sektördeki değişim ve yenileşmelerin ekonominin diğer sektörlerine hemen

⁵⁷ Münevver MENDERES, *Hastanelerde Maliyet Muhasebesi ve Mali Analiz*, Anadolu Üniversitesi AÖF Yayın No: İş. İd. 263, Eskişehir 1994, s. 2 - 4.

yansıması ve sektörün büyük sermaye yatırımlarını gerektirmesi bugüne değin sözkonusu sağlık hizmetlerinin bir kamu hizmeti olarak verilmesini gerektirmiştir. Ülkemiz yataklı tedavi kurumlarının genel dağılım ve kapasiteleri Tablo 1’de verilmiştir. Sağlık hizmetlerinin bir kamu hizmeti olarak verilmesi rekabetin sözkonusu olmaması hastaneleri birer işletme olarak yönetilmekten uzaklaştırmış, bu da zamanında oluşması gereken “kaliteli hizmet” anlayışının gelişmesine engel teşkil etmiştir.

Devletin sağlık hizmetlerinde fiyatların belirlenmesine müdahil olması, sağlık maliyetleriyle fiyatlar arasındaki ilişkileri ortadan kaldırmaktadır. Pekçok sağlık maliyeti bileşenin bütçeden karşılanması, sübvansiyonu gerçek maliyetlerin belirlenmesi ve hizmeti alanlarca karşılanmasında bugüne kadar engel oluşturmuştur. Kendisinden kar beklenen kuruluşlar olarak nitelenmesi yada yorumlanması gereken sağlık kurumları bugüne değin gelişme, büyüme, verimlilik, teknolojik yenilik ve yatırımlar yönünden bir ilerleme gösterememişlerdir.

Tablo 1. Yataklı Tedavi Kurumlarının Dağılım ve Kapasiteleri, 1996^(*).

Sağlık Kuruluşunun Adı	Hastane	Yatak	Dağılım %'si
	Sayısı	Sayısı	
Sağlık Bakanlığı	682	78347	50.3
Milli Savunma Bakanlığı	42	15900	10.2
Sosyal Sigortalar Kurumu	115	25359	16.3
Tıp Fakülteleri	35	22056	14.2
KİT Hastaneleri	10	2217	1.4
Diğer Bakanlıklar	2	680	0.4
Belediyeler	6	1218	0.8
Dernekler	15	1263	0.8
Yabancılar	5	609	0.4
Azınlıklar	5	934	0.6
Özel Hastaneler	159	7236	4.6
TOPLAM	1076	155819	100.0

Tablo 1'den de görüleceği üzere henüz kamu hastanesi niteliği ağır basan sağlık kurumlarımızın birer yataklı tedavi kurumu olarak toplumun, çevrenin ve bireylerin henüz yeterince gereksinimlerini karşılayamadıkları söylenebilir. Bu yetersizlik sosyal, politik, ekonomik v.b. birçok nedene bağlanabileceği gibi, hastanenin modern işletmecilik anlayışından uzak olarak yönetilmesi, modern işletme yönetimi yöntem ve kurallarının uygulanmaması, maliyet muhasebelerinin yapılmaması, maliyet araştırmalarının yapılmaması gibi hususlara bağlanabilir.

Türkiye'de hastanelerin %64'ü SSYB, %12'si SSK'na bağlı bulunmakta; diğer hastaneler ise KİT, belediye, yabancılar, azınlıklar ve derneklere, üniversite ve bakanlıklara aittir. %13 gibi bir bölümüyse kâr amaçlı özel hastaneler statüsündedir⁵⁸. Türkiye'de SSYB'na ve belediyelere ait hastaneler dışında kalan

⁵⁸ Hikmet SEÇİM, *Hastane Yönetim ve Organizasyonu: Türkiye'de Hastanelerin Organizasyonu İçin Bir Model Önerisi*, İ.Ü. İşletme Fakültesi, İşl. İkt. Ens. Yayın No: 145, İstanbul 1991, s. 146 - 170.

(*) *Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yıllığı 1996*, Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ankara, 1997.

diğer hastaneler 1933 yılında yayınlanan “Hususi Hastaneler Kanunu” ve bu kanuna dayanarak 1983’de yeniden düzenlenip yayınlanan “Özel Hastaneler Tüzüğü” kapsamında faaliyet göstermektedirler. Hastanelerin genel organizasyon yapıları bu kanun ve tüzükte ayrıntısız verildiği için SSYB ve belediye hastaneleri dışında kalan diğer kurum hastanelerinin organizasyon yapılarının farklılığı uygulamada da birtakım farkları, uyumsuzlukları, uygulama yanlışlıklarını beraberinde getirmiştir. Türkiye’de yapı itibariyle genel bir hastane organizasyonundan söz etmek mümkün görünse bile tüm çoğunluğun yaklaşık 2/3’ünü oluşturan SSYB hastanelerinin organizasyon ve yönetim şekli hakimdir. Bunun dışındaki büyük bir bölüm SSK hastaneleri olup bunların da dışında bulunan bakanlık ve üniversite hastaneleri temelde hep SSYB’nin “Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği esaslarına tabi olmaktadır.

§.2. TÜRKİYE’DE VERİLEN SAĞLIK HİZMETLERİNİN ÖZELLİKLERİ

Türkiye’de “organizasyon” açısından ele alındığında hastanelerimizin özellikleri şu beş temel noktada özetlenebilir⁵⁹:

- (1)-Hastaneler birer hizmet organizasyonlarıdır
- (2)-Hastaneler karmaşık yapıda, açık-dinamik sistemlerdir
- (3)-Hastaneler matriks yapıda faaliyet gösteren kuruluşlardır
- (4)-Hastaneler günde 24 saat hizmet veren (vermesi gereken) organizasyonlardır

(5)-Hastaneler, personelinin büyük kısmı bayan elemanlardan oluşan organizasyonlardır. Bu özellikleri de hastaneleri diğer kamu kurumlarından bir hayli ayıran yanlarını oluşturmaktadır. Toplam Kalite Yönetimi çalışmalarının oluşturulması ve denetiminde bu en önemli yönü belirlemektedir.

⁵⁹ Hikmet SEÇİM, *Hast. Yön.....*, 1991, s.146 - 170.

Bugün için ülkede verilen sağlık hizmetleri ve bu konuda yapılan çalışmalar maddeler halinde, kısaca şu şekilde özetlenebilir ⁶⁰:

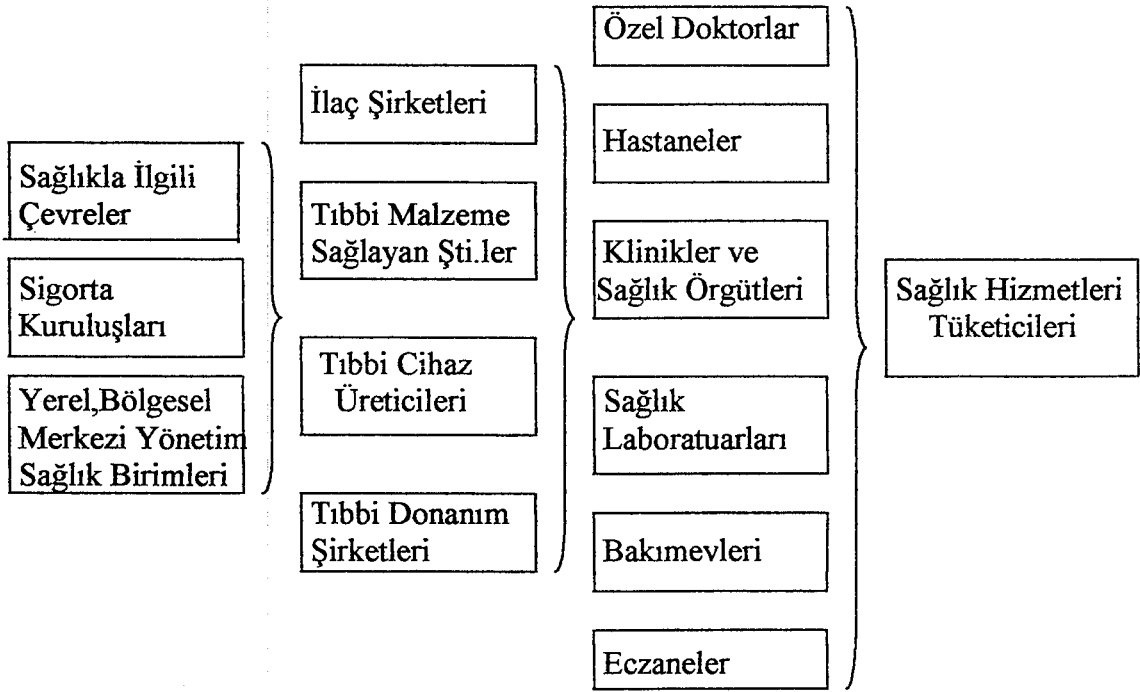
- a) Bu hizmetler, “kişilerin sağlığının korunması” ve “teşhis, tedavi, bakım” olmak üzere iki temel grupta toplanmaktadır. Bu hizmet kişisel ya da kurumsal olarak sunulmaktadır.
- b) Üst düzeylerde kurumsallaşma ve sağlık hizmetinin örgütsel olarak sunulması gerekmekte bu da güçlü bir ekip çalışmasını zorunlu kılmaktadır.
- c) Bu hizmetler kamuya ya da özel kişilere sunulan hizmetlerdir, değişim sürecinin kar amaçlı olması ya da olmaması önemli değildir. Asıl amaç, sağlık hizmetleri aracılığıyla gereksinimlerinin tatminidir.
- d) Sağlık hizmetleri sektöründe kar amaçlı özel ve ticari kuruluşlar, amacı kar olmayan, sosyal nitelikli kuruluşlar karma olarak yer almaktadır.
- e) Hizmet kavramı içerisinde geliştirilmiş tüm özelliklere sahip olan sağlık farklı bazı özellikleri de bünyesinde taşımaktadır. Tanımları gereği bu sektördeki tüm kuruluşları belirlemek ve sınıflandırmak çok güçtür. Bu anlamda yapılmış örnek bir gruplandırma Şekil 7’ de gösterilmiştir.

⁶⁰ Yavuz ODABAŞI, Sağlık Hizmetleri Pazarlaması, Anadolu Üniversitesi AÖF Yayın No:265, Eskişehir 1994, s. 25 - 29.

**Sağlık Sektörü
Kuruluşları**

**Sağlık Hizmetleri
Yürütenler/Verenler**

**Sağlık Hizmetleri
Tüketicileri/Alanlar**



Şekil 7: Sağlık Hizmetlerinin Dağılımı

Sağlık hizmetlerinin özellikleri itibariyle şöyle sınıflandırılması da mümkündür⁶¹:

- Tüketicinin bilgi yetersizliği ve uzmanların gücü.** Bu konuda tüketici konumundaki kişilerin bilinçlenmesi, bu sektörden istediklerini daha net olarak belirlemeleri gerekmektedir. Bilginin tüketiciye iletimi, yaygınlaştırılması, kısacası sağlık bilgi iletişimi çok önemli bir unsur oluşturmaktadır. Uzman olarak nitelenen “doktor” un da hem alanında en iyi ve yeterli düzeyi elde etmede hem de tüketiciyle ilişkilerde olanca dikkati harcayan kişi olma zorunluluğu vardır.

⁶¹ Yavuz ODABAŞI, *Sağl. Hiz.....*, 1994, s.9 – 14.

- b) **Tüketicilerin akılcı olmayan davranışları.** Bu özellikle, ürün ve hizmet satın alınmasında tüketici konumunda bulunanların kendisi için en iyi olanı seçeceği, akılcı tercihlerde bulunacağı varsayılmıştır. Sağlık hizmetlerinde bu durum biraz daha farklı olup bir kısım tüketici hasta olmasına rağmen tedavi talebinde bulunmamakta, bir kısmı kendi serbest iradeleriyle seçim yapabilme yeteneğine sahip bulunmamakta (akıl hastaları), bir bölümü oluşturan “acil” hastaları da tercihlerini bildiremeyecek durumda gelmektedirler.
- c) **Tıp mesleğinin kuralları.** Bu mesleğin kendine has ve uyulması gereken etik, kural ve sosyal standartları vardır. Tamamen “güven” unsuruna dayalı olan tıp hizmetini sunanlar üzerinde oluşturulacak kontrol ve denetim süreci hasta memnuniyetini sağlayacak ve geliştirecektir. Bunlar toplumda kültür ve eğitim düzeyinin artması, sigorta şirketlerinin denetimi, rekabet v.b. olumlu yönde etkileyen unsurlar olabilir.
- d) **Ürün ve kalite belirsizliği.** Sağlık hizmetlerinde son derece zor olan husus, önceden nerede, kime, kim tarafından hangi hizmetin (ürünün) verileceğinin belirlenememesidir. Bu da o ürünün kalitesine ve hizmetin getireceği tatminin miktarına etki etmektedir. Sağlık hizmetini talep edenlerin (hasta) hastalık ve tedavi hakkında daha fazla bilgiye sahip olmaları ve tüm sağlık personeline güven duymaları gerekmektedir.
- e) **Dış etkenler.** Salgın hastalıklarda ve diğer zararlı çevre etkilerinde ortaya çıkan hastalık bireysel olarak tedavi edilmezse toplum riski artmaktadır. Ayrıca koruyucu sağlık hizmetleri kamu tarafından yerine getirilmekte, tüm fertler de bundan yararlanmaktadır. Sağlık hizmetini şimdilik almayan fakat potansiyel hasta konumundaki sağlıklılarla

ileride bu hizmeti sunabilmek için kapasiteyi artırma çabalarına devam edilmelidir.

§.3. ÜLKEMİZDE SAĞLIK SİSTEMİ VE SAĞLIK ÖRGÜTLERİ

Ülkemizde sağlık sistemleriyle ilgili planlama ve bilimsel yaklaşım konusunda yapılan çalışmalarda;

“Sosyal ,ekonomik, tıbbi, örgütsel ve teknolojik nitelikleri olan ve toplum ve kişi sağlığını kabul edilebilir bir düzeye ulaştırmaya yönelik ürün” tanımı kullanılmıştır⁶². Sistem ögeleri arasında birçok değişkenin dinamik niteliği ve belirsizliği nedeniyle sağlık sistemi karmaşık özellik göstermektedir. Ayrıca sağlık sistemlerinin ekonomi, ekoloji, eğitim, ulaşım, haberleşme gibi diğer sistemlerle özellikleri ve sınırları belirsiz biçimde, sürekli etkileşim içinde bulunması nedeniyle bir bütün olarak tanımlanması da mümkün görülmemektedir. Sağlık sistemi denildiğinde hastaneler başta olmak üzere sağlıkla ilgili birçok kuruluş, sağlık personeli ve hastalar, konuyla ilgili çeşitli kanun ve yönetmelikler, sağlık eğitimi, bu konudaki bilgi birikimi gibi unsurlar akla gelmektedir.

Sağlık sistemimizin ögelerini oluşturduğu sistemin amaçları şu ana başlıklar altında toplanabilmektedir:

- Erken ölümü önleyerek yaşam sürecini uzatmak
- Sağlık için gerekli olan psikolojik ve fonksiyonel normlardan sapmaların olabildiğince uzatılması
- Hastalığın ve sakatlığın mümkün olduğunca azaltılması
- Yüksek düzeyde iyilik ve bireysel tatmine erişilmesi
- Direncin artırılarak sağlığı koruma yeteneğinin desteklenmesi
- Çevreyle ilişkilerde tatminin yükseltilmesi

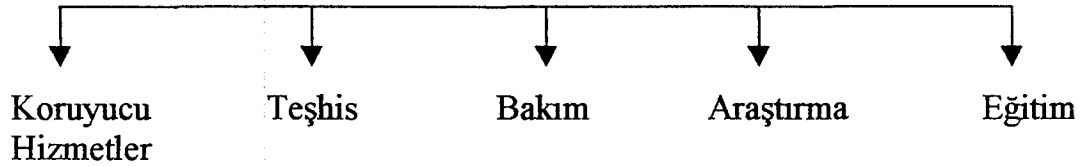
⁶² Ali Ekrem ÖZKUL, Sağlık Sistemleri Planlama ve Kontrolü, Anadolu Üniversitesi AÖF Yayın No: İş. İd. 264, Eskişehir 1994, s. 10 - 15, 199 - 203.

-Sınırlı kaynağa sahip kesimin sağlıkla ilgili eğitim ve araştırmalarının yapılması

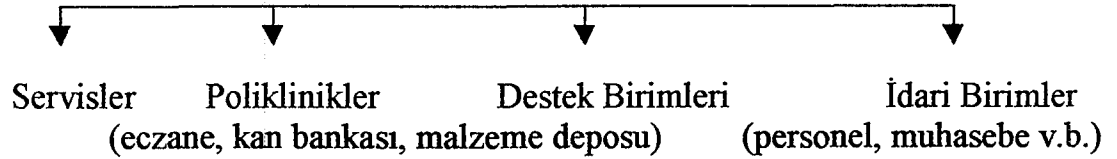
Karmaşık ve belirsiz yapı içinde hastanelerin yanısıra teşhis ve tedaviye katılan sağlık örgütleri kendi başlarına bir alt sistem olarak ele alınabilirler. Bu örgütler şunlardır:

- a)Hastaneler
 - a₁)Genel Hastaneler
 - a₂)Eğitim Hastaneleri
 - a₃)Özel İhtisas Hastaneleri
- b)Dispanserler
- c)Sağlık Ocakları
- d)Ana ve Çocuk Sağlığı Merkezleri
- e)Laboratuarlar
- f)Özel Muayenehaneler, Poliklinikler, Kabinler

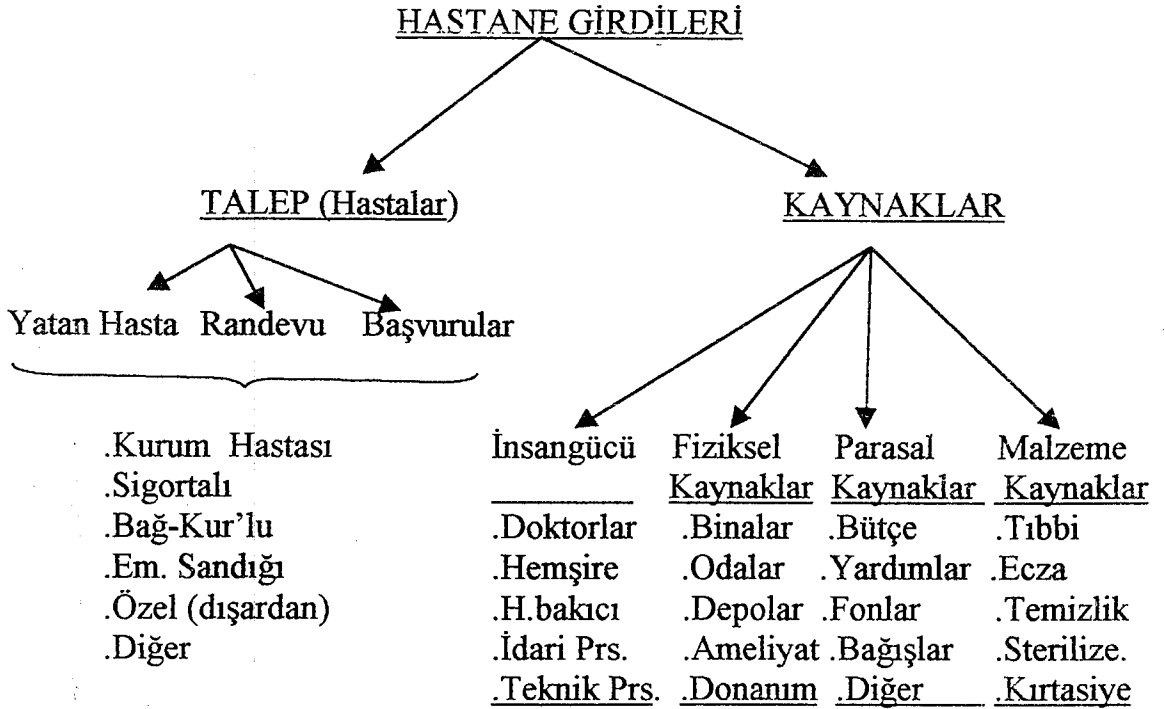
Hastanelerde verilen başlıca hizmetler ise şöyle şematize edilebilir:



Hastanelerin 4 temel bölümü şu şekilde şematize edilebilir:



Hastane sistemimizin başlıca girdileri şematik olarak Şekil 8’de görülmektedir:



Şekil 8: Hastanelerin Başlıca Girdileri

Kalite kavramının tarihi insanlık kadar eski olsa da günümüzde anlamının tüm boyutlarıyla birlikte olmasa bile yaşantının vazgeçilmez bir parçası haline geldiği açıktır. Kalite, yakın dönemlere kadar akademik ve uygulanabilir bir tanıma kavuşmamış olsa da “iyi, uygun, güzel, yeterli ve gereğince düzgün” anlamında algılanmıştır. Yirminci yüzyıl ikinci yarısından itibaren ivme kazanan kalite istatistiksel düşünce doğrultusunda biçimlenen bir anlayışı simgeleyerek yıllar boyu aşama kaydedip olgunlaşarak günümüzün “Toplam Kalite Yönetimi” felsefesini oluşturmuş bulunmaktadır. Kaliteyle değişkenlikler sıfıra indirilmiş, standartlıklar sağlanmış, kalitesizliklerin nedenleri araştırılmış ve ortaya konulmuş, “kalitenin kalitesi” ve “kalite sistemi” kavramları oluşturulmuştur.

Kalitede;

- insan – sistem etkileşimleri
- örgüt psikolojisi ve sosyolojisi
- eğitim ve yönetmenlik yeteneklerinin geliştirilmesi
- meslek içi ve dışı yönetici yetiştirme çalışmaları
- işgören, işveren, orta ve üst düzey yönetici tipi insan yetiştirme
- insiyatif ve karar kullanma, grup sinerjisi ve grup dinamiği geliştirme

gibi konular giderek önem ve öncelik kazanmış, olgunlaşmıştır. Günümüzde, bir taraftan kalite yönetimi ve yönetim kalitesi diğer taraftan da değişim yönetimi ve yönetim değişimi kavramları ve yaklaşımları içiçe geçmiş bulunmaktadır. Kalitenin yükseltilmesiyle ürün ya da hizmet maliyetlerinin düşürülmesi çabaları eş merkezli ve eş zamanlı çalışmaları oluşturmaktadır. Toplam kalite anlayışı, bir varsayımlar kümesi olmaktan daha çok gerçek sonuçlara ulaşabilen uygulamalar bütününe dönüşmüş; tüketiciyle üreticiyi aynı safta gören anlayış her ikisini de çok yönlü mutlu edebilmiştir.

Sağlık sektörü, yukarıda sözü edilen toplam kalite yönetimi felsefe ve uygulamalarıyla gecikmeli olarak tanışan bir sektör olmuştur. Bu alanda karşılaşılan temel güçlüklerin başında, kavramın algılanabilir kılınması, tanımların konumlandırılması ya da yerine oturtulması, zihniyet dışlanması gerçeğinin gerçekleştirilmesi, kurumsal iklimin gereğince düzenlenmesi ve tüketici kavramının boyutlandırılması gelmektedir. Ülkemizde Sağlık Bakanlığı'nın Sağlık Projesi, Türk Standartları Enstitüsü ve Devlet Planlama Teşkilatı başta olmak üzere devlet bürokrasisindeki kıpırdanmalar, akademik çevrelerdeki hareketlilik (devinim), sağlık meslek birliklerindeki arayışlar, özel sektördeki uygulama örnekleri yaklaşımın yerine oturmakta olduğunu göstermektedir. Türkiye'de yataklı tedavi kurumlarında hedeflenen özerkleşme-özelleşme, sağlık hizmet kalitesi anlayışının gelişimini hızlandırmış bulunmaktadır. Kamusal sağlık hizmetinin yeni yeni tanışmakta olduğu akılcı işletmecilik, kârlılık,

maliyet ve rekabet kavramları toplam kalite yönetimi felsefesinin ve uygulamalarının ön plana çıkmasına yol açmaktadır.

Sosyal devlet anlayışında, kârlılık motifi içerisinde sağlık hizmetini sunmada kilit unsur “kalite” olmaktadır. Hem hizmet çıktılarının iyileştirilmesi hem de girdi gereksiniminin en düşük düzeye çekilebilmesi, ancak kalite yönetimi bilim ve sanatındaki başarıdan geçmektedir. Kalite yönetimini en iyi simgeleyen düstur “kalitesizliğin nedenlerini anlayamıyorum” yerine “kaliteliliğin nedenlerini anlayabiliyorum” diyebilen yönetici, çalışan ve tüketici (hasta) tiplerini yaratabilmektir⁶³.

§.4. TÜRKİYE’DE HASTANE HİZMETLERİNDE KALİTE SAĞLAMA VE DEĞERLEME ÇALIŞMALARI

Hastane hizmetlerinin “kalite” yönünden araştırılması, incelenmesi, değerlendirilmesi ve yeni yapılaşma çalışmaları pekçok açıdan ve değişik kişiler tarafından sürdürülmekte; son zamanlarda da önemi çok iyi anlaşılan “toplam kalite yönetimi” çalışmaları hayli büyük bir araştırmacı ve uygulayıcı kitlesi tarafından merakla izlenmektedir. Bu anlamda daha önce yapılmış akademik çalışmalarda “hastanelerimizde hizmet kalitesini sağlama ve değerlendirme” hususunda bazı temel kavramlar ve öneri çalışmalar ele alınmıştır⁶⁴.

Hastanelerde kalitenin tüm unsurlarıyla yerleşebilmesi için;

-Hastane hizmetlerinin etkinliğinin incelenmesi, ölçülmesi ve kriterlerinin ortaya konulması, hastane genel yapılarının bu etkinliklere etkilerinin araştırılması gerekmektedir. Bu konuda yapılmış bir başka çalışmada da bir

⁶³ İsmail ÜSTEL, “Gittikçe Yerine Oturan Bir Kavram:Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi”, Sağlık Sektöründe Toplam Kalite Yönetiminin Yeri Sempozyumu, Ankara, 1995, s. 7-8.

⁶⁴ Huriye ÇATALCA, *Hastane Hizmetlerinde Kalite Sağlama ve Değerleme Sistemleri ve Örnek Olaylar*, İ.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Fakültesi İşletme Yönetimi ve Organizasyonu Anabilim Dalı Doktora Tezi, İstanbul, 1989, s. 100-140.

örnek olay çalışmasıyla orta ölçekli nüfusa sahip kentlerimizden birinde kamu hizmeti veren hastanelerimizde bu etkinliği artırmada yönetime yardımcı bir araç olarak maliyet bilgilerinin değerlendirilmesi ve kullanılmasını gözönünde bulundurmıştır⁶⁵.

-Hastane hizmetlerinin verimliliğinin; bu verimliliğe işgücü, teknoloji, sermaye ve malzeme yönetiminin katkılarının neler olduğu ayrıntılarıyla incelenmesi önem arz etmektedir.

-Hastane hizmetlerinin kalitesine etki eden kriterlerin belirlenmesinde hastane yapısının, uygulama sürecinin ve diğer unsurların iyi değerlendirilmesi de zorunludur.

-Ayrıca kalite sağlama ve değerlendirmede “kurulacak sistemin” sağlamlığı, fonksiyonel oluşu ve sistem elemanları ya da ünitelerinin görevleri de büyük katkı sağlamaktadır.

Yukarıda sözü edilen çalışmada bu kalite sağlama sistemi içerisinde bir “Kalite Sağlama Uzmanı” kadrosunun çalışmaları hayli kolaylaştıracağı ve bu kişinin görevini yerine getirirken kaliteyi sağlama ve güçlendirme yönünde kişilik niteliklerinin ne olması gerektiği, sorumlulukları, çalışma alanı, yetkileri de önerilmiştir.

Ayrıca, hastanelerde kalite güvencesi ve sistemlerinin oluşturulmasında kurulması önerilen başlıca “kalite komiteleri” de “Kalite Sağlama Komiteleri” ve “Kalite Değerleme Komiteleri” olarak şöyle iki ana başlık altında toplanmış bulunmaktadır:

⁶⁵ Halim SÖZBİLİR, **Hastanelerde Etkinliği Artırmada Yönetime Yardımcı Bir Araç Olarak Maliyet Bilgilerinin Kullanılması ve Afyon’da Bir Örnek Olay Çalışması**, Anadolu Üniversitesi Yayın No:135, İİBF Yayın No: 33, Eskişehir, 1986, s.94 – 120.

Kalite Sağlama Komiteleri;

- (1)-Kalite Sağlama Komitesi
- (2)-Tıbbi Kayıtları İnceleme Komitesi
- (3)-Yürütme Komitesi
- (4)-Liyakat Komitesi
- (5)-Cerrahi Vak'aları İnceleme Komitesi
- (6)-İlaç Kullanımı Değerleme Komitesi
- (7)-Kan Kullanımı Değerleme Komitesi
- (8)-Kullanım Komitesi
- (9)-Enfeksiyonu Kontrol Komitesi
- (10)-Sistem Komitesi
- (11)-Güvenlik Komitesi
- (12)-Doku Komitesi
- (13)-Ortak Toplantı Komitesi

Kalite Değerleme Komiteleri;

- (14)-Tıbbi Denetim Komitesi
- (15)-Hastane Yönetim Kurulu ve Komiteleri
- (16)-Uzmanlıkları İnceleme Kuruluş ve Komiteleri
- (17)-Yeterlik Belgesi Verme Ortak Komisyon ve Komiteleri

Ulusal sağlık sektörümüz, modern yönetim teknikleri uygulamalarından uzakta geçirilen uzun bir dönemin sonrasında, özellikle son beş yıldır umut verici bir canlılığı yaşamaktadır⁶⁶.

Sektördeki en yaygın ve geniş hacimli taraf olan kamu hastanelerinde özerkleştirme/özelleştirme kavramlarının tartışılması, hastane işletmeciliği ve yönetimi yaklaşımlarının da sorgulanmasını sağlamaktadır. Üniversite

⁶⁶ İbrahim ERDOĞAN, "Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi", Çevre & Tüketim Dergisi, 1997, Ankara, s. 46.

hastanelerinde maliyet/etkililik/fayda, verimlilik ve kalite kavramlarının irdelenmeye başlanması, şimdilik akademik düzeyde kalsa bile, sektörün geleceğini etkileyecek önemli bir gelişmedir.

Modern yönetim tekniklerinin somut uygulamalar olarak yer almasını sağlayan tarafın ise sayıları hızla artan özel hastaneler olduğu görülmektedir. Özel hastaneler, muhasebe, pazarlama ve bilgi yönetim sistemleri alanlarındaki modern teknikleri benimseyip başarıyla uygulamaktadır. Ancak aynı düzeyde bir başarıdan kalite yönetimi alanında, birkaç başarılı örnek dışında sözetmek mümkün değildir.

Hastane yönetimi ve kalite konusunda yapılan çeşitli toplantı ve yayınlarda, TKY'nin sistemli olarak uygulanması gereken bir model olmaktan çok dile getirilmesinin kuruma/kişiye prestij sağlayacağı düşünülen popüler bir kavram olarak algılandığı görülmektedir. Bu alanda çok yol aldıklarını belirten kuruluşlar ile yapılan görüşmelerde dahi uygulamaların hastalara anket yapılması ile sınırlı kaldığı anlaşılmaktadır.

Kaliteli hizmet sunumu, tüketicilerin seçme olanaklarının hızla genişlediği sağlık sektöründe tek rekabet eksenine haline gelmektedir. Daha kaliteli hizmeti sunma yarışı dışında gerek sağlık hizmeti finansmanı ile ilgili düzenlemelere uyum sağlayacak sistemlerin tasarımı gerekse de değişime açık kurumsal reflekslerin oluşturulması konularında, TKY tüm sağlık kuruluşlarımız için çok önemli bir araç olma özelliği kazanmaktadır.

D ö r d ü n c ü B ö l ü m

§.1. ÖZEL BİR HASTANEDE TKY ÖRNEĞİ

Bu tezde örnek uygulama olarak incelenen hastane Bayındır Tıp Merkezi (BTM) dir.

Bayındır Holding'e bağlı bir kuruluş olarak 1992 yılından bugüne Başkent'te tüm klinik ve laboratuvar branşlarında sağlık hizmeti sunan hastane, ülkemizde tüm çalışanlarının tam gün istihdam edildiği tek özel hastanedir⁶⁷.

154 tıbbi personel, 219 hemşire ve 269 idari personelin görev yaptığı hastanede, 1996 yılında ~90500 hastaya ayaktan tedavi uygulanırken ~10000 hasta ise yatırılarak tedavi edilmiştir. Aynı yıl içinde ~5000 ameliyat gerçekleştirilmiştir. Söz konusu tıp merkezi kalite odaklı hizmet anlayışı ile sağlık sektörümüzde dikkat çekmektedir.

BTM'nin kuruluşuyla birlikte NHSOE (National Health Services Overseas Enterprises) den iki yıl süreyle danışmanlık hizmeti sağlanarak

⁶⁷ İbrahim ERDOĞAN, "Sağlık Hiz...", 1997, s. 47- 48.

başlatılan sistemli kalite çalışmaları 1995 yılında hazırladıkları ilk TKY projesi ile yeni bir boyut kazanmıştır.

Tüm personelin katıldığı kalite eğitimleri ve personel anketi uygulamaları ile hazırlık dönemi tamamlanan proje, 1996 yılından itibaren akreditasyon standartları, hasta anketleri, kalite çemberleri ve kalite indikatör sistemi uygulamaları ile daha kapsamlı şekle getirilmiştir. Kalite odaklı kurumsal kültürün gelişmesini sağlayan uygulamalar ve gönüllü katılım ile oluşturulan kalite ekipleri, toplam kalite uygulamalarının başarıyla sürdürülmesini sağlamaktadır.

1997 yılında TS-EN-ISO 9001 Kalite Sistem Belgesi'ni alan ve TÜSİAD-KalDer ödülüne aday olan hastane “koşulsuz hasta memnuniyeti” hizmet ilkesi ile, kalite uygulamalarını sürekli geliştirmeyi hedeflemektedir.

Sağlık kuruluşlarındaki ilk çapraz fonksiyonlu kalite çemberi uygulamaları bu hastanede başlatılmıştır. Tıbbi konsültasyon, tıbbi kayıt, hasta kabul ve taburcu süreçlerinden başlatılan uygulamalar, doktor, hemşire ve idari personelin gönüllü katılımları ile sistemli olarak yaygınlaştırılmaktadır. Hastanede tüm birimlerin kalite performanslarının değerlendirilmesi amacı ile 90 temel kalite göstergesinin yer aldığı “Kalite İndikatör Sistemi” nden yararlanılmaktadır. Göstergeler ile ilgili verilerin analizi ile kurumsal standartlar oluşturulmakta ve belirlenen değişikliklerin ortadan kaldırılması amacı ile iyileştirme çalışmaları başlatılmaktadır.

ISO 9001 Standartları'ndan, BTM Kalite Sistemi'nin sürekli geliştirilmesini sağlayan bir kaynak olarak yararlanılmaktadır. Kuruluş içi kalite tetkikleri ile, tüm hizmet süreçlerinin standartlara uygunluğu denetlenmekte ve sürekli olarak iyileştirilmesi sağlanmaktadır. Sözkonusu hastane, ödül sisteminin temeli olan özdeğerlendirme yaklaşımından tüm süreçlerde yararlanarak, sağlık

hizmetleri sunumunun TKY felsefesine uygun bir şekilde sürekli olarak geliştirmeyi hedeflemektedir. Haziran 1996 tarihinden itibaren Med-Line Ekibi kurulan hastanede TKY standartları konusunda dört ana başlık incelenmektedir.

BÖLÜM 1: HASTA BAKIMI

Hastaların Değerlendirilmesi

Hastaların Tedavisi

Cerrahi ve Diğer Girişimsel işlemler

Hastaların ve Ailenin Eğitimi

BÖLÜM 2: ORGANİZASYONEL FONKSİYONLAR

Liderlik

Bilgi Yönetimi

Organizasyonel Performansın İyileştirilmesi

BÖLÜM 3: ÖNEMLİ FONKSİYONLARI OLAN YAPILAR

Tıbbi Kadro

BÖLÜM 4: ÜNİTELER

Alkolizm ve Diğer İlaç Bağımlılığı Hizmetleri

Tanısal Radyoloji Hizmetleri

Diyet Hizmetleri

Acil Servis Hizmetleri

Yönetim Organı

İnfeksiyon Kontrolü

Yönetim ve İdari Hizmetler

Nükleer Tıp Hizmetleri
Hemşirelik Bakımı
Personel Oryantasyon, Eğitim ve Öğretimi
Pataloji ve Klinik Laboratuvar Hizmetleri
Hasta Hakları
Eczane Hizmetleri
Fiziksel Rehabilitasyon Hizmetleri
Güç Kaynağı, Teknoloji ve Güvenlik Yönetimi
Radyasyon Onkolojisi Hizmetleri
Respiratuvar Bakım Hizmetleri
Sostal Çalışma Hizmetleri
Özel Bakım Üniteleri

BTM, kalite çalışmaları çerçevesinde süreçlerin genel ve özel olarak ayrı ayrı izlenmesini ve değerlendirilmesini sağlamak amacıyla, özgün bir TKY sistemi oluşturmuştur. BTM, Kalite İndikatör Sistemi (KİS), iç müşteri ve dış müşteriye yönelik hizmet süreçlerinin büyük bir bölümünü kapsamına alan, bu süreçlere ilişkin içerdiği zengin verinin yönetimine olanak veren, iyileştirme çalışmaları için yol gösteren ve yaygın katılım gerektirdiği için, kurumsal kalite kültürünün gelişimine önemli katkılarda bulunan bir sistem olarak tasarlanmıştır⁶⁸.

Sistemin tasarımı, TKY felsefe ve metodolojisine bağlı kalınarak değiştirilmiş ve işlerliği için üç ana hedef belirlenmiştir:

1-Hizmet süreçlerinin tamamını kapsayan, kurumsal kalitenin sürekli iyileştirilmesi amacıyla hizmet eden ve ölçümlenebilir parametrelerden oluşan özgün bir KİS oluşturmak.

⁶⁸ Yeşim TAŞ TÜRKÖZ, “Bayındır Tıp Merkezi Kalite İndikatör Sistemi”, Başkent Üniversitesi Sağlık Yönetiminde Devamlı Kalite İyileştirme Sempozyumu, Ankara 1997,

2-Hastane yönetiminin, makro düzeyde tüm kurumsal fonksiyonların kalite performanslarını göstergeler bazında, sürekli olarak izlemesi ve değerlendirmesini sağlamak.

3-Hastaya doğrudan ya da dolaylı olarak hizmet veren hastane tıbbi, idari ve hemşirelik birimlerinin kendi kalite performanslarını göstergeler bazında somut verilerle izlemelerini, değerlendirmelerini ve geliştirmelerini sağlamak

BTM kalite koordinatörlüğü, birim yöneticileri ve kalite gösterge sisteminin tasarımı için yetkilendirilen veri yönetimi ekibi, TKY sisteminin tasarımı aşamasında sağladıkları işbirliğiyle göstergeleri belirleyerek Kalite Konseyi'ne sunmuş ve uygulama için onay almışlardır. Uygulamaya geçirilmek üzere onaylanan tasarım sonucunda ortaya çıkan üç modül aşağıda tanımlanmaktadır:

1. Genel Kalite Göstergeleri

Kurumsal kalite performansının izlenmesi ve iyileştirilmesi amacıyla yönelik olarak belirlenen ve çeşitli aralıklarla sürekli olarak izlenen 7 göstergeden oluşmaktadır. Genel göstergelerden bazıları, birimleri ait göstergeler arasında da yer almaktadır:

- Nozokomiyal Enfeksiyon Oranı
- Hasta Memnuniyet Düzeyi
- Personel Memnuniyeti (İş doyumu) Düzeyi
- Bilimsel Araştırma / Yayın Sayısı
- Kalite Çemberi Sayısı
- Personel Eğitimi (adam-saat)
- Hemşire / Hasta Oranı

2. Birimlere Ait Kalite Göstergeleri

Üç bölümden oluşan bu modül; tıbbi servisler, hemşirelik hizmetleri ve idari servisler için ayrı ayrı belirlenen ve çeşitli aralıklarda sürekli olarak izlenen göstergeleri içermektedir. Tıbbi servisler için, uluslararası kabul gören üç kalite göstergesi belirlenmiştir. Hemşirelik hizmetleri kalite göstergeleri KİS'in oluşturulmasından önce de bu bölüm tarafından izlenmekte olan iki göstergeden oluşmakta idi. Planlama / Tasarım aşamasının en yoğun ve en uzun çalışması idari servislere ait göstergeler üzerinde gerçekleştirilmiştir. BTM'de faaliyet gösteren 15 idari birim ile yapılan ayrıntılı görüşmeler sonucunda, birbirinden bağımsız ve birimlerin sundukları hizmetin niteliğine uygun olarak, toplam 79 gösterge belirlenmiştir.

A) Tıbbi Servisler Kalite Göstergeleri:

1-Nozokomiyel İnfeksiyon Oranı

2-Yatan Hasta Mortalitesi

Dahili Hastalar

Cerrahi Hastalar

3-Planlanmayan Dönüşler

Servisten Yoğun bakım Ünitesine Dönüş

Servis / Yoğun Bakım Ünitesinden Ameliyathaneye Dönüş

B) Hemşirelik Hizmetleri Kalite Göstergeleri:

1-Hemşire / Hasta Oranları (hemşire sayısı, hasta sayısı, hasta bağımlılık düzeyi, iş yükü, bir hasta günü için gerekli saat gibi birçok değişkenin dikkate alındığı bir formülden elde edilen katsayılar ile hesaplanır)

Servisler

Yoğun Bakım

2-Hizmet Sunumunda Uygun Olmayan Olay sayısı

Yanlış İlaç	Yanlış Alan
Yanlış Zaman	Tromboflebit
Yanlış Doz	İnfiltrasyon
Yanlış Akış Hızı	Yataktan Düşme
Yanlış Hasta	Yanık

C) İdari Servisler Kalite Göstergeleri:

Aşağıda, idari servisler için belirlenen toplam 79 göstergeden bazı örnekler verilmektedir:

Ayniyat Müdürlüğü: Tıbbi sarf malzemelerinden depo stoğu sifira düşen malzeme sayısı

Bilgi İşlem Müdürlüğü: Tamamlandıktan sonra eksik ya da yanlış olarak düzeltilmek üzere geri dönen program sayısı

Eczane: Servise yanlış gittiği için geri dönen ilaç sayısı

Finansman Müdürlüğü: Hatalı düzenlenmiş fatura sayısı

Hasta Hizmetleri Müdürlüğü: Yazımı geçiken epikriz sayısı

İnsan Kaynakları Müdürlüğü: Deneme süresi içinde ayrılan personel sayısı

Planlama Müdürlüğü: Bütçe aylık kümülatif gerçekleşme yüzdesi

Satınalma Müdürlüğü: Planlanan tarihte teslim alınamayan sarf malzemesi ve demirbaş istekleri

Teknik Hizmetler Müdürlüğü: Hasta odalarındaki arıza sayısı

3. Spesifik ve Geçici Kalite Göstergeleri

Kalite çemberleri tarafından, hizmet süreçlerinin kalitesini tanımlamak, ölçmek, iyileştirmek ve sonuçları izlemek amacıyla belirlenen, çalışma konusuna odaklı geçici göstergelerdir. Kalite çemberlerinin veri toplama, analiz ve izleme süreçlerinde kullanılan göstergeler, işlevlerini tamamladıktan sonra gerektiğinde kullanılmak üzere gösterge havuzunda saklanmaktadır. Aşağıda BTM de sürmekte olan çapraz fonksiyonlu 4 kalite çemberi tarafından belirlenen spesifik göstergelerden bazı örnekler yer almaktadır:

Tıbbi Konsültasyon Hizmetleri: Danışman hekimin çağrıya cevap verme süresi

Tıbbi Kayıt ve İstatistik Sistemi: Hasta dosyalarında hasta kimlik bilgilerinin doldurulmama oranı

Hasta-Kabul Taburcu Süreci: Hasta yatışı sırasında geciken dosya sayısı

Kafeterya Hizmetleri: Yiyecek-içecek sunumu ile ilgili hasta şikayeti Sayısı

UYGULAMA:

Örnek alınan bu özel hastanede belirlenen hedeflere uygun olarak tasarlanan sistemin uygulaması “Genel Kalite İndikatörleri” için Ocak’97 de, “Birimlere Ait Kalite İndikatörleri” ve “Spesifik Kalite İndikatörleri” için de Nisan’97 de başlatılmıştır. TKY uygulama süreci, kalite koordinatörlüğü, birim yöneticileri ve BTM çalışanlarının işbirliğiyle yürütülmektedir. Kalite performansının çok parametreliliği bir sistem içinde değerlendirilerek iyileştirilmesi hedefine yönelik olarak, Kalite Koordinatörlüğü tarafından belirli aralıklarla bir değerlendirme raporu hazırlanmakta, birimlere ve hastane yönetimine sunulmaktadır.

İZLEME / DEĞERLENDİRME:

Uygulamaya paralel olarak, sistemin etkililiğini ölçmeye yönelik çalışmalar da yapılmış ve bu çalışmalar sonucunda bazı göstergeler revize edilerek sistemin daha sağlıklı hale getirilmesi sağlanmıştır. BTM kalitenin sürekli iyileştirilmesi yaklaşımı içinde, kendi kendini sürekli olarak yenileyen dinamik bir sistem olarak Kalite Gösterge Sistemini tasarlamıştır.

KARAR / STANDARDİZASYON:

BTM, Hastanenin kalite performansını sürekli olarak izlemek ve geliştirmek konusunda TKY nin etkili bir sistem olduğuna karar vermiştir. Sistemin temel yapı ve uygulamasının standardize edilmesi, ancak bunun yanında gelişmeye açık dinamik bir sistem olma özelliğinin de korunması konusunda fikir birliğine varılmıştır.

Ş.2. BTM PERSONEL MEMNUNİYETİ ÖLÇME VE DEĞERLENDİRME ÇALIŞMASI

Ankara’da hizmet vermekte olan ve olanaklar bakımından pekçok hastane ve sağlık kurumuna örnek oluşturan Bayındır Tıp Merkezi’nde (BTM) öncelikle büyük öneme sahip bir konu olan “çalışan personelin memnuniyetinin sağlanması” ve bununla ilgili ölçme-değerlendirme çalışmaları TKY’nin ilk basamağı olarak ele alınmıştır⁶⁹.

⁶⁹ Kemal ÖZGİRİN-Yeşim TAŞ, “Hastane Yönetiminde Kalite Uygulamaları ve Toplam Kalite Yönetimi Projesi Kapsamında Personel Memnuniyeti Ölçme Çalışması”, Başkent Üniversitesi Sağlık Hizmetlerinde TKY ve Performans Ölçümü Sempozyumu, Ankara 1996.

AMAÇLARI

Genel Amaçlar:

- a) BTM çalışanlarının, kendilerine hastane bünyesinde sunulan hizmetlerle ilgili bilgilendirilmesini sağlamak.
- b) Çalışanların, mevcut çalışma yaşamının çeşitli boyutlarıyla ilgili tatmin düzeylerini ölçmek.
- c) Personel memnuniyetini etkileyen faktörleri, çalışanların bakış açısıyla tespit ederek, personel memnuniyetini geliştirilmesi yönünde çalışanların önerilerini almak.
- d) Hizmet kalitesini etkileyen faktörleri, çalışanların bakış açısıyla tespit ederek, hizmet kalitesinin geliştirilmesi yönünde çalışanların önerilerini almak.
- e) Hasta memnuniyetini etkileyen faktörleri, çalışanların bakış açısıyla tespit ederek hasta memnuniyetinin artırılması yönünde çalışanların önerilerini almak.
- f) TKY uygulamaları hakkındaki düşünce, tutum ve beklentileri öğrenmek.
- g) Çalışanlara düşünce ve duygularını ifade etme zemini hazırlamak.

Özel Amaç:

TKY felsefesinin hastane içinde yaygınlaşmasını sağlamak..

HEDEFİ

Araştırma sonucunda elde edilen verilerin, istatistiksel değerlendirme teknikleri ile işlenerek TKY kapsamında gerçekleştirilen, eğitim ve iyileştirme çalışmalarına yön verebilmek amacıyla, etkin bir biçimde kullanılmasını sağlamak.

UYGULAMASI

I-Yapılandırma ve Strateji:

- a) Araştırmada kullanılan anket TKY projesi çerçevesinde çalışmalarını sürdüren anket ekibi tarafından geliştirilmiştir.
- b) Açık ve kapalı sorulardan oluşan anket, tıbbi servisler direktörlüğü, idari servisler direktörlüğü ve hemşirelik hizmetleri müdürlüğü personeli için üç ayrı formda hazırlanmıştır. Her üç anket formu da çoğunlukla ortak sorulardan oluşmakta, ancak hemşirelik hizmetleri müdürlüğü personeli için yedi ek soru ve tıbbi servisler direktörlüğü personeli için bir ek soru yer almaktadır.
- c) Anket; proje yönetimi, birim yöneticileri ve kalite uygulama grubunun onayına sunulduktan sonra uygulamaya konulmuştur.

II- Soru Alanları:

- Yiyecek içecek hizmetleri
- Personel ulaşım hizmetleri
- Otopark hizmetleri
- Temizlik hizmetleri
- Çamaşırhane hizmetleri
- Lojman hizmetleri
- İşyeri hekimliği hizmetleri
- Grup sağlık sigortası hizmetleri
- Kütüphane hizmetleri
- Sosyal aktiviteler
- Baysev çocukevi
- Çalışma ortamı

*.Isı, temizlik-düzen, teknolojik donanım, eşya-malzeme, çalışan sayısı, iş yoğunluğu, üretilen hizmet miktarı, üretilen hizmetin kalitesi, üretilen hizmetin çeşitliliği, çalışma saatleri.

*.Gündüz mesaisi dışındaki çalışma koşulları.

- *.Çalışma ortamında karşılaşılan problemler
- *.Bu sorunlar için çözüm önerileri
- *.Çalışma ortamının hoşnut edici özellikleri
- *.Birimde çalışmaktan duyulan memnuniyetin derecesi
- *.Mesleki gelişim konusunda gösterilen kişisel çaba ve bu konuda kurumdan beklentiler

*.Bilimsel etkinlikler programının yeterliliği ve geliştirilmesi yönünde öneriler

*.Hizmetiçi eğitim programlarının yeterliliği ve geliştirilmesi yönünde öneriler

*.Personel memnuniyetini etkileyen faktörler ve etkililik dereceleri

*.Hizmet kalitesini etkileyen faktörler ve etkililik dereceleri

- Çalışma Ekibi

*.Çalışma uyum ve işbirliği, çalışma hızı, zamanlama konusunda titizlik, ekibin ortak motivasyonu, ekibin problemlere çözüm üretmedeki yeterliliği, ekibin mesleki bilgi ve beceri yeterliliği, ekip içi iletişim, diğer birimler ile iletişim, mesleki gelişim çabası, ekibin sunduğu hizmetin kalitesi, ekibin genel başarısı.

*.Çalışma ekibinin geliştirilmesi gereken yönleri

*.Bu yönler konusundaki öneriler

*.Çalışma ekibinin en güçlü yönleri

- Hasta Memnuniyeti

*.Hasta memnuniyetini etkileyen faktörler ve etkililik dereceleri

*.BTM'den hizmet alan hastaların memnuniyet düzeyi

*.Hasta memnuniyetinin artırılması konusunda yapılması gereken düzenlemeler

*.Hasta eğitimine yönelik çalışmaların hasta memnuniyeti üzerindeki etkisi

- *.BTM hasta eğitimi programlarının geliştirilmesi yönündeki öneriler
- TKY Projesi
 - *.Projenin kapsam ve uygulama planı konusundaki bilgi düzeyi
 - *.Projenin BTM bünyesine getireceği tahmini yarar düzeyi
 - *.Proje konusundaki genel değerlendirme ve öneriler
- Bayındır Tıp Merkezi
 - *.BTM'nin öncelikle geliştirilmesi gereken yönleri
 - *.BTM'nin en güçlü yönleri

III- Yöntem

- Hazırlanan anketler anket ekibi üyeleri tarafından toplam 511 BTM çalışanına dağıtılarak anketin doldurulması için 15 gün süre verilmiştir
- Dağıtılan anketlerin geriye dönüşü için hazırlanan özel kutular, hastane binasının farklı merkezlerine yerleştirilmiş ve çalışanlardan doldurdukları anketleri kutulara atmaları istenmiştir
- Dağıtılan ve geri dönen anketlerin bölümlere göre dağılımı aşağıda Tablo 2'de sunulmuştur.

Tablo 2. BTM Anket Sonuçları

	Medikal	İdari	Hemşirelik	Toplam
Dağıtılan Anket	113	200	198	511
Geri Dönen Anket	87 (%77)	136 (%68)	147 (%74)	370 (%72)

IV- Değerlendirme

- Kapalı anket sorularına verilen yanıtlar bilgisayar hazır paket programı kullanılarak analiz edilmiş, açık sorulara verilen yanıtların analizi ise anket ekibi üyeleri tarafından elle kayıt yapılarak gerçekleştirilmiştir.

- Araştırma sonucunda elde edilen veriler ayrıntılı bir biçimde değerlendirilerek raporlanmış, çalışanlara sonuçlarla ilgili geribildirim verilmiştir.
- Değerlendirme sonuçları, hastanede başlatılan SKİ çalışmalarına yön vermek amacıyla kullanılan önemli bir kaynak oluşturmaktadır.
- Geçerlik ve güvenilirlik test edilmiş ölçekler ile, periyodik olarak gerçekleştirilecek olan personel memnuniyeti / iş doyumu ölçümleri bu kaynağın sürekliliğini sağlamıştır.

§.3. BTM HASTA MEMNUNİYETİ ÖLÇÜM ÇALIŞMALARI

Değişen müşteri beklentilerinin zamanında yakalanmasını ve TKY'nin bu doğrultuda geliştirilmesini esas alan kalitenin sürekli iyileştirilmesi süreci, sağlıklı ölçüm ve değerlendirme mekanizmalarının işletilmesini gerektirmektedir. Bu gereklilik, müşteri beklentilerinin; bunlara bağlı olarak durmaksızın gelişen kalite kriterlerinin ve müşteri memnuniyetinin, doğru teknikler kullanılarak izlenmesi ve değerlendirilmesi gereksinimini doğurmuştur. Müşterinin gereksinimi, beklenti ve memnuniyetine odaklı yönetim anlayışı, tüketici tatmini araştırmalarını bir pazar araştırması olmaktan çıkararak, hizmet kalitesini değerlendirme aracı haline getirmiştir⁷⁰.

Sağlık sektöründe 80'li yıllarda başlayan TKY uygulamalarında "hasta memnuniyeti", sağlık hizmeti sunumundaki kalitenin önemli bir boyutu olarak ele alınmış ve hastaların sağlık hizmeti ile ilgili geribildirimlerinin ölçümü önem kazanmıştır. Hastaların hizmet kalitesine ilişkin algı ve değerlendirmelerinin yalnızca kendi tercihlerinde değil, çevrelerindeki kişilerin tercihlerinde de rol oynadığı, hastane seçiminde, arkadaş ve yakınların tavsiyelerinin giderek daha etkili olmaya başladığı, araştırmalarla saptanmıştır. Daha da önemlisi tatmin

⁷⁰ Yeşim TAŞ TÜRKÖZ, "Bayındır Tıp Merkezi'nde Hasta Memnuniyeti Ölçüm Çalışmaları", Modern Hastane Yönetimi Dergisi, Sayı:2, Ankara, 1997.

düzeyi yüksek hastaların, hekimin tavsiye ve yönergelerine uyma, randevulara sadık kalma, verilen ilaçları kullanma ve hekim-hasta ilişkisini sürdürme eğilimlerinin, tatmin düzeyi düşük hastalara göre daha fazla olduğu tespit edilmiştir. Bu ve benzeri bulgular, hasta memnuniyeti kavramına sağlık hizmeti kalitesinin önemli bir göstergesi olma özelliğini kazandırmaktadır.

“Koşulsuz hasta memnuniyeti” ilkesi ile hizmet veren Bayındır Tıp Merkezi’nde (BTM) yürütülmekte olan TKY çalışmaları çerçevesinde, hizmet kalitesinin önemli bir göstergesi kabul edilen hasta memnuniyetini ölçmek, hasta beklenti, öneri ve geribildirimlerini öğrenmek ve kalitenin bütün hizmet süreçlerinde sürekli iyileştirilmesini sağlamak amacıyla sistematik bir çalışma süreci başlatılmıştır. Bu amaca yönelik olarak atılan ilk adım, Dünya literatüründe hasta memnuniyeti kavramının ve bu konuda yapılan araştırmaların incelenmesi olmuştur.

Araştırmalar, hasta memnuniyeti ölçüm çalışmalarının, sunulan sağlık hizmetinin kapsamına, kültürel ve çevresel değişkenlere bağlı olarak içerik ve yöntem açısından çeşitlilik gösterdiğini ortaya koymaktadır. Ancak, hekimlik ve hemşirelik hizmetleri gibi temel hizmet süreçlerine tüm ölçüm çalışmalarında yer verilmektedir. Ayrıca hastaya gösterilen ilgi ve hastayı bilgilendirme faktörlerinin de hasta memnuniyeti üzerindeki etkisi çeşitli ölçüm ve değerlendirmeli araştırmalarla kanıtlanmıştır.

BTM’de yapılan incelemelere bağlı olarak, hasta memnuniyeti ölçümü için geliştirilecek anketlerin, kurumun tüm hizmet alanlarını ve kurumca hastalara sunulan hizmet süreçlerinin tamamını kapsayacak şekilde yapılandırılmasına karar verilmiştir. Bu karar doğrultusunda BTM Poliklinikleri, Yatan Hasta ve Acil Servis bölümleri hizmet alanları olarak belirlenmiştir. Çalışan ve hasta memnuniyeti çalışmalarına odaklanmış olan BTM Analiz Ekibi, her hizmet alanı için, hastalara hizmet süreçlerinin tamamını değerlendirme

olanağı veren, özgün ölçüm araçlarını geliştirme çalışmalarını üstlenmiştir. Analiz Ekibi, gönüllülük ilkesiyle kurulmuş olan; doktor, psikolog, hemşire, diyetisyen ve idari personelden oluşan birden fazla birimli bir ekiptir. Ölçek geliştirme çalışmalarında, bilimsel yöntemlerin kullanılmasına, geliştirilen ölçeklerin objektif, ölçüm gücü yüksek, geçerlik ve güvenilirlik testlerine uygun araçlar olmasına dikkat edilmiştir. Bu ilkeler doğrultusunda Yatan Hasta, Poliklinik ve Acil Servis için ayrı ayrı ölçekler geliştirilmiştir. Geliştirilen ölçekler aşağıdaki hizmet süreçlerini kapsayan maddelerden oluşmaktadır.

*.Resepsiyon Hizmetleri

*.Hekimlik Hizmetleri

*.Hemşirelik Hizmetleri

*.Beslenme / Diyet Hizmetleri

*.Destek Hizmetler (temizlik / düzen, yiyecek-içecek servisi kalitesi, v.b.)

*.Teknik Hizmetler (ısı / havalandırma, oda donanım ve konforu, v.b.)

Araştırmalar, hasta memnuniyetinin çeşitli faktörlere bağlı olarak değişen bir olgu olduğunu ve ölçüm çalışmalarında hizmet süreçlerinin birçok farklı boyutunun ele alınması gerektiğini göstermektedir. BTM hizmet süreçlerini literatürde yer alan bulgular ışığında inceleyen Analiz Ekibi, yukarıda sıralanan hizmet süreçlerinin en önemli boyutlarını şu şekilde belirlemiştir:

- Yönlendirme
- Bilgilendirme
- İlgı ve nezaket
- Empati
- Psikososyal destek
- Hizmet hızı
- Zamanlamanın uygunluğu
- Hizmet sunanların yetkinliği

- Hizmetin ulaşılabilirliği
- Hizmetin sürekliliği / hasta takibi
- Hizmetin yeterliliği
- Tıbbi sonuçların uygunluğu
- Genel kalite

Yatan Hasta, Acil Servis ve Poliklinik için geliştirilen üç ayrı bölüm aracı da yukarıda sıralanan boyutların tamamını kapsayan maddelerden oluşmakta ve hastaya, kendisine sunulan hizmeti parçalara ayırarak değerlendirme olanağı verilmektedir. Örneğin, “*Yatan Hasta Hizmet Değerlendirme Anketi*” adı verilen ölçüm aracının, hekimlik hizmetleri sürecine ayrılmış bölümünde yer alan ilk madde şoyledir: “*Teşhis ve tedavi sürecinin başında, doktorumun beni yeterince dinlediğini ve anladığını düşünüyorum*”. Bu madde empati boyutunu içermekte ve hasta bu maddeyi, “*tamamen katılıyorum*”, “*katılıyorum*”, “*kararsızım*”, “*katılmıyorum*”, *kesinlikle katılmıyorum*” seçeneklerinden birini işaretleyerek değerlendirmektedir. lm araçları, bütün hizmet süreçlerinin, ilgili bütün boyutlarda değerlendirilmesini sağlayacak şekilde geliştirilmiştir. Atrıca hastaların yorum, öneri ve şikayetlerini belirtmeleri için de açık uçlu sorular oluşturulmuştur.

Analiz Ekibi’nin çalışmaları sonucunda tamamlanan ölçüm araçları, önce Kalite Konseyi’nin daha sonra da tüm BTM birimleri yöneticilerinin onayını aldıktan sonra Ekim 1996’da uygulamaya konulmuştur. Uygulama süreci içinde, ölçüm araçlarının geçerlik ve güvenilirlik özellikleriyle ilgili istatistiksel çalışmalar da tamamlanmıştır. Başladığı tarihten itibaren sistematik olarak yürütülen hasta memnuniyeti ölçüm çalışmalarının ayrıntılı istatistiksel analiz ve değerlendirmeleri, SPSS-PC kısaltılmış adıyla tanımlanan bir bilgisayar programıyla ve BTM Kalite Koordinatrlğu’nde yapılmakta ve aylık olarak tüm birimlere raporlanmaktadır. Elde edilen verinin etkin bir biçimde değerlendirilebilmesi için bir puanlama sistemi oluşturulmuştur. Bu sisteme

göre, her ay resepsiyon, hekimlik, hemşirelik, beslenme/diyet, destek ve teknik hizmetler gibi tüm hizmet süreçleriyle bilgilendirme, ilgi ve nezaket, hizmet hızı gibi boyutlarda 100 üzerinden bir puan elde edilmektedir. Alınan puanlar, hedeflenen puanlarla karşılaştırılmakta ve hizmet kalitesinin sürekli iyileştirilmesi çalışmalarını için yol gösterici olarak kullanılmaktadır. Hedef puanlar, gerçekleşen puanların aylara ve yıllara göre düzenli olarak artırılmasını esas alan bir yöntemle belirlenmektedir. Ayrıca hastaların düşüncelerini rahatça açıklayabilecekleri tür (açık uçlu) sorular aracılığıyla belirttikleri istek, şikayet ve öneriler veri kaybına yol açmayacak bir titizlikle listelenmekte ve ilgili platformlarda, hem düzeltici hem de önleyici faaliyetlere yön vermektedir.

Hizmet süreçlerinin bütün ayrıntılarını sorgulayan ölçüm araçları, hastalara sunulması gereken hizmetler ve hizmet sunum biçimi konusunda içerdiği ayrıntılar nedeniyle hastaların beklentilerini yönlendirme özelliğine sahiptir. Bu özellik sayesinde, hastalar için bir değerlendirme aracı olmanın yanısıra bir rehber niteliği de taşınmaktadır. BTM, hizmette mükemmellik amacına yönelik olarak gerçekleştirdiği hasta memnuniyeti ölçüm çalışmalarıyla, yalnızca hastaların hizmet kalitesiyle ilgili geribildirimlerini öğrenmeyi değil aynı zamanda hastaların kalite beklentilerini yükseltmeyi de hedeflemektedir. Bu yaklaşım, hizmet alanlarının “mükemmel”e ilişkin algılarının sürekli gelişimine, hizmet verenin bir katkısı olmaktadır. Her ne kadar mükemmel’i yakalamayı güçleştirse de ülkemiz sağlık hizmeti kalitesinde iyileşmeyi zorunlu kılan bir yaptırım oluşturma potansiyeli açısından aynı yaklaşımın sağlık sektöründeki tüm kuruluşlar tarafından paylaşılması gerekmektedir.

SONUÇ

Bu çalışmada kalite kavramı ve Toplam Kalite Yönetimi anlayışı üzerinde durularak Türkiye Hastanelerinde uygulanabilirliği incelenmiş ve bir özel hastaneden uygulama örneği verilmiştir.

Türkiye’de hastanelerin çoğunluğu devlet sektöründe yer almakta olup, tıp eğitimi görmüş ve aslında birer hekim olan “başhekimler” tarafından yönetilmektedir. Çalışanların sistem tarafından güdülenmediği ülkemizde, aynı zamanda etkin ve verimli hizmet de beklenmektedir. Ancak bunun Kamu’da sağlanamadığı da gerçektir. Bu olumsuzlukta merkeziyetçi yapının rol oynadığı düşünülmektedir. Çünkü modern hastane yönetimi, merkeziyetçi örgütlenme ve yönetimi kabul etmemektedir.

Toplam Kalite Yönetimi, yeni teknoloji ve yeni kaynak gerektirmeyen, eldeki kaynakların daha dikkatli, etkin ve verimli kullanılmasını sağlamaya yönelik bir çalışmadır. Hizmeti verenlerin “iç müşteri”, hastaların ve yakınlarının “dış müşteri” olduğu ve müşteri tatmininin sağlanması ile de kaliteli hizmete ulaşılabileceğini savunan bir yönetim yaklaşımıdır.

Ülkemizin bugünkü durumunda sağlık hizmeti sunanların sağlıklı olduklarını söylemek güçtür. Sosyal yönden tam bir iyilik halinde olmayan sağlık çalışanları, yaptıkları işten de tatmin olmamakta ve ruh sağlıkları etkilenmektedir.

Başhekimlerin yönetim konusunda hiçbir eğitimleri olamamasına rağmen yapabilecekleri pekçok şey vardır. Toplam Kalite Yönetimi Felsefesi'ni benimsemek ilk adımdır. Birer hekim olan başhekimler, çalışanlarının sağlığını düzeltmekle Toplam Kalite Yönetimi'ne enbüyük yardımı yapmış olacaklardır.

Örnek olarak sunulan hastanede tepe yöneticisi (Genel Müdür) hekim değildir. Kendisine bağlı Genel Müdür Yardımcıları (Direktörler) ile sağlık hizmetlerini yürütmektedirler. Böylece hekimler zamanlarının, ilgilerinin büyük bölümünü hastane yönetimine değil, hastalarına ayırabilmektedirler.

Önümüzdeki yıllar sağlık hizmetlerinin, bilgisayar ağı ile birbirine bağlı, kolay ulaşılabilir ve entegre sistemler ile sağlanacağı, rekabetin ve toplumsal sorumluluğun çok daha yoğun olarak yaşanacağı bir dönemi de beraberinde getirmektedir. Kaliteli hizmet sunumuna hemen başlanması halinde hastanelerimiz - uzun dönemde - sistemin daha karmaşık duruma gelmesini önleyecektir. Müşteri memnuniyetinin sağlanması, gelecekteki yapısal değişikliklerin uygulanmasını destekleyecek ve kolaylaştıracaktır.

Dileğimiz hastanelerin daha kaliteli hizmet sunmaları, çalışanları ile mutlu, hastaları ile sorunsuz birer örgüt haline gelmeleridir.

KAYNAKÇA

- AUBREY C.A. : **Teamwork: Involving People in Quality and Productivity Improvement**, Milwaukee, Wisconsin, Quality Press, 1988.
- FELKINS P.K.
- BAŞ İ. Melih : **İşletmelerde Verimlilik Denetimi –Ölçme ve Değerlendirme Modelleri-**, MPM Yayınları No:435, Ankara, 1991.
- ARTAR Ayhan
- BERKMAN Ümit : **“Hizmet Sektöründe Kalite Güvencesi Uygulamasına İlişkin Bazı Gözlemler”**, SAĞLIK SEKTÖRÜNDE TOPLAM KALİTE YÖNETİMİNİN YERİ SEMPOZYUMU, Ankara, 1995.
- BERWICK Donald M. : **“Continuous Improvement As an Ideal in Health Care”**, New England Journal of Medicine, No:320/1, 1989.

- BURATI J.L. : **“Cost of Quality Deviations in Design and Construction”**, Source Document 29, Construction Industry Institute, Austin, TX, 1987.
- FARRINGTON J.J.
- BURATI J.L. : **“Quality Management Organizations And Techniques”**JOURNAL OF CONSTRUCTION ENGINEERING AND MANAGEMENT, Vol.118, No:1, 1992.
- MATTHEWS M.F.
- KALIDINDI S.N.
- CASALOU R.F. : **“Total Quality Management in Health-Care”**, Hospital & Health Service Administration, No:36, Vol:1, 1991.
- CESTA T.G. : **“The Link Between Continuous Improvement And Case Management”**, Journal of Nursing Administration, No:23, Vol:6, 1993.
- CROSBY P.B. : **“Cutting the Cost of the Quality”**, Boston, Farnsworth Pub., 1967.
- CROSBY P.B. : **“The Eternally Succesfull Organization”**, New York, NY, McGraw-Hill, 1988.
- ÇATALCA Huriye : **“Hastane Hizmetlerinde Kalite Sağlama ve Değerleme Sistemleri ve Örnek Olaylar”**, İ.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Fakültesi İşletme Yönetimi ve Organizasyonu Anabilim Dalı Doktora Tezi, İstanbul, 1989.

- ÇORUH Mithat : **“Toplam Kalite Yönetimi Hastane Uygulamaları”**, SAĞLIK SEKTÖRÜNDE TOPLAM KALİTE YÖNETİMİNİN YERİ SEMPOZYUMU, Ankara, 1995.
- DEMING W. Edward : **“Out of the Crisis”**, Cambridge, MA, MIT, 1986.
- DEMING W. Edward : **“The New Economics For Industry, Government Education”**, Cambridge, MA, MIT, 1993.
- DERVİŞOĞLU Ayşe Akın : **“Sağlık hizmetlerinde özdeğerlendirme Yaklaşımı”**, SAĞLIK SEKTÖRÜNDE TOPLAM KALİTE YÖNETİMİNİN YERİ SEMPOZYUMU, Ankara 1995.
- KÖSELİ Arzu
- DONABEDIAN A. : **The Definition of Quality and Approaches to Its Assessment**, Ann Arbor Health Administration Press, 1980.
- ERDOĞAN İbrahim : **“Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi”**, Çevre & Tüketim Dergisi, Ankara, 1997
- EREL Erdal : **“Hizmet sektöründe kalite güvencesi tanımları, kavramları ve teknikleri”**, SAĞLIK SEKTÖRÜNDE TOPLAM KALİTE YÖNETİMİNİN YERİ SEMPOZYUMU, Ankara, 1995.

- EREN Erol : **Yönetim ve Organizasyon**, Beta Basım Yayın ve Dağıtım A.Ş., Yayın No: 401, İstanbul 1993, s.3-156, 158-167.
- FİŞEK Nusret : **Halk Sağlığına Giriş**, Hacettepe Üniv. Dünya Sağlık Örgütü Hizmet Araştırma ve Araştırmacı Yetiştirme Merkezi, Yayın No:2, 1983.
- GÖNCÜ Ahmet T. : **“KVC Servisinde Yatan Hastaların Yatış Sürelerinin Kısaltılması İçin Kalite Yönetimi Çalışması”**, SAĞLIK SEKTÖRÜNDE TOPLAM KALİTE YÖNETİMİNİN YERİ SEMPOZYUMU, Ankara, 1995
- GÜRAY Şüheda : **“Hasta Ücretlerinin Toparlanmasında Birimlerarası İşbirliği”**, SAĞLIK SEKTÖRÜNDE TOPLAM KALİTE YÖNETİMİNİN YERİ SEMPOZYUMU, Ankara, 1995.
- GÜZEL S. Harika : **“Cumhuriyet Dönemi Sağlık Yönetimi”**, SAĞLIK SEKTÖRÜNDE TOPLAM KALİTE YÖNETİMİNİN YERİ SEMPOZYUMU, Ankara, 1995.
- HEDLEY Dean : **“Measuring Service Quality And Its Relationship To Future Consumer Behavior”**, Journal of Health Care Marketing, Vol:13, 1993.
- STEPHEN Miller

- IAMI M. : **Kaizen, The Key To Japan's Competitive Success**, New York, NY, Random House, 1986.
- JOINER B. L. : **"The Quality Manager's New Job"**, Quality
SCHOLTES P.R. Program, 19 (10), 1986, pp. 52-56.
- JURAN J. M. : **Juran's Quality Control Handbook (4th ed.)**,
GYRNA F.M. New York, NY., McGraw-Hill Book Co., 1988.
- KIRK R. : **"The Big Picture – Total Quality Management And Continuous Quality Improvement"**, Journal of Nursing Administration, V.22 (4), 1992.
- KIZILTAN Gül : **"Yemekhane Hizmetlerinde Kalite Geliştirme Çalışmaları"**, SAĞLIK SEKTÖRÜNDE TOPLAM KALİTE YÖNETİMİNİN YERİ SEMPOZYUMU, Ankara, 1995.
- KIYMİR Bülent : **"Hastane Yönetiminde TÜSİAD-KalDer Toplam Kalite Ödül Modeli Uygulaması"**, Kongre'97 , İstanbul, 1997.

- KOÇAL Seçil : **“Sağlıkta Toplam Kalite Yönetiminde Başarı İçin Gerekli Kritik Faktörler”**, SAĞLIK SEKTÖRÜNDE TOPLAM KALİTE YÖNETİMİNİN YERİ SEMPOZYUMU, Ankara 1995.
- BODUR Nail
- KOÇEL Tamer : **İşletme Yöneticiliği: Yönetici Geliştirme, Organizasyon ve Davranış**, Beta Basım Yayın ve Dağıtım A.Ş., Yayın No: 405, İstanbul, 1993.
- KUPERMAN G. : **“Continuous Quality Improvement Applied to Medical Care Experiences At LDS Hospitals”**, Medical Decision Making, No: 11, 1991.
- JAMES B.
- JACOBSEN J.
- LALELİ Yahya : **“İyi Laboratuvar Pratiğinde İnternal ve Eksternal Kalite Kontrolü”**, SAĞLIK SEKTÖRÜNDE TOPLAM KALİTE YÖNETİMİNİN YERİ SEMPOZYUMU Ankara, 1995.
- MENDERES Münevver : **“Genel Sistem Kuramı ve Sağlık Sistemi, Hastane Sistemi ve Hasta Bakım Alt Sistemi”**, HACETTEPE SAĞLIK İDARESİ DERGİSİ, C.II, Ankara, 1993.
- ERSOY Korkut
- MENDERES Münevver : **Hastanelerde Maliyet Muhasebesi ve Mali Analiz**, Anadolu Üniversitesi Açıköğretim Fakültesi Yayın No: İş.İd.263, Eskişehir, 1994.

- ODABAŞI Yavuz : **Sağlık Hizmetleri Pazarlaması**, Anadolu Üniversitesi Açıköğretim Fakóltesi Yayın No: İş.İd.265, Eskişehir, 1994.
- ORME C.N.
PARSONS R.J.
McBRIDE G.Z. : **“Customer Information And The Quality Improvement Process: Developing A Customer Information System”**, Hospital Health Services Administration, V.37 (2), 1992.
- ÖZGİRİN Kemal
TAŞ Yeşim : **“Hastane Yönetiminde Kalite Uygulamaları ve Toplam Kalite Yönetimi Projesi Kapsamında Personel memnuniyeti Ölçme Çalışması”**, Başkent Üniversitesi Sağlık Hizmetlerinde TKY ve Performans Ölçümü Sempozyumu, Ankara, 1996.
- ÖZKUL Ali Ekrem : **Sağlık Sistemleri Planlama ve Kontrolü**, Anadolu Üniversitesi Açıköğretim Fakóltesi Yayın No: İş.İd.264, Eskişehir, 1994.
- PIKE J.
BARNES R. : **“TQM in Action”**, London, U.K., Chapman & Hall, 1994.
- POZANTI Süheyl : **“Sağlık Hizmetlerinde Kalite Ölçümü ve Değerlendirilmesi”**, SAğLIK SEKTÖRÜNDE TOPLAM KALİTE YÖNETİMİNİN YERİ SEMPOZYUMU Ankara, 1995.

- SARGUTAN A. Erdal : **Türk Sağlık Hizmetleri Yapı ve Ürünlerinin İyileştirilmesi**, Hacettepe Üniversitesi Sağlık İdaresi Yüksek Okulu, Ankara, 1993.
- SARVAN Fulya : **“Gelişmiş Ülkelerde ve Türkiye’de Sağlık Hizmetleri Yöneticiliği Meslek ve Eğitimi”**, Anadolu Üniversitesi Açıköğretim Fakültesi Dergisi, C.I, S. 1, Eskişehir, 1994.
- SARVAN Fulya : **“Sağlık Hizmetlerinde Sürekli Kalite İyileştirme Sürecinin Yönetimi”**, İ.Ü. İŞLETME FAK. DERGİSİ, C:24, S:2, Kasım 1995.
- BERK S. Oğuz
- SCHMIDT W. H. : **“TQ Manager: A Practical Guide For Managing in a Total Quality Organization”**, New York, NY, Jossey-Bass, 1993.
- SEÇİM Hikmet : **“Hastanelerde İşgören Verimliliğini Yükseltici Bir Uygulama Olarak Kalite Çemberleri”**, Anadolu Üniversitesi Yayın No: 393, İİBF Yayın No: 84, s.191 – 209, Eskişehir, 1990.
- SEÇİM Hikmet : **Hastane Yönetim ve Organizasyonu: Türkiye’de Hastanelerin Organizasyonu İçin Bir Model Önerisi**, İ.Ü. İşletme Fakültesi Yayın No:252, İşletme İktisadı Enstitüsü yayın No:145, İstanbul, 1991.

- SEÇİM Hikmet : **Hastanelerde Halkla İlişkiler**, Anadolu Üniversitesi, Yayın No: 765, Açıköğretim Fakültesi Yayın No: 388, 70 s., Eskişehir, 1994.
- SEÇİM Hikmet : **Hastane İşletmeciliği: Seçme Yazılar**, Anadolu Üniversitesi Yayın No:845, Açıköğretim Fakültesi yayın No: 449, Eskişehir, 1995.
- SEPULVEDA Caudio : **“Sağlıkla İlgili Temel Hizmetlerin Yönetiminde Kalite Arayışı - Esaslar”**, SAĞLIK SEKTÖRÜNDE TOPLAM KALİTE YÖNETİMİNİN YERİ SEMPOZYUMU, Ankara, 1995.
- SHEWART W. : **Economic Control of Quality of Manufactured Products**, New York, NY, Van Nostrand, 1931.
- SÖZBİLİR Halim : **Hastanelerde Etkinliği Artırmada Yönetime Yardımcı Bir Araç Olarak Maliyet Bilgilerinin Kullanılması ve Afyon’da Bir Örnek Olay Çalışması**, Anadolu Üniversitesi Yayını No:135, İktisadi İdari Bilimler Fakültesi Yayın No:33, Eskişehir, 1986.
- TAŞ TÜRKÖZ Yeşim : **“Bayındır Tıp Merkezinde Hasta Memnuniyeti Ölçüm Çalışmaları”**, Modern Hastane Yönetimi Dergisi, Sayı:2, Ankara, 1997.

- TAŞ TÜRKÖZ Yeşim : **“Bayındır Tıp Merkezi Kalite İndikatör Sistemi”**, Başkent Üniversitesi Sağlık Yönetiminde Devamlı Kalite İyileştirme Sempozyumu, Ankara, 1997.
- TOBIN L.M. : **“The New Quality Netscape: Total Quality Management”**, Journal of Systems Management, No:41, Vol:11, 1990.
- TÜRKSOY Ülker
DUR Yüksel
EMRE Kadriye : **“Sağlık Merkezi Kalite Geliştirme Çalışmaları”**, SAĞLIK SEKTÖRÜNDE TOPLAM KALİTE YÖNETİMİNİN YERİ SEMPOZYUMU, Ankara, 1995.
- ÜSTEL İsmail : **“Gittikçe Yerine Oturan Bir Kavram: Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi”**, SAĞLIK SEKTÖRÜNDE TOPLAM KALİTE YÖNETİMİNİN YERİ SEMPOZYUMU, Ankara, 1995.
- VUORI H.V. : **“Quality Assurance of Health Services”**, Copenhagen WHO Regional Office for Europe, 1982.
- ZORLUTUNA Yaman : **“Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi”**, Kongre’97, İstanbul, 1997.

- : **SAĞLIK ENFORMASYON SİSTEMİ
PLANLAMA ÇALIŞMASI**, 2001 Üçüncü
Bin Yıla Hazırlanıyoruz, T.C. Sağlık Bakanlığı
Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, Ankara,
Nisan 1993.
- : **SSK SAĞLIK TESİSLERİ PERSONELİ
EĞİTİM NOTU (I. GRUP)**, Sağlık
Personeli, Varol Matbaası, SSK Gn. Md.lük
Yayın No: 315, Ankara, 1979.
- : **GENEL SAĞLIK SİGORTASI İLE
İLGİLİ ÇALIŞMALAR**, T.C. Sağlık
Bakanlığı Yayın Broşürü, Ankara, 6 Şubat
1990.
- : **SAĞLIK HİZMETLERİNDE MUVCUT
DURUM**, T.C. SSBYB Yayını, Ankara, 1992.