

**DEVLET HASTANELERİNDE
TOPLAM KALİTE YÖNETİMİ UYGULAMASI
(UŞAK DEVLET HASTANESİ ÖRNEĞİ)**

Emel YUSUFOĞLU

Yüksek Lisans Tezi

Danışman: Yrd.Doç.Dr. Çetin BEKTAŞ

Afyonkarahisar

2008

**DEVLET HASTANELERİNDE
TOPLAM KALİTE YÖNETİMİ UYGULAMASI
(UŞAK DEVLET HASTANESİ ÖRNEĞİ)**

Emel YUSUFOĞLU

Yüksek Lisans Tezi

İşletme Anabilim Dalı

Danışman: Yrd. Doç. Dr. Çetin BEKTAŞ

Afyon Kocatepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü

Temmuz 2008

Afyonkarahisar

TEZ JÜRİSİ VE ENSTİTÜ MÜDÜRLÜĞÜ ONAYI

İmza

Tez Danışmanı :Yrd.Doç.Dr. Çetin BEKTAŞ

.....

Jüri Üyeleri :

.....

.....

Emel YUSUFOĞLU'nun "Devlet Hastanelerinde Toplam Kalite Yönetimi Uygulamaları Ve Uşak 1 Eylül Devlet Hastanesi Örneği" başlıklı tezini değerlendirmek üzere/..../..... tarihinde, yukarıdaki jüri tarafından Lisansüstü Eğitim Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca, İşletme Anabilim Dalında, Yüksek Lisans Yeterlilik tezi olarak kabul edilmiştir.

Enstitü Müdürü

YÜKSEK LİSANS TEZ ÖZETİ

DEVLET HASTANELERİNDE TOPLAM KALİTE YÖNETİMİ UYGULAMASI (UŞAK DEVLET HASTANESİ ÖRNEĞİ)

Emel YUSUFOĞLU

İşletme Anabilim Dalı
Afyon Kocatepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü

Temmuz 2008

Danışman: Yrd. Doç. Dr. Çetin BEKTAŞ

İletişim teknolojisinin gelişmesiyle birlikte globalleşen dünyada her alanda yoğun bir rekabet yaşanmaktadır. En kaliteli, en hızlı, en ekonomik üretim ve hizmet, yarışı kazanabilmektedir. Toplam kalite yönetimi bir felsefe olarak işletmelere kaliteli üretim ve hizmet sunumunda yol gösterici olmaktadır.

Bu çalışmanın ilk bölümünde; toplam kalite yönetiminin gelişimi, ISO-9000 ve akreditasyon konusunda bilgiler verilmiştir. İkinci bölümde; hastanelerde toplam kalite yönetimi ve uygulamalarda karşılaşılan engeller üzerinde durulmuştur. Üçüncü bölümde toplam kalite yönetiminin sağlık politikası olarak gelişimi anlatılmıştır. Dördüncü bölümde, Uşak 1 Eylül Devlet Hastanesi'nde toplam kalite yönetimi uygulamalarında karşılaşılan engelleri ortaya koyan anket çalışması ve bu engelleri ortadan kaldırmak için çözüm önerileri yer almaktadır.

Anahtar Kelimeler: Toplam Kalite Yönetimi, Devlet Hastaneleri.

ABSTRACT**APPLICATIONS OF TOTAL QUALITY MANAGEMENT AT
STATE HOSPITALS (UŞAK STATE HOSPITAL CASE)**

Emel YUSUFOĞLU
Department of Management

Afyon Kocatepe Üniversitesi, The Institute of Social Sciences

July 2008

Advisor: Assistant Prof. Çetin BEKTAŞ

The improvement of telecommunication technologies and globalization all around the world have caused an intensive competition in all fields. The most quality, fastest and most economic production and service seem to have won this race. Total Quality Management (T.Q.M.) as a concept guides the organization to a quality production and service.

The first part of this study includes information about the proceedings of T.Q.M., ISO-9000 and accreditation, the second part discusses the difficulties met in hospitals and administrations. In the third part of this study T.Q.M. is discussed as a health policy. Forth part contains a statistical study about the problems met in 1 Eylül State Hospital and some remedies to these problems.

Key Words: Total Quality Management, State Hospitals.

ÖZGEÇMİŞ

Emel YUSUFOĞLU
İşletme Anabilim Dalı
Yüksek Lisans

Eğitim

Lisans: 1999 Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi

Lise: 1988 Ankara Yenimahalle Mustafa Kemal Lisesi, Fen Bölümü

İş/istihdam

2007-.....: Kırşehir Kaman Devlet Hastanesi

2004-2007: Uşak 1 Nolu Acil Sağlık Hizmetleri İstasyonu

2002-2004: Kırklareli Babaeski Devlet hastanesi

2001-2002: Konya Yalılıyük Merkez Sağlık Ocağı

1999-2001: Karaman Merkez Bayır Sağlık Ocağı

Kişisel Bilgiler

Doğum Yeri ve Yılı: Konya Bozkır, 25 Şubat 1971

Yabancı Dil

İngilizce

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
TEZ JÜRİSİ VE ENSTİTÜ MÜDÜRLÜĞÜ ONAYI.....	iii
ÖZET.....	iv
ABSTRACT.....	v
ÖZGEÇMİŞ.....	vi
İÇİNDEKİLER.....	vii
TABLolar LİSTESİ.....	x
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	xi
KISALTMALAR.....	xii
GİRİŞ.....	13

BİRİCİ BÖLÜM

TOPLAM KALİTE YÖNETİMİNE GENEL BİR YAKLAŞIM

I. KALİTE KAVRAMI.....	15
II. KALİTENİN TARİHSEL GELİŞİMİ.....	17
III. TOPLAM KALİTE YÖNETİMİNİN TANIMI.....	18
IV. TOPLAM KALİTE YÖNETİMİNİN GELİŞİMİ.....	19
A) SAĞLIK HİZMETLERİNDE KALİTE İYİLEŞTİRMENİN TARİHÇESİ.....	19
B) TOPLAM KALİTENİN GELİŞMESİNE KATKIDA BULUNANLAR.....	22
V. TOPLAM KALİTE YÖNETİMİNİN BAŞLICA ÖZELLİKLERİ VE AMAÇLARI.....	27
VI. TKY'Nİ OLUŞTURAN TEMEL İLKELER.....	28
VII. TKY'NİN HAYATA GEÇİRİLMESİ ve KALİTE ÇEMBERLERİ.....	28
VIII. KALİTE YÖNETİMİNİN EKONOMİK YÖNÜ.....	29
IX. TKY'DE KULLANILAN BAZI KALİTE GÜVENCE SİSTEMLERİ.....	30
A) AKREDİTASYON.....	31
B) ISO 9000.....	33

II. BÖLÜM

SAĞLIK KURUMLARINDA TOPLAM KALİTE YÖNETİMİ UYGULAMASI

I. SAĞLIK KURUMLARININ ÖZELLİKLERİ.....	37
II. SAĞLIK KURUMLARINDA KALİTE YÖNETİMİ.....	38
A) KALİTE KAVRAMI.....	38
B) SAĞLIK HİZMETLERİNDE KALİTEYİ ETKİLEYEN FAKTÖRLER.....	41
C) SAĞLIK KURUMLARINDA TOPLAM KALİTE YÖNETİMİ.....	43
D) TKY'NİN İLKELERİ.....	44
III. SAĞLIK KURUMLARINDA MÜŞTERİ TATMİNİ.....	49
A) SAĞLIK KURUMLARINDA MÜŞTERİ KAVRAMI.....	49
B) MÜŞTERİ TATMİNİ.....	50
C) HASTA TATMİNİNİN ÖNEMİ.....	51
D) HASTA TATMİNİNİN ETKİLEYEN FAKTÖRLER.....	54
V) TKY'NİN SAĞLIK HİZMETLERİNE KATKISI.....	58

VI. TOPLAM KALİTE YÖNETİMİ UYGULAMASINI ENGELLEYEN FAKTÖRLER	63
A) TKY HAKKINDA BAZI YANLIŞ DEĞERLENDİRMELER	65
B) ÜST YÖNETİMDEN KAYNAKLANABİLECEK ENGELLER.....	67
C) ORTA DÜZEY YÖNETİCİLERDEN KAYNAKLANABİLECEK ENGELLER	71
D) ÇALIŞANLARDAN KAYNAKLANABİLECEK ENGELLER.....	71
E) SENDİKALARDAN KAYNAKLANABİLECEK ENGELLER.....	74
F) DOKTORLARDAN KAYNAKLANABİLECEK ENGELLER.....	75
G) GENEL ENGELLER.....	76

III. BÖLÜM

T.K.Y.'NİN SAĞLIK POLİTİKASI OLARAK GELİŞİMİ ve

BU KONUDA YAPILAN ÇALIŞMALAR

I. SAĞLIK POLİTİKASININ GELİŞİM SÜRECİ	78
A) 1920–1938 DÖNEMİ.....	78
B) 1938–1960 Dönemi	79
C) 1961–1980 Dönemi	80
D) 1980 ve Sonrası Dönem	80
II. SAĞLIK POLİTİKASINDA T.K.Y.'NİN BENİMSENMESİ	81
III. AVRUPA BİRLİĞİ MÜZAKERELERİ SÜRECİNDE TÜRK SAĞLIK SEKTÖRÜ	84
IV. AB'DE SAĞLIK POLİTİKASININ İLKELERİ VE TÜRK SAĞLIK POLİTİKASININ UYUMLAŞTIRILMASI.....	85
A) FELSEFİK İLKELER.....	86
B) SAĞLIK BAKIM İLKELERİ.....	87
C) SAĞLIK HİZMETLERİNİN/ ÖRGÜTÜNÜN İLKELERİ.....	88
D) KORUYUCU HİZMET İLKELERİ.....	89
E) ORTAK PROGRAMLAR	90
V. AVRUPA BİRLİĞİ ÜLKELERİNDE SAĞLIK HİZMETLERİ ALANINDA TOPLAM KALİTE YÖNETİMİ UYGULAMALARI	92
VI. T.K.Y.'NİN SAĞLIK BAKANLIĞI TARAFINDAN UYGULANMASI	97

IV. BÖLÜM

DEVLET HASTANELERİNDE TOPLAM KALİTE YÖNETİMİ UYGULAMASI

(UŞAK DEVLET HASTANESİ ÖRNEĞİ)

I. ARAŞTIRMANIN AMACI:	101
II. ARAŞTIRMANIN KAPSAMI:	101
III. METODOLOJİ ve YAKLAŞIM:	101
IV. ARAŞTIRMA BULGULARI:.....	102
A) HASTANEYLE İLGİLİ GENEL BİLGİLER.....	102

B) FİZİKSEL KOŞULLARDAN ve EKİPMANDAN KAYNAKLANAN ENGELLER	104
C) ÜST YÖNETİMDEN KAYNAKLANDIĞI DÜŞÜNÜLEN ENGELLER	108
D) ÇALIŞMA ŞARTLARINDAN KAYNAKLANAN ENGELLER	111
E) PERSONEL MOTİVASYONU ve ALGISIYLA İLGİLİ ENGELLER	112
F) TKY FELSEFESİNE KATILIMIN YETERLİ OLMAMASINDAN KAYNAKLANAN ENGELLER.....	117
V. GENEL DEĞERLENDİRME	123
SONUÇ ve ÖNERİLER.....	127
KAYNAKÇA	131

TABLOLAR LİSTESİ

	Sayfa
Tablo 2.1. Sağlık kurumlarında İç Ve Dış Müşteriler.....	50
Tablo 4.1. “TKY’nin Kamu Hastanelerinde Uygulanmaya Elverişli Olmaması” Önermesine Verilen Cevaplar	104
Tablo 4.2. “Hastanede Gelişmiş İstatistik Sisteminin Bulunmaması” Önermesine Verilen Cevaplar	105
Tablo 4.3. “Tıbbi Cihaz Ve Teçhizat Yetersizliği” Önermesine Verilen Cevaplar	106
Tablo 4.4. “Ülkemizde Kaliteli Hizmet Sunum Standartlarının Bulunmaması” Önermesine Verilen Cevaplar	107
Tablo 4.5. “Finansmanın Yeterli Olmaması” Önermesine Verilen Cevaplar	107
Tablo 4.6. “Üst Yönetimin TKY Konusunda İsteksiz Davranması” Önermesine Verilen Cevaplar	108
Tablo 4.7. “Üst Yönetim İle Personel Arasındaki İletişim Eksikliği” Önermesine Verilen Cevaplar	109
Tablo 4.8. “Üst Yönetimin Baskısı İle Gerçekleştirilmek İstenmesi” Önermesine Verilen Cevaplar	110
Tablo 4.9. “Hastanelerin Profesyonel Yöneticiler Tarafından Yönetilmemesi” Önermesine Verilen Cevaplar	110
Tablo 4.10. “Personelin Sayıca Yetersiz Olması” Önermesine Verilen Cevaplar	111
Tablo 4.11. “Personelin İş Yükünü Artırması” Önermesine Verilen Cevaplar	112
Tablo 4.12. “Personelin TKY Konusunda Yeterince Eğitiminin Olmaması” Önermesine Verilen Cevaplar	112
Tablo 4.13. “ Personeli Motive Edecek Ödüllendirme Sisteminin Olmaması” Önermesine Verilen Cevaplar	113
Tablo 4.14. “Toplam Kalite Yönetiminin Zaman Kaybı Olarak Görülmesi” Önermesine Verilen Cevaplar	114
Tablo 4.15. “Kırtasiyeciliği Artırması” Önermesine Verilen Cevaplar	115
Tablo 4.16. “Kısa Dönemde Sonuca Ulaşılmak İstenmesi” Önermesine Verilen Cevaplar	115
Tablo 4.17. “Personelin TKY Çalışmaları İle Birlikte Kendini Sıkı Denetime Alınmış Gibi Hissetmesi” Önermesine Verilen Cevaplar.....	116
Tablo 4.18. “Doktorların Katılımının Sağlanamaması” Önermesine Verilen Cevaplar	117
Tablo 4.19. “Diğer Personelin Katılımının Sağlanamaması” Önermesine Verilen Cevaplar	118
Tablo 4.20. “Personelin TKY’ne Yeterince İlgi Göstermemesi” Önermesine Verilen Cevaplar	119
Tablo 4.21. “Mevcut Yönetim Yapısının Katılıma Uygun Olmaması” Önermesine Verilen Cevaplar	120
Tablo 4.22. “Farklı Kültür Yapısındaki Bireylerin Birlikte Hizmet Vermesi” Önermesine Verilen Cevaplar	121
Tablo 4.23. “Ekip Çalışması Eksikliği” Önermesine Verilen Cevaplar	121

ŞEKİLLER LİSTESİ

	Sayfa
Şekil 1.1 Shewhart Döngüsü	11
Şekil 2.1 Sağlık Hizmeti Kalitesinin Belirleyicileri.....	28

KISALTMALAR LİSTESİ

- AB : Avrupa Birliği
ABD : Amerika Birleşik Devletleri
ACS : Amerikan Cerrahlar Okulu
AET : Avrupa Ekonomik Topluluğu
AKÇT : Avrupa Kömür ve Çelik Topluluğu
EURATOM: Avrupa Atom Topluluğu
ISO : Uluslararası Standartlar Organizasyonu
JCAHO : Sağlık Organizasyonları İçin Amerikan Birleşik Akreditasyon Komisyonu
JIS : Japon Sanayi Standartları Komitesi
KKÇ : Kalite Kontrol Çemberleri
PUKÖ : Planla Uygula Kontrol (Et) Önlem (Al)
SDP : Sağlıkta Dönüşüm Programı
TKY : Toplam Kalite Yönetim
TSE : Türk Standartları Enstitüsü
TÜSİAD : Türk Sanayici İş Adamları Derneği

GİRİŞ

İletişim ve teknolojideki gelişmeler küreselleşmeyi, küreselleşme de güçlü değişimlerle birlikte rekabeti artırmıştır. Bu rekabet ortamında kazananlar en iyi ve kaliteli üretimi en ekonomik yoldan yapabilen işletmeler olmuştur. Rekabet güçlerini artırma yöntemlerini arayan işletmeler toplam kalite yönetimi çalışmalarına ağırlık vermişlerdir.

TKY, 19. yüzyıldan 20. yüzyıla kadar evrimleşerek gelen, çağdaş yönetim yaklaşımlarını içinde barındıran bir yönetim felsefesi, insan odaklı, kalitesizliği sistemde arayan, hatalardan yönetimi sorumlu tutan, verilerle düşünmeye ve karar vermeye, sürekli iyileştirmeye odaklanan, katılımı esas alan, sonuçlar yerine süreçlere önem veren bir yönetim tarzıdır.

Bireylerin satın alma güçlerinin artması, tedavi kurumları arasında rekabetin artması, sağlık hizmetlerinde kaliteli bakım isteğinin yaygınlaşması, kalite-maliyet çelişkisinde çözüm arayışları ve sağlık hizmetlerinin verimli hale getirilmek istenmesi gibi sebeplerle sağlık sektörü, üretim sektörünün başarıyla kullandığı TKY'ne yönelmiştir.

Sağlık hizmetlerinde TKY uygulamaları ile hasta istek ve beklentilerine önem verilen insan odaklı bir yönetim anlayışı hâkim olmuştur. Ekip çalışması ve uzlaşmaya dayalı karar verme sistemini getiren TKY, hataları kaynağında bulup önleyen sıfır hatalı hizmet sunumuyla hastalara daha kaliteli ve daha ekonomik sağlık hizmetinin verilmesini sağlamıştır. Sürekli eğitimlerle gelişen sağlık çalışanları, süreç kontrol tekniklerini iş yaşantısına uygulayarak kendi kendini denetleyen bireyler haline gelmiştir. TKY ile yönetici ve çalışanlar arasındaki ilişkiler gelişmiş, işbirliği artmıştır. Yöneticiler çalışanlara destek ve yardım sağlayan liderlere dönüşmüş, emir ve talimatlarla yönetimin yerini yetki devretme, güven ve karşılıklı işbirliğine dayalı yönetim anlayışı almıştır.

Avrupa Birliği'nin sağlık politikaları arasında yer alan TKY anlayışı, Türkiye'de de Sağlıkta Dönüşüm Projesi çerçevesinde sağlık politikası olarak benimsenmiştir. Kıt kaynaklara sahip Türkiye'nin gelişme yolunda kullanabileceği en değerli üretim faktörü

insandır. Hastanelerde TKY'nin uygulanması ile sistemli bir şekilde gelişen ve düşünen sağlık çalışanları, sürekli gelişme yolunda bir sinerji oluşturacaklar, sadece sağlık bakım hizmetlerinin iyileşmesine değil, ülkenin kalkınmasına da katkıda bulunacaklardır.

Bu çalışmanın birinci bölümünde TKY ile ilgili bilgiler verilmiştir. İkinci bölümde hastanelerde TKY uygulamaları sırasında karşılaşılan engeller üzerinde durulmuş, TKY'nin uygulanmasıyla sağlık alanında elde edilen başarılarından bahsedilmiştir. Üçüncü bölümde Türkiye'de TKY'nin sağlık politikası olarak gelişimi ve bunun Avrupa Birliği Sağlık Politikaları ile olan ilişkisine değinilmiş, Avrupa Ülkelerinde sağlık alanındaki TKY uygulamalarına örnekler verilmiştir. Dördüncü bölümde ise Uşak 1 Eylül Devlet Hastanesi'nde TKY uygulamaları sırasında karşılaşılan engelleri tespit etmek için yapılan anket çalışması ve bu çalışmanın sonunda bulunan sorunlara getirilen çözüm önerileri yer almaktadır.

BİRİCİ BÖLÜM

TOPLAM KALİTE YÖNETİMİNE GENEL BİR YAKLAŞIM

İletişim ve teknolojiye meydana gelen gelişmeler dünyayı adeta tek bir kültür, tek bir pazar ve tek bir ekonomik sistem haline getirmiştir. İşletmeler artık sadece kendi ülke sınırları içinde değil, globalleşme ile birlikte diğer ülkelerle de rekabet etmek zorunda kalmıştır. Rekabetin acımasız bir şekilde hüküm sürdüğü bu ortamda ayakta kalmayı başaranlarsa ancak kaliteli mal ve hizmeti üretebilen işletmeler olmuştur.

Kaliteyi sağlamak sistemli bir çalışmayı ve özel bir kalite kültürünü gerektirir. Bir işletmede kaliteli mal ve hizmet üretmek, kaliteyi bir yaşam felsefesi haline getirmek, bu konunun üzerine titreyen üst kademe yönetimiyle mümkündür. Yönetimin liderliğinde ve tüm çalışanların katılımının sağlandığı, sürekli iyileşme ve gelişmenin bir tutkuya dönüştüğü, hem üretici hem de tüketici olan insanın en iyiye layık olduğu bilincinin her an yaşatıldığı bu anlayışa toplam kalite yönetimi denilmektedir.

Toplam kalite yönetimi, işletme faaliyetlerine yön veren kavramlardan birisidir. 1950 ve 1960'lı yıllarda P. Crosby, E. Deming, A. Feigenbaum, J. Juran ve K. Ishkawa gibi kalite konusunda çalışmalar yapan kişilerin fikirleri ile küreselleşme kavramı bütünleşmiştir. Bu bütünleşme müşteri tatmini için en iyinin, en doğru, en ekonomik ve tam zamanında üretimin sağlanmasını hedefleyen, rekabette bir adım önde olmaları için işletmelere yol gösteren bir kavram olan toplam kalite yönetimini ortaya çıkarmıştır (Koçel, 2003: 378).

I. KALİTE KAVRAMI

İşletmeler arasında yoğun bir rekabetin olduğu dünyada, üretim ve hizmetlerde üretim fazlası vardır, yapılan çalışmaların çoğu verimlilik artışına yöneliktir, verimlilik ise kendi başına firmalara rekabeti kazandırmamıştır. Rekabet gücü kazanabilmek için hedef kalite olmalıdır (Efil, 2006: 2).

Türkçede, kalite denildiğinde önce pahalı kelimesi anlaşılmaktadır. Kaliteli bir ürün denildiği zaman genellikle maliyetleri yüksek, lüks, az bulunan, üstün nitelikte, pahalı olan herhangi bir mal ya da hizmet akla gelmektedir. Kaliteyi her zaman

maliyetler ve fiyatlar ile bütünleştirerek genelleme yapmak yanlış sonuçlara götürebilir. Çünkü kalite her zaman fiyat ile bağdaştırılmaz (Acuner, 2004: 9).

Herkesin genel olarak uzlaşabileceği bir kalite tanımı yapmak neredeyse olanaksızdır. Değişik kalite tanımları yapılması kalitenin çok boyutlu olmasından kaynaklanmaktadır. Kaliteyle ilgili boyutlar şu şekilde ifade edilmektedir (Bozkurt, 2003: 13), (Efil, 2006: 2).

- Kalite bir mal ya da hizmetin tüketicinin isteklerine uygunluk derecesidir (Avrupa Kalite Organizasyonu).
- Kalite müşterinin tatminidir. Ürün veya hizmetlerin ne kadar iyi olduğu konusundaki son kararın verdiği memnunluktur.
- Kalite verimliliklidir. İşlerini yapabilmek için eğitimden geçen, ihtiyaç duyduğu araç gereç ve talimatlarla desteklenen personelden elde edilir.
- Kalite esnekliktir. Talepleri karşılayabilmek için değişmeyi göze almak ve bu konuda istekli olmaktır.
- Kalite etkili olmaktır. İşleri çabuk ve doğru olarak yapmaktır.
- Kalite bir programa uymaktır. İşleri zamanında yapmaktır.
- Kalite bir süreçtir. Süregelen bir gelişmeyi kapsar.
- Kalite bir yatırımdır. Uzun dönemde bir işi ilk defada doğru olarak yapmak, hatayı sonradan düzeltmekten daha ucuzdur.
- Kalite iyileştirilebilecek bir şeydir.
- Kalite kusursuzluk arayışına sistemli bir yaklaşımdır.
- Kalite kullanıma uygunluktur (Dr. J. M. Juran).
- Kalite şartlara uygunluktur (P. B. Crosby).
- Kalite bir ürün veya hizmetin belirlenen ya da olabilecek ihtiyaçları karşılama kabiliyetine dayanan özelliklerin toplamıdır (TS-ISO 9005).
- Kalite ürün veya hizmeti ekonomik bir yoldan üreten ve tüketici isteklerine cevap veren bir üretim sistemidir (JIS- Japon Sanayi Standartları Komitesi).

- Kalite kontrol uygulamak, en ekonomik, en kullanışlı ve tüketiciyi daima tatmin eden kaliteli ürün geliştirmek, tasarımı yapmak, üretmek ve satış sonrası hizmetleri vermektir (Dr. Kaoru Ishikawa)

II. KALİTENİN TARİHSEL GELİŞİMİ

Kalite kavramı insanların var oluşundan beri önemini korumuş bir kavramdır. Sanayi devrimine kadar üretici ve tüketici her zaman yüz yüze ilişkiler içindeydi, ancak seçim gözle muayene ve iyi olanı seçip alma şeklinde tüketiciler tarafından yapılıyordu. Bu dönemde seçimler ustanın becerisine göre yapıldığı için kalite tamamen ustaların elindeydi. Daha sonraları loncaların etkisi ile bir takım standartlar oluşturuldu. Çalışma koşullarından ücretlerin belirlenmesine, hammaddeden bitmiş ürüne kadar kaliteyi belirler hale geldi. 1900'lerin başında modern fabrika kavramı ortaya çıktı. Benzer işi yapan işçilerin başına ustabaşılar getirilerek işin kalitesinden sorumlu tutuldular. Sanayi devriminin gerçekleşmesi ile kalite anlayışında bazı değişimler oldu. 1930'lu yıllarda kaliteden sorumlu muayene bölümleri oluşturularak iyi ürünleri kötülerden ayırarak müşteriye kalitesiz ürünün gitmesine engel olmak amaçlandı. II. Dünya Savaşı yıllarında üretim miktarındaki artışa bağlı olarak istatistik kalite kontrol teknikleri geliştirildi. 1950'lerin sonlarında kalite kontrol bölümleri oluşturuldu. 1960'lı yıllarda Japonya'da toplam kalite kontrol düşüncesi ortaya çıktı. Kalite güvencesi, kalite yönetimi, kalite denetimi ve kalite sistemi gibi konular da 1980'li yılların sonlarından günümüze kadar gelen ve önemini yitirmeyen konular arasında yer almaktadır (Koparal, 1997: 318).

ABD'de kalite kontrolü ve istatistiksel tekniklerin gelişmesine katkıda bulunmuş olan uzmanlar, bu tekniklerin işletmelerin tüm faaliyetlerinde uygulanması ve kaliteyle ilgili sorumlulukların işletmelerin tüm bölümlerinde üstlenilmesi görüşündeydiler. Savaş sonrası Japonya ise aynı tarihlerde çok zor durumdaydı. Japonya o yıllarda mallarının kalitesizliğiyle biliniyor ve "Japon Tapon" şeklinde bir ifadeyle alay ediliyordu (Efil, 2006: 22, 56).

Telekomünikasyon sisteminin çok kötü durumda olduğunu gören Amerikan işgal kuvvetleri komutanlığı, Japonlara, Amerika'dan kalite uzmanlarının yardımını almalarını önerdiler. Böylece uzmanlar Amerika'da fazla itibar görmeyen görüşlerini

Japonlara aktarma fırsatı buldular. Uzmanların, 1950'li yıllarda Toplam Kalite Kontrolü ve Toplam Kalite Yönetimi adını verdikleri bu görüşler Japonlarca benimsenmiş ve geliştirilmiştir. Japonlar, kaliteyi müşteriye bir söz vermek olarak tanımlamış ve bu sözün yerine getirilebilmesi için bizzat işçiler tarafından da verilmesi gerektiğinin farkına varmışlardır. 1962 yılında Kauro Ishikawa'nın başlattığı işçi eğitimleri ve "Kalite Kontrol Çemberleri" çalışmaları bu görüşten olumlu yönde etkilenmiştir. Sonuç o denli başarılı olmuştur ki Japonlar dünya ticaretinde hızla yer almaya başlamışlardır. 1960'larda optik, 1970'li yıllarda elektronik, 1980'li yıllarda otomotiv sektöründe dünya liderliğini ele geçirmişlerdir. 20 yılda ihracatlarını 20 kat artırarak 300 milyar dolar seviyesine getirmişlerdir. Bugün de diğer alanlarda dünyadaki rakiplerini zorlamaktadırlar (Efil, 2006: 22).

III. TOPLAM KALİTE YÖNETİMİNİN TANIMI

TKY, uzun vadede müşterinin tatmin olmasını, başarmayı, kendi personeli ve toplum için avantajlar elde etmeyi amaçlayan, kalite üzerinde yoğunlaşmış ve tüm personelin katılımına dayanan bir yönetim biçimidir. Üst kademe yöneticilerin, işin içine sürekli ve etkili bir şekilde girmesi ve tüm personelin sürekli eğitiminin sağlanması bu modelin başarısı için kaçınılmazdır. Bu anlamda müşterinin söylenen veya söylenmeyen potansiyel ihtiyaçlarının karşılanması gerekir (Efil, 2006: 61).

TKY, kuruluştaki herkesin kontrolleri altındaki süreçlerin sürekli ve asla sonu olmayan bir şekilde iyileştirilmesine katılmasıdır. Temel amaç iç ve dış müşterileri tatmin etmektir. TKY de birçok şekilde ekip çalışması uygulamaları yapılır, işgörenler sürekli eğitim programlarına katılarak geliştirilir, kurumdaki herkesin katılımı cesaretlendirilir, müşteri ve tedarikçiler iyileştirme sürecine dâhil edilir (Bozkurt, 2003:7).

TKY'de, müşteri tarafından tanımlanan kaliteye öncelik verilerek, işletmenin ürün ve hizmetleri yanında yönetimin de kalitesini ve verimliliğini artırmayı hedefleyen bir yönetim sistemidir (Koparal, 1997: 321).

Üç kelimedenden oluşan TKY'de, Toplam; çalışanları ve onların sisteme katılımını, yapılan tüm işleri ve her yönüyle ele almayı, potansiyel müşteriler de dâhil tüm müşteri

gruplarını ve yapılan üretim ve hizmetleri dikkate almayı ifade eder. Kalite; müşteri ihtiyaç ve beklentilerinin tamamen ve zamanında karşılanması ve gelecekteki beklentilerini karşılayan ürün ve hizmetin tümünü kapsar. Mal, hizmet veya ürün kalitesinde bu kaliteyi sağlayan kalite unsurları; liderlik kalitesi, yönetim kalitesi, insan kalitesi, sistem, süreç ve donanım kalitesi olarak değerlendirilebilir. Yönetim; kaliteli ürün ve hizmet için yönetim tarafından bütün şartların sağlanmasıdır. Bu anlamda yönetim çalışanlara liderlik yapan, işletmede katılımcı yönetimi sağlayan, yönetime katılımın yollarını açan bir anlayış olarak ele alınabilir (Efil, 2006: 61–64).

IV. TOPLAM KALİTE YÖNETİMİNİN GELİŞİMİ

A) SAĞLIK HİZMETLERİNDE KALİTE İYİLEŞTİRMENİN TARİHÇESİ

Sağlık hizmetlerinde kalitenin sağlanması ile ilgili çalışmalar çok eskilere dayanmaktadır. M.Ö. 2000’de Mısır papirüslerinde belgelenen tıbbi uygulama standartları, M.Ö. 1100’de Chou hanedanının, doktorların mesleğini uygulamaya geçmeden önce bir sınavı geçmelerini istemesi ve doktorlara yapılan ödemeleri hasta sonuçlarına göre belirlemesi sağlık hizmetleri alanında kalitenin sağlanması amacıyla yapılan ilk düzenlemelerdir. M.Ö. 5. yüz yılda Hipokrat’ın yazılı mesleki davranış kuralları oluşturması, M.S. 1000’de İran’da tıbbi uygulama yapanların bilgilerinin sınavla değerlendirilmesinin istenmesi geçmişteki kalite yaklaşımlarına örnek olarak verilebilir (Kaya, 2005: 17).

Bazı tarihçiler kaliteyi anlamaya, profesyonel hemşireliğin kurucusu olan Florence Nightingale ile başladığını ileri sürmektedirler. Nightingale, XIX. yüzyılın sonlarında, İngiltere’de hastanede verilen bakımı iyileştirmek için ölüm oranlarını kullanarak, hastane istatistiklerini toplamak ve değerlendirmek için tekdüze bir sistem önererek, kalite programlarının temelini atmaya yardım etmiştir (Sarp, 2007: 1). ABD’de 1910 yılında tıp okullarındaki eğitimin kalitesini ortaya çıkaran çalışmalar yapılmış, eğitim programlarının değiştirilmesi yoluna gidilmiştir (Kaya, 2005: 17).

1914 yılında Ernest Codman tarafından ABD’de, hastaların memnuniyetini birinci öncelikle ele alması bile, hastanelerin standartlarını belirleyecek istatistikî çalışmaların yapılması, sağlıkta kalite ölçümüyle ilgili ilk uygulama olarak kabul edilmektedir (Zorlutuna, 1997: 186).

Hastanelerdeki hasta bakım kalitesinin ve güvenliğinin izlenmesi ve denetlenmesi amacını taşıyan ilk standartlar 1913 yılında American Collage of Surgeons (ACS) tarafından geliştirilmiştir. Hastane denetimi taleplerindeki artışın bir sonucu olarak, 1951 yılında, ACS, “American Medical Association” ve “American Hospital Association” birleşerek, Joint Commission on Accreditation of Hospitals adlı yeni bir kuruluş meydana getirmişlerdir. Bu kuruluşun adı, sağlık sektöründe daha geniş bir alanda hizmet sunabilmesi amacı ile 1989 yılında “Joint Commission on Accreditation of Health Care Organzations” (JCAHO) olarak değiştirilmiş ve misyonu, hastanelerde ve sağlık bakımı verilen diğer yerlerde hizmet kalitesi standartlarını oluşturmak, izlemek ve denetlemek olarak belirlenmiştir (Kiyim, 1997:181)

Bu yüzyılın ilk yarısında ABD sağlık hizmetlerinde profesyonel kalite incelemesi ve denetimi yavaş yavaş gelişmiştir. Sağlık hizmetleriyle ilgili çabalar, temelde hizmetin sonuçları ve süreçlerinin gözden geçirilmesi ile tıbbi personelin organizasyonu gibi temeli oluşturan yapıların incelenmesi yöntemlerine dayanmıştır. Sağlık hizmetleri alanında hizmetin sonuçlarının değerlendirilebileceği yöntemler geliştirmiştir (Kaya, 2005: 17).

1960’lar ve 1970’ler formal kalite güvencesinin başlangıcı olarak düşünülmektedir. Bu dönemde, kalite artık sadece profesyonelleri ilgilendiren bir konu değil, maliyetleri azaltmak ve kaliteyi iyileştirmek için, Amerikan hükümeti ve ödeme yapan diğer üçüncü taraflar için de önemli hale gelmiştir. Hastalara kaliteli hizmet sağlanıp sağlanmadığını değerlendirmek amacıyla 1951 yılında Joint Commission on Accreditation of Hospitals (JCAH) kurulmuştur (Kaya, 2005: 17). A.B.D.de 1965 yılında başlatılan ve yaşlılar ile korunmaya muhtaç kişileri sağlık sigortası kapsamına almayı hedefleyen Medicare (yaşlılar için sigorta) ve Medicaid (yoksullar için sigorta) programları hükümetin sağlık harcamalarındaki yükünde ani artışlara neden olmuştur (Kiyim, 1997: 179).

1965 tarihli “Medicare (yaşlılar için sigorta) Kanunu’na” göre JCAH komisyonunun akredite ettiği hastaneler federal ve eyalet hükümetlerinden, Medicare (yaşlılar için sigorta) ve Medicaid (yoksullar için sigorta) ödemeleri alabilirler. Komisyonun akreditasyonu aynı zamanda mezuniyet sonrası tıp eğitimi ödemeleri için

de gereklidir. Böylece akreditasyon bir hastanenin finansal olarak yaşayabilmesi için gerekli olmaktadır. 1970'lerin başında komisyon, iç kalite güvencesini akreditasyon standartlarına eklemiştir. Medicare, Medicaid ve Ana Çocuk Sağlığı Kanunları'na göre verilen hizmetlerin, tıbbi bakımdan gerekli profesyonel standartları karşılayacak kalitede ve en ekonomik düzeyde olmasını sağlamak için, PRO (Professional Review Organizations) kurulmuştur. Federal hükümet hastaneye yatış (kabul) ve yatış süresi bakımından kullanımı izlemek için bu örgütle anlaşmalar yapmıştır (Kaya, 2005: 17).

Akredite olamayan ve verdikleri hizmetin parasını alamayan hastanelerin zararlarını telafi etmek amacıyla Medicare dışındaki hasta gruplarına uygulanan fiyatlar artırılmıştır. Özel sağlık sigortalarının yükselmesine, tüm kuruluşların sağlık harcamalarının artmasına neden olan bu durum endüstri kuruluşlarının uluslar arası rekabet şansları için tehdit oluşturmuştur. Endüstri kuruluşlarının başarıyla uyguladıkları TKY'nin hastanelerde de uygulanarak sağlık giderlerinin azaltılması düşüncesi gündeme gelmiştir (Kiyim, 1997: 179). Bu amaçla 1987 yılında Harvard öncülüğünde "National Demonstration Project" (Ulusal Demonstrasyon Projesi) başlatılmış, 21 endüstri kuruluşu 21 hastaneye TKY konusunda danışmanlık hizmeti vermiş ve bu hastanelerde TKY uygulamaları başlatılmıştır. Projede elde edilen başarılı sonuçlar 1990 yılında "Sağlığı Tedavi Etmek" isimli bir kitapla tüm ülkeye duyurulmuştur (Zorlutuna, 1997: 186).

Hastanelerde kalitenin sürekli iyileştirilmesi konusuna gösterilen ilgi nedeniyle JCAHO 1994 yılında akreditasyon standartlarını TKY ilkeleri paralelinde yeniden düzenlemiştir. TKY felsefe ve metotlarını temel alan kalite ödülü sistemleri ile de endüstri ve hizmet kuruluşlarının TKY uygulamalarına geçişleri kolaylaştırılmakta ve kalite yolculuklarını sürdüren kuruluşların çalışmaları ile ilgili sağlıklı öz değerlendirme yapmalarını sağlayan kılavuz olma özelliğini taşımaktadır. TÜSİAD-Kalder Toplam Kalite Ödülü buna örnek olarak verilebilir (Kiyim, 1997: 181).

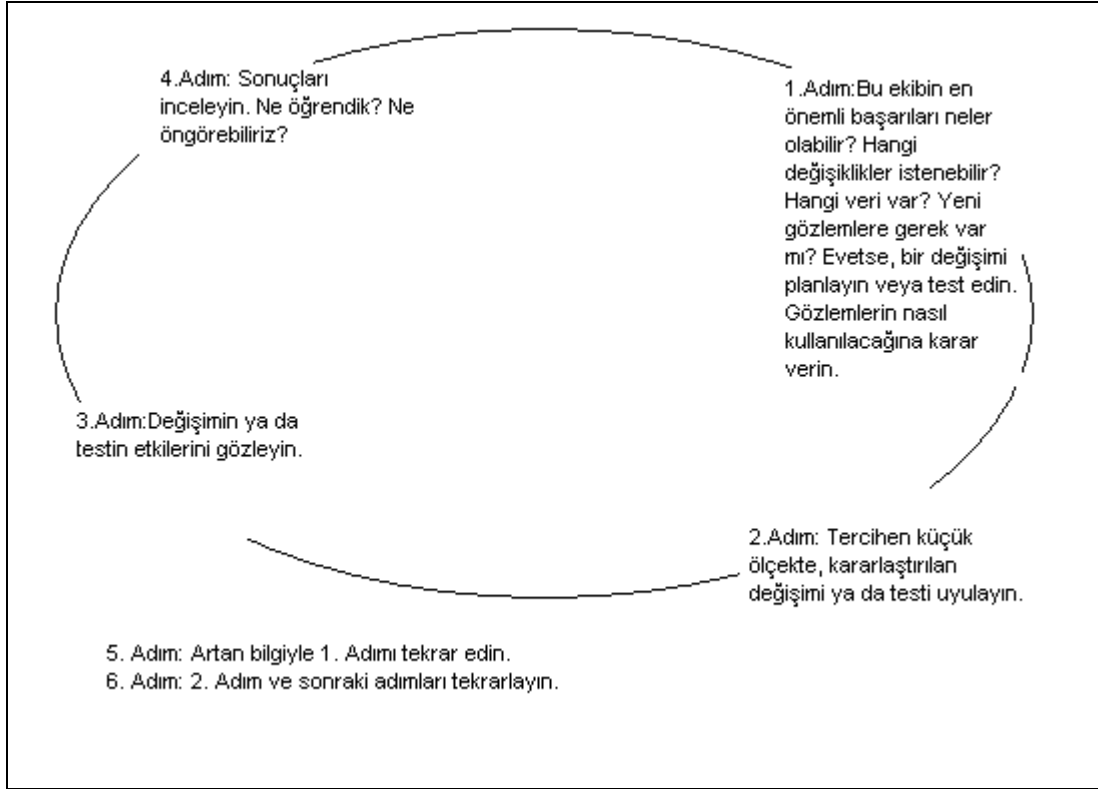
B) TOPLAM KALİTENİN GELİŞMESİNE KATKIDA BULUNANLAR

Kalite yönetimi ilgili çalışmaları 1932 yılına kadar, W. A. Shewhart'ın çalışmalarına kadar götürmek mümkündür. 1950'li ve 1960'lı yıllarda Philip Crosby, Edwards Deming, Armond Feigenbaum, Joseph Juran ve Kaoru Ishikawa başta olmak üzere çeşitli yönetimler tarafından yapılan çalışmalar ve ileri sürülen görüşler kalite konusunun tüm işletme faaliyetlerine yön veren temel bir kavram haline gelmesine yardımcı olmuştur (Koçel, 2003: 378). Toplam Kalite'ye ulaşmada katkısı olan bazı kişilerin kaliteye yaklaşımları üzerinde aşağıda kısaca durulacaktır.

1. Walter Shewhart

Shewhart, bir şirketin çabalarının ürünlerdeki problemleri bulup çözmeye değil, çalışma süreçlerindeki problemleri bulup çözmeye yönlendirilmesi gerektiğini önermiştir. O'na göre, kaliteyi güvence altına almada ve iyileştirmede, üretim süreçlerinin uygun bir şekilde kontrolü, son noktadaki muayeneden çok daha verimlidir. Shewhart'ın katkıları; kontrol şeması ve P-U-K-Ö (Planla-Uygula-Kontrol et-Önlem al) döngüsüdür. PUKÖ döngüsü çoğunlukla Deming'e atfedilir, oysa Deming'in kendisi bunu Shewhart'a atfedmektedir. Deming bu döngüyü Japonlar'a tanıttığında Bell Laboratuvarındaki hocası Shewhart'ın onuruna bunu "Shewhart Döngüsü" olarak adlandırmıştır. Fakat sonunda Japonlar buna "Deming Döngüsü" demiştir (Kaya, 2005: 17). Bu döngü Şekil 1.'de verilmiştir.

Bu süreçte yer alan her bir aşamada şu işlemler gerçekleştirilmektedir: Planlama aşamasında, amacın belirlenmesi, mevcut durumun analiz edilmesi, hedeflerin belirlenmesi, sebep analizi, ayrıntılı uygulama planının hazırlanması gerçekleştirilir. Uygulama aşamasında, faaliyet planı izlenerek gerçekleştirilir, ilgili kişiler bilgilendirilir, uygulama sonuçları yakından takip edilir. Kontrol aşamasında, hedeflere ulaşılma durumu kontrol edilir, hedeften olan veya olabilecek sapmalar kontrol edilir, ilgili kişilerin bilgilendirilmiş olup olmadığı kontrol edilir. Önlem alma aşamasında, etkili olan önlemler standartlaştırılır, gerekli eğitim ve yönlendirme çalışmaları yapılır, kalıcı bir izleme sistemi kurulur (Efil, 2006: 88), (Penpec ve Bakan, 2004: 324–325).



Şekil 1.1. Shewhart Döngüsü Kaynak: Kaya, 2005: 23.

Shewhart, tek başına fiyatın, değer bir göstergesi olmadığı fikrinin gelişmesine yardım etmiştir. Sadece fiyata dayalı kararların uzun dönemde daha pahalı olacağını ve istenmeyen sonuçlara yol açacağını öğretmiştir. Ayrıca istikrarlı, kararlı ya da kontrol altındaki süreçlerin istatistiksel kontrolü de (istatistiksel proses kontrolü) bütün ampirik sürekli kalite iyileştirme faaliyetlerinin temeli olduğu fikri de Shewhart'a aittir. Eğer bir süreç farklılaşma gösterirse, bu farklılaşmanın nedeni bulunmalı ve ortadan kaldırılmalıdır. Farklılaşmanın belirlenmesi ve yok etmek amacıyla nedenlerinin incelenmesi, TKY'nin temel bir fonksiyonudur. Shewhart'ın kalite kontrol yöntemleri, II. Dünya Savaşı sırasında İngiltere ve ABD'de hızla geliştirilmiştir, fakat savaş sonrasında teknikleri tam olarak yayanlar Japonlar olmuştur (Kaya, 2005: 17).

2. Dr. W. Edwards Deming

Deming, 1930–1950 yılları arasında istatistiksel süreç kontrol kavramını, kalite ve verimliliğin iyileştirilmesi ve maliyetlerin azaltılması amacıyla geliştiren bir istatistikçidir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2007). Toplam kalite yönetim felsefesi ve pratiğinin gelişmesinde rol oynayan Deming'in felsefesinin özünü, “çatışmaya dayalı yönetim” anlayışı yerine “iş birliğine dayalı yönetim” ilkesi oluşturmuştur. Bu

felsefenin temelinde ise; “birinin kazanması için bir başkasının kaybetmesi gerektiği” şeklindeki hâkim düşünce tarzından çok, “kimse kaybetmeden herkes kazansın” şeklindeki düşünce biçiminin yattığı söylenebilir. Ayrıca Deming, kalitede kantitatif tekniklerin kalite kontrole uygulanmasından ziyade, bir yönetim sistemi olarak algılanması gerektiği üzerinde durmuş (Efil, 2006: 88) ve görüşlerini şu şekilde özetlemiştir (Sarp, 2007: 4):

- Rekabet edebilmek iş hayatında kalabilmek için ürün ve hizmetlerin sürekli olarak geliştirilmesi gerekir.
- Batı yönetimi meydan okumak için uyarılmalı, sorumluluklarını öğrenmeli, değişiklik sürecinde lider olmalıdır. Bu yeni felsefeyi benimsemelidir.
- Kalite temininde muayeneye olan bağımlılık azaltılmalı, bu amaçla kalite ürünün ilk üretildiği noktada sağlanmalıdır.
- İşletmenin değerlendirilmesinde sadece fiyat esasına dayanan çalışmalara son verilmeli, maliyetin en aza indirilmesine çalışılmalıdır.
- Verimlilik ve kalitenin yükseltilmesi için üretim ve hizmet sistemi sürekli olarak geliştirilmeli ve maliyetler bu yolla azaltılmalıdır.
- Çalışanların iş başında eğitimine önem verilmelidir.
- Yönetim kadrolarının formasyonu geliştirilmeli, liderliği öğrenmeleri sağlanmalıdır.
- Suçlayıcı tutumları ortadan kaldırılmalıdır. Korku olmadığı zaman herkes firma için etkili bir şekilde çalışır.
- Departmanlar arası engeller kaldırılmalı; araştırma, tasarım, satış, üretim bir ekip gibi çalışmalı ve üretim problemlerini ve çözüm yollarını birlikte düşünmelidirler.
- İşgücünden sıfır hata isteyen sloganlar ve bu çeşit miktara dayalı hedefler uzak tutulmalıdır.
- İş standartları atölyeden uzak tutulmalıdır. Amaçlara göre yönetim tekniği elimine edilmelidir.(Çünkü standartlar ve amaçlar sürekli değişmelidir.)
- İşçinin ve yöneticinin işinden gurur duymasını önleyen engeller kaldırılmalıdır.
- Kendini geliştirme eğitim programları yapılmalı ve sürekli olmalıdır.

- Bu değişime ulaşmak için şirketteki herkesin grup halinde çalışması sağlanmalıdır.

3. Joseph M. Juran

Deming gibi kalite yönetiminin gelişmesinde büyük katkıları olan Juran ise daha çok uygulama üzerinde durmuştur. Juran'a göre kalite, işletmenin bütün faaliyetlerini ilgilendiren bir olgudur ve kalite projeleri işletmedeki herkesin yardımı ile yürütülmelidir. Juran'ın görüşlerini şu şekilde özetlemek mümkündür: Kalite; yönetim tarafından başlatılan bir proje olmalıdır. Üst yönetimden başlayarak kalite eğitimi yapılmalı, kalite işletmenin tüm fonksiyonlarını ilgilendirmeli, herkesin yardımıyla yürütülmeli, yıllık kalite geliştirme planları yapılmalı ve bu planlar adım adım uygulanmalıdır. Planların yürütülmesi sırasında iki temel aşama vardır: Teşhis ve çarelerin bulunmasıdır (Penpec ve Bakan, 2004: 326).

Juran, kalite yönetimi felsefesinin üç aşamadan oluşan evrensel bir süreçten ibaret olduğunu belirtmiştir. Bu aşamalar; kalite planlama, kontrol ve iyileştirmedir. Kalite iyileştirme çalışmalarının başarılı olabilmesi şunlara bağlıdır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2007:2):

- Projeye ihtiyaç olduğunun kanıtlanmasına,
- Üst yönetimin inanmasına ve katılmasına,
- Projelerin iyi seçilmesine,
- Yönetim ve teşhis olanaklarının iyi örgütlenmesine ve bilgilerdeki açıklığa,
- Ortaya konan sonuçların açıklığına,
- Değişikliklere karşı olan direnç karşısında açıklık politikasının uygulanmasına,
- Seviyesi yükseltile kontrolle bağlıdır.

4. Armond V. Feigenbaum

A.V. Feigenbaum 1950'li yıllarda General Elektrik Firması'nda kalite yöneticisi olarak çalışmaktaydı (Efil, 2006: 90). Çalışmalarını ve görüşlerini ilk kez 1957 yılında "Industrial Quality Control" dergisinde bir makalede açıkladı. 1961 yılında bir kitabını da "Toplam Kalite Kontrolü" adı ile yayınladı (Kaya, 2005: 26).

Feigenbauma göre TKY; en ekonomik düzeyde tam bir müşteri tatmini sağlayacak ürün veya hizmeti üretebilmek için bir işletmedeki çeşitli grupların tümünün kalite geliştirme, kaliteyi sürdürme ve kaliteyi iyileştirme çalışmalarının bütünleştirilmesini sağlayan etkili bir sistemdir (Penpec ve Bakan, 2004: 326). Kalite topyekûn bütün fonksiyonların sorumluluğundadır, fakat herkesin sorumluluğunda olan bir konuya kimsenin sahip olmaması gibi bir tehlikenin önüne geçmek için ürün kalitesi ve kalite kontrolünden sorumlu bir fonksiyon ile desteklenmesi gerekir (Efil, 2006: 91).

Feigenbaum kalite kontrol kavramını bir süreç olarak ele almıştır. Kalite standartlarının oluşturulması, bazı standartlara uygunluğun değerlendirilmesi, standartlara ulaşılmadığında düzeltici önlemlerin alınması ve standartlara da iyileştirmeler yapılması için planlama yapılması bu sürecin aşamalarını oluşturmaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2007: 3)

5. D. Philip B. Crosby

Crosby, üretimde kaliteyi “standartlara uygunluk” şeklinde tanımlamaktadır. Buna göre, “mühendislik ürün karakteristiklerini belirler ve bu karakteristikleri karşılama oranı arttıkça kalite de yükselir”. Bu yaklaşım; objektif ölçülebilir kalite standartlarının sağlanması ve kalite maliyetlerinin azalması yönünden avantajlara sahiptir. Dezavantajı ise müşteri tercihlerini dikkate almamasıdır. Standartlara uygunluğun müşteri memnuniyetini de beraberinde getireceğini savunmuştur (Penpec ve Bakan, 2004:328).

Crosby, “uygunsuzluğun maliyeti” veya “kalitenin maliyetini” tahmin etmenin önemini ve bir iş ilk defasında doğru yapılmadığı zaman, israf ve boşa harcanan zaman ile ilgili bütün gereksiz maliyetlerin değerinin belirlenmesi gerektiğini vurgular (Kaya, 2005: 29).

6. Kauro Ishikawa

Ishikawa, kalitenin gelişimi tarihine adını “kalite çemberlerinin babası” olarak yazdırmıştır. Tokyo Üniversitesi’nde mühendislik profesörü olan Ishikawa, kalite kontrol çemberlerinin yaygınlaştırılmasında büyük çabalar sarfetmiştir (Bozkurt ve Eşit, 2002: 11).

Ishikawa, Deming ve Feigenbaum'un öğrencisi olarak yetişmiştir. Ayrıca kalite kontrol kavramına da sahip çıkarak Juran, Deming, Feigenbaum'un kalite yönetimi görüşlerini Japon görüşü içinde bütünleştirmiştir. Ishikawa yaklaşımının en karakteristik özelliği, temel hedefin müşterilerinin tüm ihtiyaçlarına cevap vermeye yönelik olmasıdır (Efil, 2006: 92). Ayrıca balık kılçığı diyagramlarının, problem çözmeye araç olarak kullanılması da Ishikawa'ya aittir (Kaya, 2005: 29).

V. TOPLAM KALİTE YÖNETİMİNİN BAŞLICA ÖZELLİKLERİ VE AMAÇLARI

TKY'nin başlıca özellikleri şunlardır (Penpec ve Bakan, 2004: 332):

- TKY, bir yaşam felsefesidir. Bu yaklaşım yönetim anlayışı, felsefesi, örgüt yapısı ve yöntemleri ile bir bütün olup insan faktörünü ön plana çıkarır ve onun mutluluğunu esas alır.
- TKY'de sürekli gelişme anlayışı esas alındığından, tüm süreçler yeniden gözden geçirilerek daha iyiye ulaşılmaya çalışılır.
- TKY'de iç ve dış müşteri anlayışı esastır ve onların beklentileri karşılanmalıdır. Sadece son ürünü satın alan kişi (dış müşteri) değil, her birim kendinden bir sonraki birimi (iç müşteri) memnun etmek zorundadır.
- TKY'de kalite geleneksel yaklaşımda olduğu gibi sadece bir bölümün değil, işletmenin bütün bölümlerinin, bütün elamanlarının görevidir.
- TKY'de kalite, üretimin nihai çıktılarının kontrolü ile değil "ilk seferinde doğru yap", "sıfır hata ile üretim" temel ilkelerini uygulamakla elde edilir.
- TKY, herkesin fikrini rahatça söyleyebileceği, yönetime ve kararlara bir biçimde katılabildiği demokratik bir yönetim yaklaşımıdır.
- TKY, paylaşma, katılımcılık ve ekip çalışmalarını esas alan çalışanlarla çift yönlü ve saygılı iletişimin kurulduğu bir yönetim yaklaşımıdır.
- TKY, çalışanların katılımını sağlamak için, insan kaynağının yaratıcılık ve yenilikçiliğini teşvik eden bir sistemdir.

TKY'nin uygulanması ile işletmelerde dört önemli kazanç ortaya çıkabilir (Koparal, 1997: 322):

- Finansal performansın iyileşmesi, pazar payının genişlemesi, personel başına düşen satış miktarında artış, karlılığın artması,
- Müşteri tatmininin sağlanması, şikâyet ve tatminsizliklerin azalması,
- Azalan maliyetler, daha az hatalı ürün, daha fazla ciro ve ürüne olan güvenin artması,
- Personel ilişkilerinin daha iyi olması, artan personel devamlılığı ve iş tatmini personel tarafından yapılan önerilerdeki artış.

VI. TKY'Nİ OLUŞTURAN TEMEL İLKELER

TKY'nin bir işletmede başarı ile uygulanabilmesi için gereken temel ilkeler şunlardır: Müşteri odaklılık, önleyici yaklaşım, grup çalışması, istatistik ve analizden yararlanma, çalışanların eğitimi, üst yönetimin liderliği, tedarikçilerle işbirliği, sürekli gelişme (Koparal, 1997: 322). Bu ilkeler ilerleyen bölümlerde ayrıntılarıyla anlatılacaktır.

VII. TKY'NİN HAYATA GEÇİRİLMESİ ve KALİTE ÇEMBERLERİ

TKY'nin bir işletmede uygulanıyor olduğunu söyleyebilmek için o işletmedeki tüm çalışanların katılımının sağlanmış olması gerekir. Bunu yapmanın en güzel ve pratik yolu kalite kontrol çemberlerinin kurulmasıdır. İdeal olan her bir çalışanın bir çemberin üyesi olmasıdır. Hep birlikte yaratılan sinerji sürekli gelişmeyi ve ilerlemeyi sağlayacaktır.

Japon firmaları KKÇ vasıtasıyla her yıl binlerce irili ufaklı gelişme sağlamak ve Batıya kıyasla büyük bir süreç (proses) üstünlüğü geliştirmektedir (Efil, 2006:154).

Ishikawa, KKÇ'nin önemini “Toplam kalite olmaksızın KKÇ'leri olabilir ama kalite çemberleri olmaksızın toplam kalite imkânsızdır” sözleriyle vurgulamaktadır (Penpec ve Bakan, 2004: 338).

Kalite çemberi, aynı veya benzer işi yapan, gönüllü 7–10 kişiden oluşan esas olarak süreç iyileştirme amacıyla oluşturulmuş bir ekiptir. Kişiler katılmaya davet edilir ama zorlanmaz, katılmak isteyen hiç kimse dışarıda bırakılmaz. Katıldıktan sonra vazgeçmek ve tekrar katılmak serbesttir. Çember üyelerinin, sorunları çözmek için

gerekli teknik bilgi ve beceri ile donatılması gereklidir. Üyeler, lider tarafından çember toplantılarında eğitilirler. Bu eğitim 8–10 hafta ve yaklaşık 10–20 saat sürebilir. Gereksinim duyulduğunda ya da çembere yeni üye katıldığında ek eğitimler yapılır. Eğitim programı sorun çözme teknikleri, veri toplama, grup kararı alma gibi çeşitli konuları içerir. Kalite çember süreci ve eğitim arasında sıkı bir ilişki vardır. Eğitim programı ağırlıklı olarak kalite ve verimliliğin iyileştirilmesi konularına odaklanır. Kalite çemberleri uygulaması ile çok sayıda sorun çözülür, ilişkiler iyileşir. Nezaretçiler ya da ekip liderleri, üyeler için geliştirici, öğretici ve rehber konumuna gelirler, çalışanlar daha fazla sorumluluk üstlenirler. Çalışanların, katkıda bulunmaya, sorumluluk almaya, becerilerini tümüyle kullanmaya ve tanınma fırsatlarına ihtiyaçları vardır. Çalışanlar, çalıştıkları kurumla gurur duymak, katkıda bulunmak ve kurumun başarılı olmasını sağlayan ekibin bir parçası olmak isterler. Bunlar kalite çemberi faaliyetlerinin en önemli unsurlarıdır (Bozkurt, Eşit, 2003: 16–17).

VIII. KALİTE YÖNETİMİNİN EKONOMİK YÖNÜ

İşletmelerin amacı tüketicilerin satın alma gücünden daha çok pay almaktır, daha kaliteli, düşük maliyetli ve kalite güvenilirliğinin sürekli sağlanmasıyla bu gerçekleştirilebilir. Kalite ve kalite maliyetleri arasında denge kurulmalıdır. Bunun için kalite maliyetlerinin bilinmesi ve kalite maliyet verilerinin doğru toplanması gerekir. Bu açıdan muhasebe sistemleri kalite maliyetlerini değerlendirmeye yetecek ölçüde gelişmiş olmalıdır.

Toplam kalite anlayışı doğrultusunda temel kalite sorunlarının % 80- 90'ının kalite bölümünün dışında aranması gerekir. Çünkü kalitenin oluşumu tasarımdan satış sonrası hizmetlere kadar tüm bölümlerin katılımı ile mümkündür. Kalite maliyeti, meydana gelebilecek hataları önleme amacıyla yürütülen faaliyetlerin, planlı kalite muayenelerinin ve ürünün üretim aşamalarında veya müşteriye tesliminden sonra görülen hataların sonucunda ortaya çıkan maliyetlerdir. İşletmelerde kalite maliyet sisteminin amacı kalite iyileştirme çabalarını kolaylaştırmaktır. Çünkü bu sayede doğrudan başarısızlık maliyetlerini sıfıra indirmek için çalışacak, iyileştirme sağlayıcı önleme faaliyetlerine yatırım yapılacak ve sonuçta değerlendirme maliyetlerini de azaltmak mümkün olacaktır. Bu düşünce tarzının temel fikri ise, her başarısızlığın bir

sebebinin olduğu, sebeplerin önlenebileceği ve önlemenin her zaman daha ucuz olduğu şeklinde özetlenebilir (Efil, 2006: 86).

Kalite maliyetleri bilgisi bir yöneticinin kalite iyileştirme konusunda yapılan yatırımların gerekçesini haklı göstermesine ve yapılan çalışmaların etkililiğini izlemesine yardımcı olur. Kalite maliyetleme bir organizasyonun kalite performansının “para” dilinden açıklamasını sağlar (Bozkurt, 2003: 8).

Kalite maliyetleri, kalite sisteminin tasarımı, uygulanması, operasyonu ve korunması maliyetleri, organizasyonun sürekli iyileştirme sürecine ayrılan kaynaklarının maliyeti ve sistem, ürün ve hizmet başarısızlıklarının maliyetlerinden oluşur (Bozkurt, 2003: 11).

İşletmeler açısından rekabet üstünlüğünü sağlamada kalite maliyetlerinin azaltılması önemlidir. Bu maliyet göstergeleri, kalite ile ilgili çalışmalarının etkinliğinin bir ölçüsüdür. Bir işletme hata önleyici faaliyetlere daha fazla kaynak aktararak ürüne yönelik hata sayısı ve maliyetleri azaltabilir (Penpec ve Bakan, 2004: 345).

Kalite maliyetleri, işletmeler açısından ihmal edilemeyecek düzeylerde olabilmektedir. İşletmenin, hizmetin türüne göre bu maliyetlerin yıllık cironun %5 ile %25’i arasında bir orana sahip olduğu tahmin edilmektedir. Bu oranlar işletmeler açısından neden bir kalite maliyet sistemi kurmak gerektiğini açıkça göstermektedir. Kurulacak sistem ile işletmenin mevcut durumu ve iyileştirme ile maliyet azaltma fırsatları ortaya çıkartılabilecektir. Kalite ile ilgili maliyetler, organizasyonda sürekli kalite iyileştirme süreci uygulanarak üç yıllık bir dönem içerisinde başlangıç düzeylerinin 1/3’ne indirilebilmektedir (Bozkurt, 2003: 12).

IX. TKY’DE KULLANILAN BAZI KALİTE GÜVENCE SİSTEMLERİ

Kalite güvencesi bir ürün ya da hizmetin müşteri ihtiyaçlarını tam ve doğru olarak karşılamasını sağlamak için, tüm işletme fonksiyonlarının aynı amaç doğrultusunda bir araya getirilmesi (Penpec ve Bakan, 2004: 345), bir hizmetin sunumunda mevcut performansın ölçülmesi ve bunun beklenen ya da normatif performans ile karşılaştırılmasıdır (Uz, 1995: 49).

“Sağlık kuruluşlarında Kalite Güvencesi belgeleri sağlık standartlarının iyi olduğunun bir garantisi olarak müşteri tarafından algılanmaktadır. TKY'nin uygulamasına geçiş, Kalite Güvencesi uygulaması yapılan kurumlarda daha kolay olmaktadır” (Çoruh, 1995: 27).

Bir ürün ya da hizmetin, daha önceden belirlenmiş gereklilikleri karşılması bu yönde güven telkin etmesi için gerekli olan planlı ve sistematik faaliyetler olan kalite güvencesi, sağlık hizmetlerinde de standartların belirlenmesi, standartların periyodik olarak gözden geçirilmesi anlamına gelmektedir. Kalite denetimi ve kalite güvencesi arasındaki temel fark şu şekilde özetlenebilir: Kalite denetimi, bir ürün veya hizmetin belirlenmiş gerekliliklere uygun olup olmadığının saptanmasıdır, kalite güvencesi de nihai ürün veya hizmetin kalitesini sunum öncesinde güvence altına alan prosedürler bütünüdür. Kalite güvencesi; sunulan sağlık hizmetinin kalite düzeyinin ölçülmesi, değerlendirilmesi ve sağlık hizmeti sunumunda gerekli düzenlemelerin yapılmasıdır. Kalite güvencesinde ilk önce standartlar belirlenir. Standartlar belirlendikten sonra, bunlara ulaşma yolları ve kuralları ayrıntılarıyla bir program haline getirilir. Amaçlanan kalite düzeyine, bu program aracılığı ile ulaşılır. Kalite güvencesinin üç temel ögesi bulunmaktadır, bunlar (Güzel,1995: 130):

- Üzerinde görüş birliğine varılmış standartlar,
- Bu standartlarla mevcut durumun karşılaştırılması,
- Standartları karşılamayan faaliyetlerin düzeltilmesidir.

Kalite Güvenliği çalışması bir hedef değil, kişi ve kuruluşların başarıya, kazanma amaçlarını gerçekleştiren çalışmaları kapsar. Önemli olan kuruluşlarda standartlara uymak için çalışma yerine kalite güvenliği çalışmalarını yaşam için zorunlu hissedecek bilinci oluşturmaktır.

A) AKREDİTASYON

Akreditasyon, bir sağlık kuruluşunun önceden belirlenmiş ve yayınlanmış standartlara uygunluğunun, herkesçe kabul gören bir tüzel kişilik (genellikle bir sivil toplum örgütü) tarafından değerlendirilip onaylandığı resmi bir süreçtir. Belirli bir sağlık kuruluşu hakkındaki akreditasyon kararı, her iki-üç yılda bir incelemeler

tarafından yerinde düzenli aralıklarla yapılan gözetimlerden sonra verilir. Akreditasyon programlarının hedefleri arasında şunlardan herhangi biri yer alabilir: toplum sağlığının güven altına alınması, kalitenin idamesi veya geliştirilmesi, sisteme giriş koşullarının oluşturulması, yeni kuruluşların izlenmesi, ulusal halk sağlığı sorunlarının ele alınması ve dayanak noktası olacak mükemmel örneklerin tanımlanması (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2005: 121).

Halen dünyadaki en büyük akreditör JCAHO'dur. JCAHO kar amacı gütmeyen bir komisyondur ve akreditasyon belgesi almak için başvuruda bulunan sağlık kuruluşlarının değerlendirmelerini yaparak belgelendirmektedir. JCAHO kendi misyonunu, hizmet sorumluluğu bilinci içinde toplumun nitelikli sağlık hizmeti beklentilerini karşılamak olarak tanımlamaktadır. Amacının hastanın bakım ve tedavisine odaklanan sağlık hizmetlerinin bireysel ve kurumsal performansını değerlendirmek olduğunu belirtmektedir. JCAHO değerlendirme dokümanları hastaların tanısı, tedavisi ve bakımı ile ilgili detaylı politika ve prosedürleri içermektedir. Bunlar (Çoruh, 1997:4):

- Tanı ile yapılan tetkikler arasındaki tutarlılık, tedavi planı, ilaç kullanımı, beslenme durumu, ameliyat endikasyonu ve sonuçları, invaziv müdahaleler, hastanın sağlık durumuna etkili şekilde davranışta bulunabilmesi için hastanın ve/ veya ailesinin eğitimi, hastanın yatış, taburcu olma, ücret ödeme, hastane kuralları, tedavi ve tetkikleri ile ilgili bilgilendirme, psikososyal ve spiritüel değerlerine saygılı davranmak gibi hasta hakları, hastanın kendi tedavisi ile ilgili kararlara katılımı, notları ve gözlemleri değerlendirilmekte ve puanlanmaktadır.
- Değerlendirme çalışmalarında, tanı, tedavi ortamlarındaki güvenlik ve güvenilirlik önlem ve uygulamalarına büyük önem verilmektedir.
- İnsan kaynaklarının iş tanımları, seçimi, eğitimi ve geliştirilmesi, performanslarının değerlendirilmesi konularında akreditasyon başvurusunda bulunan organizasyonun gösterdiği çaba ve sonuçları, çalışma ortamında yer alan malzemenin yeterliliği, kullanılma durumu ve becerileri değerlendirmelerde yer almaktadır.

- Hasta tedavisi ve bakımı, bireysel ve kurumsal performansın iyileştirilmesinde veri, bilgi üretimi, kullanımı ve sonuçlarının iç ve dış kaynaklarla mukayesesi faaliyetlerine ayrı bir yer verilmektedir.
- Hastanede görevli hekim grubunun, organize bir şekilde tıbbi tedavi ve bakım hizmetlerinde, hastanenin yönetim ve destek faaliyetlerinin iyileştirilmesi ve geliştirilmesine katkıda bulunması beklenmektedir.

“Türkiye’de 6 hastane “akreditasyon” statüsüne sahiptir. Bu kuruluşlar Vehbi Koç Vakfı Amerikan Hastanesi, İstanbul Memorial Hastanesi, Acıbadem Hastanesi, Dünya Göz Hastanesi, Alman Hastanesi ve Mesa Hastanesidir. Bu hastanelerin hepsi JCIA (Joint Commission International Accreditation) tarafından akredite edilmiştir. Bazı hastanelerde kurumun tümü değil sadece gönüllü olan tek bir klinik akreditasyon için başvurabilmektedir. Sağlık Bakanlığı Ankara Dışkapı Eğitim ve Araştırma Hastanesi Patoloji kliniği bu konuda örnek oluşturmaktadır. Klinik akreditasyonunu Avrupa Akreditasyon Kurumuna üye olan Türk Akreditasyon Kurumu’ndan almıştır” (Kısa, 2007: 218).

B) ISO 9000

“Standardizasyon, belirli bir faaliyetle ilgili olarak, ekonomik bir fayda sağlamak üzere bütün ilgili tarafların yardımı ve işbirliği ile belirli kurallar koyma ve bu kuralları uygulama işlemine denir. Standardizasyon sonucu ortaya çıkan belge, doküman veya esere standart denir”(Engin, 2002: 62).

Sağlık hizmetlerinde standart kavramı ise “belirli hastalıkların tedavisiyle ilgili olarak üzerinde mesleki uzlaşmaya varılmış, gerçekleştirilebilir, ölçülebilir ve arzulanır başarı düzeyi” olarak tanımlanabilir. Her standart, birden fazla kriteri içermekte ve bu kriterlere bakılarak standarda uyulup uyulmadığına karar verilmektedir (Kısa, 2007: 217).

Aşağıda verilen üç ISO-9000 kalite güvence standardı, ürün veya hizmet yeterliliğini göstermesi ve yeterliliğin dış kuruluşlar ve kamu tarafından değerlendirilmesi amacı ile hazırlanmıştır (TSE, 2002: 31).

- ISO–9001 Kalite Sistemleri: Tasarım, geliştirme, üretim, tesisi ve servis aşamalarında kullanılmaktadır. (Tasarımdan başlayarak sunulan hizmetin sonuçlandırılmasına kadar olan aşamaları kapsadığından hizmet ve üretim kurumları tarafından sıklıkla kullanılan modeldir.)
- ISO–9002 Kalite Sistemleri: Üretim, tesis ve servis aşamalarında
- ISO–9003 Kalite Sistemleri: Son muayene ve deney aşamalarında kullanılan maddeleri kapsamaktadır.

ISO 9000 kalite güvence mantığı, bir kurumu oluşturan değişik birimlerin iş prosedürlerini önceden belirlenen denetimli koşullar altında yürütmesi, izlemesi, çıkacak sorunları tanımlaması ve bu sorunları düzeltme ve iyileştirme faaliyetlerini içermektedir. Kalite sistemi uygulama kararı alan sağlık işletmesi üst yönetimi; Personelin görev tanımlarını, yetki ve görev sorumluluklarını kurum birimleri bazında belirler, ihtiyaç duyulan kaynak tahsislerini yapar, kalite sistemini kurar ve faaliyete geçirir. Üst yönetim, taban düzeyinden düzenli aralıklarla iletilen süreç iyileştirme ve yenileme önerilerini gözden geçirir, öncelikleri belirler ve bunlar kurumun karar alma mekanizmasında destek bilgi olarak kullanılır. ISO–9001 kalite sisteminin modelleri içinde yer alan (yönetim sorumluluğu, sözleşmelerin gözden geçirilmesi, tasarım kontrolü, doküman veri denetimi, satın alma; ürün kontrolü, tanımı ve izlenebilirliği, proses kontrolü, muayene ve deney ölçme ile deney teçhizatının kontrolü, düzeltici ve önleyici faaliyetler, tetkikler, eğitim, istatistiksel teknikler) alanlar ile ilgili prosedür tanımı ve gerekleri, kalite politikası ve kalite planı çerçevesi içinde hazırlanır, referans dokümanlar ve talimatlarla desteklenir ve dokümante edilir. Prosedür uygulamaları izlenir, eksiklik ve aksaklıklar düzeltilir ve önlemler alınır (Kavuncubaşı, 2000: 280).

Kalite sisteminde, birimler içinde oluşturulan kalite takımlarına sürekli eğitim ve danışmanlık hizmetleri sağlanarak hizmet uygulamalarından elde edilen bilgiler geliştirilir. İstatistik kalite araçlarının kullanımı ile sorun saptama ve çözümleme becerileri arttırılır. Kurum içi tetkikler ve yönetimin gözden geçirme faaliyetleri ile prosedürlerde doğrulama ve sürekli iyileştirmeler yapılır. ISO–9000 kalite güvence sisteminin gerekliliklerine uygun bir sistemin kurulması ile yönetimi, kuruma daha sistematik ve denetlenebilir tarzda iş görme imkânı tanır. Kuruma dünyada en çok

tanınan standarda sahip olması nedeniyle saygınlık kazandırır. ISO–9000 kalite güvence sisteminin başlıca öğeleri şunlardır (Kısa, 2007: 221):

- Müşteri Gereksinimleri: ISO'nun müşteri gereksinimlerinin karşılanması olarak tanımladığı kalite sisteminin amacı, müşterinin ifade ettiği veya beklediği hizmetlerden yararlanmasıdır. Bu gereklilik, pazarlama işlevinin kalite sisteminin bir parçası olmasıyla sağlanabilir.
- Araştırma, Tasarım, Geliştirme: Müşteri istek ve beklentilerinin karşılanması için sürekli olarak yeni yöntemlerin araştırılması, tasarlanması ve geliştirilmesi gereklidir.
- Satın Alma: Satın alma işlevi de kalite sisteminin temel öğelerinden biridir. Ham madde ve kaynaklar, ürün veya hizmetlerin kalite ve maliyeti üzerinde önemli etkide bulunmaktadır. Satın alma işlevi, sadece ham madde ve kaynakların fiyatı üzerinde odaklanmamalı, bunların kalitesi de dikkate alınmalıdır.
- Üretim: ISO–9000 kalite sistemindeki üretim işlevi, genellikle gözetim şekli, süreç yönetim uygulamaları, üretim denetimi, ölçme, kalibrasyon ve uygun olmayan malzemenin kullanılmamasını içermektedir.
- Üretim Sonrası İşlevler: Fiziksel bir ürünün paketlenmesi, taşınması, teslim edilmesi ve satış sonrası ek hizmetlerin sağlanmasında olduğu gibi hizmet kullanımlarında da hizmet sunum tarzı, hizmet sunanların müşteriye karşı tutum ve davranışları, hizmet sonrası sağlanan ek hizmetler o hizmetin toplam kalitesini etkilemektedir.
- İnsan İle İlgili Konular: Kalite sistemine ve prosedürlerine %100 uyum sağlamak için Kalite El Kitabı, kalitenin insan ile ilgili hususlarını da belirtmelidir. Yeni personelin eğitimi, gözetmen eğitimi, iş emniyetinin sağlanması insan ile ilgili konulara örnek olarak verilebilir.
- Belgeleme: Kurum, tüm üretim ve kalite faaliyetlerini belgelemek durumundadır. ISO sistemi, özet olarak “Belgelediğini (yazdığını) yap, belgelemediğini yapma” düşüncesine dayanır.

ISO uluslararası bir standart olarak, genel bir anlatımla, kaliteli bir ürün (hizmet) elde etmek için bir düşünce sistemi yaratmaya ve uygulamaya dönük bir yaklaşım getirmektedir. JCAHO ise kaliteli bir hizmetin hastalara verilebilmesi için

detaylandırılmış, politika, prosedür, talimat ve mekanizma tanımlarını yapan ve değerlendirme puanlarını açıklayan bir yaklaşımı temsil etmektedir. JCAHO'yu iyice özümseydikten sonra ISO-9000 standartlarının tanımladığı mantık içinde belge almak için bir hazırlık yapmak eğitici olacağı kadar uygulama, izleme, iyileştirme faaliyetlerinde de daha iyi sağlık hizmeti sonuçları alınacaktır (Çoruh,1997: 6).

II. BÖLÜM

SAĞLIK KURUMLARINDA TOPLAM KALİTE YÖNETİMİ UYGULAMASI

I. SAĞLIK KURUMLARININ ÖZELLİKLERİ

Sağlık kurumları, hizmet üreten işletmelerin özelliklerini taşır. Hizmet üretim ve tüketimi aynı anda gerçekleşir. Üretimin stoklanması depolanması mümkün değildir. Müşteri üretim sürecine katılır. Hizmetler hastanın gereksinimine göre verilmekte, verilen hizmetler müşteriye göre farklılık göstermektedir. Bu yüzden üretimde standardizasyon mümkün değildir. Hastalığın teşhis ve tedavisi için müşterinin üretim sürecine aktif katılımı büyük önem taşımaktadır. Hizmet işletmelerinde üretim soyuttur. Emek yoğun teknolojiye sahiptirler (Asunakutlu, 2004: 12).

Sağlık hizmetleri hizmet sektörünün genel özelliklerini taşımakla birlikte kendine özgü başka özellikleri de vardır. Bunlar (Kavuncubaşı, 2007: 270):

- Sağlık hizmetlerinde uzmanlaşma seviyesi çok yüksektir,
- Sağlık hizmetlerinde işlevsel bağımlılık çok yüksektir. Bu nedenle farklı meslek gruplarının faaliyetleri arasında yüksek düzeyde eşgüdüm gereklidir,
- Sağlık hizmetlerinde insan kaynakları profesyonel kişilerden oluşur, bu kişiler kurumsal hedeflerden çok mesleki hedeflere önem vermektedir,
- Hizmet miktarını ve sağlık harcamalarını önemli ölçüde belirleyen hekimlerin faaliyetleri üzerinde tam etkili yönetsel ve kurumsal denetim mekanizması kurulamamıştır. Sağlık hizmetleri pahalı hizmetlerdir,
- Sağlık kurumlarında ikili otorite hattı bulunmaktadır. Bu durum eşgüdümleşme, denetim ve çatışma sorunlarına yol açar,
- Sağlık kurumlarında yapılan işler oldukça karmaşık ve değişkendir. Hizmet standartlaştırılmaz, her hasta için o hastaya özel bir süreç izlenir,
- Sağlık hizmetlerinin büyük kısmı acil ve ertelenemez niteliktedir. İkamesi yoktur,
- Sağlık hizmetleri hata ve belirsizliklere karşı oldukça duyarlıdır ve tolerans gösteremez,

- Sağlık kurumlarında verilen hizmetlerin çıktısının tanımlanması ve ölçümü güçtür.

II. SAĞLIK KURUMLARINDA KALİTE YÖNETİMİ

A) KALİTE KAVRAMI

Kalite kavramı, pazarlama bakış açısıyla “müşteri istek ve beklentilerinin karşılanması” olarak tanımlanmaktadır. Bu tanım, müşteri beklenti ve algılayışlarını odak noktasına almaktadır. Pazarlama bakış açısına göre bir hizmetin kaliteli sayılması için müşteri istek beklentilerini karşılaması, yani müşterilerin tatmin edilmesi gerekmektedir (Çatalca, 2003: 3).

Büyük ölçüde kabul görmesine karşın, “müşterilerin istek ve beklentilerinin karşılanması” yaklaşımı tıbbi bakımın bilimsel ve teknik yönünü göz ardı etmektedir. Hastaların, ne tür bir tıbbi bakım alması gerektiği ile ilgili tercih ve değerlendirme yapma olanağı, diğer hizmetlere göre (örneğin, beslenme, otel hizmetleri) oranla hemen hemen yok denecek kadar azdır. Hasta yalnızca bakım çevresini (temizlik, gürültü, bürokrasi) ve sağlık profesyonellerinin davranış biçimleri hakkında bir değerlendirme yapabilmektedir. Sadece bu değerlendirmelere dayalı olarak kalite değerlendirmesi yapmak, yanılgılı sonuçlar verebilir. Örneğin, hastaların beklentileri çok düşük ise, bu beklentilerinin karşılanması, verilen hizmetin kaliteli olduğunu kanıtlamaz. Hizmet kalitesinin nesnel olarak verilen hizmetin hastanın sağlık durumunda yarattığı gelişme (teknik kalite) temel alınarak ölçülebileceği ileri sürülebilir. Bu açıdan kalite kavramını, verilen hizmetin bilimsel standartlara uygunluk derecesi olarak tanımlamak mümkündür. Ancak hizmetten yararlanan kişilerin, sosyal ve psikolojik, istek ve beklentilerini göz ardı eden bir hizmet sunumunda da ne kadar bilimsel olursa olsun, kalite hedefini gerçekleştirme bakımından yetersiz kalacağı ileri sürülebilir (Kavuncubaşı, 2000: 270).

Kaliteli bir sağlık hizmetinden bahsedebilmek için önemli bir diğer konu da sağlık hizmeti sunumunda kullanılacak iç kaynakların verimli bir şekilde dağıtılması ve kullanılmasıdır. Hizmetin etkili bir biçimde verilmesi, gerek kaynak dağıtımında gerekse hedef kitlenin hizmetlere ulaşımında hakkaniyete özen gösterilmesi ve hizmet

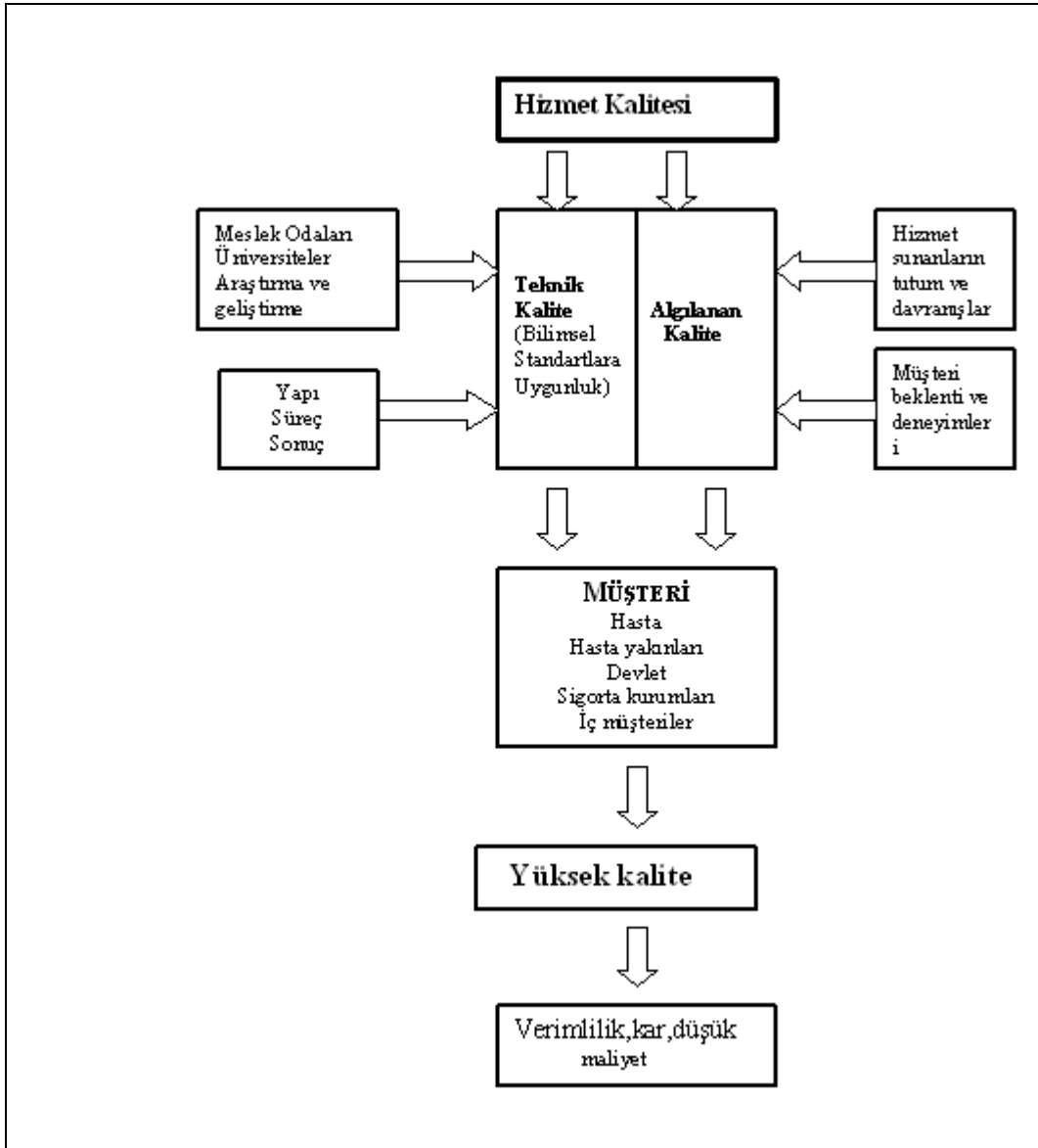
sunumu sırasında ve sonrasında hizmeti kullananların memnuniyetinin sağlanması gerekmektedir (Uz, 1995: 50).

Yalnız tıbbi faaliyetler açısından ele alınmış bir tanıma göre sağlık hizmetlerinde kalite; bir hastalık ya da durumun bir fonksiyonu olarak, bireyin sağlık durumunda meydana gelebilecek bir gerilemeyi en azından durduracak ya da iyileşme sağlayacak bir biçimde belli faaliyetlerin yerine getirilmesidir. Buna göre sağlık hizmetlerinin kalitesi, doğru olan tıbbi faaliyetlerin en iyi sonucu verecek şekilde yerine getirilmesidir. ABD’deki Tıp Enstitüsünün kalite tanımı ise, birey ve topluma sunulan sağlık hizmetlerinin arzulanan sağlık çıktılarına ulaşma ihtimalini artırma ve günün profesyonel bilgi birikimi ile tutarlı olma derecesidir (Çatalca, 2003: 8–9).

Donabedian tarafından yapılan tanıma göre sağlık hizmeti kalitesi; “sağlık hizmeti sunum sürecinde kurumu oluşturan birimlerin ortaya koyduğu yarar ve zarar dengelerinin yargısı neticesinde varılan maksimum bir iyileşme beklentisidir. Yüksek kaliteli tıbbi hizmet hastanın mümkün olabilecek en iyi fonksiyonel ve psikososyal iyileşmesini sağlayan teknik veya ilmi olanaklarla, iyi insan ilişkilerinin bir araya konması ile verilebilir (Çoruh, 1995: 25). Bu tanıma göre, yüksek kaliteli tıbbi bakım, hastanın mümkün olan en yüksek fonksiyonel duruma (iyileşmeye) ve psikososyal sonuçlara erişmesini mümkün kılan bilimsel ya da teknik bir unsur ile kişiler arası unsurun bileşkesi olarak kabul edilir. Burada performanslar ve standartlar önem kazanmaktadır. Performanslar değerlendirilmeli ve ölçülmeli, performansların standartlara uygunluğu belirlenmelidir. Standartlara uygun olmayan performansın iyileştirilmesi üzerinde durulmalıdır (Çatalca, 2003: 8–9).

Vincent K. Omachonu tarafından geliştirilen sentezci yaklaşım, kalitenin teknik ve sanatsal boyutlarını bir arada ele almaktadır. Şekil 2.1’de verilen bu yaklaşıma göre sağlık hizmetinin kalitesi, teknik kalite ve tedavi sanatı (uygulama sanatı) tarafından belirlenmektedir. Kalitenin teknik yönü, teşhis ve tedavi hizmetlerinin çağdaş tıp bilimine, bilimsel standart ve normlara uygun olmasını içerir. Bilimsel norm ve standartlar, üniversiteler, meslek kuruluşları ve araştırma geliştirme kurumları tarafından belirlenmektedir. Kalitenin sanatsal yönü ise verilen hizmetlerin hasta beklentilerini karşılama içerir. Tedavi sanatı, hizmet ortamının genel

özellikleri ve hizmet sunanların tutum ve davranışlarını kapsamaktadır. Bireylerin geçmiş deneyimleri ve beklentileri, hizmet sunanların tutum ve davranışları, kişisel kalite algısına yol açmaktadır. Algılanan kalite ve teknik kalitenin bileşimi de genel kalite düzeyini (yüksek, düşük) belirlemektedir. Yüksek kaliteli hizmet sunumunu da sonuçta kurumun verimliliğini ve karlılığını olumlu yönde etkilemektedir (Kısa, 2007: 213).



Şekil 2.1. Sağlık Hizmeti Kalitesinin Belirleyicileri Kaynak: Kavuncubaşı, 2000: 271

Donebedian tarafından geliştirilen ve üç ögeyi içeren “Yapı-Süreç-Sonuç” yaklaşımı hizmetin teknik kalitesini değerlendirmede kullanılmaktadır. Bunlar (Kavuncubaşı, 2000: 272):

- Yapı; hizmet sunan sağlık kurumunun genel özelliklerini içermektedir. Sağlık kurumunun maddi kaynakları (bina, donanım, teknoloji, sermaye, hizmet birimleri), sağlık kurumunun insan kaynakları (personel sayısı ve niteliğini), sağlık kurumunun organizasyonel yapısı (tıp hizmetleri organizasyonu, yönetim biçimi, komiteler, klinik denetim türü) yapı faktörünün içinde yer almaktadır.
- Süreç faktörü; üretime yöneliktir ve hizmet üretim ve sunumu sırasında gerçekleştirilen faaliyetler üzerinde odaklanmıştır. Süreç faktörü, hastanın muayene edilmesi, hastalığına tanı konulması, uygun tedavi planının geliştirilmesi ve uygulanması faaliyetlerini içermektedir.
- Sonuç; verilen hizmetlerin, hastaların ve toplumun sağlık statüsü üzerinde yaptığı etkiyi ifade etmektedir. Sunulan hizmetler hastanın sağlık durumunda beklenen değişikliği sağlamış ise, hizmet sonucunun iyi olduğu söylenebilir.

Üç ögeli yaklaşıma göre, teknik anlamda kaliteli hizmet, bu üç ögenin etkileşimi ile elde edilebilir. İyi bir yapı (nitelikli personel, gelişmiş donanım), iyi bir sürecin ortaya çıkmasına (doğru tanı, etkili tedavi) yol açarken, iyi bir hizmet süreci de arzulanır sonuçların elde edilmesini sağlamaktadır. Bir hizmetin kalitesinin teknik açıdan değerlendirilmesi için bu üç ögeden her birinin bağımsız olarak analiz edilmesi yeterli olmamakta, ögeler arasındaki ilişkiler üzerinde de durulması gerekmektedir (Yılmaz, 2001: 70)

B) SAĞLIK HİZMETLERİNDE KALİTEYİ ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Avedis Donebedian, sağlık kurumlarında verilen hizmetlerin kalitesini etkileyen değişkenlikleri 7 ana başlıkta toplamıştır. Bu değişkenler, hizmetlerin kaliteli olup olmadığını ortaya koymada yol gösteren temel özellikler olarak kabul edilebilir. Donebedian’ın ortaya koyduğu yedi kalite özelliği aşağıda açıklanmıştır (Kaya, 2005: 4-12), (Kavuncubaşı, 2000: 273):

1. **Etkenlik:** Etkenlik mevcut bilimsel bilgi çerçevesinde ve mevcut olanaklarla hastanın sağlık durumunda yapılabilecek maksimum gelişmeyi ifade etmektedir. Başka bir anlatımla etkenlik, sağlık kurumunun potansiyelini yani, mevcut teknolojiye ve bilimsel bilgiye dayalı olarak en iyi yapabileceği faaliyetleri içermektedir. Etkenlik araştırma, deneyim ve profesyonel fikir birliğinin bir ürünüdür.
2. **Etkililik:** Etkenliğin tersine etkililik, hastaların sağlık durumunda gerçekleştirilen veya gerçekleştirilmesi beklenen somut gelişmedir. Bir sağlık hizmeti, hastanın sağlık durumunda olumlu değişiklik yaratmış ise bu hizmetin etkili olduğu söylenebilir. Hastanın sağlık durumunda herhangi bir değişikliğe yol açmayan hizmetin, diğer özellikleri iyi olsa bile, etkili, olarak kabul edilmesi mümkün değildir. Etkililik, verilen hizmetlerin, ideal (en iyi) hizmete göre bireyin sağlık durumunda ya da hastalık seyrinde yaptığı değişiklik esas alınarak ölçülür.
3. **Verimlilik:** Yönetmelik rasyonelite açısından benimsenmesi gereken temel ilkelerden birincisi, en iyi hizmetin en az maliyetle üretilmesidir. Aynı sonucu veren iki hizmetten düşük maliyetli olanı, pahalı olan göre daha kalitelidir.
4. **Optimallik:** Optimallik, hastaya verilen hizmet miktarına paralel olarak değişen fayda ve maliyetler arasında optimum dengenin sağlanmasıdır (Kısa, 2007: 217). Başka bir deyişle, sağlık hizmetlerinin maliyetleri ile faydaları arasında en iyi dengenin kurulduğu noktadır.
5. **Kabul edilebilirlik:** Kabul edilebilirlik, verilen hizmetin, hastaların ya da yakınlarının değerleri, istekleri ve beklentileriyle uyumlu olması anlamına gelmektedir. Bir hizmetin kabul edilebilir olması için hastaların hizmete kolayca ulaşabilmesi ve kullanabilmesi, hizmet veren personelin hastalara karşı duyarlı olması, hasta istek ve beklentilerine yanıt vermesi, hizmet ortamının rahatlatıcı ve güven verici olması, hizmetlerin etkili ve ucuz olması gerekmektedir. Sağlık hizmeti verilen kurumun uzaklığı, ulaşımın maliyeti, sağlık kurumunun açık olduğu saatler, hastanın sağlık sigortasının olup olmaması, hastaların etnik veya dini tercihleri ulaşılabilirlik kapsamındadır.
6. **Yasallık:** Verilen hizmetlerin, toplum tarafından kabul edilmesi olarak tanımlanabilir. Bir sağlık kurumunun verdiği hizmetler, sosyal ilgi ve tercihlerle uyumlu değilse, toplum tarafından kabul görmeyecektir.

7. Eşitlik: Tüm bireylere adil biçimde hizmet verilmesi, bireyler arasında ayrımcılık yapılmaması ve bireylerin elde ettiği faydanın eşit olması anlamına gelmektedir.

Sağlık hizmetlerinin kalitesini ortaya koyan yukarıdaki özelliklerin bir bütün olduğu unutulmamalıdır. Kaliteli hizmet üretimi ve sunumunu amaçlayan sağlık kurumları yöneticileri, sundukları hizmetlerin bu kalite özelliklerinin tümüne yeterli ölçüde sahip olmasına dikkat etmelidir. (Kısa, 2007: 217)

C) SAĞLIK KURUMLARINDA TOPLAM KALİTE YÖNETİMİ

Sağlık kurumlarında toplam kalite yönetimi (TKY) verilen hizmetin kalitesinin sürekli yükseltilmesini hedefleyen ve kurum genelinde katılıma dayanan bir yönetim anlayışıdır. TKY, kalite yönetimi evriminin üçüncü aşamasını oluşturmaktadır. TKY, ne kalite denetimi yaklaşımında olduğu gibi sonuçlar üzerinde odaklanmakta, ne de kalite güvencesinde olduğu gibi yalnızca süreçlere ağırlık vermektedir. TKY, kaliteyi bir kurumsal kültür olarak kabul etmekte ve kaliteyi tüm birim ve personelin katılımını içeren süreçlerin bir sonucu olarak görmektedir (Kavuncubaşı, 2000: 282).

Sağlık hizmetlerinde kalite yönetimi, maliyetlerin azaltılmasına değil, kazançların artırılmasına odaklanmış, bilginin egemen olduğu, mutlak hasta mutluluğunu üretmek için yaşama geçirilmesi kaçınılmaz olan bir dizi yönetim etkinliğidir. Yönetim, vizyonunda belirlediği yere ulaşmak için yukarıdan aşağıya doğru planlı, sistematik ve örgütsel hedefler ve kriterler belirleyecek, hasta mutluluğunu sağlayacak tüm üretim süreçlerini kontrol altında tutacaktır. Süreçlerden oluşan sistemler, sistemlerden oluşan organizasyon, tüm alt aktiviteleri de içerecek şekilde aynı amaç doğrultusunda ve sürekli iyileştirme mekanizmaları ile yönetilmelidir (Tokatlıoğlu, 1997: 235).

“TKY, önemini her geçen gün artırarak, güncelliğini koruya gelmiş bir yönetim yaklaşımıdır. Bu yaklaşım temelde sentezci bir nitelik taşımaktadır. TKY, klasik yönetim bilimcilerin geliştirdiği ölçme araçlarını (istatistik vs.), davranışçı kuramın insana ilişkin varsayımlarını ve önerilerini ve günümüzün pazarlama kuramlarını bir sistem içinde bütünleştirmeye dayanmaktadır. Özetle TKY yaklaşımı, dört temel disiplinin bileşiminden oluşmaktadır bunlar, sistem kuramı, örgütsel davranış, pazarlama, istatistik disiplinleridir” (Çatalca, 2003: 67).

Müşteri istek ve beklentilerine odaklanan ve süreç anlayışına açıklık getiren TKY, sağlık birimleri arasındaki izole çalışma engelini ortadan kaldırmaktadır. Devamlı kalite iyileştirme çalışmaları, gösterge olarak alınan verilerin analizi, sebeplerin belirlenmesi ve çözüm yollarının uygulamaya konulması sistemi sağlık sektöründe de kolaylıkla uygulanabilmektedir. TKY, dikey yerine yatay yönetimi esas alan ve her kurumun kendi yapısı ve olanakları doğrultusunda standartlarını belirlemesini gerektiren bir sistemdir. İş akışı süreç analizleri, kontrol çizelgeleri, sebep-sonuç diyagramları, pareto diyagramları gibi araç ve teknikleri sağlık uygulamalarının tıbbi teşhis, tedavi ve bakım yaklaşımlarına uygundur (Çoruh, 1995: 24).

D) TKY'NİN İLKELERİ

TKY, çeşitli yönetim ilkelerini içermektedir. Kurumsal faaliyetlerde bu ilkelere yeterli özenin gösterilmesi ve araçların doğru biçimde uygulanması sonucunda, kalite verimlilik, müşteri tatmini ve personel tatmininde, özetle kurumsal performansta önemli gelişmeler sağlanabilecektir. TKY'nin temel ilkeleri şu şekilde sıralanabilir:

1. Liderlik: Kalite sağlamanın ya da kalite güvencesinin temel koşulu üst yönetimin tutarlı ve kararlı politika izlemesidir. TKY, üst yönetimin eğitim ve destek konusunda kendisini sorumlu hissetmesi ve tüm personeli kalite politikası ve hedefleri doğrultusunda teşvik etmesi ile gelişebilir. TKY katılımçılıkla başarılabilir, personelde katılım isteğinin oluşturulması ve güçlendirilmesi üst yönetimin görevidir (Koparal, 1997: 323).

TKY'de, kalitenin kurumun temel politikası haline gelmesi, üst yönetimin TKY anlayışını benimsemesi ve bu anlayışın ilkelerini tüm çalışanlardan daha iyi bilmesi gerekir. Etkin bir kalite yönetim sisteminin kurulması için üst yöneticilerin şu konulara ve faaliyetlere önem vermesi gerekir (Efil, 2006: 169): İşletmenin toplam kalite konusunda alacağı tavır ortaya koyan politikaları belirlemeleri, TKY çalışmalarında görünür düzeyde aktif olmaları ve yer almaları, işletme içinde tutarlı bir kalite kültürünün oluşması için faaliyet göstermesi, paylaşılmış bir görev anlayışı ve vizyon yaratmaları, kalite sisteminin kurulması ve işletilmesi için gereksinim duyulan kaynakları sağlamaları, çalışanları faaliyetlerini teşvik ve zamanında takdir ederek, kalitenin herkesin sorumluluğunda olduğu mesajını vermeleri, çalışanlar arasında

karşılıklı etkileşimi yönetmeleri gerekir. Ayrıca, çalışanları yetkilendirmeleri, öğrenen bir organizasyon yaratmaları, TKY'nin yaygınlaştırılması için gerekli olan tanıtım ve bilgilendirme faaliyetlerine önem vermeleri gerekir.

2. Müşteri odaklılık: Müşterinin tatmin edilmesi TKY'nin en önemli başarı ölçütüdür. TKY, yalnızca dış müşteri olarak adlandırılan ve sağlık kurumundan hizmet alan kişilerin tatmini üzerinde odaklanmamakta, aynı zamanda iç müşteri olarak adlandırılan kurum personelinin tatminini de ön planda tutmaktadır (Kavuncubaşı, 2005: 284). Dış müşteriler, ürün ya da hizmetlerin nihai olarak kullanan kişilerdir. İç müşteriler ise, dış müşterilere nihai ürünü veya hizmeti sunma sürecinde görev alan işletmedeki diğer kişilerdir (Acuner, 2004: 28).

3. Bölümler arası işbirliği: Sağlık kurumlarının temel özelliklerinden birisi, bölümler arasındaki yoğun fonksiyonel bağımlılığın bulunmasıdır. Bir hizmet birden fazla bölümün eş zamanlı ve ortaklaşa faaliyeti ile gerçekleştirilmektedir. Dolayısıyla, sağlık kurumunda bölümler veya fonksiyonlar arasında karşılıklı bağlantılar bulunmaktadır. Bu bağlantıların etkili bir şekilde yönetilmesi için, bölümler arasında karşılıklı işbirliğini esas alan bir yönetim anlayışı gereklidir. TKY, bölüm yöneticilerini içeren bir yönetim ekibinin oluşturulmasını ve ekibin bölümler arasındaki ilişkileri düzenlemesini savunmaktadır (Kavuncubaşı, 2000: 285).

4. Yönetime Katılım: TKY yaklaşımı, personel yeterliliğinin yüksek olmasını, karar alma ve süreç iyileştirme faaliyetlerinde personelin fikrinin alınması gerektiğini savunmaktadır. TKY, işi yapan personelin, işi en iyi bilen kişi olduğunu varsaymakta, işin daha iyi yapılabilmesi için personelin yaratıcılığını kullanabileceği bir ortamın oluşturulması gerekmektedir. TKY, diğer yönden ekip çalışmasına dayanır (Kısa, 2007: 225)

Ekip çalışması, grup enerjisini ortaya çıkarır. Kişinin konuya daha bütün bakmasına yardımcı olduğu kadar, kişisel ilişkileri geliştirir, iletişim alışkanlıklarını yerleştirir, yaratıcılığı teşvik eder ve geliştirir. TKY'de ekip çalışmasının belli yöntemleri, mutlaka uyulan sıkı bir disiplini vardır. Çalışanların tümünün problem çözme, sürekli gelişme, kaliteyi sağlama ve sürekli kılmaya yönelik çalışmalara katılımını gerçekleştirmeyi amaçlar (Efil, 2006: 179).

5. Sürekli gelişme ve iyileştirme: TKY'nin başarıyla uygulanmasını sağlayan en önemli faktörlerden birisi de sürekli gelişmedir. Kaizen ise sürekli gelişmeyi ifade eder, Japonca bir terimdir “Kai=Değişim, Zen=Daha iyiye gitmek” anlamına gelir. Kaizen felsefesi, küçük adımlarla durmaksızın yapılan gelişmelerin sonuçlarının çok büyük olacağını benimser (Özdil, 2000: 40). Sürekli gelişme işletmenin tüm birimlerinde uygulanır. Her birimden elde edilen küçük başarılar, işletmenin bütünü açısından önemli değerler taşır. Mal ve hizmet kalitesini artırmanın dört yolu vardır (Koparal, 1997: 329):

- Mal ve hizmetlerde yenilik,
- Mal veya hizmetleri yaşatan sistemlerde yenilik,
- Var olan mal veya hizmetlerin geliştirilmesi,
- Var olan sistemin geliştirilmesi.

Yenilik, yeni hizmetler ürünler tasarlamak, yeni üretim ve sunum yöntemleri kullanmak, hiç yapılmamış bir şeyi ortaya çıkarmaktır (Dinçer, 2003: 167). Ürün fonksiyonunda veya fiziksel özelliklerinde değişiklik yapılarak yeni bir ürün ortaya çıkacaktır. Bu durumun maliyeti oldukça yüksektir. Yenilik hızlı gelişen ekonomilerde sonuç odaklı bir çözümdür. Sürekli gelişme, yenilik faaliyetlerinin aksine küçük adımlarla uygulanır. Ürün için bulunan en küçük gelişme hemen uygulanır. Küçük bilgi birikimleriyle elde edildiği için maliyeti çok düşüktür. Bu nedenle sürekli gelişme yavaş gelişen ekonomilerde olumlu sonuçlar vermektedir. Mal ve hizmetin sürekli geliştirilmesi, pazarda eskime şansını ortadan kaldırmakta, rekabet üstünlüğü sağlamaktadır (Koparal, 1997: 329).

Kaizen felsefesine göre süreçlerin sürekli geliştirilmesi sonuçları geliştirir. Süreç merkezli düşünce, insanı ön plana çıkarır. Kaizen felsefesi; katılımcılığın, paylaşımın, zamanın ve yeteneklerin yönetiminin, kendi kendine disiplinin, güdülenmenin ve iletişimin başarılı bir şekilde uygulanmasını benimser (Özdil, 2000: 40).

“Üretim süreçlerinin geliştirilmesi, TKY yaklaşımının önemli bir özelliğini oluşturmaktadır. TKY, hizmet üretim sürecinin iyileştirilmesini zorunlu kılmaktadır. Her ürün ve hizmet, birbiriyle ilişki içinde olan farklı personel, yöntem ve tekniğin

kullanılmasını içeren bir dizi faaliyet sonucunda üretilir. TKY felsefesine göre, bir ürün veya hizmetin kalitesini, o ürün veya hizmetin üretimi için gerçekleştirilen faaliyetlerin kalitesi belirlemektedir. Faaliyetlerin kalitesi yükseldikçe ürün ve hizmetlerin kalitesi de yükselmektedir” (Kavuncubaşı, 2005: 285).

Sürekli iyileştirme üç aşamada sağlanmaktadır. Bunlar (Penpec ve Bakan, 2004: 337):

- Süreç değerlendirme aşaması: Süreç iyileştirme ekibi, süreç kapsamı ve süreç akış şemasını belirler. Müşterinin gereksinimlerini belirler ve süreç performansını değerlendirir.
- Süreç çözümlenme aşaması: Kıyaslama (bechmarking) bilgileri elde edilir. Süreçteki sorunlar istatistiki yöntemler de kullanılarak çözümlenir, alternatif çözümler bulunur. Yeni çözümler kullanıcılara benimsetilir.
- Süreç iyileştirme: Yeni çözüm için pilot uygulama yapılır ve sonuçlar değerlendirilir. Yeni çözüm işletme çapında uygulamaya konulur.

TKY’de, sürekli gelişmeyi sağlamak ve ölçmek için sayısal ve niteliksel veriler kullanılmaktadır. Bu amaçla kullanılan başlıca araçlar, balık kılıcı, pareto, kontrol listeleri, eğilim analizi dağılım diyagramları, histogramlardır. Bu araçlar genelde görsel araçlardır.

6. Standardizasyon: Kota ve benzeri sayısal standartlar TKY kültürü ile uyumlu olmamakla birlikte, TKY süreçlerin standartlaştırılmasını zorunlu kılmaktadır. Kıt kaynakların optimum değerlendirme çabaları sonucunda ortaya çıkan standartlaştırma bir lüks değil olmazsa olmaz bir özelliktir (Engin, 2002: 63). Standartlaştırma ilkesi, her hangi bir zamanda en iyi iş sürecinin saptanması ve standartlaştırılması ve süreçle ilgili tüm personelin bu standartlara uygun olarak çalışması anlamına gelmektedir. Standartlaştırma ve sürekli gelişimin bir arada gerçekleştirilmesi, TKY yaklaşımının uygulanmasını zorlaştıran önemli bir faktördür (Kavuncubaşı, 2005: 286).

7. Eğitim: TKY’ de üretilen mal ve hizmetin kalitesi o mal veya hizmeti üreten insanın kalitesi ile ilişkili olduğu kabul edilir. Çalışanlara yapılan eğitim yatırımı ile onları motive edebilmek, özendirilebilmek ve sonuçta onlardan kaliteli, kusursuz üretim

ve yüksek verimlilik beklemek mümkündür. TKY’de eğitim öncelikle yöneticiler düzeyinde başlamalıdır. Bu, yönetimin sistemin işlemesine tam olarak katılımını, kalite sisteminin felsefesini anlamasını, sistemin etkinliğini değerlendirebilmesini sağlar. Eğitim almak ve bilgili olmak bireyin kendine olan güvenini ve kurumun ilerlemesine yönelik katkı potansiyellerini artıracaktır (Penpec ve Bakan, 2004: 335).

TKY yaklaşımına göre, personel gerek kendi çalışmalarının gerekse grup etkinliklerinin kalitesinden sorumludur (Çelik, 1996: 94). TKY’ de personel TKY felsefesi ve TKY araçlarının kullanımı konusunda eğitilir. Temel kalite yönetimi konusunda eğitildikten sonra kurumun tüm personelinden eğitim yoluyla edindiklerini günlük yaşamlarına aktarmaları beklenir. Böylece toplam kalite bir “ortak dile” diğer bir anlatımla kurumsal kültür unsuruna dönüşür (Kısa, 2007: 226).

8. Değişkenlik ve istatistiğin kullanılması: TKY hizmet sunumu sırasında ortaya çıkan değişkenliği açıklamak için istatistiksel araçları kullanılır. İstatistiksel araçlar (örneğin değişim çizelgeleri) kullanılarak değişkenliğin belirli özel nedenlerden mi kaynaklandığı ya da şansa bağlı olarak mı ortaya çıktığı belirlenir. Değişkenliğin kaynağına göre, uygun düzeltme araçları kullanılarak, değişkenlik denetim altında tutulur (Kavuncubaşı, 2005: 287).

TKY’de, üretim sorunlarını erkenden ortaya çıkarmak için geliştirilmiş istatistikî kalite kontrol yöntemleri, sorun çıkmasına engel olma (sıfır hata) amacına dönük olarak kullanılmaktadır (Çoruh, 1995 b: 23).

Rekabetin temel kriterini oluşturan “kalite-maliyet-hız” üçlüsünde işletmelerin üstünlük sağlayabilmeleri için her yönüyle gelişmeleri şarttır. Ölçülemeyen şey geliştirilemez, o nedenle TKY istatistik ve analizden yararlanmak zorundadır. Bir yönetici, veriler ve istatistiksel yöntemlerden yararlanmayıp kendi deneyim, altıncı his ve cesaret duygusuna güveniyorsa işletmenin yüksek teknolojiye sahip olmadığını itiraf ediyor demektir (Efil, 2006: 168).

9. Önleme: TKY, sorunların ortaya çıkmadan önlenmesini gerektirir. Bir sorun ortaya çıkmadan önlenmesi, o sorunu çözmekten daha ekonomiktir. TKY’nin temelinde, hataları ayıklamak yerine hata yapmamak yaklaşımı vardır. Her yönüyle

düşünülmüş, kapsamlı ve titiz bir planlama çalışması ile sonradan ortaya çıkabilecek hataların çok büyük bir bölümü ortadan kaldırılabılır. Sürprizlere önceden hazırlıklı olmak çok büyük bir avantaj sağlar (Kavuncubaşı, 2005: 287).

10. Ölçme ve izleme: TKY, ölçme ve izleme faaliyetlerine önem verir. “Ölçemezseniz geliştiremezsiniz” veya “ölçemezseniz yönetemezsiniz” sloganları, TKY’nin bu özelliğini ortaya koymaktadır (Kısa, 2007: 227).

Kalitenin ölçümü ve kalite iyileştirmenin izlenmesi gerekir. Sürekli geliştirme için ölçümler değerlidir. Ölçümleri yapabilmek için de doğru belirlenmiş standartlar ve doğru tutulmuş kayıtlar gerekmektedir (Çatalca, 2003: 43).

11. Tedarikçilerle işbirliği: TKY uygulayan bir işletme tedarikçilerle tıpkı bir ortak gibi çalışarak; rekabet gücünü artıracak girdileri en kaliteli, en ekonomik ve en hızlı temin etmek istemektedir. İşletmenin üst yönetimi tarafından belirlenen politikalar çerçevesinde; satın alma departmanı sorumluları, tedarikçilere destek verme ve onların sundukları hizmetlerin kalitesini iyileştirme yönünde faaliyette bulunurlar (Penpec ve Bakan, 2004:335).

III. SAĞLIK KURUMLARINDA MÜŞTERİ TATMİNİ

A)SAĞLIK KURUMLARINDA MÜŞTERİ KAVRAMI

Sağlık kurumlarının tek müşterisinin hastalar olduğu düşüncesi günümüzde geçerliliğini büyük ölçüde yitirmiştir. Eskiden sağlık kurumlarının müşterisi denildiği zaman sadece hastalar akla gelirken, günümüzde “sağlık hizmetleri üretim sürecine katılan tüm birey ve kurumlar” müşteri olarak kabul edilmektedir. Sağlık kurumlarının müşterileri iki ana grupta toplanabilir: iç müşteriler ve dış müşteriler. İç müşteri sağlık kurumlarında çalışan veya sağlık kurumu ile organik ilişkisi bulunan kişi ve grupları ifade etmektedir. Dış müşteri kavramı ise sağlık kurumunun temel çıktılarından (hizmetlerinden) doğrudan veya dolaylı olarak yararlanan kişi ve kurumları kapsamaktadır. Sağlık kurumlarının iç ve dış müşterilerine örnekler Tablo 2.1’de verilmiştir.

Tablo 2.1. Sağlık kurumlarında İç Ve Dış Müşteriler

Dış Müşteriler	İç Müşteriler
Hastalar, Hasta Yakınları Ve Çevresi	Kurum Personeli(Hekim, Hemşire vb.)
Refakatçiler, Ziyaretçiler	Pay Sahipleri
Devlet	Danışmanlar
Diğer Sağlık Kurumları	
Anlaşmalı Kuruluşlar	
Eczaneler	
Dernekler	
Medya	
Sigorta Şirketleri	
Tıbbi Malzeme Ve İlaç Firmaları	

Kaynak: Kavucubaşı, 2000: 292

Tablo 2.1’de de görüldüğü gibi sağlık kurumlarının memnun etmesi gereken geniş ve heterojen bir müşteri grubu bulunmaktadır. Sağlık kurumlarının başarısı ve yaşamını devam ettirebilmesi, büyük ölçüde bu müşterilerin istek ve beklentilerini karşılayabilme becerisine bağlıdır. Tüm müşteri gruplarının istek ve beklentileri birbirinden farklı olduğu için sağlık kurumları yöneticilerinin her müşterisini tatmin etmek için farklı stratejiler geliştirmesi gerekmektedir.

B) MÜŞTERİ TATMİNİ

Sağlık kuruluşları var olabilmek için iç ve dış müşteri beklentilerine odaklanmış, gelişmeleri izleyen ve sürekli gelişen, çalışanlarının tam katılımı ve önce insan anlayışı ile hizmet üreten, çalışanların performanslarını geliştiren, proses yönetimi ve sürekli

proses denetimi yapabilen kuruluşlar olmak, kısaca TKY'ni uygulamak ve şirket kültürü geliştirmek mecburiyetindedirler (Başol, 1995: 106).

Sağlık Kurumlarının temel çıktılarında biri olan hasta memnuniyeti, hastaların hastane hizmetlerinden bekledikleri performans ile kendilerine sunulan hizmetler arasındaki farkın değerlendirilmesi olarak açıklanabilir (Akgün vd., 1999: 49). Müşteri tatminin belirleyen birinci faktör, müşteri beklentileridir. Müşterilerin sağlık kurumunda aradıkları veya görmek istedikleri bilimsel, yönetsel ve davranışsal özellikler olarak tanımlanabilen beklentiler, müşterilerin yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, kişilik, algılama, motivasyon ve sosyal kültürel özelliklerine (Türköz vd., 1997: 42), sağlık hizmetleri ve sağlık kurumları ile ilgili geçmiş deneyimlerine göre farklılıklar göstermektedir (Uçku vd., 1999: 61).

Müşteri tatminin belirleyen ikinci faktör ise müşterilerin aldıkları hizmetle ilişkin algılamalarıdır. Algılar, bireylerin aldıkları hizmetler ve hizmet üretim süreci ile ilgili görüş veya değerlendirmeleri esas alınarak ölçülmektedir. Algılama faktörü, müşterilerin özelliklerine ve sağlık kurumuyla ilgili geçmiş deneyimlerine göre farklılaşmaktadır. Bir müşterinin beklentileri karşılandığında (algılama > beklenti) o müşteri aldığı hizmetten tatmin olmaktadır. Beklentileri tam karşılanmayan (algılama düzeyi < beklenti düzeyi) müşteriler tatmin edilmemiş müşteriler olarak kabul edilecektir (Sarp, 2007: 12).

Müşteri tatminini yükseltmeyi hedefleyen sağlık kurumlarının öncelikle yapması gereken faaliyet, hizmetlerin kullanıcılar tarafından nasıl algılandığını ve memnuniyet durumlarını araştırmak, varsa tatminsizliğin hangi hizmet veya hizmet sürecinden kaynaklandığını tespit etmek, bulunan sorunlara yönelik alternatif çözümler üretmek ve bu doğrultuda uygulamaya geçmektir (Uçku vd., 1999: 65).

C) HASTA TATMİNİNİN ÖNEMİ

Hasta tatmini, sağlık kurumlarında hizmet kalitesini değerlendirmede kullanılan temel kriterlerden biridir. Sağlık kurumlarında hasta tatmininin sağlanması dört nedenden dolayı önemlidir. Bunlar (Kısa, 2007: 280)

1. İnsancıl nedenler: En iyi ve en kaliteli hizmeti almak insanların temel haklarının başında gelmektedir. Ağrılı, endişeli, gerilimli biçimde sağlık kurumuna gelen hastaların en iyi sonucu veren hizmetlerden yararlanma hakkı vardır. Hizmetlerin hem teknik ve bilimsel anlamda yeterli olması hem de, hastaların kişiliğine, düşüncelerine, değer ve tutumlarına saygı gösterilerek sunulması gereklidir. Hastalara insancıl tarzda hizmet verilmesinin, aynı zamanda hukuksal boyutu da bulunmaktadır. Çağdaş, demokratik ve insan haklarına saygılı tüm toplumlarda, hasta hakları konusunda çeşitli yasal düzenlemeler yapılmıştır. Hasta hakları, insan haklarının ayrılmaz bir parçasıdır. Türkiye’de 1998 yılında hasta hakları yönetmeliği hazırlanmış ve uygulamaya konulmuştur (Resmi Gazete Tarih: 01.08.1998 Resmi Gazete No: 23420).

Bu yönetmelik; sağlık hizmeti verilen bütün kurum ve kuruluşlarda ve sağlık kurum ve kuruluşları dışında sağlık hizmeti verilen hallerde, insan onuruna yakışır şekilde herkesin “hasta haklarından” faydalanabilmesine, hak ihlallerinden korunabilmesine ve gerektiğinde hukuki korunma yollarını fiilen kullanabilmesine dair usul ve esasları düzenlemek amacı ile hazırlanmıştır. Aynı yönetmelikte sağlık hizmetlerinin sunulmasında aşağıdaki ilkelere uyulmasının zorunlu olduğu belirtilmiştir (www.saglik.gov.tr,07.04.2008):

- Bedeni, ruhi ve sosyal yönden tam bir iyilik hali içinde yaşama hakkının, en temel insan hakkı olduğu, hizmetin her sahasında daima göz önünde bulundurulur.
- Herkesin yaşama, maddi ve manevi varlığını koruma ve geliştirme hakkına haiz olduğu ve hiçbir merci veya kimsenin bu hakkı ortadan kaldırmak yetkisinin olmadığı bilinerek, hastaya insanca muamelede bulunulur.
- Sağlık hizmetinin verilmesinde, hastaların, ırk, cinsiyet, dil, din ve mezhep, siyasi düşünce, felsefi inanç ve ekonomik ve sosyal durumları ile sair farklılıkları dikkate alınmaz. Sağlık hizmetleri, herkesin kolayca ulaşabileceği şekilde planlanıp düzenlenir.
- Tıbbi zorunluluklar ve kanunlarda yazılı haller dışında, rızası olmaksızın kişinin vücut bütünlüğüne ve diğer kişilik haklarına dokunulamaz.
- Kişinin rızası ve Bakanlığın izni olmaksızın tıbbi araştırmalara tabi tutulamaz.

- Kanun ile müsaade edilen haller ile tıbbi zorunluluklar dışında, hastanın özel hayatının ve aile hayatının gizliliğine dokunulamaz.

2. Ekonomik nedenler: Hizmet alıcısı konumun olan hastalar, içinde buldukları konum nedeniyle, verilen hizmetle ilgili olarak diğer sektörlerdeki müşterilerden daha dikkatlidirler. Tercihlerini daha ciddi belirler ve ödedikleri ücretin karşılığını beklerler (Engiz, 1999: 425). Diğer yönden sigorta kurumları da, müşterilerinin aldıkları hizmetlerden tatmin olmalarına önem vermektedir. Sigorta kurumları, müşterilerinin tatminini sağlamak için, sağlık kurumlarına baskı yapmaktadır.

3. Pazarlama nedenleri: Sağlık kurumları müşteri potansiyelini arttırmak ve dolayısıyla pazar payını yükseltmek için hasta tatminine önem vermek zorundadır. Tatmin edilen hastaların, birer dış müşteri olarak sağlık kurumunun reklam ve tanıtımını yapmakta, sağlık kurumu hakkındaki olumlu görüşlerini başkaları ile paylaşmaktadırlar. Tatmin olmuş bir müşterinin izlenim ve duygularını 20 kişiye, tatmin olmamış bir müşterinin ise 40 kişiye duyurduğu bilinmektedir (Doruk, 2002: 77). Hastaların bu yöndeki davranışları, sağlık kurumunun pazar payının gelişmesinde çok önemli bir rol oynayacağından, hasta sadakatini sağlamak amacıyla da hasta tatmini üzerinde odaklanmalıdır. “Hasta sadakati”, hastanın ihtiyaç duyduğunda aynı sağlık kurumunu tercih etmesi ve potansiyel hastalara o kurumu tavsiye etmesidir (Engiz, 1999: 425). Hastalar hizmetten ne kadar çok tatmin olurlarsa, hasta sadakati de o oranda artmaktadır, başka bir deyişle, hasta sadakatinin, en önemli belirleyicisi hasta tatminidir. Kalite, tatmin ve hasta sadakati arasında yüksek düzeyde bir korelasyon bulunmaktadır. Tatmin düzeyi yüksek hastaların, hem katıldıkları terapi programlarına devam oranları, hem de aynı yeri yeniden tercih etme oranları yüksektir. Hastaların eskiden kullandıkları hastaneyi tekrar seçme eğilimleri, hastanenin teknik ve klinik faktörlerinden etkilenmemektedir. Bireylerin aynı sağlık kurumunu tercih etmelerinde en etkili faktör kurum personelinin tutum ve davranışlarından kaynaklanan hasta tatminidir (Kavuncubaşı, 2000: 296).

4. Etkilik nedenleri: Tatmin düzeyi yüksek olan hastaların tedaviyi uygulama sürecinde daha olumlu davranışlar sergilediği, sağlık ekibi ile ilişkilerini sürdürme

eğilimlerinin tatmin düzeyi düşük olan hastalara göre daha fazla olduğu bilinmektedir (Uçku vd., 1999: 62). Tatmin olan hastalar, hekim ve diğer sağlık personelinin önerilerine ve yönergelerine titizlikle uymakta, randevularına sadık kalmakta, verilen ilaçları gerektiği şekilde kullanmaktadırlar (Türköz vd., 1997: 33).

D) HASTA TATMİNİNİ ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Hizmet kalitesini ve müşteri memnuniyetini belirleyen başlıca unsurlar şunlardır (Yatkın, 2004:29):

- Fiziksel (somut olarak tespit edilebilen şeylerin) koşulların iyi olması, iyi bir imaj vermesi,
- Hizmetin güvenilir olması, şüphe bırakmaması,
- Müşteriye sunulan hizmet hakkında bilgi verilmesi,
- Müşteriye yeterince ilgi gösterilmesi, onunla iletişime açık olunması,
- Müşteriye karşı ciddi ancak güler yüzlü olunması, nazik ve saygılı davranılması, dürüst olunması,
- Hizmeti sunan ekibin bilgili ve tecrübeli olması,
- Hizmeti verecek kurumun yeterli imkân ve donanıma sahip olması,
- Müşterinin hizmete en kısa bir zamanda ve kolayca ulaşabilmesi.

Hasta tatminini hangi faktörlerin etkilediği konusunda tam bir görüş birliği bulunmamaktadır. Bilgilendirme, ilgi ve nezaket, empati, psikososyal destek, zamanlamanın uygunluğu, hizmetin ulaşılabilirliği, hizmetin sürekliliği, yeterliliği, tıbbi sonuçların uygunluğu vb. gibi unsurlar sağlık hizmet kalitesini ve hasta memnuniyetini belirleyebilmektedir (Türköz vd., 1997: 35). Hasta tatminini etkileyen bu faktörlerden en önemlileri ise şunlardır (Kavuncubaşı, 2000: 292–302):

1. Personel hasta etkileşimi: Hasta ve sağlık profesyonelleri arasındaki etkileşimin, hastaların sağlık durumu ve verilen hizmetin etkiliği üzerinde büyük etkisi bulunmaktadır. Hastaların özel hastaneleri tercih etmelerinin sebebi, doktor ve diğer personelin hastalara karşı daha nazik ve daha insancıl tutum ve davranışlar sergilemeleridir.

a) Hasta-Hekim Etkileşimi: Hekimlerin hastalarına olan tavır ve davranışları, kendini zayıf ve çaresiz hissedenden hastanın iç dünyasında çok büyük öneme sahiptir. Hastalar hekimlerin verdiği hizmetin kalitesini değerlendirirken, hekimin uzmanlık bilgisinden daha çok dinleme, duyarlı olma, yeterli zaman ayırma, nazik ve saygılı olma gibi davranışlarını göz önünde tutmaktadır. Özellikle yaşlı hastalar, doktorlardan, hastalara karşı yakın ve dostça davranmalarını, hastalara yeterli zaman ayırmalarını, hastaları dinlemelerini, çocuk hastalar ve aileleri daha sevecen ve arkadaşça davranmalarını, yardıma ihtiyaç duyduklarında hemen yanıt vermelerini ve yeterli teknik bilgiye sahip olmalarını istemektedir. Hekim davranışı, hasta tatminini ve aynı zamanda verilen hizmetin etkililiğini de arttırmaktadır. Hasta ve doktor arasında olumlu ilişki kurulması, hastanın hekimi sevmesi ve ona güvenmesi durumunda, hastalar hekimlerin önerilerine tamamen uymakta ve tedavilerine ara vermemektedirler.

b) Hasta-Hemşire Etkileşimi: Hasta tatminini etkileyen bir diğer faktör, hemşire-hasta etkileşimidir. Yataklı tedavi kurumlarında, hastaların tedavi süreci boyunca en fazla etkileşimde bulunduğu personel grubu, hemşirelerdir. Hastanelerde TKY'nin etkinliğini değerlendirme çalışmalarında “hemşirelik hizmetleri süreci”, “hekimlik hizmet sürecinden” sonra ikinci öncelikle araştırılmaktadır (Türköz vd.,1997:34). Hemşire davranışlarının hasta tatminine önemli etkisi bulunmaktadır. Servis hizmetlerinin kalitesinin değerlendirildiği bir çalışmada, hemşirelik hizmetine ulaşmada bir sıkıntı yaşamayan, hemşirelik hizmetini düzenli ve güler yüzlü bulan hastaların verilen hizmetlerden tatmin olma düzeyi %100' e yakın bulunmuştur (Demirtaş vd.,1997:61). Hemşire davranışlarından memnun olan hastaların genel tatmin düzeyi de yüksek olmaktadır (Kısa, 2007: 283)

2. Bilgilendirme: Hasta ve yakınlarının hekimler tarafından bilgilendirilmesi, onların hastalık durumunu daha anlayışla karşılayabilmelerini sağlamaktadır. Hastalar formal, düzenli ve kaynağından bilgi almadıklarında, enformal yolla aldıkları bilgiler ile farklı çıkarımlara yönelmekte ve bu durumda çoğu zaman endişe ve korkuya düşmektedirler. Her aşamada yapılan bilgilendirmenin hasta ihtiyaçlarının belirlenmesi ve memnuniyet düzeylerindeki etkinin ölçülmesinde önemli bir yeri vardır (Yüksek Çınar, 1999: 155)Hastaların bilgilendirilmesi, bireyin sağlık sorunlarını anlamasına, bu

sorunlarıyla başa çıkmasına istenmeyen durumların önlenmesine, sağlık bilgi kaynaklarıyla ilişki kurmasına yardım eder (Ertürk vd., 1999: 141).

Hasta, durumunu, başından neler geçtiğini, ne kadar süre bu şekilde kalacağını, ne tür tedavi sürecinden geçeceğini merak etmektedir. Özellikle operasyonla tedavisi yapılacak hastalar için bilgilendirme çok önemlidir. Hastaların, hastalık durumları hakkında bilgilendirilmelerinin hasta tatminini etkilediği çeşitli araştırmalarda saptanmıştır. İnsanlar bilinmeyenden korkarlar, hastaların ameliyat öncesi hekim, hemşire, anestezi uzmanı, diyetisyen gibi profesyoneller tarafından bilgilendirilmesi, hastaların bu korku ve telaşını azaltmakta, hasta memnuniyetini artırmaktadır (Demirtaş vd.,1997:60-62). Bilgilendirme hasta tatmini yanında verilen hizmetlerin etkililik düzeyini de artırmaktadır. Hastaların, verilen hizmetlerin ayrıntıları konusunda hekimler tarafından aydınlatılmaları, onları tedaviye uyum ve bağlılıklarını arttırmaktadır. Bu nedenle sağlık personelinin hastaları bilgilendirirken, sade, teknik olmayan, anlaşılır ifadeler kullanmaları gerekir. Hekimin, hastasına açıklama yapmaması, ya da açıklamalarında hastanın anlayamayacağı tıbbi terimler kullanması, hasta-hekim ilişkisini olumsuz yönde etkilemektedir (Kısa, 2007: 284).

Türkiye’de uygulanan hasta hakları yönetmeliğinin üçüncü bölümünde yer alan 15. ve 20. maddeleri, hastaların bilgilendirilme haklarıyla ilgili düzenlemeler içermektedir. Bu yönetmeliğe göre, hastalar, sağlık durumunu, kendisine uygulanacak tıbbi işlemleri, bunların faydaları ve muhtemel sakıncaları, alternatif tıbbi müdahale usulleri, tedavinin kabul edilmemesi halinde ortaya çıkabilecek muhtemel sonuçlar ve hastalığın seyri ve neticeleri konusunda sözlü veya yazılı olarak bilgi isteme hakkına sahiptir. Sağlık durumuyla ilgili gereken bilgiyi, bizzat hasta veya hastanın küçük, temyiz kudretinden yoksun veya kısıtlı olması halinde velisi veya vasisi isteyebilir. Hasta, sağlık durumu hakkında bilgi almak üzere bir başkasına da yetki verebilir. Gerek görülen hallerde yetkinin belgelendirilmesi istenilebilir. Hasta, tedavi ile ilgilenen tabip dışında bir başka tabipten de sağlık durumu hakkında bilgi alabilir (www.saglik.gov.tr,07.04.2008).

3. Beslenme hizmetleri: Hastaların hastane hizmetlerinden memnuniyetlerini etkileyen önemli konulardan birisi de beslenme hizmetleridir. Hastaların tatminlerini etkileyen faktörleri belirlemek için yapılan bir araştırmada, taburcu olan hastaların

hastane hizmetleri ile ilgili olarak yaptıkları açıklama ve değerlendirmelerde beslenme hizmetlerine çok yer verdikleri bulunmuştur (Kısa, 2007: 284). Hastalar sadece yemeğin kalitesinden değil, servisin, yemeği sunan kişilerin kıyafetlerinden, temizliğinden, sunuluş biçiminden, servis tencereleri ve karavanaların görüntüsünden, yemeğin porsiyon miktarlarından, yemek saatlerinin erken veya geç oluşundan etkilenmektedir. Hastaya sunulan yemek, diyet yemeği de olsa, sunum biçimi iyi olduğunda, hastalar hizmetleri kaliteli olarak değerlendirmektedir (Esatoğlu ve Ersoy, 1997: 73).

4. Fiziksel ve çevresel koşullar: Sağlık kurumlarının fiziksel ve çevresel özellikleri, hasta tatminini etkileyen önemli bir faktördür. Fiziksel ve çevresel koşullar, aydınlatma, ısı, temizlik, havalandırma, gürültü, kolay yer bulma, otopark, bekleme odaları, dış görünüm ve benzeri özellikleri içermektedir (Kavuncubaşı, 2000: 301). Hastane hizmetlerinin yeterliliğinin incelendiği bir araştırmada, hastalar sağlık kurumlarının fiziksel imkânlarının (tuvalet, banyo vb.) yetersizliğinden rahatsız oldukları, hastane temizliğine daha fazla özenin gösterilmesini istedikleri belirlenmiştir. Ayrıca, genel bakım onarım eksikliği, asansör hizmetlerinin yetersizliği, otopark problemi, odaların ısı problemi, odalardaki eşyaların eski ve pis oluşu, hasta odalarında lavabo olmaması, gürültü gibi olumsuzluklar da hastalar tarafından dile getirilmiştir (Esatoğlu ve Ersoy, 1997: 73).

5. Bürokrasi: Hastaların, hastaneye başvururken ve hizmet alırken karşılaştıkları formalitelerin(resmi işlemler) tamamlanması için geçen süre, hasta tatminini etkilemektedir. Doğal olarak tüm hastalar, gereksinim duydukları hizmetleri en kısa sürede almak istemektedirler. Hastanelerde formalite sayısı arttıkça, hastaların zaman kaybı da artmaktadır. Sağlık kurumlarında etkili bir randevu sisteminin kurulmaması ve hizmet planlamasının doğru yapılmaması sonucunda uzun kuyruklar oluşmaktadır(Kısa, 2007: 285). Özellikle hastane polikliniklerinde yapılan hasta tatmini araştırmalarında bekleme süresinin uzamasının hasta tatminini azalttığı bulunmuştur (Sarp ve Önder, 1999: 22).

6. Güven: Hastalar, aldıkları hizmetin hem gereksinimleriyle ilişkili hem de yeterli miktarda olmasını istemektedirler. Hastaların bilgilendirilmesi, emniyetli bir ortam içerisinde olduklarının hissettirilmesi, tedavi kararına katılımlarının sağlanması, onlarda

güven duygusunun oluşmasına yol açmaktadır. Hasta mahremiyetine özen gösterilmesi, hastalarda güven duygusunun gelişmesini sağlamaktadır. Mahremiyet, bir hastanın hastalığı hakkında, hekim ve diğer personel tarafından edinilen bilgilerin gizliliğinin korunması şeklinde tanımlanmaktadır (Kavuncubaşı, 2000: 301). Yapılan bir çalışmada hasta mahremiyetine özen gösterilen hizmet sunumundan hastaların memnunun kaldığı tespit edilmiştir (Çiçek vd., 2006: 140) Hasta mahremiyetinin korunması, hasta haklarından birisidir. Hasta hakları yönetmeliğinde; mahremiyete saygı gösterilmesi ve bunu istemek hakkı şunları içermektedir (www.saglik.gov.tr,04.07.2008):

- Hastanın sağlık durumu ile ilgili tıbbi değerlendirmelerin gizlilik içerisinde yürütülmesini,
- Muayenenin, teşhisin, tedavinin ve hasta ile doğrudan teması gerektiren diğer işlemlerin makul bir gizlilik ortamında gerçekleştirilmesini,
- Tıbben sakınca olmayan hallerde yanında bir yakınının bulunmasına izin verilmesini,
- Hastalığın mahiyeti gerektirmedikçe hastanın şahsi ve ailevi hayatına müdahale edilmemesini,
- Sağlık harcamalarının kaynağının gizli tutulmasını kapsamaktadır.

7. Ücret: Hasta tatminin etkileyen bir diğer önemli faktör, verilen hizmetlerin ücretidir. Ücret konusu özellikle bir sosyal güvencesi ve sağlık sigortası bulunmayan hastalar için büyük önem taşımaktadır. Hastalar kaliteli hizmetleri, en düşük ücretle almayı istemektedirler. Yüksek hastane faturaları, hastaların tatminsizliğini arttırmaktadır (Kısa, 2007: 285). Yapılan bir çalışmada, hastaların bir hastaneyi tercih ederken dikkate aldıkları faktörler arasında fiyatların ucuz olmasının % 80 oranında önemli olduğu bulunmuştur (Çiçek vd., 2006: 141).

V) TKY'NİN SAĞLIK HİZMETLERİNE KATKISI

ABD'de, toplam kalite yönetiminin sağlık hizmetlerinde kullanılabilmesine yönelik olarak 1987 yılında 21 hastanede TKY çalışmaları başladı (Kiyim, 1997: 179). "National Demonstration Project" (Ulusal Demonstrasyon Projesi) adı verilen bu çalışmadan elde edilen veriler 1990 yılında "Sağlığı Tedavi Etmek" isimli kitapta

sunuldu (Zablocki, 1993: 1). Kalite iyileştirme tekniklerinin sağlık kuruluşlarında da başarılı olabileceği görülmüş ve şu tespitlerde bulunulmuştur (Kaya, 2005: 45):

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

TKY süreç iyileştirme temeline dayandığı için, hastanelerde yapılan TKY çalışmalarının çok büyük bir kısmını da tek bir proje ve onun sonuçları oluşturmaktadır.

TKY'nin, klinik uygulama ve hasta bakımı üzerindeki etkisini değerlendirmek şu sebeplerden dolayı zordur (Kaya, 2005: 46):

- Sonuçları güvenilir ve geçerli bir şekilde ölçmek zordur.
- Bulguların alternatif açıklamalarını reddetmek her zaman olası değildir, çünkü uygun kontroller ve müdahale araştırmaları görece olarak az bulunmaktadır.
- Özellikle tıbbi olan birçok durum için neden- sonuç ilişkileri anlaşılabilir değildir.
- Çalışmaların çoğu tek bir hizmet sunum yerine odaklanır.
- Çalışmalar, bir alandaki başarı diğer alanlara aktarılmadığında, konuları sadece belirli bir örgütsel problemi temsil eden tek bir durum ya da süreç olarak almaya eğilimlidir.
- Bütün örgütü kapsayan performans ölçümünde genel problemler ortaya çıkar.

Türkiye'de özel ve kamu hastanelerinde yapılan TKY çalışmaları maliyetlerin azaltılması, hasta bakımının iyileştirilmesi, zamanın iyi kullanılması, personelin eğitim

ihtiyaçlarının belirlenmesi, hasta ve personel memnuniyeti gibi konularda yoğunlaşmıştır.

Kaynakların kıt maliyetlerin yüksek olduğu ülkemizde sağlık sektöründe kullanılan kaynakların en verimli şekilde değerlendirilmesi ve en yüksek faydanın sağlanması gerekir (Yeğinboy, 1995:157).

Kalitenin bir maliyeti olmakla birlikte kalitesizliğin de bir maliyeti vardır. Kalite maliyet unsurları incelendiğinde çoğunun ölçülebilen maliyetler olduğu anlaşılacaktır. İşletmelerde kalitesiz hizmet veya üretimin neden olduğu bazı maliyetler vardır ki, bunların tamamını hesaplamak zordur veya imkânsızdır. Müşteri kaybı, pazar kaybı, imaj kaybı, güven kaybı gibi bu tür maliyetleri buz dağımının su altında kalan kütlesine benzetmek mümkündür. Bunlar görünmez ancak uzun vadede etkileri çok fazla hissedilebilir (Doruk, 2002: 77). Bir ürün ya da hizmet müşteriye memnun etmezse bunu düzeltmenin maliyeti, başarısızlığı baştan önlemenin maliyetinden büyük olabilir. Sağlık hizmetlerinde kalitesizliğin maliyetini sadece hizmeti sunan işletme değil, sağlığına doğrudan doğruya yansıyan olumsuzluklar nedeniyle hizmeti alan hasta da öder (Biçkes, 2000: 33).

Sağlık hizmetlerinde TKY'ni benimseyerek uygulamaya koyan hastanelerde yapılan çalışmalar göstermiştir ki, TKY sadece endüstride değil aynı zaman da hizmet sektörünün bir kolu olan sağlık hizmetlerinde de başarı ile uygulanabilir. Bir taraftan sağlık bakım hizmetlerinin kalitesi iyileşirken diğer taraftan da kalitesizlikten kaynaklanan maliyetlerin azalmasıyla, hastanelerin finansal durumunu iyileşebilmektedir. Hizmetin alıcısı konumundaki hastalara tatmin edici bir hizmetin sunulması onları memnun ederken, hizmet süreçlerine emekleriyle, bilgileriyle, tecrübe ve önerileriyle katılan personel de iyi bir iş çıkarmanın haklı gururunu yaşayacaktır.

Programlı fayda-maliyet analizlerini yapıldığı çalışmalar sınırlıdır. TKY'nin başarılı bir şekilde hastanenin her yerinde uygulandığı ve TKY'nin kurumsallaştığı Michigan Üniversitesinde, dört yılda tamamlanan 19 projenin 17'sinde finansal faydaların maliyetlere eşit ya da daha fazla olduğu belirtilmektedir. Bir çalışma döneminde, kalite iyileştirme ekiplerinin çalışmaları sonucunda 18 milyon dolardan fazla net tasarrufun sağlandığı belgelenmiştir. Bu sırada sadece kalitede değil, müşteri memnuniyetinde,

çalışma ortamında ve rekabet pozisyonunda da iyileştirmeler sağlanmıştır. Hemen hemen bütün ekipler, kaliteyi iyileştirirken aynı zamanda maliyetleri de azaltmıştır (Kaya, 2005: 47).

TKY'nin uygulandığı hastanelerde hizmet süreçlerinde pek çok sorun tespit edilip çözümler aranmış, bulunan yeni formüllerle hizmetler eskisinden daha çabuk, daha verimli, daha ekonomik, daha kaliteli sunulmaya başlanmıştır, bunlara örnek olarak şunlar verilebilir:

- Hipertansiyon ve iskemik kalp hastalarının sağlık durumlarında risk oluşturmaksızın hastanede yatış sürelerinin azaltılması sağlanmıştır (Şeref, 1997: 282).
- Genel cerrahi kliniğinde meme kitlesi olan hastalara yaklaşım süreci iyileştirilerek 1–2 gün süren radyolojik inceleme, ultrasonografi tetkiki, meme biyopsisi ve kist aspirasyonları 1–2 saat gibi kısa bir sürede yapılır hale gelmiştir (Erdoğan, 1996: 25).
- Her hasta için bir veri tabanı oluşturularak elektronik tıbbi kayıt sistemi kurulmuş, böylece hasta bilgilerine daha çabuk, daha doğru, daha ekonomik ulaşılabilmiş, bu bilgiler araştırmacılara ve karar verici konumundaki hastane yöneticilerine yapacakları çalışmalarda yol gösterici verileri sağlamıştır (Aksakal ve Dinç, 1999: 278).
- Hastane yatırımlarının doğru değerlendirilmesine yönelik bir çalışmada hastanenin ihtiyacı olan tıbbi cihazlardan en çok kullanılabilecek olanlar, katılımlı yönetim kullanılarak, fayda maliyet analizleri yapılmış ve böylece toplam fayda değeri en yüksek olan cihazlar tespit edilip satın alınmıştır (Kılıç vd., 1999: 298).
- Hemodiyaliz tedavisi gören hastaların fistül bakımı konusundaki bilgi düzeyleri ölçülmüş, eksik ve yanlış olarak bilenen konular tespit edilerek hastalara eğitim verilmiş, böylece fistül ömrü ve kalitesi ile birlikte hemodiyaliz kalitesi de yükselmiş, hastaların yaşam kalitesi arttığı gibi yaşam süresi de uzamıştır (Kayan vd., 1999: 112).
- Hastalıkların tetkik ve tedavi işlemlerinin, hekim ve hastanelere göre farklılıklarının tespit edildiği bir araştırma, gereksiz tetkik ve tedavi

protokollerinin, yapılacak standardizasyonla giderilebileceğini ve bu yolla tasarruf sağlanabileceğini ortaya koymuştur (Özer vd., 1997: 102).

- Hastalara yapılan anketlerle hastane hizmetlerinin aksayan yönleri daha net tespit edilebilmekte (Demirtaş vd., 1997: 61), hastaların beklentilerinin neler olduğu ilk elden öğrenilmiş olmaktadır. Bulunan ipuçları değerlendirilerek kalite iyileştirme çalışmalarında kullanılmakta ve daha iyi, daha kaliteli hizmet sunumu mümkün olmaktadır (Esatoğlu ve Ersoy, 1997: 74).

Başka araştırmacılar, hastanelerde yapılan TKY uygulamaları ile ilgili çalışmalarda şu konulara odaklanıldığını tespit etmişlerdir (Kaya, 2005: 52).

- Karotid endarterektomi, koroner arter bypass operasyonu, barsak cerrahisi, total diz ya da kalça artroplastisi ve radikal prostatektomi uygulanan hastaların cerrahi sonuçlarını ters yönde etkilemeksizin bakımın maliyetini, yatış süresini ve hasta ücretlerini azaltma.
- Göğüs ağrısı olan, düşük riskli hastaların, koroner bakım ünitesinde yattıkları sırada ve yatan hasta olarak rehabilitasyonları sırasında, cerrahi olmayan sonuçlarını ters yönde etkilemeksizin bakımın maliyetini, yatış süresini ve hasta ücretlerini azaltma.
- Akut miyokart enfarktüsü için perkütan translüminal koroner anjiyoplastinin sunumunu geliştirerek, antibiyotik uygulama rehberleri oluşturarak, bilgisayarlı tomografi taramaları için geç gelen yatan hasta sayısını azaltarak, ağrı yönetimi için daha iyi standartlar belirleyerek, eczane bölümü süreçlerini daha etkili ve verimli hale getirerek, akut miyokart enfarktüsü için trombolitik intervale triyajı iyileştirerek ve kanser hastaları ile ailelerinin ihtiyaçlarını karşılamak için daha çok şey yaparak, hastanede yapılan ilaçla tedavi ve prosedürlerin sunumunu iyileştirme.
- Acil servisten yatan hasta servisine kabul süresini kısaltarak, çeşitli disiplinlerdeki personel arasında iletişimi geliştirerek ve acil servis hastalarının taburcu olmadan önce doktorla daha uzun süre görüşmesini sağlayarak, hastanede verilen hizmetleri koordinasyonunu iyileştirme.

- Epizyotomi sıklığını, sezaryen operasyonu oranını azaltarak, pnömoni hastalarına damar yoluyla değil ağızdan ilaç vererek, hastanedeki hizmetlerin karışımını değiştirme.
- Hastanede periton diyalizinden kaynaklanan komplikasyonları azaltma, kateter enfeksiyonlarını azaltma ve ilaçla tedavi hatalarını azaltma.
- TKY uygulamaları ile, hasta nakli, laboratuvar süreci, tıbbi kaynakların kullanımı, hasta kabul süreci, ev idaresi fonksiyonlarında iyileştirmeler yapılmakta, hasta memnuniyetinde ve genel iş doyumunda artışlar sağlandığı belgelenmektedir.

TKY, çoğunlukla hastanelerde kullanılmakla birlikte, ayakta hizmet sunan kurumlarda da kullanılmaktadır (Çilingiroğlu, 1996:163), (Özcan vd., 1996:132). Bu kurumlardaki kullanım amaçları şunları içermektedir: Temel sağlık hizmetlerinin sunulduğu kılıniklerde, yetişkinlere koruyucu sağlık hizmetlerinin sunum oranlarını artırma, sunulan hizmetlerin kalitesini iyileştirme, hasta memnuniyetini artırma, hizmetin sürekliliğini iyileştirme, çeşitli günlük iş süreçlerini iyileştirme (Kaya, 2005: 47).

Yapılan çalışmalarla daha iyi hasta bakımı, daha az maliyet, hasta ve personel memnuniyeti alanlarında başarı belgelenmiştir. Ancak gerçekte, TKY bardağının yarısının boş mu dolu mu olduğunu doğrulukla söyleyecek çok az araştırma bulunmaktadır. Örgütlerin TKY ile neyi kastettiği, örgüt için TKY'nin değeri ve TKY'nin hangi öğelerinin örgütün operasyonel, finansal ve klinik başarısı üzerinde en büyük etkiye sahip olduğunu belirlemek için güçlü araştırmalar yapılması gerekmektedir. Diğer ilgili değişkenleri kontrol ederken, TKY ile sağlık bakım hizmetlerinin sonuçları arasında doğrudan bir ilişki gösterebilecek sistematik araştırmaların yapılmasına ihtiyaç vardır (Kaya, 2005: 53).

VI. TOPLAM KALİTE YÖNETİMİ UYGULAMASINI ENGELLEYEN FAKTÖRLER

Toplam Kalite Yönetimi, günümüzün rekabetçi ortamında başarılı olmanın ve kalitede liderliği elde etmenin tek yolu olarak gösterilmekte ve bu yolla mükemmele ulaşan işletmelerin ortaya koymuş oldukları sonuçlar ile kendisini kanıtladığı ifade

edilmektedir. Gerçekten toplam kalite yönetimi, kalitenin iyileştirilmesi, verimliliğin artırılması, verimsizlik maliyetlerinin azaltılması, sonuçlarını sağlayan bir yönetim şeklidir (Özgen ve Savaş, 1996: 13). İnsana verilen değer, müşteri isteklerini ön plana alma, çalışana katılımcı bir iş ortamı sağlama gibi çağdaş ilkelere dayanmaktadır. Bu yönetim sisteminin işletmeler açısından başarılı olacağı açıktır. Ancak bu sistemden gerçek yarar sağlamak için, temelinde yatan felsefeyi iyi anlamak, benimsemek, işletmenin koşullarına uygun uyarlamalar yapmak ve uygulamaların sürekliliğini sağlayacak önlemleri almak gereklidir. TKY, kalitenin yaşam biçimi olarak ele alınmasını ve örgüt kültürü haline getirilmesini sağlayan bir bütündür. Konu ile ilgili birkaç eğitim aldıktan sonra, gerekli yapısal düzenlemeleri de kâğıt üzerinde gerçekleştirip, belgeleri dosyalayıp kullanıma hazır hale getirmekle konunun çözümlenmiş olacağına inanmak büyük hatadır (Koparal,1997: 340).

TKY sisteminin sağlık hizmetlerinde uygulanmasında gözlenen ana engeller şu şekilde sıralanabilir (Barbour, 1995: 3): Doktorların erken katılımının sağlanamaması, uygun misyon ve hedeflerin seçilememesi, işgörenlere yeterli eğitimin verilememesi, ara kademe yöneticilerin katılımının sağlanamaması ve çıktı olarak tanımlanan hastalara odaklanılmamasıdır.

TKY kültürünün yerleşmesi için gereken süre, organizasyonların büyüklüğüne ve mevcut kültüre göre değişmektedir. Sadece TKY yönünde kültür entegrasyonu yaklaşık 3–7 yıl gibi bir süreyi almaktadır. (Doğan ve Kaya, 2003: 82). TKY'nin tüm faydalarının elde edilmesi için, normalde TKY'nin uygulanmasından sonra en az 3–5 yıl geçmesi beklenir (Al-Assaf ve Genling, 1996: 27).

TKY felsefesinin temelinde yatan gerçekler tam anlaşılmadan ve işletmelerin sahip olması gereken alt yapı oluşturulmadan, sistemin uygulanmaya çalışılmasının doğal sonucu başarısızlık olacaktır (Koparal, 1997: 340).

Kalite hedefleri uzun vadeli hedeflerdir ve bundan dolayı bazen (özellikle kuruluşun ekonomik zorluklar içerisinde olduğu zamanlar) kısa vadeli hedeflerle çakışır (Efil, 2006: 76).

TKY'nin başarılması için, başarıyı engelleyen faktörlerin belirlenip, bu engellerin ortadan kaldırılması gereklidir. TKY'nin başarısını engelleyen faktörler şunlardır (Barbour, 1995: 4), (Kaya, 2005: 174), (Asunakutlu, 2004: 31), (Koparal, 1997: 340), (Efil, 2006: 76):

- TKY hakkındaki yanlış değerlendirmeler,
- Üst yönetimden kaynaklanan engeller,
- Orta kademe yöneticilerden kaynaklanan engeller,
- Çalışanlardan kaynaklanan engeller,
- Doktorlardan kaynaklanan engeller,
- Sendikalardan kaynaklanan engeller.

A) TKY HAKKINDA BAZI YANLIŞ DEĞERLENDİRMELER

1. TKY'nin Başarı İçin Yeterli Olacağı İnanıcı

TKY'nin, herhangi bir yönünün tek başına başarı için yeterli bir koşul olduğuna inanmak yanlıştır. Her hangi bir örgütün başarısı, birçok faktöre bağlıdır (www.merih.net/m1/hastky.hm, 14.05.2008):

- Toplumun ihtiyaçları, çevre ve örgütün amaçları arasında uyum,
- Örgütün yapısı ve gerçekleştirmeye çalıştığı fonksiyonlar,
- Yönetimin bilgelik ve becerisi,
- Pazarın ihtiyaçlarındaki değişiklikleri anlama ve buna cevap verme konusunda algılama kabiliyeti, çeviklik ve ayağını sağlam basmaktır.

Hastaneler bir sistemin alt ögesi durumundadır. Kendini çevreleyen bu sistemin etkilerinden hastaneleri soyutlamak mümkün değildir. Sadece TKY ilkelerini uygulayıp sistemi göz ardı etmek ya da yukarıdaki faktörlerin birinde veya ikisinde mükemmel olmak, başarıyı garanti edemez. Bu faktörler arasında uygun bir dengenin bulunmasıyla gerçek başarı yakalanabilir.

2. TKY'nin Aceleyle Uygulanmasının Sonuçları Hızlandıracağı İnanç

TKY, teknik olduğu kadar aynı zamanda bir kültürdür. Bu kültür, çeşitli unsurların bir araya gelmesi ve karşılıklı etkileşimi sonucunda oluşur. Yeni bir kültür, birçok yöneticinin ve çalışanın temel ön yargılarına çok terstir. Kolayca veya çabucak kabul edilmesi olası değildir. Kültürün nasıl değiştiği hakkında çok fazla şey bilinmemektedir, fakat değişimin emirle olmayacağı da açıktır. Değişim hızlı da olmaz, bir organizasyonel kültürün oluşumu 5–10 yıl kadar sürer (Acuner ve Şahin, 2002: 69). TKY'ni aceleyle uygulamaya çalışmak başarısızlığa götürür.

3. Bir Örgütteki Kalite Sürecini Danışmanların Yönlendirebileceği İnanç

Toplam kalite yönetimi bazı araç ve teknikleri kullanmaktadır ve bir işletmenin kendi kalite kültürünü oturtma sürecinde doğaldır ki bir danışman kurumdan yardım alması gerekir. Bununla birlikte esas kaliteyi yaratacak ve kültürü oluşturacak kişiler işletmenin kendi çalışanlardır. Nasıl bir futbol maçını kazanan teknik direktör değil de sahada top koşturan futbolcularsa, TKY'ni de örgüt dışındaki bir grup danışman değil örgütün kendisi başaracaktır. TKY'de ilkeler aynı olsa da, parmak uçlarındaki izler gibi her örgütün kendince bir uygulama anlayışı olacaktır. Aksini düşünmek bu konuyu kavramamaktır ve sadece maliyetleri artırır.

4. Başarı İçin TKY Eğitimlerinin Yeterli Olacağı İnanç

TKY'nin oluşturulmasında eğitimin çok büyük bir yeri vardır. Örgütsel öğrenme ile süreçlerin sürekli geliştirilmesi arasında anlamlı bir ilişki de vardır ancak sadece kavramların öğretilmesi, örgütsel öğrenme değildir. Öğrenen bir örgüt kültürü, öğrenme, yenilikleri destekleme ve personeli ödüllendirme, diyalogla gelişmeleri soruşturma, risk alma ve deneme, görünmeyen ve paylaşılan hataları için çalışanlara zaman tanıma ve onlara hoş görülme davranarak, değer vermeyi kapsar (Bektaş, 2001: 19).

5. TKY'nin Performans Değerlendirmeyi Kaldırması Gerektiği İnanç

Birçok işletmede, performans değerlendirmenin sadece maaş artışını belirlemek için kullanıldığı ve faydadan çok zarar verdiği doğru olabilir. Bazı kalite guruları performans değerlendirmenin tamamen kaldırılması gerektiğini ileri sürer. Personelin

çoğu samimi olarak iyi iş yapmayı istemekle birlikte, kendi performanslarından sorumlu tutulmayacakları durumlardan yararlanacak olanlar da vardır. Çalışanların çoğu bir hedef ve ölçümle daha iyi çalışır. Bu yüzden performans değerlendirme devam etmelidir, fakat negatif eleştiriden çok pozitif personel geliştirme aracı olarak. Performans ölçümleri kızmak veya cezalandırmak için bir silah olarak kullanılmamalıdır. Tecrübeler hatalar sonucunda elde edilir. Dürüst hatalar, hatayı yapandan ayrı olarak düşünölmeli ve herkes için bir ders alma fırsatı olarak algılanmalıdır (Nursoy ve Şimşek, 2001: 19). Performans değerlendirmede, sadece bireysel başarıya değil, sürekli geri bildirim, ekip performansına ve çalışma sistemindeki iyileştirmeye olan katkıya önem verilmelidir (Kaya, 2005: 174).

B) ÜST YÖNETİMDEN KAYNAKLANABİLECEK ENGELLER

Ulaşılmak istenen amaç ve misyonların saptanmasında, üst yönetimin katılım ve katkısının sağlanması gerekir. Mevcut durumun analizinde ve ileride gerçekleştirilecek faaliyetlerin planlanmasında, açık ve herkes tarafından anlaşılabilir uygun hedef ve amaçların belirlenmesinde üst yönetimin büyük bir önemi vardır (Barbour, 1995: 3).

1. Yönetimin Algılama Hatası

TKY, bazı yöneticiler tarafından yalnızca kalite bölümünün sorumluluğunda olan bir iş gibi algılanmaktadır. TKY'ni yalnızca kalite bölümünün sorumluluğu olarak görmek, yöneticileri işin yönetsel boyutu ve sorumluluğundan kurtardığı düşünölmür. Oysa bu sorumluluğun ast konumundaki bir yöneticiye bırakılması, başarısızlığı kaçınılmaz hale getirmektedir. TKY, yalnızca ast konumundaki yöneticilerin gerçekleştirebileceği, üst yönetimden bağımsız bir eylem değil, üst yönetimin sorumluluğunda gerçekleştirilecek olan yönetsel bir yaklaşımdır. TKY'nin başarı ile uygulanması üst yönetimin bu konuya olan inancı ve desteğine bağlıdır.

2. Yönetimin Kendini Değiştirmeye Karşı Direnci

Önceki kısımlarda ifade edildiği gibi TKY, sürekli gelişmeyi hedefler. Kalitenin yükseltilmesinde ve süreç geliştirmede insan kaynaklarının katılımı, en önemli konudur. Bu amaçla süreç geliştirme ve sorun çözme konusunda grup dinamiği içinde çalışarak katkıda bulunacak olan insanın güdülenmesinin sağlanması gerekmektedir. Yönetimin

denetim anlayışı, suçlu aramaktan çok, sorunun nedenlerini belirlemek ve çalışanların katılımı ile bu sorunun çözümünü sağlamak olmalıdır. Bu yaklaşımın gerçekleştirilebilmesi için, yönetimin geleneksel, merkeziyetçi ve yakından denetimci anlayışını değiştirmesi gerekmektedir. Yönetim anlayışını değiştirilmesi ve yöneticilerin kendini değiştirmesi kolay benimsenmemekte, güçlü bir direnç ortaya çıkmaktadır. Var olan sistemin sürekliliğini sağlamayı görev sayan üst kademe yöneticileri, tüm yetkileri tek karar noktasında bulundurmaktadır. Bu anlayışla uyguladıkları denetimi sürdürme çabaları ise, değişime karşı direnç şeklinde sonuç vermektedir (Koparal, 1997: 341).

3. Araç Odaklı Olmak

TKY'nin başarılmasını engelleyen önemli bir konu da sistemin bazı araçlarının tek başına amaç olarak alınmasıdır. Örnek olarak, tek başına kalite çemberleri uygulamaya çalışmak ya da ISO 9000 standardı belgesi almak ile TKY'nin başarı ile uygulandığını düşünmek, önemli bir yanılgıdır. ISO 9001: 2000 gibi kalite belgelerinin alınması çalışanlar ve yöneticiler tarafından sürecin sonu olarak algılanmaktadır. Bilindiği gibi bu belge, bir kuruluştaki hizmetlerin kalitesini değil, daha ziyade, daha önceden yazılı hale getirilmiş olan standartlara uygunluğu göstermektedir. Bu nedenle, bu belgenin varlığı, tek başına çok büyük bir anlam ifade etmemektedir. Belgelendirmeden sonra kaliteye yönelik işlemlerin tamamlandığını düşünen hastaneler, çalışmalara son vermekte ve sürekli gelişim, yenilikçilik gibi ilkeleri bir kenara bırakmaktadırlar (Asunakutlu, 2004: 56).

4. Örgüt Kültürü Kavramına Yeterince Önem Verilmemesi

Toplam kalite, örgüt içinde bir yaşam tarzı olarak benimsenir ve uygulanırsa, başarı elde edilebilir. İnsana önem verilmesi gerektiğini söyleyip bunun tersini uygulayan yönetim anlayışı, kendini kandırmaktan öteye gidemez. Böyle bir duruma düşmemek için, yöneticilerin örgüt kültürü ve verimlilik arasındaki bağlantıyı iyi kurabilmeleri ve TKY felsefesinin temelinde çok önemli yer tutan, insan kaynaklarının önemini daha gerçekçi bir şekilde kavrayabilmeleri gerekmektedir (Koparal, 1997: 342).

Örgüt kültürünün değişimi TKY uygulamalarında oldukça önemlidir. Örgüt kültürünü tanımak ve işletmenin hedef ve amaçlarına uyumlu hale getirmek, işletmenin başarıya ulaşmasında büyük bir rol oynayacaktır. İşletmenin örgüt kültürünü oluşturmak

ve bunu TKY felsefesi ile uyumlu hale getirmek, kurumda hem formal hem de informal değişimleri gerekli kılacaktır. Örgüt kültürü üç kaynaktan beslenir (Acuner ve Şahin, 2002: 70):

- Organizasyonun kurucusunun ve çalışanların inançları, değer yargıları ve varsayımları,
- Organizasyonun evrimleşme sürecinde grup üyelerinin, çalışanların öğrenme tecrübeleri,
- Yeni üyeler veya yeni liderlerin işletmeye getirdiği yeni inançlar, değer yargıları ve varsayımlardır.

TKY'ni bir felsefe olarak yerleştirmeye çalışan kurumun üst düzey yönetimine formal değişimi sağlamak konusunda büyük görev düşmektedir. Yöneticiler önce kendilerini değiştirmeli ve ardından kendileri değişim çabalarının içinde olmalıdır.

Yöneticilerin önem verdiği şeyleri değiştirmesi, örneğin, işe alma yükseltme ölçütlerini, ödüllendirme sistemlerini ve seremonileri değiştirmesi, kriz dönemlerinde tepki gösterme biçimini vs. değiştirmesi, örgütsel kültürü değiştirebilir (Özkara, 1999: 94).

5. Süreç Geliştirmeyi Tek Yönlü Görmek

TKY'nin uygulanmasında önemli bir unsur da, sorun çözme ve süreç geliştirmedir. Ancak yaygın bir düşünce, süreç geliştirmenin yalnızca üretim süreçlerinin geliştirilmesi olarak kabul edilmesidir. Bu durum, yönetim süreçlerini göz ardı edilmesine neden olmaktadır. Oysa yönetim uygulamaları geliştirilmedikçe, sistemin başarı şansı çok az olmaktadır. Her düzeydeki yöneticiler ve uzmanlardan oluşturulacak gruplar, yönetim sürecinin geliştirilmesi ve sistemin işlerlik kazanmasında önemli rol oynayacaklardır (Koparal, 1997: 342).

6. Bölümler Arası Hatalı Rekabet

Örgüt içinde, bölümler arası işbirliği esastır. Rekabet, gelişmeyi sağlayan bir unsur olmasına rağmen, uygun seviyede bırakılmadığında, bölümler arası iletişimi ve bilgi akışını engelleyen bir unsur haline gelmektedir. Yöneticilerin sık karşılaşılan hatalarından birisi de yöneticiliğini yaptıkları birimi diğerlerinden üstün görmeleridir. Böyle yöneticilerin varlığı, işbirliğini olumsuz etkilemekte ve başarıyı önemli ölçüde engellemektedir. Ayrıca birimler arası çekişmeler, iletişim ve işbirliğinin azalmasına neden olduğundan sonuçta işletmeye zarar vermektedir (Koparal, 1997: 342).

7. Üst Yöneticilerin Tutumu

TKY uygulamalarına başlayan, bu anlayışın önemine inandığını açıklayan bazı üst düzey yöneticiler, yönetim alışkanlıklarını değiştirmeleri gerektiğinde ya da işlerin yolunda gitmediği kriz dönemlerinde, TKY çalışmalarına ara vermek eğilimindedirler. TKY, üst yönetimin önderliğinde başarılıdır. Bu nedenle üst yönetim, söz konusu önderlik görev ve sorumluluğunu devredemez. Yönetimin TKY anlayışının başarılmasına olan inancı, çalışanların güdülenmesini arttıracaktır (Koparal, 1997: 343).

Üst yönetimin devredemeyeceği konulardan birisi TKY felsefesinin yerleştirilmesindeki liderlik rolüdür. Yepyeni bir kavramla karşılaşan çalışanlar, bu yeni durumu hemen kabullenmek istemeyeceklerdir. Üst yönetimin bu işi bizzat kendisinin sahiplenmediği de anlaşılınca TKY modadan ibaret popüler söylemlerden öteye gidemeyecektir.

8. Danışmanla Çalışma Alışkanlığının Olmaması

İşletmelerin üst düzey yöneticilerinin gerçek anlamda profesyonel yöneticilerden oluşmaması, yeni yönetsel sorunların tecrübelerle çözülmeye çalışılması, yetki devretmeme alışkanlığı ve işletme dışı danışmanlarla çalışılmaması, önemli hatalara neden olabilir. İşletme için bilgi çok önemlidir, tıpkı diğer girdiler gibi bilgi girdisinin de bir maliyeti olacağı kabul edilmeli ve dışarıdan uzmanlarla çalışma alışkanlığı kazanılmalıdır. Hataların, işletme içinden olmayan birinin gözüyle görülmesi daha kolaydır. Bu hataların düzeltilmesi için de uzman kişilerden yararlanmak gereklidir. (Koparal, 1997: 343)

C) ORTA DÜZEY YÖNETİCİLERDEN KAYNAKLANABİLECEK ENGELLER

TKY'nin başarılı olabilmesi için orta düzey yöneticilerinin katılım ve katkılarının sağlanması ve daha çok eğitici (koçluk) rolünü üstlenen kimseler yönünde beklentilerde de değişiklik yapılması gerekir (Barbour, 1995: 4).

1. Astların Başarisından Hoşnutsuzluk

Astların yönetime katılımı ve ekip çalışmaları sonucu elde edilen başarılar, zaman zaman orta düzey yöneticileri rahatsız edebilmektedir (Acuner ve Şahin, 2002: 72). Bunun sonucu olarak, organizasyonda ekiplere yardım etmeme ve bilgi aktarmama eğilimi kendini göstermektedir. TKY'nin başarılmasında ekip çalışmalarının önemi çok büyüktür. Ekiplerin başarılarının orta düzey yöneticiler tarafından, rahatsız edici bir durum olarak algılanması, çalışma gruplarının sürekliliğini engelleyecektir. Bu durum, yeterince eğitilmemiş, güdülenmemiş ve toplam kalite düşüncesini benimsemeyen yöneticilerden kaynaklanmaktadır. TKY anlayışında başarı, birey ya da grupların değil tüm işletmenin olacaktır (Koparal, 1997: 343)

2. Bölüm Yöneticileri Arasındaki Rekabet

Bölümler arası rekabette olduğu gibi, bölüm yöneticileri arasındaki rekabet unsuru da işbirliğini ve iletişimi engelleyen önemli bir faktördür. İletişim ve işbirliğinin yeterli olmaması, hem grupların çalışmalarını olumsuz yönde etkileyecek, hem de sorunların gerçek boyutlarıyla algılanmasını engelleyecektir. Genellikle orta kademe yöneticilerinde, yükselme hırsı nedeniyle oluşan rekabet, ilerleyen boyutlarda hem kişiye hem de işletmeye zarar vermeye başlar. Bu durum TKY başarısını olumsuz yönde etkiler (Koparal, 1997: 344).

İşletme içinde rekabet ortamını en aza indirilmesine ve bölümler arasında işbirliğinin artırılmasına çalışılmalıdır. Organizasyon yapısı bu duruma uygun şekilde düzenlenmeli, yönetim kademeleri azaltılmalı ve yöneticiler eğitilmelidir.

D) ÇALIŞANLARDAN KAYNAKLANABİLECEK ENGELLER

TKY'nin başarılması; çalışanlara iyi anlatılması, eğitimler verilerek benimsetilmesi, bir yaşam tarzı ve kültür olarak öğretilmesi ile mümkündür. İşgören

devir hızı yüksek, en küçük sorunda işçi çıkarmaların yoğun olduğu, ücret pazarlıklarının uzun sürelerde çözümlenemediği, toplu pazarlıkların genellikle grevlerle noktalandığı işletmelerde, çalışanların katılımının sağlanması mümkün değildir. Çalışanların güdülenmesi, çalışan-yönetici arasında karşılıklı güven ve saygını bulunması en temel koşullar arasındadır

1. Çalışanların, Yönetimin Beklediği Davranışı Göstermemeleri

Bir işletmede başarılı bir sistemin uygulanabilmesi için, işletme yönetiminin beklediği ve çalışanların göstermesi gereken davranışları dört başlık altında özetleyebiliriz. Bunlar (Koparal, 1997: 345):

- Çalışanların kuruluştaki kalma isteği duymaları,
- Çalışanları kendilerine verilen işleri gereği gibi yerine getirmeleri,
- Çalışanların işlerini daha iyi yapacak geliştirici ve yaratıcı yeteneklerini ortaya koymaları,
- Uyum ve işbirliği içinde çalışma.

Yönetim, bu beklentilerini elde edemezse, işletmede TKY uygulamalarının başarılması zorlaşır. Bu nedenle yönetim, yetki ve sorumlulukları dağıtmalı, iletişimi arttırmalı, uygun bir denetim ve ödül sistemi geliştirmelidir (Acuer ve Şahin, 2002: 72). Yönetime katılım ve yüksek derecede güdülenme ancak çalışanların yönetimden beledikleri koşullar karşılandığında gerçekleşebilir.

2. Yönetimin, Çalışanların Beklediği Koşulları Sağlayamaması

Çalışanların yöneticilerden bazı beklentileri vardır: Çalışma koşullarının yeterliliği, özlük haklarının korunması, sosyal ihtiyaçlarının karşılanması gibi taleplerde bulunurlar. Bunlar sağlanmadığı zaman, verimli çalışamazlar, dolayısıyla, hizmetten beklenen sonuçlar elde edilemez (Öztek, 1995: 37).

Hizmet sunanların gereksinimleri olduğu kabul edilmeden hizmet kalitesi için bir strateji oluşturulamaz. Hizmet sunanların gereksinimleri şunlardır (Pile, 1995: 91): Eğitim, bilgi, alt yapı (uygun bina ve organizasyon), malzeme, rehberlik (yazılı hizmet

rehberleri, pratik kontrol listeleri), destek, saygı, teşvik, olumlu ve yapıcı geri bildirim, kendini ifade etme.

Bir işletmede uyumlu bir çalışma ortamı oluşması için, öncelikle çalışanların yönetimin isteklerine uymaları gereklidir. Buna karşılık, çalışanların da yönetimden istekleri olacaktır. Bu istekler şunlardır (Koparal, 1997, 345):

- Çalışanın onuru ve işin zevki: Konunun parasal yönü bir yana bırakılırsa, işletmede sağlanan olanaklar ve etkinlikler, çalışma ortamında işin zevkini ve verimini arttıracaktır (Koparal, 1997: 346). Hekim ve hekim dışı sağlık elemanlarının mesleki doyumları ile hizmet kalitesi arasında yadsınamaz yakınlıkta bir ilişki vardır (Ergin vd., 1995: 41).
- İş güvencesi: İnsanlar ihtiyaç duyulduğunda alınan, ihtiyaç olmadığında atılan eşyalar değildir. İnsanları eşya, bir araç gibi gören düşünce, toplam kalite ve sürekli gelişmeyle bağdaşamaz.
- Eğitim ve bilgi: TKY'nin başarısı, eğitilmiş bir kadro ile sağlanabilir. Çalışanların TKY konusunda yeterli bilgiye sahip olmamaları ve konuyu tümüyle anlamamaları, hatalı uygulamalarına neden olur. Üretimin en temel ögesi olan insan, bilgi ve gelişmiş teknoloji ile desteklendiğinde daha fazla ve daha kaliteli ürün/ hizmet üretilebilir. Aynı sermaye, işgücü ve teknolojiye sahip iki işletmeden, derin bilgiye sahip olanı daha yüksek kalitede üretim yapabilir. Derin bilgiden kastedilen, işletmenin bütününde, hizmet ya da imalat alanında, kar amacı olan ya da olmayan, küçük veya büyük bütün işler için genel bilgilerdir (Arslantaş, 2006: 76). Personelin, eğitim yoluyla elde ettiği bu bilgileri işletme yararına kullanması, hem kendisi hem de işletme açısından yarar sağlayacaktır. Burada, çalışanların ve yöneticilerin, kendilerini kalite konusunda yetiştirmeleri büyük önem taşımaktadır (Koparal, 1997: 346).

Çalışanlara hizmet öncesi ve hizmet içi eğitimin planlanması aşamalar halinde gerçekleştirilmelidir. Ekip çalışması, kullanılan teknik ve araçlar, hizmetlerin sunulması ve geliştirilmesinde liderin rolü ve önemi üzerinde durulması gerekli başlıca konulardır (Barbour, 1995: 3).

Her çalışan yaptığı iş konusunda kendini yetiştirmek, işinin profesyoneli olmak ister. Çalışanların hizmet içi eğitimlerle bilgi açığı kapatıldıkça hem kendilerine olan güvenleri hem de kuruma olan bağlılıkları artar.

3. Farklı kültürlere sahip olma

Hizmeti sağlayan sağlık ekibi üyeleri arasında kültürel farklılıklar ve sağlık hizmetlerine bakış açıları yönünden farklılıklar olması doğaldır. Bu farklılıkların mümkün olduğu kadar giderilmesi ve hizmetin hedefleri ve işleyiş konularında uyumun sağlanması başarı açısından önemlidir (Öztek, 1995: 38).

İnsanlar farklı kültürlerden hatta farklı milletlerden gelmiş olabilir fakat onları ortak bir paydada birleştiren şey insan olmalarıdır. Doğruluk, dürüstlük, adalet, küçükleri sevmek, büyükleri saymak, yardımlaşmak, ayrımcılık yapmamak, nazik olmak gibi insanlığın temel değerleri üzerine kurulmuş bir organizasyon kültürü ile çalışanlar arasında uyumun sağlanması mümkündür.

E) SENDİKALARDAN KAYNAKLANABİLECEK ENGELLER

İşçi sendikaları TKY'ni işverenin, işçilere daha kısa sürede daha fazla iş yaptırmasının bir yöntemi, işçiler arasındaki birlikteliğin bozulmasını dolayısıyla işverenin işçiler üzerindeki baskısını artırarak onları istedikleri yönde yönetmelerinin aracı olarak görmektedirler. Kamu Emekçileri Sendikaları Konfederasyonunun yayınlamış olduğu “Kamuda Esnek Çalıştırma Ve Toplam Kalite Yönetimi” isimli kitapçıkta, TKY hakkında şu şekilde bahsedilmektedir:

“TKY; 1) Karlılık krizi ve sıkı rekabete karşı sermayenin çıkarlarını geliştirmeyi amaçlayan, 2) Emeği, ideolojik ve yönetsel olarak daha yoğun denetlemeyi, sömürmeyi sağlayan bir stratejidir.”

Sendikaların kendi çıkarlarını koruduğuna inan işçiler, sendikaların TKY konusundaki bu tür açıklamalarından etkileneceklerdir. Kaliteye herkesin ihtiyacı vardır, kaliteyi sağlamanın sistemli bir yöntemi olan TKY'ne karşı bu ön yargılardan kurtulmak gerekir.

F) DOKTORLARDAN KAYNAKLANABİLECEK ENGELLER

TKY'nin sağlık sektöründe uygulanabilmesi için, doktorların katılımının sağlanması gerekmektedir. Bu şart uygulamanın anahtarıdır. Ancak bu katılım sanıldığı kadar kolay gerçekleşmemektedir. Geleneksel olarak doktorlar dıştan gelecek müdahalelere kapalı ve otonom bir davranış içindedirler. Bu özellik onların hastalarına karşı dolaysız olarak sorumlu olmalarından kaynaklanmaktadır (Kılıç, 1999: 219). Bu yapıdaki meslek grubunu, TKY'nin yararlarına inandırmadıkça uygulamanın içine çekmek mümkün olmamaktadır. Çünkü onlar, yüksek kalitede hizmet vermenin kişisel sorumlulukları olduğunu ve TKY'ni mesleki özgürlüklerini kısıtlayıcı bir olgu olduğunu ileri sürmektedirler. TKY ortaya atıldığında hekimler, kendilerinin zaten kaliteli hizmet verdiklerini düşüneceklerdir. Bununla beraber, doktorlar felsefenin doğruluğuna inandıklarında mesleki yapıları ve birikimleri nedeniyle uygulamayı en üst düzeyde başarıya ulaştırabilmektedirler (Zorlutuna, 1997: 189).

Sistemin başarılı bir şekilde uygulanmasında doktorların katılım ve katkılarının sağlanması gerekir. Bu amaçla aralarında liderlik rolünü üstlenecek bir doktorun seçilmesi, neyin nasıl ölçüleceği konusunda doktorların verilerinden faydalanılması, zamanında bir geri bildirim mekanizmasının oluşturulması ve fonksiyonların iyileştirilmesi konusunda doktorların da önerilerinin alınması son derece önemli bir yer teşkil etmektedir (Barbour, 1995: 3).

Her bir doktor kendi bölümünün yöneticisi ve lideridir. Son derece önemli ve hassas bir iş yaptıklarının farkındadırlar ve hastaların sağlığı ve memnuniyeti için en iyi sonucu almayı isterler. Kendilerince bir kalite anlayışları ve bunu sağlamak için geliştirdikleri yöntemleri vardır dolayısıyla onlara ilk başta alıştıklarının dışında bir yöntem olan TKY itici gelebilir. TKY'nin hasta bakım kalitesini, hasta yaşam süresi ve konforunu artıracığı, işlerini daha hızlı, daha güvenli (tetkiklerin daha hızlı yapılması, daha güvenilir olması vs.) yapabilecekleri, hastane yönetiminde daha çok söz sahibi olabilecekleri, önerilerinin dikkatle değerlendirileceği bir ortamı hazırlayabileceği anlatılırsa TKY'ine olan ilgileri artacaktır. Doktorlarını TKY saflarına çekmeyi başarmış bir hastane, bu yolda çok büyük bir aşamayı geçmiştir, çünkü lider konumundaki her bir doktor kendisiyle çalışan personeli TKY' ne katmış olmasının

yanı sıra kalite ve yönetim konusundaki bilgi birikimi ve tecrübesini de beraberinde getirecek, bu da TKY çalışmalarına ivme kazandıracaktır.

G) GENEL ENGELLER

En iyi örgütlerde bile kalite iyileştirme stratejilerine direnç kaçınılmazdır; çünkü mükemmelliğe ulaşmaya çalışma, önemli bir değişimi gerektirir. Değişim de dirence neden olur. Bireylerin değişime direnç göstermelerinin altı nedeni vardır. Bu nedenler (Koçel, 2003: 703):

1. Alışkanlıklar,
2. Seçici ilgi ve hatırlama,
3. Bağımlılık,
4. Bilinmeyenden korkma,
5. Ekonomi (işini kaybetme korkusu),
6. Güvenliktir.

Bu nedenlerin ötesinde, çalışanlar özellikle iyileştirme stratejilerine üç tür direnç gösterirler (Kaya, 2005: 180). Bir grup örgüte o kadar kızgın ve küskündür ki işbirliği yapmayı reddeder. Bazı çalışanların ve doktorların, tasarlanan bu hizmet mükemmelliği stratejisinden onurları kırılır. Kendilerini zaten profesyonel olarak görmektedirler. Diğerleri, örgütlerinin hizmet mükemmelliğine uzun dönemli bağlılığının etkinliğinden şüphe ederler. Bunun başarılı olamayacağını, insanların değiştirilemeyeceğini düşünürler (Asunakutlu, 2004: 56).

Diğer yandan direnç normal hatta sağlıklıdır. Değişiklik önerilerini gözden geçirmeyi, problem olabilecek konuları önceden tespit etmeyi, daha etkin iletişim kurmayı, ek bilgi ve alternatifler aramayı, değişim öncesi değişime uygunluk kültürü oluşturmayı sağlama gibi faydaları da vardır (Koçel, 2003: 706). Örgütsel değişim genellikle üç adımlı bir süreç olarak tanımlanmaktadır (Özkara, 1999: 20). Çözme (yerleşmiş davranış modellerinin çözülmesi), değiştirme (yeni modele geçme) ve yeniden dondurma (yeni modelin sürdürülmesi). Direnç özellikle birinci adımın doğasında vardır. Çözme, kaçınılmaz olarak tedirgin edicidir, çünkü kişileri yeni yollar aramaya sevk eden gerilimden kaynaklanır. Hissedilen bir değişim ihtiyacı olmaksızın

değişim olmaz. Bu enerjiyi yaratmak gerekir. Değişimin, TKY'nin neden gerekli olduğu, açıkça belirtilmelidir.

Uzun dönemde, birbirini izleyen yaklaşımlar yoluyla örgütsel uygulamalar hizmet misyonuyla uyumlu hale getirildikçe, direnç zayıflayacaktır. Katılma, iletişim ve eğitim, pazarlık, açık veya kapalı zor kullanma, manipülasyon ve direnen kişileri çözümün parçası haline getirme gibi yöntemler direncin ortadan kalkması veya hafifletilmesi için kullanılacak yöntemlerdir (Koçel, 2003: 706) Sorumluluk, ölçüm, iletişim, ödül ve tanıma, eğitim gibi uygulamaların artırılmasıyla TKY'ne daha az direnç görülecektir. Oluşmakta olan kültür yeni bir akım yaratacak ve örgütte kalmayı seçen kişileri içine alacaktır.

TKY sadece, kaliteyle ilgili olarak yönetimin telkin ve kontrol ettiği bir sistem olarak değil bir yaşam biçimi olarak görülmelidir. Değişime direnç yaşamda her zaman görülen bir faktördür. Değişimin gerçekleşmesi için zaman verilmeli ve her düzeydeki bütün personelin şu bilgilere sahip olması sağlanmalıdır. Bunlar (Kaya, 2005: 184):

- TKY'ni gerektiren nedenler,
- TKY'ne nasıl katılacakları,
- Gereken eğitimin nasıl ve nerede sağlanacağı,
- Sonuçtan nasıl faydalanabilecekleri,
- Üst düzey yönetimin değişimi sağlamaya tamamen kararlı olduğu ve katıldığı.

İnsanlar bilmedikleri şeyden korkarlar. TKY'nin aslında ne kadar eğlenceli bir iş ortamı oluşturacağı, çalışanların kendi başarılarını sergileyecekleri fırsatlar yaratacağı, bir şeyleri değiştirebilecekleri gibi konular örnekleriyle verilebilirse bu korkunu yerini umut ve heyecan alacaktır.

Her insan başarılı olmak, saygı duyulan bir örgütün parçası olmak ister. Kendi işi ile ilgili bir sürecin gelişimine katkısı olan hele bundan dolayı çalıştığı kurumun kalitesinin arttığını gören bir personel bundan onur duyar, iş doyumunu arttır ve bir sonraki başarılı adım için cesaretlenir. Her şey düşünceyle başlar. Bu gibi konular çalışanlara iyice anlatılabilir, onların zihinlerinde güzel, kaliteli, başarılı bir iş hayatı canlandırılabilirse, TKY konusunun karşısında değil yanında olurlar.

III. BÖLÜM

T.K.Y.'NİN SAĞLIK POLİTİKASI OLARAK GELİŞİMİ ve

BU KONUDA YAPILAN ÇALIŞMALAR

I. SAĞLIK POLİTİKASININ GELİŞİM SÜRECİ

A) 1920–1938 DÖNEMİ

Kuruluşu 1920 yılında gerçekleştirilmiş olan Sağlık Bakanlığı 1920–1938 yılları arasında birçok alanda yasal düzenlemeler yapmıştır. Günün koşulları dikkate alındığında öncelik arz eden bu düzenlemelerin hedefleri; savaş sonrası problemlerin çözülmesi, sağlık personelinin nicelik ve nitelik bakımından desteklenmesi, koruyucu sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırılması biçiminde şekillenmiştir. Bu dönemde başlatılan başta sıtma, frengi, trahom olmak üzere bulaşıcı hastalıklarla ilgili dikey örgütlenmeler, şu anki yapılanma içinde de varlığını sürdürmektedir. O günün özelliklerine göre kurulan Merkez Hıfzıssıhha Enstitüsü ve Okulu, Dispanser, Sağlık Merkezi ve Sağlık Ocağı gibi yapılanmalar değişikliğe uğramadan günümüze kadar uygulama alanı bulmuştur. Yine aynı dönemde çıkarılan (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2003: 8);

- 1920 tarih ve 38 sayılı Tababet-i Adliye Kanunu,
- 1927 tarih ve 922 sayılı Bakteriyoloji ve Kimya Laboratuvarları Kanunu,
- 1928 tarih ve 1962 sayılı İspençiyari ve Tıbbi Müstahzarlar Kanunu,
- 1928 tarih ve 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı Sanatların Tarz-ı İcrasına Dair Kanun
- 1930 tarih ve 1593 sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu,
- 1936 tarih ve 3017 sayılı Sıhhat ve İctimai Muavenet Vekaleti Teşkilat ve Memurin Kanunu
- 1937 tarih ve 3153 sayılı Radyoloji Radyum ve Elektrikle Tedavi ve Diğer Fizyoterapi Müesseseleri Hakkında Kanun,

çeşitli değişikliklere uğramasına rağmen günümüz mevzuatı içinde yerlerini hala korumaktadır.

B) 1938–1960 Dönemi

Bu dönemde merkezi yapıyı kuvvetlendirici ve sosyal içerikli politikalar geliştirmeye yönelik yasal düzenlemeler ve uygulamalar yapılmıştır. İkinci Dünya Savaşı sonrası oluşan sıtma, çiçek, frengi ve cüzam (lepra) gibi hastalıkların salgıları ile mücadeleyi temel alan Olağanüstü Sıtma Savaş Kanunu çıkarılmış, hastalıklara özgün hastalık merkezli dikey örgüt yapılanmaları daha da yaygınlaştırılmıştır. 1945 yılında Sosyal Sigortalar Kurumunun başlangıcını oluşturan İşçi Sigortaları Kurumu oluşturulmuş, böylece Sağlık Bakanlığının ülkedeki hizmet ve istihdam alanındaki tekeli kaldırılmıştır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2003: 9).

Emekli Sandığının oluşumuyla ilgili çalışmalar da bu dönemde yapılarak sosyal güvenlik kapsamı genişletilmeye başlanmıştır. İl Özel İdareleri ve yerel yönetimler tarafından yürütülen hastane hizmetleri Sağlık Bakanlığı bünyesine aktarılmıştır. Bölgesel örgüt yapılanmaları bu döneme rastlar. Bölge Numune Hastaneleri, doğum, çocuk, verem, ruh ve sinir hastalıkları hastanelerinin kurulması da bu dönemin eserlerindedir. Köyden başlayarak, sağlık ocaklarının yaygınlaştırılması yine aynı yıllarda ivme kazanmıştır. O yıllarda çıkarılan birçok yasa şu anda yürürlükte olup sağlık yapılanmalarımızın temelini oluşturmaktadır. Bu dönemde çıkarılan yasaların başlıcaları şunlardır (Akdur, 2006: 30):

- 1940 tarih ve 3958 sayılı Gözlükçülük ve Gözlükçüler Hakkında Kanun,
- 1953 tarih ve 6023 sayılı Türk Tabipler Birliği Hakkında Kanun,
- 1953 tarih ve 6197 sayılı Eczacılar ve Eczaneler Hakkında Kanun,
- 1954 tarih ve 6283 sayılı Hemşirelik Kanunu,
- 1956 tarih ve 6643 sayılı Türk Eczacılar Birliği Kanunu.

Bu dönemde sağlık örgütünün temel taşları oluşturulmuş, sağlık bakanlığının örgüt yapısı oluşmaya başlamıştır. Bir taraftan birinci basamağa önem verilirken, diğer taraftan hastane modelleri olan Numune Hastanelerinin kurulmasına ağırlık verilmiştir.

C) 1961–1980 Dönemi

Bu dönemde değişik sağlık politikaları tartışılmaya başlanmış, ancak sağlık hizmetlerinin sosyalizasyonu görüşü benimsenmiştir. 1961 yılında 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesine Dair Kanun yürürlüğe girmiştir. 1963 yılından itibaren de uygulama alanı bulmuştur. 1980'e kadar uygulanan sağlık politikaları bu yasa çerçevesinde şekillenmiştir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2003: 9).

Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesine Dair Kanun'da en ücra noktalarda hizmet veren köy ebeleri ile sağlık hizmetinin başında yer alan il sağlık müdürleri bir bütün olarak ele alınmıştır. Kaliteli hizmet, hizmette ekonomiklik, dokümantasyon, sürekli eğitim, güler yüzlü hizmet anlayışı yine bu yasa ile dile getirilmiştir.

D) 1980 ve Sonrası Dönem

“12 Eylül 1980 darbesi sonrasında kabul edilen 1982 Anayasası küreselleşmenin ilk işaretlerini içermektedir. 1961 Anayasası'nın 49.maddesi, Devleti, “...yurttaşına sağlık hizmetlerini sağlama ödevli” sayarken 1982 Anayasası 56. maddesinde Devlet'i, “...sağlık hizmetlerini düzenleyen ve denetleyen ...” bir konuma indirgemıştır” (www.absaglik.com, 20.07.2006).

1982 Anayasası, sağlık hizmet ve yönetiminde 1961 Anayasasına paralel düzenlemeler içermektedir, 60. maddesi herkesin “sosyal güvenlik hakkına sahip olduğunu ve devletin bu sorumluluğu üstlendiğini” içerir. Genel Sağlık Sigortası 1982 Anayasasının 56. maddesinde “Genel Sağlık Sigortası kurulabilir” ifadesiyle yer almıştır. Seksenli yıllar, 1961 de başlayan sosyalleştirme politikalarının genişletilmesi gayretlerine şahit olmuştur. Sağlık finans yönetiminin öneminin artmasıyla genel sağlık sigortası 1987 yılında tekrar gündeme gelmiş, ancak bu konudaki hukuksal düzenlemeler gerçekleştirilememiştir. Aynı yıl “Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu” çıkarılmıştır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2003: 10).

“1987 yılında 3359 sayılı “Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu” ile sağlık sektörünün yeniden yapılandırılması amaçlanmış ancak, sağlık müracaat zincirini kurarak bütün alt yapının verimli kullanımı sağlanarak, genel sağlık sigortasını kurmak, sağlık hizmet birimlerinin işletmecilik anlayışıyla yönetilmelerini sağlayacak şekilde özertleşmelerini

teşvik etmek, özel kesimden sözleşmeli hizmet satın alınmasını sağlamak gibi hedefleri bulunmasına rağmen kanunun tam anlamıyla uygulanması mümkün olmamıştır” (Özcan, 1996: 11).

“1990 yılında Devlet Planlama Teşkilatı tarafından sağlık sektörü ile ilgili master planı hazırlanmış ve bu plan doğrultusunda 1. Sağlık Kongresi 1992 yılında toplanmış, bu toplantı ile yeniden yapılanma süreci başlatılmıştır. 1993 yılında toplanan 2. Ulusal Sağlık Kongresinde ulusal sağlık politikaları belirlenmiş diğer yandan aynı yıl sosyal güvenlik şemsiyesi kapsamı dışında kalan yoksul bireyler için Yeşil Kart uygulamasına geçilmiştir. 1993 yılında toplanan 2. Sağlık Kongresinde alınan kararlar paralelinde günümüze kadar gelen birtakım düzenlemeler yapılmış, ne yazık ki istenilen sonuçlar alınamamıştır. Hastanelerin özerkleşmesi ve özelleşmesi konusunda yapılan çalışmalar sonuçsuz kalmıştır” (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2003: 10).

1982 Anayasası ile devlet, sağlık hizmetini bizzat sunma görevinin yerine onu denetleyen bir konuma getirilmiştir. Kimi çevrelerce küreselleşmenin ilk işaretleri olarak algılanan bu durum, günümüzdeki sağlık politikalarının da temelini oluşturmuştur.

II. SAĞLIK POLİTİKASINDA T.K.Y.’NİN BENİMSENMESİ

“11 Ocak 1995 tarihli Resmi Gazete’de yayınlanarak yeniden gündeme gelen ve 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu’nun 9. maddesine göre Bakanlar Kurulu’nca 29.11.1994 tarihinde kararlaştırılan yönetmelikte yeniden düzenlenen aynı kanun kapsamındaki, kamu kurum ve kuruluşlarına ait sağlık işletmelerinin yönetimi ve çalışmaları ile ilgili usul ve esaslar çerçevesinde, uygun görülen ve Bakanlıkça teklif edilen sağlık işletmelerinin etkin, verimli ve kaliteli hizmet üretmelerini sağlamak, sağlık konusunda eşit hizmet vermek ve kaynak israfına yol açmadan gerekirse dışarıdan hizmet satın alınarak halka sunmak amacıyla; “Sağlık İşletmelerine” dönüştürülmesi planlanmıştır” (Özcan, 1996: 9).

1998 yılında Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü bünyesinde “Kalite Yönetimi Şube Müdürlüğü” kurulmuştur. Bu şube, Bakanlığa bağlı yataklı tedavi kurumlarındaki hizmet sunumuyla ilgili vizyon, misyon ve ilkeleri belirlemek,

hizmet alanları, insan kaynakları, akreditasyon, hizmet kalitesi vb. çalışmalar ile sağlık alanındaki değişim ve gelişmeler doğrultusunda hizmetlerin standardize edilmesi ve TKY felsefesinin Sağlık Bakanlığı yataklı tedavi kurumlarında profesyonel bir yaklaşımla adaptasyonunu kurumsal değişimi sağlamak amacıyla kurulmuştur (Doğan ve Kaya, 2003: 63).

181 sayılı Sağlık Bakanlığı'nın Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararnamenin 43. maddesine dayanılarak, Sağlık Bakanlığına bağlı yataklı tedavi kurumlarında sunulan bütün hizmetlerin ve yürütülen faaliyetlerin TKY anlayışı ile kalite, güven, yüksek verim, motivasyon, süreklilik, rekabet, ekip anlayışı ve kalite kültürü içinde yürütülmesine ilişkin usul ve esasları düzenlemek amacıyla hazırlanan "Yataklı Tedavi Kurumları Kalite Yönetimi Hizmet Yönergesi" (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2001) 30 Ekim 2001 tarihinde yürürlüğe girmiş ve Ocak 2002 tarihi itibarıyla tüm valiliklere gönderilmiştir (Asunakutlu, 2004: 29). Böylece TKY anlayışının kurum bünyelerinde yerleştirilmesi çalışmalarına resmen başlanmıştır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2004).

Yönergenin birinci bölümünde amaç, kapsam, dayanaklar ve tanımlar, ikinci bölümünde kalite yönetiminin uygulama esasları, üçüncü bölümde kalite konseyinin oluşturulması, görev ve sorumlulukları, dördüncü bölümde kalite geliştirme ekibi, eğitici ekip ve kalite kontrol çemberleri üzerinde durulmaktadır.

Sağlık Bakanlığı tarafından üst düzey yönetimin TKY konusunda bilgilendirilmesi ve kalite anlayışının geliştirilmesi amacıyla tüm bölgeleri kapsayacak bölgesel eğitim toplantıları başlatılmıştır (Asunakutlu, 2004: 29).

Yataklı tedavi kurumları dışında, İl Sağlık Müdürlükleri, Sağlık Grup Başkanlıkları, 112 Acil Yardım İstasyonları, Halk Sağlığı Laboratuvarları, Sağlık Ocakları ve Sağlık Evlerinde kalite ile ilgili çalışmaları planlamak, uygulamak, uygulatmak ve koordine etmek amacıyla, Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğünde 17. 3. 2003 tarihinde "Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Kalite Daire Başkanlığı" kurulmuştur (Doğan ve Kaya, 2003: 83).

Sağlık Bakanlığı 2004 yılında “Sağlıkta Dönüşüm Programı”nı başlatmıştır. Bu programın amacı; sağlık hizmetlerinin etkili verimli ve hakkaniyete uygun bir şekilde organize edilmesi, finansmanın sağlanması, sunulmasıdır. Sağlıkta dönüşüm programının sekiz bileşeni vardır. Bunlar (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2003: 24–36):

1. Planlayıcı ve denetleyici bir Sağlık Bakanlığı: SDP (Sağlıkta Dönüşüm Programı) vizyonundaki Sağlık Bakanlığı, politikalar geliştiren, standartlar koyan ve denetleyen bir konumda olup ülkemizin, kamu veya özel kurum ve kuruluşlarının sağlığa ayırdığı kaynakların etkili, verimli ve hakkaniyete uygun bir şekilde kullanılmasını sağlamak üzere yönlendirmeler yapacaktır.

2. Herkesi Tek Çatı Altında Toplayan Genel Sağlık Sigortası: Emekli Sandığı, Bağ-Kur, SSK’nu bir çatı altında toplamayı amaçlamaktadır. Bu düzenleme ile sağlık ve emeklilik sigortalarının ayrılması, yeşil kart uygulamasının da bu çatı altına alınması planlanmaktadır. Ayrıca zorunlu sağlık sigortacılığı sistemini getirmeyi, birinci basamak hizmetlere öncelik vererek sağlık harcamalarındaki maliyeti azaltmayı amaçlamaktadır.

3. Yaygın, Erişimi Kolay ve Güler Yüzlü Sağlık Hizmet Sistemi: Bu amaca ulaşmak için güçlendirilmiş sağlık hizmetleri ve aile hekimliği sistemi, etkili ve kademeli sevk zinciri sistemi, idari ve mali özerkliğe sahip sağlık işletmeleri sistemi kurulması planlanmaktadır.

4. Bilgi ve Beceri İle Donanmış, Yüksek Motivasyonla Çalışan Sağlık İnsan Gücü: Sağlık sektöründe çalışan profesyonellerin, Avrupa birliğine uyum süreci de dikkate alınarak görev yetki ve sorumluluklarının tanımlanması planlanmıştır.

5. Sistemi Destekleyen Eğitim Ve Bilim Kurumları: Sağlık politikası, sağlık işletmeciliği, sağlık ekonomisi ve sağlık planlaması konularını bilen insanların yetiştirilmesi için Hıfzıssıhha Okulu’dan faydalanılacağı belirtilmiştir.

6. Nitelikli ve Etkili Sağlık Hizmetleri İçin Kalite Ve Akreditasyon: Özerk bir yapıya sahip olacak olan “Ulusal Kalite ve Akreditasyon Kurumu’nun” kurulması planlanmış, ruhsatlandırma, sertifikasyon ve akreditasyon gibi konuları düzenlemesi ön

görülmüştür. Bu kurumdan beklenenler şu şekilde sıralanmıştır; sağlık sonuçlarını ölçmek, performans göstergeleri oluşturmak, hizmet sonuçlarının veri tabanlarını oluşturmak ve böylece uygulanabilir performans göstergelerini belirlemek.

7. Akılcı İlaç ve Malzeme Yönetiminde Kurumsal Yapılanma: “Ulusal İlaç Kurumu” ve “Tıbbi Cihaz Kurumu” gibi iki kurum kurularak ilaç, malzeme ve tıbbi cihazların standardizasyonu, ruhsatlandırılması ve bunların akılcı yönetimi sağlanacaktır. Amaç uluslar arası normları yakalamak olarak belirtilmiştir.

8. Karar Sürecinde Etkili Bilgiye Erişim, Sağlık Bilgi sistemi: Sağlıkla ilgili politikaların belirlenmesinde, sektördeki sorunların saptanmasında, önlemlerin alınmasında, sektör kaynaklarının, çalışma ve yatırımların planlanmasında, bilimsel çalışma ve araştırmalarda kullanılmak üzere sağlık bilgi sisteminin oluşturulması planlanmıştır.

III. AVRUPA BİRLİĞİ MÜZAKERELERİ SÜRECİNDE TÜRK SAĞLIK SEKTÖRÜ

Avrupa Birliği olarak adlandırılan Supra nasyonal (uluslar üstü) örgütün temelleri, 1. ve 2. Dünya Savaşlarının yarattığı maddi ve manevi kayıpların Avrupa’da bir daha yaşanmasını önlemek amacıyla gösterilen çabalar sonucunda atılmıştır. Öncelikle 1951 yılında Paris Anlaşması ile Avrupa Kömür ve Çelik Topluluğu (AKÇT), daha sonra da 1957 yılında Roma’da Avrupa Ekonomik Topluluğu (AET) ve Avrupa Atom Topluluğunu (EURATOM) kuran anlaşmalar imzalanmıştır. Türkiye’nin AB’ye uyum süreci 1963 yılında Avrupa Topluluğu ile Türkiye arasında bir ortaklık kuran Ankara Anlaşması’nın imzalanması ile başlamıştır. 1973 yılında imzalanan Katma Protokol ile ilişkilerin güçlendirilmesi hedeflenmiştir. Türkiye’nin 1987 yılında yaptığı tam üyelik başvurusu AT’nin, ülkemizin henüz tam üyeliğe hazır olmadığı yolundaki yanıtıyla karşılanmıştır (Devlet Planlama Teşkilatı, 1997: 1).

1 Ocak 1996’da yürürlüğe giren Gümrük Birliği (GB) ile ilişkiler kurumsallaşmaya başlamış ve 1999 Helsinki Zirvesi’nde Türkiye’ye “adaylık statüsü” verilmesiyle de yeni bir boyut kazanmıştır. 17 Aralık 2004 Zirvesi’ndeki, Komisyonun İlerleme Raporunun (Ekim 2004) olumlu olması ve Türkiye’nin “Kopenhag Siyasi Kriterlerini” yerine getirdiğine kanaat getirilmiş olması nedeniyle gecikmeksizin “tam

üyelik” görüşmelerine başlanacağı kayıt altına alınmıştır. Müzakere çerçeve belgesi 3 Ekim 2005’te yürürlüğe girmiş ve içinde “sağlık” olmaksızın 31 başlıkta görüşmeler başlamıştır. Bu konular kişilerin serbest dolaşımı, malların serbest dolaşımı, sermayenin serbest dolaşımı, rekabet politikası, balıkçılık, vergileme vs.’dir. AB’nin gelişme süreci içinde, başlangıçtaki anlaşmalarda (Paris, Roma) sağlık hizmetlerine ilişkin doğrudan bir düzenleme yer almamasına karşılık, sağlığı dolaylı olarak etkileyebilecek bazı konularda düzenlemelere gidilmiştir (Örn: işyeri sağlığı ve güvenliği gibi). 1997 Amsterdam Anlaşması ve 2004 Anayasal Antlaşma ile AB düzeyinde yasal temele dayandırılan AB sağlık politikaları zamanla daha da kapsamlı hale getirilmiştir. Aralık 1999’da gerçekleştirilen Helsinki Zirvesi ile AB’ye adaylık statüsü kazanan Türkiye’nin, en kısa sürede AB’ye üye olabilmesi için, öbür alanlarda olduğu gibi yoğunlaşması gereken alanlardan biri de “Sağlık Sektörü” olmuştur (Saltık A. ve Saltık G., 2006: 5).

IV. AB’DE SAĞLIK POLİTİKASININ İLKELERİ VE TÜRK SAĞLIK POLİTİKASININ UYUMLAŞTIRILMASI

AB Tüzel Kişiliği’nin, üye ülkelerdeki sağlık sektörünün örgütlenme biçimi, finansman yapısı ve insan gücü yönetimi uygulamaları konusunda tek tip ve ülkeler üstü bir politikası yoktur. Ancak AB’nin oluşum sürecinde olan bir sağlık politikası vardır. Bu oluşum 10–15 yılda yoğunluk kazanmış ve belli bir aşamaya gelmiştir (Yıldırım, 2006: 2). Başka bir söylemle, Birliğin, sağlık sektörünü biçimlendiren makro politikalar ya da uygulamaları birbirine benzetmek yönünde bir düzenlemesi ya da zorlaması yoktur. Birlik tarafından (Akdur, 2006: 134):

a) Üye ülkelerin kendi ulusal sağlık politikalarına sahip olmaları ilkesi,

b) Üye ülkelerin sağlık hizmetleri ve tıbbi bakım konusundaki sorumluluklarına müdahale edilmemesi ilkesi benimsenmiştir. Bu durum yanlış anlaşılmalıdır; AB Tüzel Kişiliği’nin sağlık alanında hiçbir tercihi, felsefesi, politikası yoktur anlamına da gelmemelidir. Makro politikaların tam tersine, AB Tüzel Kişiliği’nin, üye ülkelerde yürütülen sağlık hizmetlerinin ilkeleri, hedefleri ve standartları, mikro politikalar bağlamında belli bir sağlık politikası vardır. Bunlar genellikle uluslar arası düzeyde,

başka bir anlatımla Birleşmiş Milletler (WHO, UNICEF, FAO) düzeyinde benimsenmiş olan ilkeler ile örtüşen, benzeşen ilkeler ya da politikalarıdır.

AB sağlık politikası; bazı değerler ve ilkeler bütünüdür. Bunlar, başta Maastricht Antlaşmasının 129. maddesi ve bu antlaşmaya değişiklik getiren Amsterdam Antlaşması'nın 152. maddesi olmak üzere, 1950'lerden günümüze kadar AB düzeyinde oluşan müktesebat ve kurumsal yapılar çerçevesinde yönlendirilen sağlık ve sağlıkla ilgili politika stratejileri ve eylem programlarından oluşan değerler, kurallar ve ilkelerdir (Yıldırım, 2006: 3).

AB Tüzel Kişiliği'nin, sağlık hizmetleri için benimsemiş olduğu bu ilkeler; 1) felsefik ilkeler, 2) sağlık bakım ilkeleri, 3) örgütlenme ilkeleri, 4) koruyucu hizmet ilkeleri, 5) Ortak programlardır. Bu ilkeleri kısaca şu şekilde açıklamak mümkündür (Akdur, 2006:134–144):

A) FELSEFİK İLKELER

1. Temel değişim: AB'ne katılımı olacak temel değişim, üye devletlerin yetkilerinin bir kısmını devrettiği ortak devlet olmaya yönelmektir. Bu nedenle üye devletlerin ulusal yasalarının önemli bir kısmının yerine Birlik yasalarını koyması zorunludur. AB standartlarına uymayan mal, hizmet ve ürünlerin üye ülkelere girmesini engelleyerek, AB'de yaşayan insanların korunması sağlanmıştır. Sınırların ortadan kalkması, her şeyin bu arada sağlık araç gereçlerinin, sağlık alanında kullanılan ürünlerin serbestçe dolaşması bu yasal tedbirleri almayı gerektirmiştir.

2. Temel mantık: Temel mantık iktisadi ve siyasi alanda liberalizasyon ile sürekli refah artımı ve dünya ile rekabeti içeren AB felsefesinin benimsenmesidir

- İktisadi liberalizasyon: Mallar, hizmetler, kişiler ve sermayenin serbest dolaşımını engelleyen, rekabeti olumsuz etkileyen ulusal kısıtlamaların kaldırılmasıdır. Her türlü gümrük korumacılığının kaldırılması, kamu hizmetlerinin tasfiyesi, kamu hizmetleri alanına yerli ve yabancı sektörün eşit koşullarda girmesi ve rekabet etmesini içerir.

- Siyasi liberalizasyon: Siyasi ve idari liberalizasyon, kamu kurum ve kuruluşları tarafından kullanılan yetkilerin sınırlandırılması bu yetkilerin yerli ve yabancı özel sektörün kuruluşlarına devridir.
- Dünya ile rekabet: Mal ve hizmet üretimi serbest rekabet ortamında bulunmalıdır. Bu sadece AB'ni değil tüm dünyayı kapsamalıdır.
- Sürekli refah artımı: Sosyal güvence, maddi zenginlik gibi unsurların AB'de yaşayan hemen herkesin sahip olmasını ve bu zenginliğin sürekli artırılmasını hedefler.

3. Ulusal Yasaların AB Yasaları İle Uyumlu Hale Getirilmesi: Bir toplumu bir felsefeye uydurmanın en kestirme yollarından birisi, başta anayasa olmak üzere tüm yasaların AB felsefesi/ AB müktesebatı ile uyumlu hale getirilmesidir.

B) SAĞLIK BAKIM İLKELERİ

1. Hakkaniyet: Sağlıkta hakkaniyet; bütün insanların sağlık bakım hizmetlerinden yararlanmada eşitliğin sağlanması, sağlık göstergeleri ile ilgili farkların azaltılmasıdır.

2. Ulaşılabilirlik: Her bir yurttaşın, doğumdan ölüme kadar gerek koruyucu, gerek tedavi edici ve gerekse rehabilite edici hizmetlere anında ulaşabilmesi, eşit olarak yararlanabilmesidir.

3. Dayanışma: Sağlık güvencesinin sağlanması ve bu yönde toplumun dayanışmasıdır. Sağlık hizmetlerinin finansmanın yapılandırılması dayanışmanın sağlanması açısından son derece önemlidir. Amaç sağlık hizmetlerinin finansmanına katılamayan kesimlerin sağlık bakım hizmetlerinden yoksun bırakılmamasıdır.

4. Sağlık Bakım Güvencesi

Temel bir insanlık hakkı olan “yaşama hakkı” ile “sosyal güvenlik hakkı” birbiri ile yakından ilişkilidir. Başka bir anlatımla kişilerin sağlık riskleri ve sağlık harcamaları yönünden güvence altına alınması, onların yaşama hakkını da güvence altına almak anlamına gelir. Bu nedenle de toplumun, dolayısı ile de onun örgütlü gücü olan devletin tüm yurttaşlarının sağlık bakımını güvence altına alması gerekir. AB üye devletlerin vatandaşlarının sağlık bakımlarının güvence altına alınmasını öngörmektedir.

5. Sürdürülebilirlik: Sürdürülebilir kalkınma; iktisadi sosyal ve ekolojik dengeleri bozmadan uzun vadede en uygun kalkınma modelinin oluşturulmasıdır.

C) SAĞLIK HİZMETLERİNİN/ ÖRGÜTÜNÜN İLKELERİ

1. Tüm ülkeyi ve tüm nüfusu kapsama: Sağlık hizmetlerinin tüm yurt sathına adil bir şekilde yayılması herkesçe ulaşılabilir olmasıdır.

2. Koruyucu hizmet ağırlıklı olma: Kişileri daha hasta olmadan korumaktır. Daha ucuz ve daha etkilidir. Kaynakların daha etkili ve verimli kullanılmasını, toplumun sağlık seviyesinin yükselmesini sağlar. Koruyucu sağlık hizmetlerine öncelik vermeyi amaçlar.

3. Genel pratiyene dayalı olma: Birinci basamak tedavi hizmetlerinin pratisyen hekime dayalı bir sistem olmasıdır. Kaynakların verimli kullanılması, hizmet kalitesinin yükseltilmesi amaçlanmıştır.

4. Hizmetlerin kademelenmesi / Hizmetlerde sevk zinciri: Acil durumlar dışında sağlık hizmetlerinden yararlanacak kişilerin I. basamaktan başlamak üzere ihtiyaçları nispetinde II. ve III. basamak sağlık kurumlarına başvurmalarıdır. Bu ilke etkili, ucuz, kaliteli hizmet sunumunun yanında hizmet alan ve verende hoşnutluğu amaçlar.

5. Sürekli Kalite İyileştirme

Çağdaş yönetim anlayışlarından biri olan “Kalite Yönetim Sistemi” tüm sektörlerde bu arada sağlık sektöründe de kullanılabilen önemli bir yönetim aracıdır. Kalite Yönetim Sistemi’nde esas olan ise sürekli gelişmenin, kalite iyileştirmesinin sağlanmasıdır. Başka bir söylemle, Kalite Yönetim Sisteminin en önemli bileşenlerinden birisi sürekli kalite iyileştirme dir. Sektörlerde, işletmelerde sürekli planlar yapılmasını, uygulandıktan sonra sonuçların değerlendirilmesini ve verilere dayalı olarak yapılacak yeniliklere, değişikliklere karar verilmesini öngörür. Böylece sürekli bir gelişme sağlanmış olur.

AB, tüm sektörlerde bu arada da sağlık sektöründe Kalite Yönetim Sistemini benimsemiştir. Uygulanması, yaygınlaşması için çeşitli eğitim ve özendirme faaliyetleri yürütmektedir.

6. Hekim ve hasta seçme hakkı: Hastanın tıbbi uygulamaların özelliklerine ve kurumun koşullarına uymak şartıyla hekimini seçmesi özgürlüğüdür. Hasta seçme ve reddetme hakkı; acil durumlar, afet durumları, tek hekim olma gibi durumların dışında hekimin hastayı reddetme hakkıdır. Hekim, kendisine güven duymayan hastayı reddedebilir.

D) KORUYUCU HİZMET İLKELERİ

1. Erken (prematür) ölümlerin önlenmesi: Trafik kazası, iş kazası, tütün veya alkol kullanımı, hareketsiz yaşam, şişmanlık, kolesterol yüksekliği, hipertansiyon, HIV/AİDS, sıtma, tüberküloz gibi korunulabilen hastalık ve durumlar nedeniyle 80 yaşından önceki ölümlerin azaltılmasıdır.

2. Bulaşıcı hastalıkların önüne geçilmesi: HIV/AİDS, sıtma, tüberküloz gibi bulaşıcı hastalıkların önlenmesi için tüm dünyada ve AB’de tedbir alınmasıdır.

3. Yaşlanan toplumun sorunlarına yanıt verebilme: AB nüfusu gittikçe yaşlanmaktadır. Yaşlı insanları aktif kılmak, sağlık ve sosyal yönden destek vermek için toplumun güçlendirilmesini amaçlar.

4. Toplum kesimleri arasında eşitsizliklerin giderilmesi: Yoksulluğu, dışlanmışlığı önlemek, bununla mücadele için ekonomik ve sosyal önlemlerin alınmasını amaçlar.

5. Sağlık konu ve politikalarının birliğin diğer politikalarına entegrasyonu: Koruyucu sağlık hizmetlerinin tüm iş ve işyerlerine entegrasyonu ve insan sağlığının en üst seviyede korunmasıdır. Sağlıklı toplumun zihinsel ve fiziksel üretim kapasitesi yüksektir, hastalanmayan toplumun sağlık harcamaları da azdır.

E) ORTAK PROGRAMLAR

Avrupa Birliği'nin, halk sağlığını geliştirmek amaçlı veya üye ülkelerin tek başlarına üstesinden gelemeyecekleri konuları çözmeye yönelik birlik düzeyinde ele aldığı çeşitli ortak programları içerir.

Türkiye'nin AB'ye giriş sürecinde Birliğe sistematik, bütüncül ve dönüşümsüz uyumu için yapması gereken yasal düzenlemeleri belirten iki "Ulusal Program" vardır. 24 Mart 2001 tarih ve 24352 sayılı Resmi Gazete ekinde yayınlanan ve çok kapsamlı bir metin olan ilk "Ulusal Programda" Türkiye'den, sağlık alanında özellikle ticarete konu malların standartları ve bu standartları sağlayabilecek çok kapsamlı mevzuat metinlerinin geliştirilmesi beklenmektedir. İlk Ulusal program'dan yaklaşık iki yıl sonra 24 Temmuz 2003 tarih ve 25178 sayılı resmi gazetede ilk program güncellenerek yeniden (mükerrer) yayımlanmıştır. Buna göre (Saltık A. ve Saltık G., 2006: 6):

- Uzun ve kısa vadeli sigorta programlarının birbirinden ayrılması,
- Sağlık hizmetlerinin sosyal güvenlik sisteminden ayrılması ve **Genel Sağlık Sigortası**'nın kurulması istenmektedir.

AB'nin doğrudan hastaneleri hedef alan bir politikası yoktur. Ancak başta iç pazar (malların, hizmetlerin, sermayenin ve kişilerin serbest dolaşımı) rekabet, kamu alımları, Euro, Avrupa Adalet Divanı'nın aldığı kararlar, sosyal güvenlik düzenlemeleri vb. gibi alanlardaki AB politika ve stratejileri sağlık sisteminin tüm unsurlarını ve bu arada da hastaneleri dolaylı olarak etkileyebilecektir (Yıldırım, 2004 b: 4).

"Avrupa Birliği ülkelerinden; Belçika, Avusturya, Finlandiya, Almanya, Norveç, Fransa, İtalya, Yunanistan ve İspanya'nın Sağlık Sigorta Programlarının, Sağlık Bakanlığı organizasyon yapıları ile olan ilişkileri ve özel alt organizasyonları, değerlendirmeye alındığında" (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2004: 3):

- Belçika, Avusturya, Almanya ve İtalya' da Sağlık Sigorta Programlarının özerk bir yapıda olduğu,
- Yunanistan, İspanya ve Japonya'da, Sağlık Bakanlığına bağlı olarak çalışmalarını sürdürdüğü,

- Finlandiya, Norveç ve Fransa’da ise Sosyal İşler ve Sağlık Bakanlığına bağlı olarak çalışmalarını sürdürdüğü, tespit edilmiştir.

Türkiye’de sağlık reformu tartışmaları 1990’larda hız kazanmış, 58. hükümet reformları hayata geçirmeyi programına dâhil etmiştir. Sağlık sistemi reformu ile amaçlanan; bir yandan tüm nüfusu kapsayan bir modelin yerleştirilmesi, bir yandan da sosyal güvenlik sistemleri üzerindeki yükün azaltılması ve sosyal devlet yapılanmasının dünyadaki eğilimler yönünde dönüştürülmesidir. Örneğin, Mart 2004 tarihinden itibaren yürürlüğe giren bir genelge, SSK ile Sağlık Bakanlığı Hastanelerini birleştirerek SSK veya Bağ-Kur sigortası olan hastaların kendi hastanelerinden randevu alamaması halinde özel anlaşma yapılan özel sağlık kuruluşlarından hizmet alabilmesinin yolunu bütünüyle açmış bulunmaktadır (Keyder, 2004: 1–2).

20 Şubat 2005 tarihinde 5283 sayılı Kanun uyarınca SSK’ya ait sağlık tesisleri Sağlık Bakanlığı’na devredilmiştir. Sağlık Bakanlığı’nın denetleyici, planlayıcı ve kural koyucu hale getirilmesi, sağlık hizmetlerinin tek çatı altında toplanması, sağlık üretimi ve finansmanının ayrılması, sağlık hizmeti sunumunun önemli ölçülerde yerel yönetimlere devredilmesi gibi sebeplerle başlatılan “Sağlıkta Dönüşüm Reformu’nun” önemli sacayaklarından birisi olan, SSK’ya bağlı sağlık kuruluşlarının Sağlık Bakanlığı’na devridir. Bu durum finansman ile sağlık hizmeti sunumunun ayrılmasını ve özerk, işletmeci hastane modeline geçişin bir ara basamağı olarak kendisini hissettirmiştir (Sağlık-Sen Bülteni, 2007: 12).

Kamu hastanelerinin özerkleşmesi, ardından da özelleşmesi planlanmaktadır. Bunun için bazı asgari koşulların oluşması gereklidir. Bunların başında da Genel Sağlık Sigortası gelmektedir. Bireylerin gerçek bir sağlık güvencesine kavuşturulmasının ardından kamu hastanelerinin özerkleştirilmesi ve özelleştirilmesi daha kolay olacaktır (<http://www.e-konomist.net>, 25.10.2007).

SSK Hastaneleriyle Sağlık Bakanlığı Hastanelerinin birleştirilmesindeki asıl neden; hükümetin kamu yönetimi reformu çalışmaları kapsamında sağlık kuruluşlarını il özel idarelerine devretme sürecinde SSK Hastanelerinin dışarıda bırakılmaması için gerekli alt yapıyı hazırlama ve bu devri kolaylaştırmaktır (Yıldırım, 2004a: 2).

Avrupa Birliği sağlık politikasının ilkeleri arasında yer alan konular Avrupa Birliğine aday durumda bulunan Türkiye'nin birliğe uyumunu sağlayacak Şekilde hayata geğirilmeye çalıŐılmaktadır. Bu bağlamda SSK sağlık kurumlarının Sağlık Bakanlığı'na devri, GSS Yasası (Resmi Gazete, 2008: 1), Kamu Hastaneler Birliği Kanun Tasarısı gibi yasa ve tasarılarla hastanelerin önce özerk sonra özel işletme haline getirilmesine yönelik çalışmalar başlatılmıştır (Gül vd., 2008: 1). Ayrıca ‘‘Sağlık Bakanlığı Personeli Görevde Yükselme ve Unvan Değişikliği Yönetmeliği’’ ile ‘‘kamu yönetimi veya işletme lisans eğitimi alan ya da kamu yönetimi, işletme alanlarına yüksek lisans ve doktora yapmıŐ hekimlerin baŐhekim olabilmesinin’’ n açılmıŐtır (Resmi Gazete, 2006: 10). Bunun yanında, Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü'nce ‘‘Sağlık Yönetimi ve Sağlık İŞletmeciliği’’nden anlayan yönetici yetiştirmek maksadıyla İl Sağlık Müdürlüğü st düzey yöneticilerine 9 ay süreyle ‘‘Sağlık Yöneticiliği Sertifika Programı’’ ile 500 yataklı hastanelerin baŐhekim veya baŐhekim yardımcılarını ile hastane müdür veya müdür yardımcılarını, yine 9 ay süreyle ‘‘Hastane Yöneticiliği Sertifika Programı’’ ile eğitimler verilmeye başlanmıştır (www.hm-uses.gov.tr, 25.5.2008).

TKY'nin Türk Sağlık Politikasına dönüŐümü ile AB sağlık politikası ilkelerinden ‘‘Sürekli Kalite İyileştirme’’ ilkesi gereğince 30 Ekim 2001 tarihinde Yataklı Tedavi Kurumları Kalite Yönetimi Hizmet Yönergesi çıkarılarak tüm valiliklere gönderilmiŐ, böylece TKY'nin, kurum bünyesinde yerleştirilmesi sağlanmıştır.

AB'nin önem verdiği standardizasyon ve akreditasyon gibi konularda da çalışmalar yapılmış Kamu Hastanelerinin kalite çalışmaları sonunda ISO-9001 standartlarına ulaŐması için ‘‘Kalite Yönetimi Uygulama Kılavuzu’’ hazırlanarak tüm hastanelere dađıtılmıŐtır. Yine bu kılavuzda ‘‘ Akreditasyon’’ kalite basamağında ulaşılmak istenen en üst basamak olarak vurgulanmıştır.

V. AVRUPA BİRLİĞİ ÜLKELERİNDE SAĞLIK HİZMETLERİ ALANINDA TOPLAM KALİTE YÖNETİMİ UYGULAMALARI

İlk olarak ABD'de uygulanan TKY sistemi, 1990 yılından bu yana da Avrupa'da uygulanmaktadır. Ülkemizde ise TKY sistemi uygulamalarına 1994 yılından itibaren başlanmıştır (Morgil, Kkirkin, 1995: 31).

1990'dan beri birçok Avrupa devleti, kalite konusundaki ilgisini beş alanda yoğunlaştırmıştır. Bunlar (Kaya, 2008:1):

- İngiltere, Fransa, İsveç, Hollanda ve Norveç, profesyonellerin ve hastanelerin kalite ve kalite güvencesi konusunda sorumluluk almalarını gerektiren kanunlar çıkartmış ya da düzenlemeler yapmıştır.
- Birçok devlet, profesyonel derneklerin ve diğer örgütlerin finansal olarak desteklenmesi ve bağımsız ulusal kalite örgütlerinin kurulması yoluyla kalite ile ilgili faaliyetleri teşvik etmektedir. Hollanda'daki kalite güvencesi örgütü, Belçika, Almanya, İtalya, Fransa ve İspanya'daki bu tür örgütler için model teşkil etmiştir.
- AB'e üye devletler, halkın sağlık hizmetlerini eleştirmesine, maksimum bekleme süreleri gibi hizmet garantileri önererek ve hasta haklarını belgeleyerek cevap vermeye çalışmaktadır.
- Üye devletler, örneğin Uluslararası Standartlar Örgütü (ISO) normları ya da gönüllü örgütsel denetimler (audits) yoluyla, sağlık kuruluşlarının akreditasyonu (ya da sertifikasyonu) ile gittikçe daha fazla ilgilenmektedir.
- Üye devletler maliyetleri azaltma ve kaliteyi iyileştirme yaklaşımları olarak toplam kalite yönetimine ve sürekli kalite iyileştirmeye olan ilgilerini dile getirmektedir.

“Hastanelerde kalite girişimlerine rehberlik etmek için devletin finansman sağlaması, genellikle üniversiteler ve profesyonel dernekler gibi devlet dışı (gönüllü) örgütler tarafından koordine edilmekte ve değerlendirilmektedir. Örneğin, Fransa'da Sağlık Bakanlığı, Tıbbi Değerlendirmeyi Teşvik Etme Ulusal Kuruluşuna (National Agency for the Promotion of Medical Evaluation- ANDEM), kalite güvencesi ve sürekli kalite iyileştirilmesi yöntemlerine dayalı ulusal bir demonstrasyon projesini başlatmak için yetki vermiştir. Program, hastanelerde bu tür programların uygulanması için en önemli başarı faktörlerinin belirlenmesi amacıyla düzenlenmiştir” (Kaya, 2007: 2).

Kalite iyileştirme çalışmalarında klinik uygulama rehberleri önemli bir konu haline gelmiştir. Klinik rehberler, belirli klinik durumlarda sunulacak sağlık hizmetleri hakkında, uygulayıcıların ve hastaların kararlarına yardımcı olmak için sistematik

olarak geliştirilmiş kılavuz kitaplardır. Klinik rehberleri Fransa'da yönetsel bir kuruluş olan ANDEM tarafından geliştirilmektedir. Hollanda'da, Almanya'da, İsviçre'de çeşitli klinik rehberler geliştirilmiştir. Bu rehberler (Kaya, 2008: 2);

- Uygulamadaki varyasyonu kontrol etmek,
- Maliyeti azaltmak ve yaygın olmayan bir probleme yaklaşımı planlamak,
- Kaliteyi iyileştirmek amacıyla geliştirilirler.

Fransız Hükümeti'nin, 5 yıl içinde tüm hastanelerden akredite olmalarını istemesi, vasat düzeyde bir gelişim izleyen sağlıkta kalite uygulamalarının gelişimini hızlandırmıştır. 1994 yılında kurulan ANDEM hastanelerde TKY'nin başarıyla uygulanabilmesi için gerekli kalitenin sürekli iyileştirilmesi metotlarını temel alan bir dizi proje başlatmıştır. Projelerin uygulama alanlarını, nazo komial enfeksiyonların önlenmesi, anesteziye hasta güvenliği, tıbbi kayıt sistemi ve kan transfüzyonu güvenliği gibi konular oluşturmaktadır. Proje çalışmalarına katılan hastanelerin, ilgili süreçleri analiz etmeleri, varyasyonları belirlemeleri ve süreçlerin iyileştirilmesine yönelik uygulamaları başlatmaları hedeflenmektedir. Hastanelerde oluşturulan ekiplerin tümü PUKÖ döngüsünü kullanmaktadır ve yılda iki kez, aynı projede yer alan diğer hastanelerdeki ekiplerle, elde edilen sonuçların değerlendirilmesi amacı ile ortak toplantılara katılmaktadırlar (Zolutuna, 1997: 186).

Almanya'da hastaneler ödemeyi yapan örgütlere ki bunlar; emeklilik fonları ya da hastalık fonları tarafından kurulmuş olan kuruluştur, performansla ilgili veri hazırlayıp sunmak zorundadır. Bazı hastaneler, ISO standartlarına göre kalite yönetim sistemleri uygulamaktadır. 1994'te vakaya dayalı ya da hizmet başına ödeme şeklindeki finansmanın başlatılmasıyla, bazı prosedürler için kalite rehberleri oluşturulmuştur (Kaya, 2007: 3).

Almanya yasaları, sağlık kuruluşları arasındaki rekabeti önemli ölçüde arttırmaktadır. 1970'li yıllarda kalite güvencesi yaklaşımı ile başlayan sistemli kalite çalışmaları da günümüzde özellikle performans standartlarının iyileştirilmesine odaklı uygulamalar şeklinde giderek önem kazanmaktadır. Sağlık hizmeti finansmanı sağlayan kuruluşlar, sigortalılarına verilen hizmetin kalitesi konusunda kendilerine düzenli bilgi

akışı sağlayan hastanelerle çalışmayı tercih etmektedirler. İstenen bilgiler, hastanelerde sağlanan tedavi sonuçlarının yanında 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 oluşturmak için çalışmalar yapmaktadırlar. Bu amaçla başlatılan iyileştirme çalışmaları, sektörde hızla yaygınlaşmaktadır (Zolutuna, 1997: 187).

1990'ların başından beri İngiltere ve Kuzey Avrupa ülkelerindeki hastanelerin çoğu, kalitelerini global olarak değerlendirmek için “örgütsel denetimleri” ve “kalite ödülü çerçevelerini” kullanmaktadır. Avrupa Kalite Ödülü, Norveç ve İsveç Ödülleri, ABD'deki Malcolm Baldrige Ulusal Kalite Ödülüne dayanmaktadır. İngiltere'de aynı disiplinden olanların incelemesiyle yapılan örgütsel denetim daha popüler bir yaklaşımdır. Bu denetimin çerçevesi, Avustralya ve diğer yerlerdeki akreditasyon uygulamalarından uyarlanmıştır. Örgütsel denetim programını yürüten bağımsız kuruluşun yaptığı denetim isteğe bağlıdır. Diğer bir yaklaşım ISO kalite sistemidir. 1990'ların başlarında, standardın çok fazla üretim yönelimli olduğu şeklindeki eleştirilere cevap olarak, hizmetler için ISO standardı sunulmuştur. Kapsamlı belgelemeye dayanmasından ve klinik kaliteyi iyileştirmek için maliyet etkili bir yol gibi görünmediğinden, bu sistem bazı klinik personeli ve yöneticileri tarafından beğenilmemektedir (Kaya, 2008: 5).

Finlandiya'da, sağlık sisteminin bütünüyle tek tip bir yapı göstermesine karşın, TKY uygulamalarına gösterilen ilgi, kuruluş bazında önemli farklılıklar göstermektedir. 1993 yılında, Helsinki Sağlık Organizasyonu tarafından başlatılan ve kalitenin sürekli iyileştirilmesi amacıyla 150 projede, mikrobiyoloji laboratuvarlarına numunelerin gönderilmesi, akut enfeksiyonlu hastalara yaklaşım, ante-brakium kırığı olan hastalardaki x-ray uygulamaları gibi çok çeşitli ve oldukça spesifik süreçler yer almaktadır. Proje çalışmalarında, hastane üst yönetimleri tarafından yeterince desteklenmemesine rağmen sağlanan iyileştirmeler ülke çapında TKY felsefesine dayanan bir kalite politikasının oluşturulması yönünde önemli gelişmeler sağlamıştır (Zolutuna, 1997: 186).

Danimarka'daki, TKY çalışmaları ulusal, bölgesel ve yerel düzeyde olmak üzere üç düzeyde incelenebilir (Uz, 1995: 54);

Ulusal düzeyde: Öncelikle hasta hakları, sağlık kuruluşları arasında hasta için rekabet ortamının oluşturulması, uzmanlaşmış bazı aktivitelerin kurumlar ve bölgeler arasında paylaştırılarak komplike ve nadir görülen hastalıkların da hizmet sunumuna dahil edilmesi, sağlık hizmetlerinin koordineli bir şekilde planlanması ve organizasyonun sağlanması ve tüm bunların merkezinde de TKY felsefesinin olduğu ulusal hedeflerin belirlenmesi amacıyla bazı kanuni düzenlemeler yapılmıştır. Ardından kurulan disiplinler arası bir komite TKY çalışmalarının desteklenmesi ve güçlendirilmesi, tıbbi teknolojinin belirlenmesi ve uygulamaların rehberliğini yapma görevlerini üstlenmiştir.

Merkezdeki yönetim, bölgesel ve yerel düzeydeki yöneticilerin ve uygulayıcıların günlük çalışmalarını TKY konusunda yoğunlaştırmalarını sağlamak için çeşitli teşviklerin verilmesi, elde ettikleri sonuçları bildirmelerinin sağlanması ve bu sonuçların sistematik bir şekilde toplanacağı bir veri tabanının oluşturulması için çalışmıştır. Ayrıca ülke çapında bazı hizmetlerde (çocuklara yönelik diş sağlığı hizmetleri, diyabet bakım hizmetleri gibi) TKY çalışması başlatılmıştır.

Bölgesel düzeyde: Yürütülen faaliyetler birbirinden farklı olsa da tüm bölgelerde kalitenin iyileştirilmesi için yapılan çalışmalarda politikacılar, yöneticiler ve profesyonel gruplar birlikte işbirliği yapmışlardır. Bazı bölgelerde faaliyetlerin izlenmesinden sorumlu İzleme Komiteleri oluşturulmuş, bazılarında ise kalite kavramının hizmet sunumunda yerleşmesini sağlamak için hastanelerle yapılan kontratlara çeşitli kalite göstergeleri de ilave edilmiştir. Ayrıca hasta memnuniyeti sürekli olarak araştırılmaktadır.

Yerel düzeyde: Bölgesel uygulamaların bazılarında ek olarak gerek yukarıdan aşağıya gerekse aşağıdan yukarıya doğru geliştirilen ve uygulanan TKY çalışmaları yürütülmektedir. Örneğin hastanelerde kalite kriterlerine ulaşabilmek için çeşitli yeni düzenlemelere gidilmiş ve hastaların kaldıkları süre boyunca devamlı olarak aynı hekim ve hemşire tarafından görülmesi sağlanmıştır.

VI. T.K.Y.'NİN SAĞLIK BAKANLIĞI TARAFINDAN UYGULANMASI

Sağlık hizmetlerinde kalitenin sağlanması amacıyla hastane bünyelerinde TKY anlayışının geliştirilmesi ve uygulanması, hizmetlerin işlerliğine dinamizm kazandırmaktadır. Bu dinamizmin kazanılması ile işletmenin merkezinde yer alan insan ögesinin kendini geliştirmesi, sorumluluk duygusunun gelişmesi, yaratıcılığının kullanılması mümkün olurken, kurulacak kalite ekipleri ile takım ruhu gelişmektedir.

Kasım 1996 da Haberal Eğitim Vakfının Ankara'da organize ettiği "Sağlık Hizmetlerinde TKY ve Performans Ölçümü" konulu sempozyumda bir bildiri sunan zamanın "Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürü" Cihangir Özcan şunları dile getirmiştir (Özcan, 1996: 13-14):

- Hastanelerin sağlık işletmelerine dönüştürülmesiyle kaliteli sağlık hizmet sunumu hedeflenmektedir.
- Kaliteli hizmetin hastanelerde verilebilmesi için "**Toplam Kalite Yönetimi**" ilkelerinin yerleştirilmesi planlanmaktadır.
- Sağlık Bakanlığı kaliteli sağlık hizmet sunumunu sadece hastanelerde değil, sağlık sektörünün tüm aşamalarında gerçekleştirmek istemektedir.
- İşletme haline dönüşen hastanelerde üst yönetim kalitenin sürekli gelişiminin sorumluluğunu üstlenecek, vizyon ve misyon belirleyecek, politikalar üretecektir.
- TKY'nin hastanelerde uygulanması ile hizmet sunumunda kalite, çalışanların iş tatmini ve motivasyonu artacak, yönetim ve organizasyon yöntemlerinin modernizasyonu gerçekleşecek, karar mekanizmalarında akıcılık sağlanacak, bilgi sistemlerinin dokümantasyonu gerçekleştirilecek, iletişim mekanizmasının işlerliği artırılacak, hasta memnuniyeti ve ekip çalışması ile takım ruhunun gelişmesi ve en önemlisi kalite yoluyla "Kamu Yararı" çerçevesinde elde edilecek ekonomik faydalar sağlanacaktır.
- Ulusal Kalite Politikası ile hizmetlerin kaliteli, verimli ve etkili olması için sabırlı, kararlı olunacağı, konusunda uzman kişilerle ve bu sorumluluğu üstlenecek olan yöneticilerle, geleneksel yönetim ilkelerini modernize ederek,

tüm sağlık personeline bu amacı aşilayarak, kalitenin sağlık sektörünün her aşamasında uygulanacağı ve sürekliliğinin sağlanacağı vurgulanmıştır.

Sağlık Bakanlığı TKY çalışmalarını planlamak üzere öncelikle hastanelerin mevcut durumunu ele almış, neyi iyileştireceğini tespit etmiş ve bir hazırlık planı oluşturmuştur. Bu arada iyileştirmenin sağlanıp sağlanamayacağı konusunda durum analizi yapılmış, bazı veriler değerlendirilip bilgiye dönüştürülmüştür. Bilgilerin elde edilmesiyle çözüm yolları ortaya konulmuştur. Bu çalışmalar sırasında Sağlık Bakanlığı, kalite çalışmalarını en üst düzeyde sahiplenme ve kararlılıkla hastanelerde kalite yönetimi alt yapısını oluşturmayı stratejik plan olarak belirlemiştir. Hastanelerde Toplam Kalite Yönetimi Sistemi felsefesi doğrultusunda hizmet sunulabilmesi için Kalite Yönetim Planı hazırlanmıştır. Bu planlar şunlardır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2005: 10–11):

- Mevzuat düzenlemeleri,
- Bilgilendirme ve tanıtım toplantılarını organizasyonu,
- Dokümantasyonların hazırlanmasının planlanmasıdır.

Ülkemizde sağlık hizmetlerinin kalitesini iyileştirme çalışmalarına artan bir ilgi vardır. 10.04.2007 itibariyle Sağlık Bakanlığı'na bağlı 795 hastanenin 367'sinin "İç Hizmet Yönergesi" onaylanmış, 120'si ise "Kalite Yönetimi Sistem Belgesi" almıştır (T.C. Sağlık Bakanlığı b, 2007).

"Sağlık Bakanlığına bağlı hastanelerde hasta odaklı, hasta ve çalışanın memnuniyetini artırmaya yönelik çalışmalar yapılmaktadır. Bu amaçla "Kalite Yönetimi Hizmet Yönergesi" ve "Hizmet Satın Alınmasına Yönelik Şartnameler" hazırlanmıştır. Yönerge, hizmetleri toplam kalite yönetimine dayandırmaktadır ve hastanelerdeki süreci koordine etmek ve yönetmek için mekanizmaları tanımlamaktadır" (Asunakutlu, 2004: 28).

Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından, yataklı tedavi kurumlarında verilmekte olan sağlık hizmetleri ile ilgili olarak yürütülen TKY çalışmaları, Sağlık Bakanlığına bağlı yataklı tedavi kurumlarında sunulan hizmetlerin ve yürütülen faaliyetlerin TKY anlayışı ile; kalite, güven, yüksek verim, motivasyon, süreklilik, rekabet, ekip anlayışı ve kalite kültürü içinde yürütülmesine ilişkin kural ve esasları

düzenlemek amacıyla “Yataklı Tedavi Kurumları Kalite Yönetimi Hizmet Yönergesi” hazırlanılarak Ocak 2002 tarihi itibariyle Valiliklere gönderilmiştir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2001).

2002 yılı içinde hastane yönetimlerinin TKY uygulamaları konusunda bilgilendirilmesi ve bilinçlendirilmesi amacıyla “Hastane Yönetimi ve Sağlık Hizmetlerinde TKY uygulamaları” konulu dört toplantı gerçekleştirilmiştir. Bu program çerçevesinde 29.03.2002 tarihi itibariyle belge almış 7 kurum yetkilileri ve temsilcilerinin katılımı ile “Sağlık Hizmet Politikaları’nın” belirlenmesi toplantısı Ankara’da yapılmıştır (Asunakutlu, 2004: 29). Yine bu program çerçevesinde yedi bölge toplantısı yapılmış, toplantılara 46 ildeki İl Sağlık Müdürleri, İdari ve Mali İşler Şube Müdürleri, Yataklı Tedavi Kurumları Şube Müdürleri, Hastane Baştabipleri, Hastane Müdürleri ve Döner Sermaye Tahakkuk Memurlarından oluşan 1262 kişi katılmıştır. Bu toplantılar (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2002: 2–4);

- 1. Bölge Toplantısı 11–12 Nisan 2002 tarihinde İzmir’de,
- 2. Bölge Toplantısı 23–24 Mayıs 2002 tarihlerinde Antalya’da,
- 3. Bölge Toplantısı 28 Mayıs 2002’de Malatya’da,
- 4. Bölge Toplantısı 29 Mayıs 2002’de Diyarbakır’da,
- 5. Bölge Toplantısı 30 Mayıs 2002’de Erzurum’da,
- 6. Bölge Toplantısı 31 Mayıs 2002’de Trabzon’da,
- 7. Bölge Toplantısı 11–12 Temmuz 2002 tarihinde Kahramanmaraş ilinde gerçekleştirilmiştir.

Sağlık Bakanlığı, hastalıkların teşhis ve tedavisine yönelik standart tanı ve tedavi rehberleri oluşturmak için çalışmalar başlatmıştır. Bu çerçevede hasta bakım kalitesinin artırılması ve birinci basamakta çalışan hekimlerin ihtiyaç duyduğu bilimsel, kanıta dayalı ve sahada uygulanabilir bir materyal geliştirmek için “Birinci Basamağa Yönelik Tanı ve Tedavi Rehberleri” oluşturulmuştur. Bu rehberler Sağlık Bakanlığı ilgili birimlerinin, konularında uzman hekim ve öğretim üyelerinin, uzmanlık derneklerinin, birinci basamakta çalışan hekimlerin, sosyal güvenlik kurumları ve meslek örgütlerinin geniş katılımıyla hazırlanmıştır. Ayrıca Toplum Sağlığı Vakfı, birinci basamakta kullanılmak üzere standart tanı ve tedavi protokolleri hazırlamış ve bunları yürüttüğü

projelerde kullanmıştır. Bazı uzmanlık dernekleri de örneğin Toraks Derneği ve Türk Kardiyoloji Derneği tanı ve tedavi rehberleri hazırlamıştır (Kaya, 2008: 8).

2004 yılında Kalite Koordinatörlüğü kurulmuş ve Sağlık Bakanlığı'nın kalite alanındaki tüm çalışmalarını bu koordinatörlük çatısı altında bir araya getirilmiştir (Asunakutlu, 2004: 30). Kalite Yönetimi Hizmetleri Şube Müdürlüğü tarafından şu faaliyetler gerçekleştirilmiştir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2006: 1-4):

- TKY uygulamaları yapan kurumların deneyimlerini içeren “Hastanelerde Kalite Deneyimleri” kitapçığı çıkarılmıştır.
- TKY uygulaması yapan hastanelerin hasta ve çalışan memnuniyetlerinin ölçülmesini sağlayan “Anket Formları” hazırlanmıştır.
- Kalite yönetimi sisteminin kurulması sürecinde hastanelere destek amacıyla “Hastanelerde Kalite Yönetimi Uygulama Kılavuzu” hazırlanmıştır.
- “Kalibrasyon Laboratuvarı” kurulması konusunda “Türkiye Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi” pilot uygulama hastanesi seçilmiş ve bu konuda çalışmalara başlanmıştır.
- Akreditasyon çalışmaları ile ilgili hazırlıklar yapılmakta, TKY konusunda çeşitli düzeylerde eğitim çalışmaları devam etmektedir.

IV. BÖLÜM

DEVLET HASTANELERİNDE TOPLAM KALİTE YÖNETİMİ UYGULAMASI (UŞAK DEVLET HASTANESİ ÖRNEĞİ)

I. ARAŞTIRMANIN AMACI:

Araştırmanın amacı; Uşak 1 Eylül Devlet Hastanesinde Toplam Kalite Yönetimi çalışmalarlarıyla ilgili olarak, uygulamayı genel olarak değerlendirmek, uygulamada karşılaşılan engelleri belirlemek, uygulayıcıların (doktorlar, hemşireler ve diğer personel) uygulama algılarını belirlemek, uygulamanın aksama nedenlerini ortaya koyarak çözüm önerileri getirmektir.

II. ARAŞTIRMANIN KAPSAMI:

Araştırma Uşak (1 Eylül) Devlet hastanesinde gerçekleştirilmiştir.

III. METODOLOJİ ve YAKLAŞIM:

Araştırmada, temel olarak “Nicel Araştırma Yöntemi” kullanılmıştır. Veri toplama aracı olarak, anket kullanılmıştır. Anketin tasarımında, ilgili konuda yapılmış daha önceki anket çalışmalarından yararlanılmıştır (Atmacan, 1999: 126). Anket toplam 23 önermeden oluşmaktadır. Ek 1’de verilmektedir. Toplam Kalite Yönetimi uygulamalarında karşılaşılan engeller dörtlü ölçek şeklinde hazırlanmıştır. Anketi cevaplandıran personelden kendi hastanelerinde ankette sorulan engellerin bulunup bulunmadığı sorulmuştur. İlgili engelleyici faktör hastanelerinde bulunuyorsa “evet”, bulunmadığını düşünüyorlarsa “hayır”, kısmen bulunduğunu düşünüyorlarsa “kısmen”, formda yer alan her hangi bir engel konusunda deneyimleri yoksa “fikrim yok” cevabını vermeleri istenmiştir. Anket uygulaması öncesi anketörlere konu ile ilgili bilgilendirme toplantısı yapılmıştır.

Ankete 114 kişi katılmıştır, bunların 8’i doktor, 77’i ebe ve hemşire, 29’u da laborant, röntgen teknisyeni, idare bölümünde çalışan memurlar, başhemşire yardımcılarında oluşan diğer personeldir.

Bilgi toplamada anketin yanında, gözlem ve görüşmeler de yapılmıştır. TKY uygulamasıyla ilgili, başta yöneticiler olmak üzere, doktorlar, hemşireler ve hastanedeki diğer personelle görüşülmüş, uygulamayla ilgili değerlendirmeleri alınmıştır.

Anketlerin değerlendirilmesinden elde edilen sonuçlardan, TKY uygulamalarında karşılaşılan engelleri beş temel grup altında toplamak mümkündür. Bunlar; fiziksel koşullardan ve ekipmandan kaynaklanan engeller, üst yönetimden kaynaklandığı düşünülen engeller, çalışma şartlarından kaynaklanan engeller, personel motivasyonu ve algısı ile ilgili engeller ve toplam kalite yönetimi felsefesine katılımın yeterli olmamasından kaynaklanan engeller şeklinde gruplandırılmaktadır.

IV. ARAŞTIRMA BULGULARI:

A) HASTANEYLE İLGİLİ GENEL BİLGİLER

236 yatak kapasitesine sahip olan hastanede (Mayıs 2007 itibariyle) 11'i yönetici, 35'i uzman hekim, 13'ü pratisyen hekim, 2'i diş hekimi, 1'i eczacı, 115'i hemşire, 26'sı ebe, 48'i diğer sağlık personeli, 39'u genel idare memuru, 44'ü yardımcı hizmetler sınıfı personeli olmak üzere toplam 283 personel görev yapmaktadır.

Hastanede, poliklinik, acil servis, yataklı tedavi servisleri, laboratuvar, radyoloji (tomografi, ultrasonografi, mamografi, kemik ölçümü), ameliyathane, koroner yoğun bakım ünitesi, hemodiyaliz, fizik tedavi, eczane ve EEG ünitelerinde sağlık hizmeti verilmektedir.

Çalışmalarına 2002 yılında başlanan ancak çeşitli sebeplerden dolayı bir süre ara verilen ve daha sonra yeniden başlanan toplam kalite yönetimi çalışmaları sonunda 14.11.2006 yılında ISO- 9001:2000 "Kalite Yönetim Sistemi Belgesi" alınmıştır. 2006 yılında ara denetlemesi de başarıyla sonuçlanan belge 2008 yılına kadar geçerlidir.

Temel kalite politikası, hizmet verilen bireylerin memnuniyetini ön planda tutmak, standartlara uygun sağlık hizmeti sunmak ve kaliteli hizmet sunumunun sürekliliğini sağlamaktır. Bu doğrultuda hastanede şu çalışmalar gerçekleştirilmiştir (Bozkurt, 2007: 10-27):

- Hastanenin fiziki şartlarında iyileştirme,
- Acil servisin yenilenip modern hale getirilmesi,
- Hasta odalarında ve yataklarında iyileştirmeler yapılması,

- Poliklinik binasında, laboratuarda ve radyoloji biriminde iyileştirmeler yapılması,
- Kemik dansitometre cihazı, tomografi, mamografi, ultrasonografi, EEG, cihazlarının alınmasıyla daha iyi ve ileri tanı imkanının sağlanması,
- Hastane bahçesine standartlara ve mevzuata uygun “Tıbbi ve Evsel Atık Deposunun” kurulması,
- Hastaların hekim seçme haklarını kullanabilmeleri için her bir uzman hekime bir poliklinik odası açılması,
- Kargaşanın önlenmesi için poliklinik kapılarına sıramatik konulması,
- Hemodiyaliz hastalarının evden hastaneye, hastaneden eve nakillerini daha güvenli ve rahat yapılabilmesi için hasta nakil aracı kiralanması,
- Belgelere anında ve sorunsuz ulaşabilmek için hastane arşivlerinin düzenlenerek “Tıbbi Arşiv Sistemi” kurulması,
- Bebek emzirme ve eğitim odasının düzenlenmesi.

TKY çalışmaları ile hastanenin hizmet sunumu kalitesinde şu ilerlemeler kaydedilmiştir(Bozkurt, 2007: 10–27):

- % 55-% 60 olan poliklinik hasta memnuniyeti oranının %90-% 95’e çıkması,
- % 60-% 65 olan yatan hasta memnuniyetinin % 90- % 95’e çıkması,
- % 55- % 60 olan çalışan personel memnuniyetinin % 80- % 85’e çıkması,
- Ortalama 15 olan aylık hasta şikâyetleri sayısının ayda 3-4’e inmesi,
- Ortalama 1100 olan poliklinikte bakılan hasta sayısının 1700’e çıkması,
- % 55 olan ortalama yatak doluluk oranının %75’e çıkması,

-Alınan tanı cihazlarının da katkısıyla, günlük ortalama 20 olan şehir dışına hasta sevk sayısının 10'a inmesi,

-% 6 olan laboratuvar tekrar oranının %2'e inmesi.

B) FİZİKSEL KOŞULLARDAN ve EKİPMANDAN KAYNAKLANAN ENGELLER

1. TKY'nin Kamu Hastanelerinde Uygulanmaya Elverişli Olmaması

Tablo 4.1. "TKY'nin Kamu Hastanelerinde Uygulanmaya Elverişli Olmaması" Önermesine Verilen Cevaplar

(N=113)	EVET		KISMEN		HAYIR		FİKRİM YOK	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Doktorlar	-	-	1	12,5	7	87,5	-	-
Ebeler ve Hemşireler	9	11,68	9	11,68	53	68,83	5	6,49
Diğer Personel	11	37,93	9	31,03	8	27,58	1	3,44
Tüm Personel	20	17,69	19	16,81	68	60,17	6	5,30

Tüm personelin %60,17'i "hayır" yanıtını vererek TKY'nin kamu hastanelerinde uygulanabileceğini belirtmişlerdir. Doktorların %87,5'i, ebe ve hemşirelerin %68,83'ü "hayır" yanıtını vererek TKY'nin kamu hastanelerinde uygulanmasının mümkün olabileceğini belirtmekte, diğer personelin ise %37,93'ü "evet" yanıtını vererek TKY'nin kamu hastaneleri için uygun bir sistem olmadığını ifade etmişlerdir.

1999'da Eskişehir 600 Yataklı Hava Hastanesi ve Osmangazi Üniversitesi Hastanesinde 83 personele aynı soru sorulmuş ve tüm personelin %36,1'i "evet" yanıtını vermiştir. Bu çalışmada doktorların %36,8'i "evet", %26,3'ü "kısmen", %31,5'i "hayır" yanıtını vermiştir. Hemşirelerin %29,1'i "evet", %37,5'i "kısmen", %25'i "hayır" yanıtını vermiştir. Diğer personelin %40'ı "evet", %25'i "kısmen", %30'u "hayır" yanıtını vermiştir (Atmacan, 1999: 136).

Her iki çalışma karşılaştırıldığında Uşak 1 Eylül Devlet Hastanesi'nde TKY'nin daha iyi anlaşıldığı söylenebilir. Bunun sebebi de TKY'nin 1999'dan 2007 yılına kadar daha yaygın hale gelmesinin daha çok uygulanan bir sistem olmasının etkisi olabilir.

2. Hastanede Gelişmiş İstatistik Sisteminin Bulunmaması

Tablo 4.2. "Hastanede Gelişmiş İstatistik Sisteminin Bulunmaması" Önermesine Verilen Cevaplar

(N=114)	EVET		KISMEN		HAYIR		FİKRİM YOK	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Doktorlar	-	-	3	37,5	5	62,5	-	-
Ebeler ve Hemşireler	5	6,49	18	23,37	48	62,33	6	7,79
Diğer Personel	11	37,93	12	41,37	4	13,79	2	6,89
Tüm Personel	16	14,03	33	28,94	57	50	8	7,01

Bu soruya doktorların %62,5'i ile ebe ve hemşirelerin %62,33'ü "hayır" yanıtını vererek hastanelerinde böyle bir engelin olmadığını belirtmişler, buna karşılık diğer personel %41,37 oranında "kısmen" yanıtını vererek gelişmiş istatistik sisteminin hastanelerinde tam manasıyla olmadığını belirtmişlerdir. Diğer personel arasında idare bölümünde çalışan memurlar, başhemşire yardımcıları gibi periyodik olarak istatistik bilgilerini toplayan ve rapor haline getiren personel yer almaktadır ve bu nedenle onlar günlük işleri sırasında kullandıkları istatistik sisteminin yeterli olup olmadığını daha iyi değerlendiriyor olabilirler.

3. Tıbbi Cihaz Ve Teçhizat Yetersizliği

Tablo 4.3. “Tıbbi Cihaz Ve Teçhizat Yetersizliği” Önermesine Verilen Cevaplar

(N=113)	EVET		KISMEN		HAYIR		FİKRİM YOK	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Doktorlar	-	-	4	50	4	50	-	-
Ebeler ve Hemşireler	15	19,48	22	28,57	39	50,64	-	-
Diğer Personel	7	24,13	11	37,93	11	37,93	-	-
Tüm Personel	22	19,46	37	32,74	54	47,78	-	-

Tüm personelin %47,78’i “hayır” yanıtını vererek böyle bir sorunun hastanelerinde bulunmadığını belirtmişlerdir. Doktorların %50’si “kısmen” böyle bir sorunun var olduğunu ifade ederken %50’si “hayır” cevabını vererek bunun bir sorun olarak hastanelerinde bulunmadığını belirtmişlerdir. Ebe ve hemşirelerin %50,64’ü hayır yanıtı vererek tıbbi cihaz ve teçhizat yetersizliğinin olmadığını ifade etmişlerdir. Diğer personelin %37,93’ü “kısmen” tıbbi cihaz ve teçhizat yetersizliği olduğunu düşünürken, %37,93’ü “hayır” yanıtını vererek böyle bir sorunun olmadığını belirtmişlerdir. Doktorların yarısı ve diğer personelin %37,93’ü kısmen böyle bir sorunun bulunduğunu düşünmektedir. Bu konunun daha iyi araştırılarak eksikliğin neler olduğu tespit edilmelidir.

4. Ülkemizde Kaliteli Hizmet Sunum Standartlarının Bulunmaması

Tablo 4.4. “Ülkemizde Kaliteli Hizmet Sunum Standartlarının Bulunmaması” Önermesine Verilen Cevaplar

(N=113)	EVET		KISMEN		HAYIR		FİKRİM YOK	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Doktorlar	3	37,5	4	50	1	12,5	-	-
Ebeler ve Hemşireler	10	12,98	23	29,87	38	49,35	5	6,49
Diğer Personel	11	37,93	12	41,37	6	20,68	-	-
Tüm Personel	24	21,23	39	34,51	45	39,82	5	4,42

Doktorların %50’si ile diğer personelin %41,37’si “kısmen” yanıtını vermişler ve ülkemizde kaliteli sağlık hizmeti standartlarının olmamasının, kendi hastanelerinde TKY uygulaması önünde kısmen bir engel oluşturduğu görüşünü paylaşmışlardır. Ebe ve hemşireler %49,35 oranında “hayır” yanıtını vererek hastanelerinde böyle bir durumun TKY için engel oluşturmadığını belirtmişlerdir.

5. Finansmanın Yeterli Olmaması

Tablo 4.5. “Finansmanın Yeterli Olmaması” Önermesine Verilen Cevaplar

(N=114)	EVET		KISMEN		HAYIR		FİKRİM YOK	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Doktorlar	-	-	3	37,5	5	62,5	-	-
Ebeler ve Hemşireler	18	23,37	12	15,58	39	50,64	8	10,38
Diğer Personel	9	31,03	5	17,24	10	34,48	5	17,24
Tüm Personel	27	23,68	20	17,54	54	47,36	13	11,40

Doktorların %62,5'i, ebe ve hemşirelerin %50,64'ü, diğer personelin %34,48'i "hayır" yanıtını vererek böyle bir sorunun hastaneleri için söz konusu olmadığını belirtmişlerdir.

C) ÜST YÖNETİMDEN KAYNAKLANDIĞI DÜŞÜNÜLEN ENGELLER

1. Üst Yönetimin TKY Konusunda İsteksiz Davranması

Tablo 4.6. "Üst Yönetimin TKY Konusunda İsteksiz Davranması" Önermesine Verilen Cevaplar

(N=113)	EVET		KISMEN		HAYIR		FİKRİM YOK	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Doktorlar	2	25	4	50	2	25	-	-
Ebeler ve Hemşireler	3	3,89	6	7,79	64	83,11	3	3,89
Diğer Personel	7	24,13	7	24,13	11	37,93	4	13,79
Tüm Personel	12	10,61	17	15,04	77	68,14	7	6,19

Tüm personelin %68,14'ü bu önermeye "hayır" yanıtını vererek hastanelerinde böyle bir engelin bulunmadığını belirtmişlerdir. Doktorların %50'si ve diğer personelin %24,13'ü kısmen bu durumun engel olarak var olduğunu belirtirken, ebe ve hemşirelerin %83'ü ile diğer personelin %37'si hayır yanıtını vererek üst yönetimin TKY konusunda isteksiz davranmadığını belirtmişlerdir.

2. Üst Yönetim İle Personel Arasındaki İletişim Eksikliği

Tablo 4.7. “Üst Yönetim İle Personel Arasındaki İletişim Eksikliği” Önermesine Verilen Cevaplar

(N=113)	EVET		KISMEN		HAYIR		FİKRİM YOK	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Doktorlar	-	-	2	25	6	75	-	-
Ebeler ve Hemşireler	11	14,28	20	25,97	42	54,54	3	3,89
Diğer Personel	19	65,51	3	10,34	7	24,13	-	-
Tüm Personel	30	26,54	25	22,12	55	48,67	3	2,65

Doktorların %75'i ile ebe ve hemşirelerin %54,54'ü “hayır” diyerek böyle bir sorunun olmadığını belirtirlerken, diğer personelin %65,51'i “evet” yanıtını vermiş ve üst yönetimle personel arasında bir iletişim eksikliğinin olduğunu ifade etmişlerdir. Hastane içinde bir kısım çalışanla üst yönetim arasında bir iletişim eksikliği söz konusudur şeklinde bir sonuca ulaşılabilir. Üst yönetimin TKY'ni başarıyla uygulayabilmesi için tüm personelle ilişkilerini iyi tutması ve tüm personelin TKY çalışmalarına katılımını sağlaması gerekmektedir.

3. Üst Yönetimin Baskısı İle Gerçekleştirilmek İstenmesi

Tablo 4.8. “Üst Yönetimin Baskısı İle Gerçekleştirilmek İstenmesi” Önermesine Verilen Cevaplar

(N=114)	EVET		KISMEN		HAYIR		FİKRİM YOK	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Doktorlar	-	-	2	25	6	75	-	-
Ebeler ve Hemşireler	3	3,89	9	11,68	61	79,22	4	5,19
Diğer Personel	8	27,58	6	20,68	11	37,93	4	13,79
Tüm Personel	11	9,64	17	14,91	78	68,42	8	7,01

Doktorların %75’i, ebe ve hemşirelerin %79,22’si, diğer personelin %37,93’ü “hayır” cevabını vermiş ve böyle bir faktörün hastanelerinde olmadığını belirtmişlerdir.

4. Hastanelerin Profesyonel Yöneticiler Tarafından Yönetilmemesi

Tablo 4.9. “Hastanelerin Profesyonel Yöneticiler Tarafından Yönetilmemesi” Önermesine Verilen Cevaplar

(N=114)	EVET		KISMEN		HAYIR		FİKRİM YOK	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Doktorlar	-	-	2	25	6	75	-	-
Ebeler ve Hemşireler	7	9,09	15	19,48	52	67,53	3	3,89
Diğer Personel	8	27,58	6	20,68	14	48,72	1	3,44
Tüm Personel	15	13,15	23	20,17	72	63,15	4	3,50

Doktorların %75'i, ebe ve hemşirelerin %67,53'ü, diğer personelin %48,72'si "hayır" yanıtını vererek böyle bir engelin hastanelerinde bulunmadığını belirtmişlerdir. 1 Eylül Devlet Hastanesi'nde çalışan tüm personelin %63,15'i hastanelerinin profesyonel yöneticiler tarafından yönetildiğini düşünmektedir.

D) ÇALIŞMA ŞARTLARINDAN KAYNAKLANAN ENGELLER

1. Personelin Sayıca Yetersiz Olması

Tablo 4.10. "Personelin Sayıca Yetersiz Olması" Önermesine Verilen Cevaplar

(N=113)	EVET		KISMEN		HAYIR		FİKRİM YOK	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Doktorlar	1	12,5	3	37,5	4	50	-	-
Ebeler ve Hemşireler	63	81,81	8	10,38	5	6,49	-	-
Diğer Personel	10	34,48	9	31,03	10	34,48	-	-
Tüm Personel	74	65,48	20	17,69	19	16,81	-	-

1 Eylül Devlet Hastanesi'nde TKY uygulamaları için mevcut personelin yeterli olup olmadığını araştırdığı bu ankette tüm personelin %65,48'i böyle bir engelin hastanelerinde bulunduğunu düşünmektedir. Doktorların %50'si "hayır", ebe ve hemşirelerin %81,81'i "evet", diğer personelin %34,48' "evet", %34,48'i "hayır" yanıtını vermiştir. Doktorların yarısı ve diğer personelin yaklaşık %35'i böyle bir sorunun engel olarak bulunmadığını belirtirken, ebe ve hemşirelerin ezici bir çoğunluğu ise evet yanıtını vererek böyle bir durumun yaşandığını ve TKY çalışmaları için de bir engel oluşturduğunu düşünmektedir.

Daha çok personel olursa TKY'nin başarıyla uygulanacağını düşünen ebe ve hemşirelere karşılık doktorların, mevcut personel sayısı ile de TKY'nin uygulanabileceğini düşündükleri sonucuna varılabilir.

2. Personelin İş Yükünü Artırması

Tablo 4.11. “Personelin İş Yükünü Artırması” Önermesine Verilen Cevaplar

(N=110)	EVET		KISMEN		HAYIR		FİKRİM YOK	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Doktorlar	-	-	2	25	5	62,5	-	-
Ebeler ve Hemşireler	23	29,87	15	19,48	36	46,75	-	-
Diğer Personel	10	34,48	7	24,13	12	41,37	-	-
Tüm Personel	33	30	24	21,81	53	48,18	-	-

Tablodan da görüldüğü gibi bu soruya doktorların %62,5’i, ebe ve hemşirelerin %46,75’i ile diğer personelin %41,37’si “hayır” cevabını vermişler böyle bir engelin hastanelerinde bulunmadığını belirtmişlerdir.

E) PERSONEL MOTİVASYONU ve ALGISIYLA İLGİLİ ENGELLER

1. Personelin TKY Konusunda Yeterince Eğitiminin Olmaması

Tablo 4.12. “Personelin TKY Konusunda Yeterince Eğitiminin Olmaması” Önermesine Verilen Cevaplar

(N=113)	EVET		KISMEN		HAYIR		FİKRİM YOK	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Doktorlar	-	-	4	50	4	50	-	-
Ebeler ve Hemşireler	11	14,28	9	11,68	56	72,72	-	-
Diğer Personel	5	17,24	16	55,17	7	24,13	1	3,44
Tüm Personel	16	14,15	29	25,66	67	59,29	1	0,88

Tüm personelin %59,29'u "hayır" yanıtını vererek böyle bir engelin hastanelerinde bulunmadığını belirtmişlerdir. Doktorların %50'si ile diğer personelin %55,17'si personelin TKY konusunda yeterince eğitiminin olmamasını "kısmen" bir engel olarak bulunduğunu kabul ederken, doktorların diğer %50'si ile ebe ve hemşirelerin %72,72'i "hayır" yanıtını vererek personelin bu konudaki eğitimini yeterli bulduklarını belirtmişlerdir.

2. Personeli Motive Edecek Ödüllendirme Sisteminin Olmaması

Tablo 4.13. " Personeli Motive Edecek Ödüllendirme Sisteminin Olmaması" Önermesine Verilen Cevaplar

(N=112)	EVET		KISMEN		HAYIR		FİKRİM YOK	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Doktorlar	3	37,5	4	50	1	12,5	-	-
Ebeler ve Hemşireler	29	37,66	20	25,97	25	32,46	1	1,29
Diğer Personel	18	62,06	4	13,79	7	24,13	-	-
Tüm Personel	50	44,64	28	25	33	29,46	1	0,89

Tablodan da görülebileceği gibi tüm personelin yaklaşık %45'i hastanelerinde personeli motive edecek ödüllendirme sisteminin bulunmadığını düşünmektedir. Doktorların %50'si "kısmen", ebe ve hemşirelerin %37,66'sı ve diğer personelin %62,02'si "evet" yanıtını vererek hastanelerinde personeli motive edecek ödüllendirme sisteminin olmadığını belirtmişlerdir.

1999'da yapılan çalışmada; Eskişehir 600 Yataklı Hava Hastanesinde ve Osmangazi Üniversitesi Hastanesindeki 83 personelin %85,5'i ve Bayındır Tıp Merkezi'nde çalışan 74 personelin %68,8'i "personeli motive edecek ödüllendirme sisteminin olmamasının" hastanelerinde TKY uygulamalarının önünde engel olarak bulunduğunu belirtmişlerdir (Atmacan, 1999: 134).

Her iki çalışmanın sonuçları karşılaştırılacak olursa; Uşak 1 Eylül Devlet Hastanesinde personeli motive edecek ödüllendirme sisteminin eksikliği diğer hastanelere göre daha az hissedilmektedir. Bu durumda motivasyonun diğer hastanelerden daha iyi olabileceği söylenebilir. TKY katılımcı bir yönetim tarzını benimsemiştir. İşini seven, motive olmuş personelin TKY çalışmalarına da daha çok ilgi göstereceği söylenebilir.

3. Toplam Kalite Yönetiminin Zaman Kaybı Olarak Görülmesi

Tablo 4.14. “Toplam Kalite Yönetiminin Zaman Kaybı Olarak Görülmesi” Önermesine Verilen Cevaplar

(N=113)	EVET		KISMEN		HAYIR		FİKRİM YOK	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Doktorlar	2	25	-	-	6	75	-	-
Ebeler ve Hemşireler	5	6,49	10	12,98	59	76,62	2	2,59
Diğer Personel	7	24,18	8	27,58	13	44,82	1	3,44
Tüm Personel	14	12,38	18	15,92	78	69,02	3	2,65

Tüm personelin %69,02’i “hayır” yanıtını vermiştir, doktorların %75’i, ebe ve hemşirelerin %76,62’si ile diğer personelin %44,82’si “hayır” yanıtını vererek kendi hastanelerinde TKY’nin zaman kaybı olarak görülmediğini ifade etmişlerdir. Diğer personelin yaklaşık %45’i diğer çalışanlar gibi “hayır” yanıtını vermişler ancak geriye kalan yaklaşık %52’si aynı fikirde değillerdir, “TKY’nin kırtasiyeciliği artırması” önermesine de aynı grup en yüksek oranda “evet” cevabını vermiştir. Bu gruptaki personelin bir kısmını idare bölümünde çalışan memurlar oluşturmaktadır. Raporların, istatistiklerin ve diğer yazışmaların bu grup tarafından ağırlıklı olarak yapılması onlarda iş yoğunluğunu artırıyor olabilir, kendilerince yapılan işlemler zaman kaybı olarak değerlendiriliyor olabilir.

4. Kırtasiyeciliği Artırması

Tablo 4.15. “Kırtasiyeciliği Artırması” Önermesine Verilen Cevaplar

(N=113)	EVET		KISMEN		HAYIR		FİKRİM YOK	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Doktorlar	3	37,5	2	25	3	37,5	-	-
Ebeler ve Hemşireler	28	36,36	8	10,38	39	50,64	1	1,29
Diğer Personel	16	55,7	6	20,68	7	24,13	-	-
Tüm Personel	47	41,59	16	14,15	49	43,36	1	0,88

Doktorların %37,5’i “evet”, %37,5’i “hayır” yanıtını vermişlerdir. Ebe ve hemşirelerin %50,64’ü “hayır” yanıtını verirken diğer personel %55,7 oranında “evet” yanıtını vererek TKY’nin kırtasiyeciliği artırdığını belirtmişlerdir. Tüm personel oranlarına bakıldığında %41,59’nun “evet”, %43,36’sının “hayır” cevabı verdiği görülüyor. Buradan şöyle bir sonuç çıkarılabilir; TKY kırtasiyeciliği artırmıştır ancak tüm personel bundan farklı derecelerde etkilenmiştir.

5. Kısa Dönemde Sonuca Ulaşılmak İstenmesi

Tablo 4.16. “Kısa Dönemde Sonuca Ulaşılmak İstenmesi” Önermesine Verilen Cevaplar

(N=114)	EVET		KISMEN		HAYIR		FİKRİM YOK	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Doktorlar	1	12,5	5	62,5	2	25	-	-
Ebeler ve Hemşireler	24	31,11	8	10,38	43	55,84	2	2,59
Diğer Personel	18	62,06	7	24,13	4	13,79	-	-
Tüm Personel	43	37,71	20	17,54	49	42,98	2	1,75

Doktorların %62,5'i "kısmen", diğer personelin %62,06'sı "evet" yanıtını vererek hastanelerinde TKY'nin kısa dönemde sonuca varılmak istenmesinin söz konusu olduğunu belirtmişlerdir. Ebe ve hemşirelerin %55,84'ü ise "hayır" yanıtını vererek böyle bir durumun bulunmadığını ifade etmişlerdir. Uşak 1 Eylül Devlet Hastanesi'nde TKY çalışmalarına 2002 yılında başladığı göz önünde tutulursa 2007 yılına kadar 5 yıllık bir zaman diliminin TKY çalışmalarında kullanıldığı görülür. Ortalama 5 yılda TKY'den beklenen sonucun alınabileceği de düşünülürse ebe ve hemşirelerin daha doğru bir değerlendirme yaptığı söylenebilir. Ancak bu 5 yıllık zamanın TKY açısından ne kadar verimli değerlendirildiğinin ayrıca araştırılması gerekmektedir.

6. Personelin TKY Çalışmaları İle Birlikte Kendini Sıkı Denetime Alınmış Gibi Hissetmesi

Tablo 4.17. "Personelin TKY Çalışmaları İle Birlikte Kendini Sıkı Denetime Alınmış Gibi Hissetmesi" Önermesine Verilen Cevaplar

(N=112)	EVET		KISMEN		HAYIR		FİKRİM YOK	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Doktorlar	-	-	4	50	4	50	-	-
Ebeler ve Hemşireler	10	12,98	12	15,58	49	63,63	4	5,19
Diğer Personel	10	34,48	9	31,03	10	34,48	-	-
Tüm Personel	20	17,85	25	22,32	63	56,25	4	3,57

Bu soruya doktorların %50'si "kısmen" cevabını vermiş ve kısmen de olsa böyle bir engelin varlığını belirtmiştir. Doktorların %50'si ile ebe ve hemşirelerin %63,63'ü ise "hayır" cevabını vererek böyle bir engelin olmadığını belirtmişlerdir. Diğer personelin %34,48'i "evet", %34,48'i "hayır" yanıtını vermiştir. TKY çalışmalarıyla diğer personelin üçte biri ile doktorların yarısı, değişik derecelerde olmak üzere, kendisini sıkı denetime alınmış gibi hissettiği söylenebilir.

F) TKY FELSEFESİNE KATILIMIN YETERLİ OLMAMASINDAN
KAYNAKLANAN ENGELLER

1. Doktorların Katılımının Sağlanamaması

Tablo 4.18. “Doktorların Katılımının Sağlanamaması” Önermesine Verilen Cevaplar

(N=114)	EVET		KISMEN		HAYIR		FİKRİM YOK	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Doktorlar	-	-	6	75	2	25	-	-
Ebeler ve Hemşireler	49	63,63	17	22,07	9	11,68	2	2,59
Diğer Personel	13	44,82	10	34,48	2	6,89	4	13,79
Tüm Personel	62	54,38	33	28,94	13	11,40	6	5,26

Tüm personelin %54,38’i doktorların katılımının sağlanamamasını TKY’nin başarıyla uygulanmasının önünde bir engel olarak görmektedir. 1999’da yapılan bir çalışmada da benzer sonuçlar alınmıştır. Eskişehir 600 Yataklı Hava Hastanesi, Osmangazi Üniversitesi Eğitim Uygulama ve Hastanesi ile Bayındır Tıp Merkezinde 157 personelin katıldığı bu çalışmada; Hava Hastanesi ve Osmangazi Üniversitesin’de 83 personelin %53’ü, özel bir hastane olan Bayındır Tıp Merkezinde 74 personelin %47,7’si “doktorların katılımının sağlanamamasını” TKY’nin uygulanmasının önünde bir engel olarak görmektedir (Atmacan, 1999: 129).

Uşak 1 Eylül Devlet Hastanesi’nde tüm grupların vermiş olduğu en yüksek yüzdeler dikkate alındığında; doktorların %75’i kısmen, ebe ve hemşirelerin %63,63’ü evet, diğer personelin ise %44,82’i evet yanıtını vermiştir.

Ebe ve hemşirelerin büyük bir kısmı ile diğer personelin yaklaşık yarısı doktorların katılımının sağlanamamasını hastanelerinde TKY uygulamaları için büyük bir engel olarak görürken, doktorların çoğunluğu ise bu durumun kısmen bir engel olarak bulunduğunu kabul etmiştir.

Buradan ebeler, hemşireler ve diğer personelin TKY konusunda doktorlardan daha çok katkı bekledikleri ya da tıpkı günlük işlerinde olduğu gibi TKY konusunda da onlardan liderlik yapmalarını bekledikleri yorumu çıkarılabilir. Doktorların %75'inin bu durumun kısmen engel oluşturduğunu kabul etmeleri de böyle bir engel yaşandığının göstergesi olarak değerlendirilebilir.

2. Diğer Personelin Katılımının Sağlanamaması

Tablo 4.19. “Diğer Personelin Katılımının Sağlanamaması” Önermesine Verilen Cevaplar

(N=114)	EVET		KISMEN		HAYIR		FİKRİM YOK	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Doktorlar	-	-	4	50	2	25	2	25
Ebeler ve Hemşireler	8	10,38	16	20,77	53	68,83	-	-
Diğer Personel	6	20,68	17	58,62	5	17,4	1	3,44
Tüm Personel	14	12,28	37	32,45	60	52,63	3	2,63

Tüm personelin %52,63'ü böyle bir engelin Uşak 1 Eylül Devlet Hastanesi'nde bulunmadığını düşünmektedir. Verilen cevaplar tek tek incelendiğinde; “diğer personelin TKY çalışmalarına katılımının sağlanamaması” engeline doktorların %50'i “kısmen”, ebe ve hemşirelerin %68,83'ü “hayır”, diğer personelin %58,62'i “kısmen” şeklinde cevaplandırmışlardır. Doktorlar ve diğer personel bu durumun hastanelerinde kısmen de olsa yaşandığını belirtirken ebe ve hemşireler, diğer personelin TKY çalışmalarına katılımının sağlandığını düşünmektedirler.

3. Personelin TKY'ne Yeterince İlgi Göstermemesi

Tablo 4.20. "Personelin TKY'ne Yeterince İlgi Göstermemesi" Önermesine Verilen Cevaplar

(N=113)	EVET		KISMEN		HAYIR		FİKRİM YOK	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Doktorlar	-	-	6	75	2	25	-	-
Ebeler ve Hemşireler	15	19,48	5	4,49	56	72,72	-	-
Diğer Personel	10	34,48	8	27,58	10	34,48	1	3,44
Tüm Personel	25	22,12	19	16,81	68	60,17	1	0,88

Tüm personelin %60,17'i "hayır" yanıtını vererek böyle bir engelin hastanelerinde bulunmadığını belirtmişlerdir. Doktorların %75'i "kısmen" böyle bir engelin bulunduğunu belirtirken, ebe ve hemşirelerin %72,72'i "hayır" yanıtını vererek böyle bir faktörün engel olarak bulunmadığını belirtmektedirler. Diğer personelin bu soruya cevapları birbirine yakın oranlarda "evet", "kısmen", "hayır" şeklinde olmuştur.

1999'da yapılan çalışmada Eskişehir 600 Yataklı Hava Hastanesi ve Osmangazi Üniversitesi Eğitim Uygulama ve Araştırma Hastanesi'nde "personelin TKY yeterince ilgi göstermemesi" önermesine 83 personelin %59'u "evet" yanıtını vererek hastanelerinde böyle bir engelin bulunduğunu ifade etmişlerdir, Bayındır Tıp Merkezinde ise 74 personelin %51,3'ü "kısmen" yanıtını vererek böyle bir durumun kısmen de olsa bulunduğunu belirtmişlerdir (Atmacan, 1999: 133).

Uşak 1 Eylül Devlet Hastanesi'nde alınan bu sonuçlar, belirtilen hastanelerde yapılan çalışmalarda alınan sonuçlarla karşılaştırıldığında; Uşak 1 Eylül Devlet Hastanesi'ndeki personelin TKY'ne daha ilgili olduğu, dolayısıyla TKY'nin daha kolay uygulanabileceği ve daha başarılı olunabileceği söylenebilir.

4. Mevcut Yönetim Yapısının Katılıma Uygun Olmaması

Tablo 4.21. “Mevcut Yönetim Yapısının Katılıma Uygun Olmaması” Önermesine Verilen Cevaplar

(N=110)	EVET		KISMEN		HAYIR		FİKRİM YOK	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Doktorlar	-	-	2	25	6	75	-	-
Ebeler ve Hemşireler	5	6,49	8	10,38	58	75,32	2	2,59
Diğer Personel	6	20,68	8	27,58	8	27,58	7	24,13
Tüm Personel	11	10	18	16,36	72	65,45	9	8,18

Tüm personelin %65,45’i “hayır” yanıtını vererek böyle bir engelin bulunmadığını belirtmişlerdir. Doktorların %75’i ile ebe ve hemşirelerin %75,32’si “hayır” yanıtını vererek böyle bir engelin hastaneleri için söz konusu olmadığını belirtmişlerdir. Diğer personelin ise %20,68’i “evet”, %27,8’i “kısmen” yanıtını vererek mevcut yönetimin katılıma uygun olmadığını düşünmektedirler. Üst yönetim ile diğer personel arasındaki iletişim eksikliği bundan sorumlu olabilir. Genel olarak buradan şu sonuç çıkarılabilir; 1 Eylül Devlet Hastanesi’nde katılımı benimsemiş bir yönetim tarzı bulunmaktadır ancak diğer personel ile ilişkilerini geliştirmesi gerekmektedir.

5. Farklı Kültür Yapısındaki Bireylerin Birlikte Hizmet Vermesi

Tablo 4.22. “Farklı Kültür Yapısındaki Bireylerin Birlikte Hizmet Vermesi” Önermesine Verilen Cevaplar

(N=114)	EVET		KISMEN		HAYIR		FİKRİM YOK	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Doktorlar	1	12,5	2	25	5	62,5	-	-
Ebeler ve Hemşireler	11	14,28	13	16,88	50	64,93	3	3,89
Diğer Personel	8	27,58	6	20,68	14	48,27	1	3,44
Tüm Personel	20	17,54	21	18,42	69	60,52	4	3,50

Doktorların %62’si, ebe ve hemşirelerin %64’ü ile diğer personelin %48’i hayır yanıtını vererek böyle bir engelin hastanelerinde bulunmadığını belirtmişlerdir.

6. Ekip Çalışması Eksikliği

Tablo 4.23. “Ekip Çalışması Eksikliği” Önermesine Verilen Cevaplar

(N=114)	EVET		KISMEN		HAYIR		FİKRİM YOK	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Doktorlar	-	-	5	62,5	3	37,5	-	-
Ebeler ve Hemşireler	15	19,48	13	16,88	49	63,63	-	-
Diğer Personel	17	58,62	3	10,34	9	31,03	-	-
Tüm Personel	32	28,07	21	18,42	61	53,50	-	-

Doktorların %62,5'i "kısmen" böyle bir durumun TKY'nin başarıyla uygulanmasının önünde bir engel olduğunu belirtirken, ebe ve hemşirelerin %63,63'ü "hayır" cevabını vererek ekip çalışması eksikliğinin olmadığını belirtmişlerdir. Diğer personelin %58,62'si "evet" cevabını vererek ekip çalışması eksikliğinin olduğunu ve TKY'nin önünde bir engel oluşturduğu ifade etmişlerdir. Buradan şöyle bir sonuç çıkarılabilir; TKY'nin anlatmaya çalıştığı ekip çalışmasıyla personelin anladığı ekip çalışması farklı olsa gerektir. Çünkü ekibin bir kısmını oluşturan ebe ve hemşireler ekip çalışması "var" derken, ekibi oluşturan üyelerden doktorlar "kısmen var", diğer personel ise "ekip çalışması yok" demektedir. Bir not olarak şunu ilave etmekte fayda görülmektedir; personelle yüz yüze yapılan görüşmelerde "sürekli gelişmeyi sağlayacak önemli unsurlardan biri olan kalite çemberi çalışmasının hastanelerinde hiç yapılmadığı" dile getirilmiştir.

V. GENEL DEĞERLENDİRME

Ankete katılan 1 Eylül Devlet Hastanesi personelinin, %50 ve üzerinde “evet” ve “kısmen” cevapları çalışma gruplarına ayrılarak aşağıda verilmiştir. %50 ve üzerinde “evet” ve “kısmen” yanıtı verilen engellerin diğer engellere göre daha önemli oldukları, personelin en fazla bu engelle karşılaştığı sonucuna varılabilir. Toplam kalite yönetimi uygulamasında karşılaşılan engellerin personel bazında genel olarak değerlendirilmesi aşağıda verilmektedir.,

DOKTORLAR

Bu çalışmada sorulan soruların hiç birisine doktorlar tarafından %50 ve üzerinde “evet” yanıtı verilmemiştir. Buna karşılık bazı sorunların kısmen de olsa hastanede TKY için bir engel olarak bulunduğu belirtilmiştir. Bunlar:

- Doktorların katılımının sağlanamaması (%75),
- Personelin iş yükünü artırması (%75),
- Personelin TKY konusuna yeterince ilgi göstermemesi (%75),
- Kısa dönemde sonuca ulaşılmak istenmesi (%62,5),
- Ekip çalışması eksikliği (%62,5),
- Diğer personelin katılımının sağlanamaması (%50),
- Personelin TKY konusunda yeterince eğitiminin olmaması (%50),
- Personeli motive edecek ödüllendirme sisteminin olmaması(%50),
- Üst yönetimin TKY konusunda isteksiz davranması (%50),
- Tıbbi cihaz ve teçhizat eksikliği (%50),
- Ülkemizde kaliteli sağlık hizmeti sunum standartlarının bulunmaması (%50),

-Personelin TKY çalışmaları ile birlikte kendisini sıkı denetim altına alınmış gibi hissetmesi (%50).

EBE ve HEMŞİRELER

Ebe ve hemşirelerin kendi hastanelerinde TKY uygulamalarının önünde engel olarak gördüğü iki temel faktör bulunmaktadır. Bunlar:

-Personelin sayıca yetersiz olması (%81),

-Doktorların toplam kalite yönetimine yeterince katılımının sağlanamamasıdır (%63).

DİĞER PERSONEL

Diğer personelin TKY çalışmaları için engel olarak gördüğü faktörler şunlardır:

-Üst yönetim ile personel arasındaki iletişim eksikliği (%65),

-Personeli motive edecek ödüllendirme sisteminin olmaması (%62),

-Kısa dönemde sonuca ulaşılmak istenmesi (%62),

-Ekip çalışması eksikliği (%58),

-Kırtasiyeciliği artırması (%55)

Anket çalışmasının sonucunda, TKY konusunda doktorlarca 1 Eylül Devlet Hastanesi'nde anketteki sorunlardan hiç biri engel olarak bulunmamaktadır. Buna karşılık “kısmen” engel olarak gördükleri konular; doktorların katılımının sağlanamaması, personelin iş yükünü artırması, personelin TKY konusuna yeterince ilgi göstermemesi, kısa dönemde sonuca ulaşılmak istenmesi, ekip çalışması eksikliği, diğer personelin katılımının sağlanamaması, personelin TKY konusunda yeterince eğitiminin olmaması, personeli motive edecek ödüllendirme sisteminin olmaması, üst yönetimin TKY konusunda isteksiz davranması, tıbbi cihaz ve teçhizat eksikliği, ülkemizde kaliteli

sağlık hizmeti sunum standartlarının bulunmaması, personelin TKY çalışmaları ile birlikte kendisini sıkı denetim altına alınmış gibi hissetmesidir.

Ebe ve hemşirelerin verdiği cevaplara göre sadece iki konu TKY uygulamaları için engel oluşturmaktadır. Bu konular; personelin sayıca yetersiz olması, doktorların katılımının sağlanamamasıdır.

Diğer personel beş sorunun hastanede TKY'nin önünde engel olarak bulunduğunu belirtmiştir. Bu sorunlar; üst yönetim ile personel arasındaki iletişim eksikliği, personeli motive edecek ödüllendirme sisteminin olmaması, kısa dönemde sonuca ulaşılmak istenmesi, ekip çalışması eksikliği, kırtasiyeciliği artırmasıdır. Bu grubun değerlendirmesine göre iki konu da “kısmen” sorun olarak bulunmaktadır bunlar; doktorlar dışındaki personelin katılımının sağlanamaması ve personelin TKY konusunda yeterince eğitiminin olmamasıdır.

Anket formunda yer alan “DİĞER” başlıklı seçeneğe verilen cevaplar şunlardır:

-1 Eylül Devlet Hastanesi'nin Uşak Devlet Hastanesi ile birleştirilmesi planlarından dolayı oluşan belirsizlik ortamı, çalışanların başka yerlere tayin edilmeleri,

-Hemşire sayısının yeterli görünmesine rağmen hemşirelerin eczane gibi yerlerde çalıştırılmaları, hamilelik izni, doğum izni, süt izni gibi sebeplerle nöbet tutabilecek hemşire sayısının az olması,

-Günlük mesai saatinin 9 saat olması, nöbet izinlerinin kullanılamaması,

-Döner sermaye ödemelerindeki adaletsizlik,

-Yemekhanede verilen yemeklerin iyi olmaması, miktarının az olması, yemek dağıtımı sırasında adaletsiz davranılması,

-Yeterli uzman doktorun olmaması, konsültasyon için hastaların Uşak Devlet Hastanesi'ne gönderilmesinden doğan sıkıntılar,

-Daha önce yapılan çalışan memnuniyet anketlerinde dile getirilen sorunların göz ardı edilmesi, çözüme kavuşturulmaması, iletişim eksikliğinin olması,

- Personeli motive edecek etkinliklerin olmaması,
- Tıbbi cihazların bakımı için ilgili servislerle sözleşme yapılmaması,
- Kreş olmaması.

SONUÇ ve ÖNERİLER

Anket çalışmasından elde edilen verilerin analizi, personelle görüşme ve gözlem sonucunda 1 Eylül Devlet Hastanesinde toplam kalite yönetimi uygulamasıyla ilgili bilgiler elde edilmiştir. Elde edilen bilgiler doğrultusunda çıkarılacak sonuçlar ve öneriler aşağıda verilmiştir.

Toplam kalite yönetimi uygulamasının önündeki önemli engeller; personel sayısının yetersizliği, tıbbi cihaz ve teçhizat yetersizliği olarak ifade edilmektedir. Bu faktörler, hizmet sunumunu olumsuz etkileyen faktörlerdir. Hastane içinde klinik şeflerinin katılacağı toplantılarla çok sayıdaki hastanın faydalanabileceği ve çok kullanılacağı öngörülen cihazların alımı yoluna gidilebilir. Bir iş için gereken personel sayısı belirlenirken, iş analizi yapılarak gerçekçi ölçütlerin belirlenmesi gereklidir. Örneğin yatak başına düşen hemşire sayısı rakam olarak yeterli görünebilir ancak hamilelik izni, doğum izni, süt izni gibi sebepler göz önünde bulundurulmadan yapılacak insan kaynakları planlaması iş akışı sırasında aksamalara neden olabilir.

Doktorlar, sağlık hizmeti üretiminde çok önemli bir rol üstlenmektedirler. Bu nedenle, toplam kalite yönetiminde doktorların katılımının sağlanması, hastanelerde TKY'nin başarıyla uygulanabilmesi için çok önemlidir. Bunu sağlamak için hastane yönetimine şu konular önerilmektedir:

- TKY çalışmalarının başladığı ilk aşamadan itibaren doktorları da içeren eğitim programlarının yapılması,
- Sevilen, saygı ve güven duyulan, tecrübeli, aynı zamanda da TKY konusunda istekli olan bir doktorun liderliğinde kalite iyileştirme çalışmasının başlatılması, seçilen konunun kısa sürede ve başarıyla sonuçlanabilecek bir konu olmasına ve sonuçlarının tüm personel ile birlikte özellikle doktorların da bulunacağı bir toplantıyla duyurulması,
- Başka hastanelerde yapılmış, klinik konuları (hasta bakım sürecini ilgilendiren, sağ kalım süresini ve tedavinin etkinliğini artıran konular gibi) içeren çalışmaların, çalışmayı gerçekleştiren doktorlarca anlatılması, TKY'nin iyi bir felsefe ve iyi bir

uygulama olduğuna kanıt olabilecek başka çalışmaların sunulması ile doktorların kalbinin ve aklının kazanılması,

- Hastane yönetimince TKY çalışmaları sırasında “doktorların özerkliklerine saygı duyulacağı” sinyallerinin verilmesi,

- Doktorların zamanlarının çok kıymetli olduğu dikkate alınarak onlara uygun olan vakitlerde eğitim programlarının düzenlenmesi,

- Eğitim programlarında TKY ve sürekli kalite iyileştirme çalışmalarının aslında deneysel araştırmalarda kullanılan yöntemlere ne kadar çok benzediğinin vurgulanması,

- Diğer personelin katılımı ile oluşturulan kalite kontrol çemberlerine doktorların danışman olarak bulunmasının sağlanması, onların TKY konusuna ilgisini çekecektir.

TKY çalışmalarının kısa dönemde sonuca ulaştırmasını beklemek, birikmiş birçok sorunun içinde bulunan herkes için normal karşılanabilecek bir durumdur. Ancak TKY çalışmaları uzun soluklu bir çabayı gerektirir. TKY bir kültürdür ve yaşam tarzı haline getirilmeye çalışılan bir felsefedir. Kültürün oluşumu kolay değildir. Talimatlarla, yönetmeliklerle sağlanamaz, bu TKY’i iyice anlamış, ona yürekten inanmış, sahiplenmiş üst yönetimin liderliğinde, sürekli eğitimlerin verilmesi ve tüm personelin katılımının sağlanmasıyla uzun bir süreçte gerçekleştirilebilecek bir olgudur. Bununla birlikte, kalite kontrol çemberinin oluşturulup, ondan tam anlamıyla bir gelişme sağlanmasını beklemek aylar alırken, TKY’nin tüm işletmeye kültür olarak yerleşmesi 5–6 yılı bulmaktadır. Bu durumun bilinmesi ve TKY çalışmalarının ona göre planlanması gerekir.

1 Eylül Devlet Hastanesi’nde sorun olarak ifade edilen; personelin TKY konusunda yeterince eğitiminin olmaması, personelin TKY’ne ilgi göstermemesi, personelin TKY çalışmalarına katılımının sağlanamaması, ekip çalışması eksikliği, üst yönetimle olan iletişim eksikliği temel kurumsal sorunlardır. Ancak bu gibi sorunların giderilmesi, belirli çaba ve süreçte mümkündür. TKY’nin araçları olan kalite çemberlerinin kurulup

çalıştırılmasıyla birlikte; personele TKY eğitimi verilmiş ve personelin ilgisi çekilmiş olur. Bu yöndeki çalışmalarla, tüm personelin uygulamaya gönüllü katılımı sağlanırken, ekip çalışması gerçekleştirilir. Böylece üst yönetimle personel arasında iletişim sağlanmış olur.

Personeli motive edecek ödüllendirme sisteminin yeterli olmaması; hem hastane yönetimini, hem de yasal düzenlemeleri yapan devlet kurumlarını ilgilendirmektedir. Sağlık Bakanlığı'nın yapacağı düzenlemelerle TKY çalışmalarına katılan, süreç iyileştirme faaliyetleri ile daha kaliteli sağlık hizmeti sunumuna ve milli ekonomiye katkısı olan çalışanların maaş ve terfileri bu çalışmalarla ilişkilendirilmelidir. Hastane yönetimine düşen görev ise; kalite kontrol çemberlerinde görev alan ve başarılı sonuçlar elde eden personeli tüm hastane personelinin katıldığı bir ödül töreni ile ödüllendirmesidir. Hatta bu törenlerde mülki ve idari amirler gibi devleti en üst düzeyde temsil eden kişilerin bulunması, TKY'nin en üst düzeyde sahiplenildiğinin bir işareti olacaktır. Bu tür törenler diğer personeli kalite çalışmalarına katılmaları için teşvik edici olmasının yanında ödülün etkisini de artıracaktır.

Türkiye'de sağlık sektöründe TKY'nin tam anlamıyla uygulanabilmesi için Sağlık Bakanlığı tarafından çalışmalar sürdürülmektedir. Çıkarılan yönetmelikler, hazırlatılan kalite yönetimi uygulama kılavuzları, sağlık sektörünü buluşturan kongrelerle bilgi paylaşımı sağlanmaktadır. Ulusal Kalite ve Akreditasyon Kurumu, Tıbbi Cihaz Kurumu ve Ulusal İlaç Kurumu gibi kurulması planlanan kurumların faaliyete geçirilmesiyle birlikte kaliteli sağlık hizmeti sunumu konusundaki eksikliklerin de tamamlanacağı düşünülmektedir. Bu kurumların kuruluş süreçlerinin hızlandırılması önerilmektedir. TKY nin bir yönetim felsefesi içerdiğini ve kültürel değişimi gerektirdiği göz ardı edilmemelidir. Çünkü kültürel değişim zaman alıcı bir süreçtir. Bu sürecin, iyi yönlendirmeler ve sağlanacak eğitimlerle kısaltılması mümkündür. Bu konuda şunlar önerilebilir:

- Genel olarak hastaların da kalite konusunda eğitiminin sağlanması. Bunun için; radyo ve televizyon programları hazırlatılması, diğer basın yayın araçlarıyla bilgilendirilmenin sağlanması,
- TKY ilke ve tekniklerinin orta ve yüksek öğretim kurumlarında işlenmesi,

- Türk tarihinde ve kültüründe yer alan kalite anlayışı ve felsefesi konusunda araştırmalar yapılması, TKY felsefesinin benimsetilmesi aşamasında bunlardan yararlanılması,
- İl Sağlık Müdürlükleri'nde TKY ve istatistik konusunda eğitim almış kişilerin istihdamının sağlanması,
- Sağlık Bakanlığı tarafından düzenlenecek eğitimlerle mevcut personelin bu konularda eğitiminin sağlanması,
- İl Sağlık Müdürlüğü Kalite Birimleri'nin kalite konusunda her türlü danışma hizmetini verebilecek seviyeye getirilmesi.

Sağlık Bakanlığı'nın 2002 yılında tüm valiliklere gönderdiği yönetmelikle tüm ülke çapında TKY çalışmalarına resmen başlanmıştır. TKY kültürünün 5-6 yılda oluşacağı kabul edilecek olursa şu anda (2008 yılı itibariyle) tüm hastanelerden bu felsefenin meyvelerinin toplanması gerekmektedir. Yapılan bu çalışma sırasında görüldü ki; TKY tam olarak anlaşılmamış, personelin katılımı sağlanamamış, süreç iyileştirmeye yönelik bir ekip çalışması gerçekleştirilememiştir. Buna karşılık; Sağlık Bakanlığı'nın bu konuya bizzat sahip çıkması, araştırmalar, düzenlemeler yapması ve ayrıca hastane yöneticilerinin de kaliteli sağlık hizmeti verebilmek amacıyla gösterdikleri gayret umut vericidir. Hastanelerdeki TKY eğitimlerinin teoride bırakılmayıp hayata geçirilmesi durumunda TKY konusunda yapılan bu çalışmalar amacına ulaşacaktır. Böylece hem sağlık bakım hizmetinin kalitesi artacak hem de ekonomik anlamda daha büyük katkılar sağlanacaktır.

KAYNAKÇA

Acuner, Ş., 2004, Müşteri İlişkilerinde Hareket Noktası: Müşteri Memnuniyeti ve Ölçümü, B.5, Milli Prodüktivite Merkezi Yayınları No: 655, Ankara.

Acuner, T., Şahin, Ç., 2002, Toplam Kalite Yönetiminde Başarı: Önce Kurum Kültürü, Standart Dergisi, 41(491), s. 69-74.

Akdur R., 2006, Sağlık Sektörü- Temel Kavramlar Türkiye Avrupa Birliğinde Durum ve Türkiye'nin Birliğe Uyumu, B.2 (Genişletilmiş ve Güncelleştirilmiş), ATAUM Araştırma Dizisi No:25, Ankara Üniversitesi Basımevi, Ankara.

Aksakal, C., Dinç, İ., 1999, Elektronik Tıbbi Kayıtlar, Toplam Kalite Yönetimi Prensiplerinin Sağlık Hizmetlerinde Uygulamaları, Ed.: M. Çoruh, Haberal Eğitim Vakfı Yayınları, Ankara, s. 277-280.

Al-Assaf, A.F., Gentling, S.J., 1996, Executives Perceptions of Total Quality, Improvement, Hospital Topics, 74(1), s. 26-30.

Arslantaş, C.C., 2006, Öğrenen Organizasyonlarda Bilgi Paylaşımı, Verimlilik Dergisi, 2006/3, s. 75-98.

Asunakutlu, T., 2004, Türkiye'de Yataklı Tedavi Kurumlarında Kalite Yönetimi, T.C. Sağlık Bakanlığı, Ankara.

Atmacan, B., 1999, Hastanelerde Toplam Kalite Yönetimi Uygulamalarında Karşılaşılan Engeller, Yüksek Lisans Tezi, Anadolu Üniversitesi, Eskişehir.

Barbour, G., 1995, Amerikan Sağlık Sisteminde Karşılaşılan Güçlükler, I. Basamak Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi, Ed.: M. Çoruh, Haberal Eğitim Vakfı Yayınları, Ankara, s. 3-4.

Bektaş, Ç., 2001, Hizmet Süreçlerini Sürekli Geliştirmede Yaratıcılık Unsurları, Standart Dergisi, 40(479), s. 29-33.

Biçkes, M., 2000, Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi, Standart Dergisi, 39(458), s. 29-36.

Bozkurt, R., 2003, Kalite Maliyeleri, B.3, Milli Prodüktivite Merkezi Yayınları No: 641, Ankara.

Bozkurt, R. ve Eşit, C., 2003, Kalite Çemberleri, B.2, Milli Prodüktivite Merkezi Yayınları No: 662, Ankara.

Bozkurt, Y., 2007, Kalite Yönetim Sistemi Yolculuğunda Uşak 1 Eylül Devlet Hastanesi Yayınlanmamış Power Point Sunumu, Uşak.

Çatalca, H., 2003, Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi, Beta Basımevi, İstanbul.

Çiçek, R., Kara, B., Koyuncu, K., 2006, Sağlık Hizmet Sektöründe Kalite Algılanımı ve Hastane Uygulamasına İlişkin Bir Araştırma, Verimlilik Dergisi, MPM Yayınları, Sayı: 2006/3, s. 125-144.

Çilingiroğlu, N., 1995, Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Sağlanmasında Maliyet- Sağlık Maliyet Analizi, I. Basamak Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi, Ed.: M. Çoruh, Haberal Eğitim Vakfı Yayınları, Ankara, s. 167-176.

Çoruh, M. (Ed.), 1995, I. Basamak Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi, I. Basamak Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi, Haberal Eğitim Vakfı Yayınları, Ankara, s. 23-28.

Çoruh, M. (Ed.), 1997, Kaliteli Sağlık Hizmeti Sunumunda ISO-9000 ve JCAHO Uygulama Yaklaşımı Özellikleri, Sağlık Hizmetlerinde Devamlı Kalite İyileştirme, Haberal Eğitim Vakfı Yayınları, s. 1-6.

Demirtaş, I., Köse, A.S., Postoğlu, S., 1997, Servis Hizmetleri Kalitesi ve Değerlendirilmesi, Sağlık Yönetiminde Devamlı Kalite İyileştirme, Ed.: M. Çoruh, Haberal Eğitim Vakfı Yayınları, Ankara, s. 57-63.

Devlet Planlama Teşkilatı, 1997, Türkiye ve Avrupa Birliğindeki Sağlık Politikaları ve Göstergelerinin Karşılaştırılması, DPT Avrupa Genel Müdürlüğü, Ankara.

Doğan, S., Kaya, S., 2003, Aksaray'daki Sağlık Bakanlığı Hastane Yöneticilerinin Toplam Kalite Yönetimi Konusundaki Algıları, http://www.sabem.saglik.gov.tr/Akademik_Metinler/linkdetail.aspx?id=2396.

Doruk, O., 2002, Toplam Kalite Yönetimi ve Kalite Maliyetleri, Standart Dergisi, 41(491), s.75-78.

Engin, O., 2002, Kalite ve Verimliliğin Artırılmasında Standartların Rolü, Standart Dergisi, 41(491), s. 61-64.

Engin, S., Musal, B., Uçku, R., Elçi, Ö.Ç.,1995, Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Kalite İle Bağlantılı Sağlık İnsan Gücü, I. Basamak Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi, Ed.: M. Çoruh, Haberal Eğitim Vakfı Yayınları, Ankara, s. 41-48.

Engiz, O., 1999, Sağlık Hizmetlerinde “Hasta Odaklı” Kalite Gelişim Modeli ve Memnuniyet Ölçüm Anketleri, Toplam Kalite Yönetimi Prensiplerinin Sağlık Hizmetlerinde Uygulamaları, Ed.: M. Çoruh, Haberal Eğitim Vakfı Yayınları, Ankara, s. 411-413.

Erdoğan, İ., 1996, Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi Uygulamaları, Atatürk Araştırma Merkezi Dergisi, 12(35), s. 22-25.

Ertürk, G., Başkonuş, A., Tulun, S., Kaplan, G., Ege, M.,1999, Sani Konukoğlu Tıp Merkezi Kadın Doğum ve Yeni Doğan Üniteleri Hasta Eğitim Programı, Toplam Kalite Yönetimi Prensiplerinin Sağlık Hizmetlerinde Uygulamaları, Ed.: M. Çoruh, Haberal Eğitim Vakfı Yayınları, Ankara, s. 141-153.

Esatoğlu, A.E., Ersoy, K., 1997, Hastaların Hastane Hizmetleriyle İlgili Değerlendirmeleri, Sağlık Yönetiminde Devamlı Kalite İyileştirme, Ed.: M. Çoruh, Haberal Eğitim Vakfı Yayınları, Ankara, s. 67-75.

Gider, Ö., Top, M., 2007, Kamu Sektöründe Liberalleşme ve Türkiye’de Yansımaları, www.e-konomist.net/kamu-hastane-sektorunde-liberallesme-ve.

Gökmen, C., 2001, Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi, T.C. Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ankara.

Gül, Z., Demir, E., Değirmenci, H., 2008, Kamu Hastane Birlikleri Pilot Uygulaması Hakkında Kanun Tasarısı İle İlgili Görüşlerimiz, www.ttb.org.tr/tipdunyasi/index.php?option=com_content&task.

Güzel, D., 1995, Kalite Güvenliğinde Sistemik Yaklaşım, I. Basamak Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi, Ed.: M. Çoruh, Haberal Eğitim Vakfı Yayınları, Ankara, s. 125-130.

Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, Sağlık Yöneticiliği Sertifika Programı, www.hm-uses.gov.tr.

Kamu Emekçileri Sendikası, Kamuda Esnek Çalıştırma ve Toplam Kalite Yönetimi, http://www.kesk.org.tr/index.php?option=com_content&task=view&id=72&Itemid=92.

Kavuncubaşı, Ş., 2000, Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi, Siyasal Kitapevi, Ankara.

Kavuncubaşı, Ş., 2007, Hastane Organizasyonu, Sağlık Kurumları Yönetimi, Ed.: N. Toggöz, T.C. Anadolu Üniversitesi Yayınları No: 1778, Eskişehir.

Kaya, S., 2007, Çeşitli Ülkelerdeki Hastanelerde Uygulanan Toplam Kalite Yönetimi/ Sürekli Kalite İyileştirme Çalışmalarından Örnekler, 26.6. 2007, <http://www.kalite.saglik.gov.tr/makaleler.html>.

Kaya, S., 2008, Sağlık Hizmetlerinde Kalite Yönetimi: Çeşitli Ülkelerdeki Uygulamalara Genel Bir Bakış, www.sabem.saglik.gov.tr/kaynaklar/1005.

Kaya, S., 2005, Sağlık Hizmetlerinde Sürekli Kalite İyileştirme, Pelikan Yayınları, Ankara.

Kayan, D., Demirtaş, I., Haksever, A., 1999, Başkent Üniversitesi Zübeyde Hanım Uygulama ve Araştırma Merkezinde Hemodiyaliz Tedavisi Gören Hastaların Bilgi Düzeylerinin Belirlenmesi, Toplam Kalite Yönetimi Prensiplerinin Sağlık Hizmetlerinde Uygulamaları, Ed.: M. Çoruh, Haberal Eğitim Vakfı Yayınları, Ankara, s. 105-112.

Keyder, Ç., 2003, Dünya Sağlık Sistemleri Dönüşüm Perspektifinden, Türkiye’de Sağlık Hizmetleri Kullanıcılarının Sorunları Tercihler ve Alternatif Sağlık Modelleri, <http://www.spf.boun.edu.tr/docs>.

Kılıç, M., 1999, Hekimlerin Verdikleri Hizmetin Sonuçlarının Değerlendirilmesi ve Hasta -Hekim İlişkileri, Toplam Kalite Yönetimi Prensiplerinin Sağlık Hizmetlerinde Uygulamaları, Ed.: M. Çoruh, Haberal Eğitim Vakfı Yayınları, Ankara, s. 217-227.

Kılıç, Z., Uçkun, N., Odacıoğlu, Y., 1999, Tıbbi Cihaz Konularında Bilimsel Yaklaşım, Fayda Maliyet Analizi, O.G.Ü.’de 1999 Yılı Katma Bütçe Alımlarında Bir Uygulama, Toplam Kalite Yönetimi Prensiplerinin Sağlık Hizmetlerinde Uygulamaları, Ed.: M. Çoruh, Haberal Eğitim Vakfı Yayınları, Ankara, s. 291-298.

Kısa, A., 2007, Sağlık Kurumları Yönetimi, Ed.: N. Toggöz, T.C. Anadolu Üniversitesi Yayınları No: 1778, Eskişehir.

Kiyim, B., 1997, Hastane Yönetiminde Toplam Kalite Modeli, Sağlık Yönetiminde Devamlı Kalite İyileştirme, Ed.: M. Çoruh, Haberal Eğitim Vakfı Yayınları, Ankara, s. 177-183.

Koçel, T., 2003, İşletme Yöneticiliği, Beta Yayınevi, B.9, İstanbul.

Koparal, C., 1997, Yönetim ve Organizasyon, Ed.: İ. Özalp, T.C. Anadolu Üniversitesi Yayınları No: 951, Eskişehir.

Nursoy, M., Şimşek, M., 2001, Toplam Kalite Yönetiminde Performans Değerlendirme, Standart Dergisi, 40(473), s. 16-21.

Özcan, C., Ağırbaş, İ., Çınar, T., 1995, TCDD I. Basamak Sağlık Kurumlarında Kaliteli Hizmet Sunumu Çalışmaları, I. Basamak Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi, Ed.: M. Çoruh, Haberal Eğitim Vakfı Yayınları, Ankara, s. 131-138.

Özcan, C., 1996, Devlet Hastanelerinde Toplam Kalite Yönetiminin Uygulanabilirliği, Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi ve Performans Ölçümü, Ed.: M. Çoruh, Haberal Eğitim Vakfı Yayınları, Ankara, s. 9-13.

Özer, M., Toraman, N., Dinçer, T., 1997, Hastalıkların Tetkik ve Tedavi İşlemlerinin Hekim ve Hastanelere Göre Değişkenliklerinin Belirlenmesi, Sağlık Yönetiminde Devamlı Kalite İyileştirme, Ed.: M. Çoruh, Haberal Eğitim Vakfı Yayınları, Ankara, s. 91-102.

Özgen, H., Savaş, H., 1996, Verimlilik ve Kalite Arasındaki İlişkinin Toplam Kalite Yönetimi Açısından Analizi, Standart Dergisi, 35 (Özel Sayı), s. 13-21.

Özkara, B., 1999, Evrimci ve Devrimci Örgütsel Değişim, Afyon Kocatepe Üniversitesi Yayınları, Afyon.

Öztek, Z., 1995, Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Kalite Kavramı, I. Basamak Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi, Ed.: M. Çoruh, Haberal Eğitim Vakfı Yayınları, Ankara, s. 37-40.

Penpec, D. ve Bakan, İ. (Ed.), 2004, Çağdaş Yönetim Yaklaşımları, Beta Basımevi, İstanbul.

Pile, J.M., 1995, Aile Planlaması Hizmetlerinde Yönlendirici Olarak Sağlık Personelinin Yeri, I. Basamak Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi, Ed.: M. Çoruh, Haberal Eğitim Vakfı Yayınları, Ankara, s. 87-96.

Resmi Gazete Tarih: 01.08.1998 Resmi Gazete No: 23420, <http://www.saglik.gov.tr>.

Resmi Gazete Tarih: 09.09.2006, <http://www.saglik.gov.tr>.

Resmi Gazete Tarih: 08.05.2008, Resmi Gazete No: 26870,
<http://www.csqb.gov.tr>.

Sağlık- Sen Bülteni, Hastanelerin Devri, Ocak 2007, s. 12-15.

Saltık, A. ve Saltık, G., 2006, Türkiye Avrupa Birliği İlişkileri Sürecinde Türk Sağlık Politikaları, www.absaglik.com/abgenel.htm#how.

Sarp, N., 2007, Sağlık Hizmetlerinde Toplam kalite yönetimi, www.nilgunsarp.com/?p=16.

Sarp, N., Önder, Ö.R., 1999, Sosyal Sigortalar Kurumu Dışkapı Hastanesi Göğüs Hastalıkları Polikliniğinde “Hasta Memnuniyeti” Çalışması, Toplam Kalite Yönetimi Prensiplerinin Sağlık Hizmetlerinde Uygulamaları, Ed.: M. Çoruh, Haberal Eğitim Vakfı Yayınları, Ankara, s. 21-22.

Şeref, B., 1997, Hipertansiyon ve İskemik Kalp Hastalarının Hastanede Kalış Süreleri Yönünden İncelenmesi, Sağlık Yönetiminde Devamlı Kalite İyileştirme, Ed.: M. Çoruh, Haberal Eğitim Vakfı Yayınları, Ankara, s. 275-282.

T.C. Sağlık Bakanlığı, Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2001, Yataklı Tedavi Kurumları Kalite Yönetimi Hizmet Yönergesi, 30.10.2001, Sayı:10311, <http://www.saglik.gov.tr>.

T.C. Sağlık Bakanlığı, 2002, Bakanlığımız Tarafından Gerçekleştirilen Hastane Yönetimi Uygulamaları ve Sağlık Hizmetlerinde TKY uygulamaları Bölgesel Eğitim Toplantıları, www.saglik.gov.tr/TR/dosyagoster.aspx?.

T.C. Sağlık Bakanlığı, 2004, Avrupa Birliği Koordinasyon Dairesi Başkanlığı Araştırma Çalışmaları Serisi: Seçilmiş Avrupa Birliği Ülkeleri Sağlık Bakanlıkları Merkez Teşkilat Şemaları Raporu, <http://www.saglik.gov.tr>.

T.C. Sağlık Bakanlığı, Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2004, Toplam Kalite Yönetimi Faaliyetleri, <http://www.saglik.gov.tr>.

T.C. Sağlık Bakanlığı, 2005, Hastaneler İçin Kalite Yönetimi Uygulama Kılavuzu, <http://www.saglik.gov.tr>.

T.C. Sağlık Bakanlığı, 2006, Faaliyetlerimiz, <http://kalite.saglik.gov.tr>

T.C. Sağlık Bakanlığı a, 2007, Kalite Guruları <http://kalite.saglik.gov.tr>.

T.C. Sağlık Bakanlığı b, 2007, Kalite Yönetimi Hizmetleri Şube Müdürlüğü <http://kalite.saglik.gov.tr/hastaneler.html>, 06.05.2007.

Tokatlıoğlu, M., 1997, Sağlıkta Kalite Yönetimi, Sağlık Yönetiminde Devamlı Kalite İyileştirme, Ed.: M. Çoruh, Haberal Eğitim Vakfı Yayınları, Ankara, s. 235-236.

TSE, 2002, TS-EN-ISO 9001:2000 Kalite Yönetim Sistemleri Temel Eğitim Notu, Ankara.

Türköz, Y.T., Aksoy, A., Perçin, A.K., 1997, Hasta Tatmininin Sosyodemografik Değişkenler ve Tedaviye Özgü Değişkenler Yönünden İncelenmesi, Sağlık Yönetiminde Devamlı Kalite İyileştirme, Ed.: M. Çoruh, Haberal Eğitim Vakfı Yayınları, Ankara, s. 33-43.

Uçku, U., Kara, T., Özkazanç, A., Gülsen, B., Erkal, P., Akgün, Ş., 1999, Başkent Üniversitesi Hastanesinde Sunulan Yataklı Tedavi Hizmetlerinin Hasta Perspektifinde Değerlendirilmesi, Toplam Kalite Yönetimi Prensiplerinin Sağlık Hizmetlerinde Uygulamaları, Ed.: M. Çoruh, Haberal Eğitim Vakfı Yayınları, Ankara, s. 61-65.

Uz, H., 1995, Temel Sağlık Hizmetlerinde Kalitenin Sürekli İyileştirilmesi İçin Ön Koşullar ve Bu Konudaki Danimarka Tecrübeleri, I. Basamak Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi, Ed.: M. Çoruh, Haberal Eğitim Vakfı Yayınları, Ankara, s. 49-56.

Yatkın, A., 2004, Küreselleşme ve Türk Kamu Yönetimi, Standart Dergisi, 43(514), s. 23-30)

Yeğınboy, Y., 1995, Bireye Yönelik Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Finansal Etkinliğin Artırılmasında TKY'nin Etkileri, I. Basamak Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi, Ed.: M. Çoruh, Haberal Eğitim Vakfı Yayınları, Ankara, s. 155-160.

Yıldırım a, H.H., 03.11.2004, SSK hastanelerinin Devri: Eleştirel Bir Sorgulama, www.absaglik.com.

Yıldırım b, H.H., Avrupa Birliği Sürecinde Kamu Hastanelerinde değişim Dinamiği, Hospital News Hastane Dergisi, 5(27), s. 28-34.

Yıldırım, H.H., 2006, AB Müzakere Süreci, Sağlık ve Türkiye: Bazı Saptamalar, www.absaglik.com (05. 05. 2008).

Yılmaz, M., 2001, Sağlık Bakım Kalitesinin Bir Ölçütü: Hasta Memnuniyeti, Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 5(2), s. 69-74.

Yüksek Çınar, F., 1999, Hasta Eğitimlerinin Hasta Memnuniyetine Etkileri, Toplam Kalite Yönetimi Prensiplerinin Sağlık Hizmetlerinde Uygulamaları, Ed.: M. Çoruh, Haberal Eğitim Vakfı Yayınları, Ankara, s. 155-157.

Zablocki, E., 1993, Quality Management Targets Health Care- Total Quality Management Applied to Hospital Administration, http://find.com/p/articles/mi_m1154.

Zorlutuna, Y., 1997, Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi, Sağlık Hizmetlerinde Devamlı Kalite İyileştirme, Ed.: M. Çoruh, Haberal Eğitim Vakfı Yayınları, s. 185-192.

EK 1

Sayın çalışan,				
Kaliteli hizmet sunumunun ancak kaliteli hizmet süreciyle gerçekleşebileceğini, bunun da ancak çalışanların bilgi, tecrübe ve katkılarıyla başarılabileceğini vurgulayan “Toplam Kalite Yönetimi” bildiğiniz gibi bir süredir tüm hastanelerimizde uygulanmaktadır.				
Bu anketin amacı, TKY uygulamaları aşamasında ne gibi engellerin yaşandığını bizzat siz çalışanlara sorarak öğrenmek, varsa aksayan yönlerin ortaya çıkarılmasını sağlamaktır. Katılarınız için şimdiden teşekkür eder çalışmalarınızda başarılar dilerim.				
HASTANEMİZDE TOPLAM KALİTE YÖNETİMİ UYGULAMALARINDA KARŞILAŞILAN ENGELLER NELERDİR?				
Katılımcı Ünvanı:				
	Evet	Kısmen	Hayır	Fikrim Yok
1. TKY'nin kamu hastanelerinde uygulanmaya elverişli olmaması				
2. Hastanede gelişmiş istatistik sisteminin bulunmaması				
3. Tıbbi cihaz ve teçhizat yetersizliği				
4. Ülkemizde kaliteli sağlık hizmeti standartlarının bulunmaması				
5. Finansmanın yeterli olmaması				
6. Üst yönetimin TKY konusunda isteksiz davranması				
7. Üst yönetim ile personel arasındaki iletişim eksikliği				
8. Üst yönetimin baskısı ile gerçekleştirilmek istenmesi				
9. Hastanenin profesyonel yöneticiler tarafından yönetilmemesi				
10. Personeli sayıca yetersiz olması				
11. Personelin iş yükünü artırması				
12. Personelin TKY konusunda yeterince eğitiminin olmaması				
13. Personeli motive edecek ödüllendirme sisteminin olmaması				
14. TKY'nin zaman kaybı olarak görülmesi				
15. Kırtasiyeciliği artırması				
16. Kısa dönemde sonuca ulaşılacak istenmesi				
17. Personelin TKY çalışmaları ile birlikte kendisini sıkı denetime alınmış gibi hissetmesi				
18. Doktorların katılımının sağlanamaması				
19. Diğer personelin katılımının sağlanamaması				
20. Personelin TKY'ne yeterince ilgi göstermemesi				
21. Mevcut yönetim yapısının katılıma uygun olmaması				
22. Farklı kültür yapısındaki bireylerin birlikte hizmet vermesi				
23. Ekip çalışması eksikliği				
DİĞER.....				