

**TOPLAM KALİTE YÖNETİMİ ANLAYIŞININ
SAĞLIK SEKTÖRÜNDE UYGULANMASI:
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK ARAŞTIRMA
VE UYGULAMA MERKEZİ İLE EDİRNE DEVLET
HASTANESİ'NİN KARŞILAŞTIRILMASI**

Hazırlayan: Sedef ZEYREKLİ YAŞ

Danışman: Yrd. Doç. Dr. Muzaffer ÖZSOY

Lisansüstü Eğitim, Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin Kamu Yönetimi Anabilim Dalı
için öngördüğü YÜKSEK LİSANS TEZİ olarak hazırlanmıştır.

Edirne,

Trakya Üniversitesi

Sosyal Bilimler Enstitüsü

Ocak, 2009

TEŞEKKÜR

Tez konusunun ve başlığının belirlenmesinde, içeriğinin oluşturulmasında, okunmasında ve düzeltmelerde desteğini eksik etmeyen, bilgi ve deneyimi ile her zaman yanımda olan tez danışmanım Sayın Yrd. Doç. Dr. Muzaffer Özsoy'a öncelikle çok teşekkür ederim.

Tezin uygulamalı kısmında, hastalara ve çalışanlara anket yapabilmemiz için gerekli izinlerin verilmesi ve çalışan anketlerinin dağıtılmasında yardımlarını esirgemeyip; görüş ve fikirleriyle çalışmaya önemli katkılarda bulunan Trakya Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Merkezi başhekimi Yahya Çelik'e; yine anketlerin dağıtılmasında ve gerekli izinlerin verilmesinde yardımcı olan Edirne Devlet Hastanesi başhekimi Mehmet Şerif Top'a teşekkürü bir borç bilirim.

Trakya Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Merkezi ile Edirne Devlet Hastanesi'nde bulunan hastalara, anketlerin dağıtılması ve uygulanmasında yardımcı olan, Trakya Üniversitesi Kamu Yönetimi bölümü 4. sınıf öğrencilerinden Tuncay Mutlu, Mehmet Seyhan, Turgut Esen, Gülşah Duygu Işık, Belgen Bulut, İbrahim Karaağaç, Selçuk Arslan, Muhammed Köseoğlu ve Serkan Mısırlı'ya; İşletme bölümü 4. sınıf öğrencilerinden Şerafettin Koç ve Yusuf Güney'e; El Sanatları bölümü 1. sınıf öğrencisi Ece Öztürk'e ve son olarak Endüstriyel Elektrik bölümü mezunu Ümit Ateş'e çok teşekkür ederim.

Trakya Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Merkezi ile Edirne Devlet Hastanesi'nden elde edilen hasta ve çalışan anketlerinin SPSS programına girişinde yardımlarını esirgemeyen Arş. Gör. Esmâ Tunalı, Arş. Gör. Dilek Akbaş ve Arş. Gör. Selin Arabulan'a da teşekkürü bir borç bilirim.

Maddi ve manevi anlamda desteğini esirgemeyen canım aileme ve son olarak, bütün çalışmam boyunca yardımını, desteğini ve sevgisini esirgemeyip; sürekli yanımda olan sevgili eşim Hakan Yaş'a da sonsuz teşekkür ederim.

Hazırlayan: Sedef YAŞ

Tezin Adı: Toplam Kalite Yönetimi Anlayışının Sağlık Sektöründe Uygulanması:
Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi ile Edirne
Devlet Hastanesi'nin Karşılaştırılması

ÖZET

Endüstri ve hizmet sektöründe uygulanan toplam kalite yönetiminden başarılı sonuçlar elde edilince, 1950'li yıllarda gelişmiş ülke hastanelerinde de toplam kalite yönetimi hızlı bir yayılma göstermiştir. Sağlık hizmetlerinde toplam kalite yönetimi yaklaşımı, hem toplumun daha kaliteli hizmet beklentisi hem de hizmet maliyetlerinin düşürülmesi hedeflerini karşılamaktadır. Toplam kalite yönetimi ancak belirli yönetim stilleri, örgüt iklimleri doğrultusunda yaşatılabilen bir felsefe ve uygulamalar olmakta; örgütteki insan unsurunun, makine, malzeme ve süreç öğelerinin bu anlayış doğrultusunda yapılması gerekmektedir.

Bu araştırmayla, toplam kalite yönetimi çerçevesinde hastanelerde, hizmet kalite sürekliliğinin nasıl sağlandığı, hasta beklenti ve ihtiyaçlarının ne derece karşılandığı, çalışanların yönetime ne ölçüde katılabildiği gibi konular ele alınmaktadır. Bu amaçla; ilk bölümde toplam kalite yönetimi kavramı incelenmiş, bu çerçevede öncelikle kalite kavramı ile ilgili bilgi verilmiş; daha sonra toplam kalite yönetimi kavramı ve gelişimi, toplam kalite yönetimine katkıda bulunanlar, toplam kalite yönetiminin unsurları ve araçları, son olarak da kalite ödülleri ele alınmıştır.

İkinci bölümde ise, sağlık hizmetlerinin tanımı, hastaneler hakkında genel bilgiler, hastane yönetimi ve bu çerçevede devlet hastanelerinin ve üniversite araştırma hastanelerinin yönetimi ve son olarak sağlık sektöründe toplam kalite yönetimi açıklanmaktadır.

Son bölüm olan üçüncü bölümde, ilk iki bölümde ele alınan konular ışığında, Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi ile Edirne Devlet Hastanesi çalışanlarına ve hastalarına uygulanan anket sonuçları değerlendirilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Toplam kalite yönetimi, sağlık hizmetleri, hastane yönetimi, devlet hastaneleri, üniversite araştırma hastaneleri.

Prepared by : Sedef YAŞ

Name the thesis: Implementation of Total Quality Management Approach in Health Sector: Comparison of Trakya University Health Research and Application Center, and Edirne Public Hospital

ABSTRACT

After achieving successful results from the total quality management implementations in industrial and services sectors, total quality management in hospitals in developed countries showed a rapid spread in 1950's. Total quality management approach in health sector meets either expectation about higher quality service, or goals on reducing service costs. Total quality management is a perpetuateable philosophy and a practice in the direction of specific management types and organization climates. However, human factor in organization, equipment and process items should be conducted in this direction.

In this thesis, it is -in the perspective of total quality management- discussed such that how service quality continuity is provided, that how much of patient expectations and needs are met, and that the possibility of employee participatiton to management. In this regard, in the first section, the concept of total quality management is analysed after the concept of quality is introduced. Then the concept of and evolution of total quality management, contributors of this concept and this evolution, the components of and the tools of total quality management, and lastly total quality management awards are considered.

In the second section, the definition of health services, general information about hospitals, hospital management and -in this regard- management of public hospitals and of university research hospitals, and lastly total quality management in health sector are introduced.

In the last section, in light of the issues considered in first two sections, the results of the survey conducted to employees of Trakya University Health Research and Application Center, and of Edirne Public Hospital are analysed.

Keywords: Total quality management, health services, hospital management, public hospital, university research hospital

İÇİNDEKİLER

Sayfa

| | |
|-------------------|------|
| TEŞEKKÜR..... | i |
| ÖZET | ii |
| ABSTRACT..... | iii |
| İÇİNDEKİLER | iv |
| ŞEKİLLER..... | viii |
| TABLolar | ix |
| GİRİŞ..... | 1 |

BİRİNCİ BÖLÜM

TOPLAM KALİTE YÖNETİMİ

| | |
|--|----|
| 1.1. Kalite Kavramı..... | 2 |
| 1.1.1. Kalitenin Tanımı | 2 |
| 1.1.2. Kalitenin Gelişimi..... | 5 |
| 1.1.3. Kalite Yönetimi..... | 7 |
| 1.2. Toplam Kalite Yönetimi | 7 |
| 1.2.1. Toplam Kalite Yönetimi Kavramı | 8 |
| 1.2.1.1. Kamu Yönetiminde Toplam Kalite Yönetimi | 11 |
| 1.2.2. Toplam Kalite Yönetiminin Gelişimi | 14 |
| 1.2.2.1. Toplam Kalite Yönetiminin Türkiye’deki Gelişimi | 15 |
| 1.2.3. Toplam Kalite Yönetiminin Öncüleri | 16 |
| 1.2.3.1. Walter A. Shewhart..... | 16 |
| 1.2.3.2. W. Edwards Deming..... | 17 |
| 1.2.3.3. Joseph M. Juran | 20 |
| 1.2.3.4. Kaoru Ishikawa | 23 |
| 1.2.3.5. Philip B. Crosby..... | 24 |
| 1.2.3.6. Armand V. Feigenbaum..... | 26 |
| 1.2.4. Toplam Kalite Yönetiminde Temel Unsurlar | 27 |
| 1.2.4.1. Müşteri Tatmini ve Müşteri Odaklılık | 27 |
| 1.2.4.2. Sürekli Geliştirme (Kaizen)..... | 29 |

| | |
|---|----|
| 1.2.4.3. Katılımcılık | 30 |
| 1.2.4.4. Liderlik..... | 32 |
| 1.2.4.5. Sıfır Hata..... | 34 |
| 1.2.4.6. Motivasyon | 35 |
| 1.2.4.7. Sürekli Eğitim..... | 35 |
| 1.2.5. Toplam Kalite Yönetimin Araçları..... | 36 |
| 1.2.5.1. Süreç Akış Diyagramları | 36 |
| 1.2.5.2. Kıyaslama | 37 |
| 1.2.5.3. Kalite Kontrol Çemberleri | 38 |
| 1.2.5.4. Beyin Fırtınası..... | 39 |
| 1.2.5.5. Sebep-Sonuç Diyagramı | 40 |
| 1.2.5.6. Pareto Analizi | 41 |
| 1.3. Ülkeler ve Kalite ödülleri | 42 |
| 1.3.1. Japonya: Deming Ödülleri..... | 43 |
| 1.3.2. Amerika: Malcolm Baldrige Kalite Ödülü | 47 |
| 1.3.3. Avrupa: EFQM Avrupa Kalite Ödülü | 49 |
| 1.3.4. Türkiye: Türkiye Ulusal Kalite Ödülü..... | 50 |
| 1.3.5. Singapur: Singapur Kalite Ödülleri | 53 |
| 1.3.6. Arjantin: Arjantin Kalite Ödülü..... | 54 |
| 1.3.7. Avustralya: Avustralya Kalite Ödülü | 54 |
| 1.3.8. Danimarka: Danimarka Kalite Ödülü..... | 54 |

İKİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK HİZMETLERİ VE TOPLAM KALİTE ANLAYIŞININ SAĞLIK SEKTÖRÜNDE UYGULANMASI

| | |
|---|----|
| 2.1. Sağlık Hizmetlerinin Tanımı | 55 |
| 2.1.1. Etkili Sağlık Hizmetinin Özellikleri | 58 |
| 2.1.2. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması | 59 |
| 2.1.2.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri | 59 |
| 2.1.2.2. Tedavi Edici Hizmetler | 60 |
| 2.1.2.3. Rehabilitasyon Hizmetleri | 61 |
| 2.1.2.4. Sağlığın Geliştirilmesi | 61 |

| | |
|--|----|
| 2.1.3. Türkiye’de Sağlık Hizmetleri | 62 |
| 2. 2. Hastaneler Hakkında Genel Bilgiler | 65 |
| 2.2.1. Hastanenin Tanımı | 65 |
| 2.2.2. Hastanelerin Fonksiyonları | 67 |
| 2.2.2.1. Tıbbi fonksiyonları | 67 |
| 2.2.2.2. İdari fonksiyonları..... | 67 |
| 2.2.2.3. Mali fonksiyonları..... | 67 |
| 2.2.2.4. Teknik fonksiyonları..... | 68 |
| 2.2.2.5. Eğitim ve araştırma fonksiyonları..... | 68 |
| 2.2.2.6. Sosyal fonksiyonları | 68 |
| 2.2.3. Hastanelerin Sınıflandırılması | 68 |
| 2.3. Hastane Yönetimi | 70 |
| 2.3.1. Hastane yönetiminin özellikleri | 71 |
| 2.3.2. Hastane yönetim fonksiyonları | 73 |
| 2.3.3. Hastane yöneticisi kavramı ve özellikleri | 74 |
| 2.4. Devlet Hastaneleri ve Üniversite Araştırma Hastanelerinin Yönetimi..... | 77 |
| 2.4.1. Devlet Hastaneleri Yönetimi | 78 |
| 2.4.2. Üniversite Araştırma Hastaneleri Yönetimi | 79 |
| 2.5. Sağlık Sektöründe Toplam Kalite Yönetimi..... | 82 |
| 2.5.1. Müşteri memnuniyetinin sağlanması | 84 |
| 2.5.2. Katılımcılık | 88 |
| 2.5.3. Liderlik | 88 |
| 2.5.4. Sürekli Geliştirme | 89 |
| 2.5.5. Sıfır Hata..... | 90 |
| 2.5.6. Motivasyon | 90 |
| 2.5.7. Sürekli Eğitim | 91 |
| 2.5.8. Kurumsal İletişim | 93 |

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

TOPLAM KALİTE YÖNETİMİ ANLAYIŞININ SAĞLIK SEKTÖRÜNDE UYGULANMASI: TRAKYA ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK ARAŞTIRMA VE UYGULAMA MERKEZİ İLE EDİRNE DEVLET HASTANESİ'NİN KARŞILAŞTIRILMASI

| | |
|--|-----|
| 3.1. Problem..... | 96 |
| 3.2. Amaç..... | 96 |
| 3.3. Önem..... | 97 |
| 3.4. Sayıtlar..... | 97 |
| 3.5. Gereç ve Yöntem | 97 |
| 3.5.1. Araştırma Modeli..... | 97 |
| 3.5.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi..... | 97 |
| 3.5.3. Veri Toplama Aracı | 98 |
| 3.5.4. Verilerin Toplanması | 100 |
| 3.5.5. Sınırlılıklar | 100 |
| 3.5.6. Güvenilirlik Testi..... | 100 |
| 3.6. Bulgular | 101 |
| 3.6.1. Ankete katılan hastalara ilişkin kişisel bulgular | 101 |
| 3.6.2. Ankete katılan çalışanlara ilişkin kişisel bulgular | 104 |
| 3.6.3. Çalışan ve hasta memnuniyetinin sağlanması | 106 |
| 3.6.3.1. Çalışan Memnuniyeti..... | 107 |
| 3.6.3.2. Hasta Memnuniyeti..... | 108 |
| 3.6.4. Katılımcılık..... | 120 |
| 3.6.5. Liderlik | 122 |
| 3.6.6. Sürekli Geliştirme..... | 124 |
| 3.6.7. Sıfır Hata..... | 126 |
| 3.6.8. Motivasyon | 128 |
| 3.6.9. Sürekli Eğitim..... | 130 |
| 3.6.10. Kurumsal İletişim | 132 |
| 3.7. Sonuç ve Öneriler | 134 |
| KAYNAKÇA..... | 142 |

ŞEKİLLER

| | |
|--|----|
| Şekil 1. Sürekli İyileştirme Yönteminde Üç Evre | 29 |
| Şekil 2. Deming Modeli | 46 |
| Şekil 3. EFQM İş Mükemmelliği Modeli | 50 |
| Şekil 4. Kalder Modeli | 53 |
| Şekil 5. T.C. Sağlık Bakanlığı Taşra Teşkilatı | 78 |
| Şekil 6. Üniversite Araştırma Hastanelerinin Temel Örgütlenme Yapısı | 81 |

TABLOLAR

| | |
|--|-----|
| Tablo 1. Klasik Yönetim ile TKY anlayışlarının karşılaştırılması | 10 |
| Tablo 2. Yönetici - Lider Özellikleri Karşılaştırması | 33 |
| Tablo 3. Deming, MBNQA ve EFQM Modellerinin Farklı Olan Özellikleri | 43 |
| Tablo 4. Deming Uygulama Ödülü Kriterleri | 44 |
| Tablo 5. MBNQA Kriterleri | 48 |
| Tablo 6. Türkiye Ulusal Kalite Ödülü'nün verildiği Kategoriler | 51 |
| Tablo 7. Kullanımı Hazırlayıcı Faktörler | 57 |
| Tablo 8. Kullanımı Kolaylaştırıcı Faktörler | 58 |
| Tablo 9. Kullanımı Etkiyen Gereksinim Faktörleri | 58 |
| Tablo 10. Sağlıkta Fiziki Mekân Göstergeleri | 63 |
| Tablo 11. Sağlık İnsan Gücü Göstergeleri | 63 |
| Tablo 12. Kurumsal İletişimin Sınıflandırılması | 95 |
| Tablo 13. Cronbach Alfa Testi ile Elde Edilen Güvenilirlik Puanları | 101 |
| Tablo 14. Ankete Katılan Hastaların Cinsiyetlerine Göre Dağılımı | 101 |
| Tablo 15. Ankete Katılan Hastaların Yaşlarına Göre Dağılımı | 102 |
| Tablo 16. Ankete Katılan Hastaların Yetiştikleri Yerlere Göre Dağılımı | 102 |
| Tablo 17. Ankete Katılan Hastaların Eğitim Durumlarına Göre Dağılımı | 103 |
| Tablo 18. Ankete Katılan Hastaların Gelir Düzeylerine Göre Dağılımı | 103 |
| Tablo 19. Ankete Katılan Hastaların Sahip Oldukları Sosyal Güvenceye Göre Dağılımı | 104 |
| Tablo 20. Ankete Katılan Çalışanların Cinsiyetlerine Göre Dağılımı | 105 |
| Tablo 21. Ankete Katılan Çalışanların Kurumda Çalışma Sürelerine Göre Dağılımı .. | 105 |
| Tablo 22. Ankete Katılan Çalışanların Eğitim Düzeylerine Göre Dağılımı | 105 |
| Tablo 23. Ankete Katılan Çalışanların Görev Alanlarına Göre Dağılımı | 106 |
| Tablo 24. Çalışanların Çalıştıkları Birimde Olmaktan Memnuniyetleri | 107 |
| Tablo 25. Hastanede Çalışan Memnuniyetinin Sağlanmasına Önem Verilmesi Konusunda Çalışanların Görüşleri | 108 |
| Tablo 26. Hastaların Doktorların Kendilerine Olan Davranışlarına Yönelik Görüşleri | 109 |
| Tablo 27. Hastaların Doktorların Kendilerine Ayırdıkları Zamana Yönelik Görüşleri | 109 |
| Tablo 28. Hastaların Hemşirelerin Bakım Hizmetlerine Yönelik Görüşleri | 110 |
| Tablo 29. Hastaların Hemşirelerin Diğer Davranışlarına Yönelik Görüşleri | 110 |

| | |
|--|-----|
| Tablo 30. Hastaların Diğer Hastane Personelinin Verdikleri Hizmetlere Yönelik Görüşleri | 111 |
| Tablo 31. Hastaların Diğer Hastane Personelinin Davranışlarına Yönelik Görüşleri .. | 111 |
| Tablo 32. Hastaların Hastanenin Temizliğine Yönelik Görüşleri | 112 |
| Tablo 33. Hastaların Hastanenin Yemek Kalitesine Yönelik Görüşleri | 112 |
| Tablo 34. Hastaların Hizmet Bedellerine Yönelik Görüşleri | 113 |
| Tablo 35. Hastaların Bekleme Süreleri ile İlgili Görüşleri | 113 |
| Tablo 36. Hastaların Doktorlarından Yeterli Bilgiyi Alma Konusundaki Görüşleri.... | 114 |
| Tablo 37. Hastaların Çalışan Gruptan Beklentileri..... | 114 |
| Tablo 38. Hastaların Hastanede Değişmesini İstedikleri Şeyler..... | 115 |
| Tablo 39. Hastaların Hastaneyi Tekrar Tercih Etme Düzeyleri | 116 |
| Tablo 40. Hasta Tatminine Önem Verilmesi ile İlgili Çalışanların Görüşleri..... | 117 |
| Tablo 41. Çalışanların Hasta Memnuniyetine Yönelik Görüşleri | 118 |
| Tablo 42. Çalışanlara Göre Hastaların Çalıştıkları Hastanede Karşı Karşıya Kaldığı Sorunlar..... | 119 |
| Tablo 43. Çalışanların Faaliyet Alanlarıyla İlgili Herhangi Bir Konuda Katılımları ile İlgili Görüşleri..... | 121 |
| Tablo 44. Çalışanların Alınan Kararlarda Etkinlik Düzeyleri | 121 |
| Tablo 45. Her Bölümden Temsilciler Alınarak Periyodik Toplantılar Yapılması ile İlgili Çalışan Görüşleri | 122 |
| Tablo 46. Hastanedeki Yöneticilerin Kaliteyi Geliştirme Konusunda Çabaları Hususunda Çalışanların Görüşleri | 123 |
| Tablo 47. Hastanedeki Yöneticilerin Çalışanların Kararlara Katılımlarına Özen Göstermeleri Konusunda Çalışanların Görüşleri..... | 124 |
| Tablo 48. Hastanede Yenilikçi Fikirlerin Özendirilmesi ve Sürekli Gelişmeye Zemin Hazırlanması Konusunda Çalışanların Görüşleri | 125 |
| Tablo 49. İş ve Süreçlerdeki Gelişmelerin Sürekli Rapor Edilmesi Konusunda Çalışanların Görüşleri | 125 |
| Tablo 50. İş ve Süreçlerde Sıfır Hataya Önem Verilmesi Konusunda Çalışanların Görüşleri | 126 |
| Tablo 51. Hastanede Yapılan Hataların ve Potansiyel Kalite Problemlerinin Nedenlerinin Araştırılması Konusunda Çalışanların Görüşleri..... | 127 |

| | |
|---|-----|
| Tablo 52. Hastanede Yapılan Hataların ve Potansiyel Kalite Problemlerinin Tekrarlanmaması için Çözümler Geliştirilmesi Konusunda Çalışanların Görüşleri | 127 |
| Tablo 53. Hak Ettikleri Ödülü Alabilmeleri Konusunda Çalışanların Görüşleri | 128 |
| Tablo 54. Çalışanların Performans Değerleme Konusundaki Görüşleri | 129 |
| Tablo 55. Çalışanların Hastanedeki Temizlik Hizmetleri Konusundaki Görüşleri | 129 |
| Tablo 56. Çalışanların Öğrenme ve Beceri Geliştirmeye Yönelik Çalışmalar Konusundaki Görüşleri | 131 |
| Tablo 57. Çalışanların Hizmet İçi Eğitimler ile İlgili Görüşleri..... | 131 |
| Tablo 58. Çalışanların Kişisel Gelişimleri için Destek Almaları ile İlgili Görüşleri ... | 132 |
| Tablo 59. Personeller Arasındaki İletişim ile İlgili Çalışanların Görüşleri | 133 |
| Tablo 60. Bölümler Arası İletişim ile İlgili Çalışanların Görüşleri..... | 133 |

GİRİŞ

Küreselleşme dünyada güçlü değişimlere yol açmakta; bu değişimler, hem özel sektörü hem de kamu sektörünü geliştirmeye, daha rekabetçi olmaya yöneltmektedir. Gelişen uluslar arası rekabet, iş ve yönetim anlayışı günümüzde kurumları mükemmeli aramaya yöneltmiştir. Yeni anlayışın temel fikri hiçbir şeye olmuş bitmiş gibi bakmaması, her şeyi oluş halinde kabul etmesidir. Bu arayışlar sonucunda ulaşılan noktalardan biri de Toplam Kalite Yönetimi olmuştur.

Endüstri ve hizmet sektöründe başlayan toplam kalite yönetimi anlayışı sağlık sektörüne de yansımıştır. 1980'li yıllardan başlayarak özellikle gelişmiş ülkelerin hastane hizmetlerinde TKY uygulamaları hızlı bir yayılma göstermiştir. Bunun sonucu olarak da, hastaların ve çalışanların memnuniyet düzeylerinin artırılması, sürekli geliştirme, sıfır hata ile çalışma gibi kavramlar hastane yönetimleri için büyük önem kazanmıştır.

Sağlık sektöründe TKY uygulamalarına ihtiyacın doğmasında rol oynayan başlıca sebepler; bireylerin satın alma gücünün artması, tedavi kurumları arasında rekabetin başlaması, sağlık hizmetlerinde kaliteli bakım isteğinin yaygınlaşması ve son olarak TKY uygulamalarının kalite-maliyet çelişkisine çözüm getirmesi olarak sıralanabilmektedir. Bu çerçevede toplam kalite yönetimi hastanelerde uygulanmaya başlamıştır. Ancak bunun ne derecede başarılabilirdiği ölçülmesi gereken bir konu olarak belirmektedir.

BİRİNCİ BÖLÜM

TOPLAM KALİTE YÖNETİMİ

Bu bölümünde, toplam kalite yönetimi, gelişimi, unsurları, öncüleri, araçları ve kalite ödülleri ile ilgili bilgi verilecektir.

1.1. Kalite Kavramı

Kalite kavramı, günümüzde, günlük yaşam da dâhil birçok alanda kullanılan ve gerçekleştirilmesi istenen bir kavram olmakla birlikte; kavramın ne olduğu konusunda herkesçe kabul görmüş bir tanımdan bahsedilememektedir.

Tanımlar arasındaki farklılıklar genel olarak, kalite kavramının çok boyutlu olmasından kaynaklanmaktadır (Sarıkaya, 2003: 3). Yeni teknolojik gelişmeler, dünya ekonomisinin küreselleşmesi, toplumsal değer yargılarının farklılığı ve tüketici veya vatandaşın satın alma gücü gibi nedenler kalite kavramının değişik şekillerde tanımlanmasına sebep olmaktadır (Yatkın, 2004: 1). Kalite kavramının kişisel (sübjektif) değerleri içermesi de kalite anlayışının ülkeden ülkeye, yaşam düzeyi, zevk, gelenekler, toplumsal yapı, eğitim, prosedür gibi çok sayıda faktörlerin etkisi altında değişik yapı göstermesine sebep olmaktadır (Şimşek M., 2007: 5). Bu sebeple, kalitenin tanımlanmasında öncelikle kavramın kelime anlamına daha sonra ise farklı kullanımlarına değinilecektir.

1.1.1. Kalitenin Tanımı

Kalite (qualites), Latince “nasıl oluştuğu” anlamına gelen “qualis” kelimesinden gelmekte ve sözcük hangi ürün ve hizmet için kullanılıyorsa, onun gerçekte ne olduğunu belli etmek amacını taşımaktadır (Şimşek M., 2007: 5). Kalite, bir ürün ya da hizmetin belirlenen veya olabilecek ihtiyaçları karşılama kabiliyetine dayanan özelliklerinin toplamı olarak tanımlanabilmektedir (Kuruşcu, 2003: 23).

Kalite kavramını çeşitli özellikler açısından da tanımlamak mümkündür (Yatkın, 2004: 2, 3)¹:

¹ Ayrıca bakınız; Özdemir, Servet (1996), “Eğitimde Toplam Kalite Yönetimi”, Verimlilik Dergisi Toplam Kalite Özel Sayısı, MPM yayını, 2. Basım, Ankara, s. 217-221

- Kalite müşterinin ihtiyaçlarıdır. Günümüz üretim anlayışında müşterinin ihtiyaç ve beklentileri en belirleyici faktörlerin başında gelmektedir.

- Kalite amaçlara uygunluk olarak da tanımlanabilmekte; iyi bir ürün için aranan bir özellik olmaktadır.

- İyinin de en iyisi olabileceği görüşü çerçevesinde, kalite sürekli başarı demektir.

- Kalite üretilen bir malın ya da sunulan bir hizmetin eksikliğini bulmak değil; onu eksiksiz üretmektir.

- Kalite ölçülebilir.

Kalitenin tüketici tarafından nasıl algılandığı da kalitenin ne olduğunun belirlenebilmesi açısından önem taşımaktadır. Bu konudaki çalışmaların özellikle Garvin tarafından ele alındığı görülmektedir. Garvin'e göre, tüketicinin kaliteyi algılaması sekiz boyutta ele alınabilmektedir²(Merter, 2006: 27-28; Şimşek M., 2007: 9-10):

Performans; bir mal ya da hizmetin temel fonksiyonel özellikleridir. Türüne göre değişebilmekle birlikte hizmet işletmelerinde servis hızı ve bekleme süresinin azlığı performans değerlendirmesinde bir ölçü olarak kabul edilmektedir. Bir televizyon için ses ve görüntü netliği örnek olarak verilebilmektedir.

Özellikler; bir mal ya da hizmetin temel fonksiyonlarını tamamlayan kavram olarak nitelendirilmektedir. Örneğin, bir seyahat firmasının yolcularına seyahat esnasında vermiş olduğu ikramlar, bir otomobilin hava yastığı olup olmaması gibi özellikler kalitenin bu boyutuna ilişkin olmaktadır.

Güvenilirlik; bir mal ya da hizmetin kullanım süresi boyunca kendinden beklenen tüm fonksiyonları tam olarak yerine getirip getiremediğinin bir ölçütü olmaktadır. Örneğin, bir gömleğin birkaç yıkamadan sonra deforme olması, o gömleği üreten firmanın güvenilirliğini olumsuz yönde etkileyen bir ölçüt olarak kabul edilebilmektedir.

² Ayrıntılı bilgi için bakınız, Garvin D.A., *Managing Quality*, The Free Press, New York, s. 217

Uygunluk; bir mal ya da hizmetin tasarımının ve işleyiş özelliklerinin daha önce belirlenmiş olan standartlara uyup uymama derecesini ifade etmektedir.

Dayanıklılık; herhangi bir mal ya da hizmetin kullanım süresinin uzunluğu ile ilgili bir kavramdır. Teknolojik açıdan dayanıklılık, bir ürünün kullanılamaz hale gelene kadar olan kullanım süresini içermektedir.

Hizmet görme yeteneği ile bir mal ya da hizmete ilişkin olarak hız, çabukluk, nezaket, yeterlilik ve tamir edebilme kolaylığı gibi özellikler ifade edilmektedir. Burada özellikle satış sonrası hizmetler ön plana çıkmaktadır.

Estetik; tüketicilerin beş duyusuna hitap eden mal ya da hizmetin özellikleridir. Mal ya da hizmete ilişkin renk, ambalaj, biçim, koku, temizlik gibi özellikler tüketicilerin beğenilerine yönelik estetik özellikler olarak kabul edilebilmektedir.

Algılanan kalite; tüketicinin bir mal ya da hizmete yönelik kararlarını ifade etmektedir. Müşteriler her zaman bir ürün ya da hizmetin tüm özellikleri bilmediklerinden dolayı karşılaştırmalar yapmak zorunda kalabilmektedirler. Bu sebeple, çeşitli tutundurma faaliyetleri ile yaratılan ürüne ya da markaya ilişkin imaj oluşturulup tüketicinin kararlarına olumlu veya olumsuz etkilerde bulunmaktadır.

Kalite tanımlarını çoğaltmak mümkün olmakla birlikte son olarak kalitenin kendi içindeki ayrımına değinmek faydalı olacaktır. Kalite, tasarım kalitesi ve uygunluk kalitesi olmak üzere iki bileşenden oluşmaktadır.



Tasarım kalitesi, büyük ölçüde zevke, ihtiyaca ya da tercihe bağlı olmaktadır. Başka bir ifadeyle, bir ürünün genel olarak tüketicilerin isteklerini karşılama derecesidir. Örneğin, bir kumaşın pamuklu ya da ipekli olması kullanım yerine bağlı olduğu kadar tercihe de bağlıdır. Uygunluk kalitesi ise, belirli bir ürünün üretildiği zaman, kendisi için tasarlanan kalite düzeyine uyma derecesidir. Uygunluk kalitesi ölçülebilir niteliktedir. Örneğin, müşteriye sunulan ürünün belirlenmiş olan özelliklere ne ölçüde uyduğu başka bir ifade ile uygunluk kalitesinin ne ölçüde sağlandığı tespit edilebilmektedir. Nitekim, kalite çalışmaları büyük ölçüde uygunluk kalitesiyle ilgili olmaktadır³ (Merter, 2006: 17; Şimşek M., 2007: 12, 13).

1.1.2. Kalitenin Gelişimi

Kalite kavramı ile ilgili ilk bulgular, M.Ö. 2000’li yıllara, eski Mısırlılara kadar uzanmaktadır. Hammurabi kanunlarında, M.Ö. 2150 yıllarında, kalite ile ilgili kavramların yer aldığı saptanmıştır⁴. M.Ö. 1450 yılında ise, eski Mısır’daki muayene elemanları, taş blokların yüzeylerinin dikliğini, telden elde ettikleri bir araçla kontrol etmişlerdir (Yapıcı, 2004: 1). Taş devrine gelindiğinde ise, insanoğlu bilinmeyi bir standart parçayla kontrol ederek kalite kontrolün en ilkel biçimlerinden birini gerçekleştirmiştir. Kalite kontrol ile ilgili ilk uygulamalar ziraatla uğraşan topluluklarda ürünün gözle muayene edilerek uygun olanın alınması şeklinde bizzat tüketiciler tarafından yapılmıştır. Medeniyetin ileriki yıllarında ise, Loncalar tarafından hammaddeler, süreçler ve ürünler için spesifikasyonlar geliştirilerek, lonca üyelerinin bunlara uyması istenmiştir⁵ (Şimşek M., 2007: 15, 16). Ancak, kalitenin hızlı gelişimi 20. yüzyılda başlamıştır.

Kalitenin tarihsel gelişimi aşamalar halinde incelenmek istendiğinde ise, ilk süreç muayene aşaması olmaktadır. Bu aşamanın temel yaklaşımı, tüketiciye hatalı

³ Tasarım ve uygunluk kalitesini bir örnekle açıklamak faydalı olacaktır. Bir otel ele alındığında, müşterilerin en çok verilen hizmete önem verdikleri anlaşılmıştır. Yolda geçirilen kötü bir günün sonunda müşterilerin temiz bir lobi, otel lokantasında güzel bir menü, otel ücretinde bir miktar indirim beklemesi normaldir. Ancak bunların yanında güleryüz, samimi, dostça bir karşılama istemektedir. Otelin verdiği hizmete bu ayrıntıları eklemesi TASARIM KALİTESİNİ yükseltir, çalışanların buna uyup uymamaları ise UYGUNLUK KALİTESİ’dir (Şimşek M., 2007: 14).

⁴ M.Ö. 3000 yıllarında Hammurabi yasasının “Eğer bir adam ev yaparsa ve bu ev çökerse ve ölen olursa, yapan da öldürülmelidir” maddesi, kaliteye referans bilinen ilk yazıt olarak kabul edilmektedir (Yanmaz, 2008).

⁵ Osmanlı döneminde, iş ahlakı ile ilgili düzenlemelerin loncalarda var olması, sanayi öncesi dönemde kalite olgusunun Osmanlılarda da var olduğunu göstermektedir (Sarp, 2008).

ürünlerin gitmemesini sağlamaktır. Bu yaklaşım tüketiciyi korumuş ancak üreticiler açısından, muayene edilerek hatalı bulunan ürünler üreticiler için bir zarar oluşturduğundan, sıkıntılar meydana getirmiştir. Bu sebeple, üreticiyi de koruyan bir sistem üzerinde durulmuş ve bir sonraki aşama olan kalite kontrol aşamasına geçilmiştir (Merter, 2006: 29-30).

Kalitenin gelişiminde ikinci süreç olan kalite kontrol ya da bugünkü adıyla İstatistikî Kalite Kontrol ilk kez 1930'larda Bell Laboratuvarlarında Dr. Shewhart tarafından kullanılmaya başlanmıştır. Kalite kontrol, müşteriler tarafından tanımlanmış gerçek ihtiyaçlara göre geliştirilmiş ürünlerin test edilme süreci olarak tanımlanabilmektedir. Kalitenin bu aşamasında muayene işlemi son kontrolden ara kontrollere ve giriş kontrolüne doğru genişletilmiş; standartlar geliştirilmeye başlanmış ve tüketiciyi koruma yolunda ilk adımlar atılmıştır (Merter, 2006: 30; Parlak, 2004: 14).

Üçüncü aşamada yer alan kalite güvencesi kavramı II. Dünya Savaşı sırasında ve sonrasında en çok askeri alanda meydana gelmiştir. Bunun nedeni, askeri alanda yüksek performans talebinin, bazı standartların oluşturulmasını zorunlu hale getirmiş olmasıdır. Daha sonra askeri alandan günlük hayatın her alanına giren kalite güvencesi, 1987 yılında ISO 9000⁶ diye bilinen yeni bir sistemi meydana getirmiş ve bu sistem sayesinde tüm dünyada bir kalite güvencesi sistemi oluşturulması amaçlanmıştır. Kısaca kalite güvencesi, bir üründe kalitenin, müşterinin güvenle satın alabileceği ve uzunca bir süre güven ve tatminle kullanabileceği şekilde sağlanması demektir (Merter, 2006: 32, 33).

Kalitenin tarihsel gelişimindeki son süreç toplam kalite aşamasıdır. Toplam kalite kavramıyla, bir organizasyonda yapılan bütün işlerde, müşteri isteklerini karşılayabilmek için şart olan yönetim, insan, yapılan iş, ürün ve hizmet kalitelerinin, bir sistem yaklaşımı içerisinde, tüm çalışanların katılımı, hedef ve fikir birlikleri sağlanarak ele alınması ve geliştirilmesi ifade edilmektedir. Toplam kalite yaklaşımına göre kalite, bir yaşam tarzı ve bir bakış açısı olmaktadır (Şimşek M., 2007: 78).

⁶ ISO 9000 kalite güvencesi sistemi, kalitenin güvence altına alınmasıyla ilgili olarak organizasyonun tüm bölümlerinin sorumluluk taşıdığı gerçeğinden hareketle, tasarımdan satış sonrası hizmete kadar her aşamada gerekli teknik ve organizasyonel tedbirler yardımı ile rasyonel bir çalışma süreci sağlayarak hata olasılığını ortadan kaldıran ve kendini denetleyen bir kalite sistemini ortaya koymaktadır (Şimşek M., 2007: 387).

1.1.3. Kalite Yönetimi

Kalite yönetimi, bir kuruluşun hedeflediği kaliteyi gerçekleştirmesi amacıyla sürdürdüğü planlı ve sistematik faaliyetler bütünüdür. Kalite yönetimi, ürün kalitesinin oluştuğu tüm süreçleri kapsamakta; önceden tanımlanmış müşteri talep ve beklentileri ile uyumlu kalite düzeyine ulaşılmasını, bu düzeyin korunmasını, geliştirilmesini ve hata oluşumuna izin vermeyecek bir kalite güvence mekanizmasına işlerlik kazandırılmasını sağlamaktadır (Sarıkaya, 2003: 10).

Kalite yönetimi, kalite planlaması, stratejik planlama, kaynakların tahsis ve işletilmesi ve değerlendirilmesi gibi kalite için yapılan sistematik faaliyetleri kapsamaktadır. Kalite yönetiminin hedefi, önceden belirlenmiş olan müşteri ihtiyaç ve beklentilerinin en düşük toplam maliyet düzeyinde karşılanmasını sağlamaktır (Sarıkaya, 2003: 10).

1.2. Toplam Kalite Yönetimi

Küreselleşme dünyada güçlü değişimlere yol açmakta; bu değişimler, hem özel sektörü hem de kamu sektörünü gelişmeye, daha rekabetçi olmaya yöneltmektedir (Sarp, 2008). Gelişen uluslar arası rekabet, iş ve yönetim anlayışı günümüzde kurumları mükemmeli aramaya yöneltmiştir. Yeni anlayışın temel fikri hiçbir şeye olmuş bitmiş gibi bakmaması, her şeyi oluş halinde kabul etmesidir. Bu arayışlar sonucunda ulaşılan noktalardan biri de Toplam Kalite Yönetimi olmuştur (Özdemir, 2008).

Mal ya da hizmet üretiminde kalitenin dikkate alınması yeni bir konu olmamakla birlikte, geleneksel yönetim anlayışlarında, kalite konusu üst düzey yöneticilerin elinde olup; mal üretildikten sonra kalite kontrolü yapan görevliler bulunmaktadır. TKY’nde ise, üretimin başından itibaren her aşamada kalite standartlarının gerçekleştirilmesine özen gösterilmekte ve tüm çalışanların bu süreçte rolü ve sorumluluğu olmaktadır (Hayran ve Uz, 2008). Bu çerçevede, TKY sistemi, ürünün kalitesini kontrol etmekten ziyade ürünü ortaya çıkaran üretim sürecinin devamlı olarak gelişimi ile ilgilenmektedir (Günaydın, 2008).

Organizasyonları TKY felsefesine yönelten gelişimini Merter (2006: 48, 49) şu şekilde ifade etmektedir: “*Teknolojik gelişmeler, gittikçe artan rekabet şartları,*

pazarların gelişmesi ve belki de hepsinden önemlisi, organizasyonların sunduğu mal ve hizmeti alan müşterilerin öneminin gittikçe artması, mal ve hizmetlerin sunulmasında daha hassas ve dikkatli olunmasını gündeme getirmiştir. Bu açıdan organizasyonlar sadece sundukları mal ve hizmetlerin kalitesi değil örgütlerinin ve çalışanların da kalitesine önem vermek zorunda kalmışlardır. Bu anlayış değişikliği organizasyonları TKY felsefesine yöneltmiştir.”

Artık dünyadaki birçok şirket kaliteyi önemli bir stratejik boyut olarak vurgulamaktadır. Çünkü kaliteye odaklanmak fiyatları düşürmekte ve müşteri memnuniyetini arttırmaktadır (Talha, 2004: 16). Bu çerçevede, gelişen rekabet ortamında kurumlar, müşteri tatminini için ürün ve hizmetin kaliteli olmasını, servis ihtiyaçlarının eksiksiz yerine getirilmesini, müşteriyle ilişkilerin mükemmel olmasını ve şikâyetlerini derhal giderilmesini sağlamaya çalışmaktadırlar. Bunları yerine getirebilmek için kurumlar kendilerine hedefler koymakta, bu hedefleri yerine getirecek çalışanların katılımını ve hedefleri paylaşmasının sağlamakta, üretim sürecini sıfır hatayı hedefleyecek şekilde kurmakta, kontrol etmekte ve geliştirmekte, bunların sonucunda ortaya çıkan sonuçları hedefleri ile karşılaştırarak değerlendirmekte ve güçlü yönleri ile geliştirilmesi gereken yönleri belirleyerek bunlar üzerinde odaklanmaktadırlar. Bunları yaparken hissedarların, çalışanların, müşterilerin olduğu kadar toplumun çıkarlarını da göz önünde bulundurmakta ve tüm paydaşların çıkarlarını maksimize etmeye çalışmaktadırlar. Bu çerçevede, TKY felsefesi ile hissedarlar için karlılık ve verimlilik artışıyla birlikte büyümeyi, çalışanlar için kendini gerçekleştirme aşamasında işini sahiplenerek saygı ve ekonomik refah, müşteri için kaliteli ürün ve toplum refahının yükseltilmesi hedeflenmektedir (Kuruşcu, 2003: 18).

1.2.1. Toplam Kalite Yönetimi Kavramı

TKY kavramı, yönetim alanında 20. yüzyılda ortaya çıkmış bir kavram olmasına karşın, 19. yüzyılda Frederick Taylor'dan bu yana, yönetim biliminde katkı yapmış tüm bilim adamlarının görüşlerinden geliştirilerek oluşturulmuş çağdaş yönetim felsefesidir (Sarp, 2008). Yeni bir yönetim anlayışı olan bu kavram, önce sanayide, üretim sektöründe ortaya çıkmış; üretilen malın kalitesinde artış sağlamanın yanı sıra kayıpları ve maliyetleri en aza indirmesi özelliği nedeniyle hızla diğer sektörlerle yayılmıştır. TKY, diğer yönetim anlayışlarından farklı olarak mekanik bir yaklaşım olmayıp;

çalışanların tümünün beyin gücü, yaratıcılık ve deneyimlerinden yararlanma şeklinde bir iş ahlakı anlayışına dayanmaktadır (Hayran ve Uz, 2008). Bu çerçevede TKY, kurumlarda üretim süreci, tedarik, yönetim, tanıtım, çalışanlar, müşteriler, toplumsal etkiler gibi ekonomik unsurların tümü üzerinde özenle duran ve bütünsel anlayışa sahip çağdaş bir yönetim anlayışı olarak tanımlanabilmektedir (Kuruşcu, 2003: 23). TKY, sistematik, bütünsel ve kurumun ilerlemesi için kullanılan kurumsal bir yaşam biçimi olmaktadır. Başka bir ifadeyle, TKY dünya çapında kurumlarda başarıyla kullanılan ve bu başarısı kanıtlanmış bir yönetim biçimidir (Tseng vd., 2007: 65).

Toplam Kalite Yönetimi'nin temel amacı, müşterinin kalite gereksinimlerini belirleyerek, buna göre hatasız çıktı sağlamak ve böylelikle müşteriyi memnun etmek ve kaliteyi geliştirmekle ilgili sürekli çabalarda bulunmaktır. TKY'nin en önemli özelliği ise, kaliteli ürün ve hizmet sağlanması görevini birkaç kişinin omuzlarına bırakmaması ve sistemdeki herkesle paylaşmasıdır (Yıldız ve Ardiç, 1999: 75). TKY'nin başarılı olması için, tüm organizasyon tarafından benimsenmesi ve yukarıdan aşağıya tam bir kararlılıkla uygulanması gerekmektedir (Şimşek M., 2007: 88).

TKY felsefesinin bazı temel özellikleri ise aşağıdaki gibi sıralanabilmektedir (Merter, 2006: 47):

- TKY, tamamen müşteriye odaklanmış bir işletme kültürünü oluşturan tam bir yönetim sistemidir.
- TKY evrensel bir süreçtir.
- TKY bir grup etkinliğidir ve bireysel olarak gerçekleştirilemez.
- TKY'de hataları önlemek ve kaliteye ulaşmak, üst yönetimden, işçilere, tedarikçilerden üretim sürecinde görev alan tüm çalışanların sorumluluğudur.
- Kuruluşlarda büyük bir rekabet gücü ve üstünlük sağlayan TKY, ancak tüm ilkeleri ile benimsenip uygulanırsa kuruluşun dinamizmini ve yapısını geliştirmekte başarılı olmaktadır.

Klasik yönetim anlayışı yerine kullanılmaya başlanan TKY klasik yönetim anlayışında birçok değişikliğe sebep olmuştur. Bu çerçevede klasik yönetim anlayışı ile TKY anlayışının karşılaştırılması Tablo 1.'de verilmektedir.

Tablo 1. Klasik Yönetim ile TKY anlayışlarının karşılaştırılması

| KLASİK YÖNETİM ANLAYIŞI | TKY ANLAYIŞI |
|--|---|
| Muayeneye dayalı kalite | Önemeye dayalı muayene |
| Yüksek kalite ile artan maliyet | Yüksek kalite ile azalan maliyet |
| Optimum stok | Sıfır stok |
| Spesifikasyon limitleri arası üretim | Hedef değerde üretim |
| Sorunlar çıktıkça çözüm geliştiren yönetim | Olası sorunları düşünüp, bunları önleyen yönetim |
| Uzmanlaşma ile sistem geliştirme yaklaşımı | İşbirliği ile sistem geliştirme yaklaşımı |
| Kabul edilebilir hata düzeyini hedefleyen üretim | Sıfır hatayı hedefleyen üretim |
| Hiyerarşiye dayanan öncelikler | Müşteri tatminine dayalı öncelikler |
| Ulusal/uluslararası standartlara göre ürün kalitesi | Müşteri ihtiyaçlarına cevap veren ürün kalitesi |
| Kalite kontrol fonksiyonunun sorumluluğunda kalite güvencesi | İş yapanların sorumluluğunda kalite güvencesi |
| AR-GE ve pazarlamanın sorumluluğunda ürün tasarımları | Üretenlerin ve satış yapanların da katkısı olan ürün geliştirme |
| Optimum fire | Sıfır fire |
| İşi en iyi bilen o işi yöneten olduğuna inanan anlayış | İşi yapanın o işi en iyi bildiğine inanan yönetim |
| Tecrübe ve inisiyatife dayalı yönetim kararları | İstatistik ve kantitatif analizlere dayalı yönetim kararları |

Kaynak: Kavrakoğlu, İbrahim (1998): *Toplam Kalite Yönetimi*, İstanbul: Kalder Yayınları, sf. 56-57.

Klasik yönetim anlayışı yerine, özellikle Japonların sanayi kuruluşlarında başarı ile uyguladıkları bu yönetim felsefesi, son yıllarda hizmet işletmelerinde de yaygın bir şekilde uygulanmaya başlanmış; hastaneler, süpermarketler, ulaştırma şirketleri ve

eğitim kuruluşları artan rekabet ortamında müşterilere bekledikleri hizmeti sunabilmek için TKY'yi alternatif bir yönetim anlayışı olarak görmeye başlamışlardır (Yıldız ve Ardıç, 1999: 75).

1.2.1.1. Kamu Yönetiminde Toplam Kalite Yönetimi

Çağdaş yönetim anlayışı olarak TKY, günümüzde başta özel sektör olmak üzere, tüm kuruluşlarda yaygın olarak uygulanmaktadır. Bu çerçevede kamu yönetiminde de TKY anlayışına önem verilmekte ve kamu kuruluşlarında TKY uygulanmaktadır. TKY'nin kamu sektöründe uygulanmasına geçmeden önce kamu yönetimi ve TKY'nin uygulamalarına önem veren yeni kamu yönetimi anlayışlarından bahsedilmesi faydalı olacaktır.

Kürselleşmeyle birlikte giderek artan rekabet, hem ülkeleri, hem de firmaları, rekabet güçlerini artıracak bir takım arayışlara yöneltmiştir. Bir başka ifadeyle ülkeler, yeni küresel ekonomik ortamda, eski koruyucu politikalarını ve kurumlarını, daha rekabetçi ve etkin yapacak yöntemlerle değiştirme ihtiyacı içinde olmuşlardır. Devlet reformu ya da kamu sektörü reformu olarak da adlandırılan kamu yönetiminin yeniden yapılanması, ülkelerin gündeminin ana konularından biri olarak bu dönemde ön plana çıkmıştır (Bilgin, 2008: 29). Bu çerçevede, kamu yönetiminde yeni bir paradigma olarak görülen Yeni Kamu Yönetimi 1980'lerde ortaya çıkmıştır. Yeni Kamu Yönetimi terimi İngiltere ve Yeni Zelanda da kamu sektörü reformlarını belirtmek amacıyla daha çok 1990'ların başında kullanılmıştır. Yeni Kamu Yönetimi'nin ilkeleri genel olarak; çıktı kontrolüne vurgu, klasik bürokratik örgütlerin ayrıştırılması, yönetsel otoritenin devri, piyasa ve yarı piyasa mekanizmalarının ve müşteri odaklı hizmetlerin gündeme gelmesi şeklinde özetlenmektedir (Yamamoto, 2003: 125)⁷.

Genel olarak Yeni Kamu Yönetimi'nin kamu hizmetlerinde yenilik ve radikal değişiklik getirdiği hususunda fikir birliği bulunmaktadır. Kamu hizmetlerinde stratejik yönetim, performans yönetimi ve devletin yeniden yapılandırılması, bu doğrultuda gündeme gelmekte, bürokratik girişimcilik ve özel sektörden alınan toplam kalite yönetimi, politika değerlendirmesinde kritik rol oynamaktadır (Özer, 2005: 1).

⁷ Çeviren, M. Akif Özer, "Yeni Kamu Yönetimi: Japonya Uygulaması", Türk İdare Dergisi, Sayı 447, Haziran 2005.

Yeni kamu yönetimi yaklaşımı, 1970'ler boyunca, kamu yöneticilerinin değerler, etik ve ahlakla ilgilenmesi ve toplumun sorunlarını çözmek üzere bir eylem stratejisi izlemesi yükümlülüğü üzerinde durmuştur. Türk kamu yönetimi de, 1970'lerin ikinci yarısından sonra yoğun ve yaygın bir etik bunalımın içine girmiştir. Bu bunalım yalnızca kamu yönetimindeki küresel etik sorunların bir parçası olmamakla birlikte; yaygın bir yapısal ve işlevsel yozlaşmanın da bir sonucu olmuştur. Özellikle 1983'ten sonra Türk hükümetlerinin başlıca mesajları “dış dünyaya açılmak”, “büyük dönüşüm”, “ekonominin serbestleştirilmesi”, “özelleştirme”, “minimal devlet”, “kamu bürokrasisini küçültmek”, “halkın hükümeti olmak”, “kamu hizmetlerinin kalitesini yükseltmek” ve “tabuları yıkmak” olmuştur (Mutlu vd., 2000: 1-8).

Bu çerçevede, Yeni Kamu Yönetimi'nin ilkeleri yedi temel doktrin etrafında birleştirilmiştir (Hood, 1991: 4, 5). Bu ilkeler aşağıdaki gibi sıralanabilmektedir:

- 1- Aktiflik, açıklık, yönetmeyi başarmaya dönüklük, yetki devri, takdir hakkı gibi profesyonel yönetim yeteneklerine vurgu.
- 2- Başarı göstergelerinin ve amaçlarla hedeflerin açık olarak belirlenmesi suretiyle belirli performans ölçüm standartlarının konması
- 3- Girdi kontrolü ve bürokratik süreçlerden uzaklaşarak, niceliksel performans göstergeleriyle ölçülen çıktı kontrolüne güvenmek.
- 4- Birleştirilmiş yönetim sisteminden ayrılmış ve yerleşmiş kamu sektörü birimlerine yönelmek.
- 5- Sözleşmeciler aracılığıyla yüksek standartlar koymak ve daha düşük maliyetler için kamu sektöründe rekabeti yaygınlaştırmak.
- 6- Kısa dönemli istihdam sözleşmelerini ve stratejik planları geliştirmek, performans anlaşmaları yapmak gibi özel sektör yönetim uygulamalarına vurgu yapmak.
- 7- Maliyetleri düşürmeye, verimliliğe, kaynak kullanımında tasarrufa ve “en az ile en çok işi” yapmaya vurgu yapmak

Yeni Kamu Yönetimi'ne oldukça değişik eleştiriler de yöneltilmiştir (Yamamoto, 2003: 132-135)⁸. Bu eleştiriler şu şekilde sıralanabilmektedir:

- En önemli eleştiri Yeni Kamu Yönetimi anlayışında, kamu yönetiminin kendi doğasından dolayı özel yönetimden farklı olduğunun önemszenmemesi noktasında olmaktadır.
- Yeni Kamu Yönetimi'nin kamu sektörünün sorumluluklarını darlaştırdığı ve toplu değerleri ve çıkarları zayıflattığı, hatta kamu kuruluşlarının sorumluluklarının toplumdaki güçlü etkilerinden dolayı sınırsız olduğu şeklinde bir düşünceye neden olduğu söylenmektedir.
- Kamu ile özel sektör arasındaki farkın varlığına dayalı olarak Yeni Kamu Yönetimi, kamu yönetiminin dayandığı tarafsızlık, dürüstlük, eşitlik, doğruluk gibi geleneksel saygı duyulan değerleri ve kamu görevlilerinin etik değerlerini aşındırmaktadır.
- Yeni Kamu Yönetimi'nin öngördüğü kuralları azaltmanın ve esnekliği artırmanın yönetsel yozlaşmaya neden olabileceği söylenmektedir. Çünkü varsayıldığı gibi özel sektör yönetimi her zaman kamu sektöründen iyi işlemeyebilmektedir. Kamu sektöründe dışsal siyasal güçler yönetimin içsel sistemini etkilemektedir.
- Yeni Kamu Yönetimi, demokratik yapılanmalara karşı da az bağımlılık gösterdiği konusunda eleştirilmektedir.
- Yeni Kamu Yönetimi'nin vatandaş katılımına az önem verdiği, kamu hizmeti kullanıcılarını basit bir şekilde demokratik devletin üyeleri yerine tüketici ya da müşteri olarak gördüğü söylenmektedir.
- Son olarak, Yeni Kamu Yönetimi, yönetsel reformlar üzerinde fazlasıyla odaklanılmasından dolayı da eleştirilmektedir.

Yeni Kamu Yönetimi'ne getirilen eleştirilere de değinildikten sonra, bu anlayışın ürünü olan TKY ve kamu yönetiminde TKY anlayışından bahsedilecektir.

⁸ Çeviren, M. Akif Özer, age.

Toplam Kalite Yönetimi felsefesi, geleneksel anlamdaki kamu yönetimi anlayışına hâkim olan ilke ve esaslardan tamamen farklı bir anlayışı getirmektedir. Toplam Kalite Yönetimini geleneksel anlamdaki kamu yönetim anlayışından ayırt eden temel argüman; TKY'nin müşteri odaklı bir yönetim anlayışını öngörmesi ve örgüt ve organizasyonun temelde müşterilerin beklenti ve talepleri doğrultusunda faaliyette bulunmasını amaçlamasıdır. Oysa bildik kamu yönetimi anlayışında hedef kitleyi oluşturanlar “müşteri” değil “vatandaş” algılamasına sahiptir (Yeşilbaş, 2007: 26).

Geleneksel kamu yönetiminde, otoriteye, emir ve talimatlara dayalı merkeziyetçi bir yönetim anlayışı ve geleneği hakim olmaktadır. Oysa TKY anlayışında, yeni kamu yönetimi anlayışına paralel olarak, görev ve yetkilerin alt ünitelere ve çalışanlara geniş ölçüde devredilmesini öngören adem-i merkeziyetçi yönetim yapısı savunulmaktadır. Yine, geleneksel kamu yönetimi anlayışından farklı olarak, TKY'nde insan kaynakları yönetimi büyük önem taşımaktadır. Bu felsefede, personelin işe alınması, işten çıkarılması, yükselmesi, ücret politikası ve saire konularda geçerli olmakta; liyakata dayalı yönetim yapısının oluşturulması amaçlanmaktadır (Aktan, 2009).

TKY'nin kamu yönetimindeki yerine bu şekilde değinildikten sonra aşağıda TKY'nin gelişimi hakkında bilgi verilmektedir.

1.2.2. Toplam Kalite Yönetiminin Gelişimi

TKY felsefesine giden yol zorunlu ve birbirini tamamlayan süreçlerle ortaya çıkmıştır. Bu süreçlere bakıldığında karşımıza ilk olarak endüstri devrimi ve sonrasında ortaya çıkan Taylor sistemi⁹ çıkmaktadır. Taylor sistemi ile üretim büyük bir artış göstermiş ve üretim üst seviyelere çıkmıştır. Fakat daha sonra bu durum iş geliştirme ve üretilen ürünlerde beklenmedik sorunlar ortaya çıkarmıştır. Yaşanan sorunlara çözüm Ford yönetim modeliyle¹⁰ gelmiştir. Bu metot ismi farklı olmakla birlikte TKY anlayışıyla hemen hemen aynı ilkelere sahiptir (Kuruşcu, 2003: 25).

⁹ Taylor verimliliğin uzmanlığa dayanan bir organizasyon ile gerçekleştirebileceğine inanmakta bu esasa göre, her birimin kendine düşen görevini belirlenen standartlara uygun olarak yapması gerektiğini söylemektedir. Personel, tanımlanan işi yaparak görevini tamamlamakta, görevlerin maksimum bölünmesi nedeniyle sorumluluk minimum olmaktadır (Efil, 1995: 54).

¹⁰Fordist üretim örgütlenmesi, bir hat boyunca yapılan kitlesel üretime dayanmaktadır. Bu üretim modelinde her işgören bir bant (hat) boyunca basitleşmiş belli bir iş yapar ve bu basit iş sürekli tekrar etmektedir. Üretimin belirli aşamalarında ve belirli bölümlerin sorumluluğu altında kalite kontrolü yapılmaktadır. Fordist üretim modelinde, basit ve tekdüze yapısı işin giderek monotonlaşmasına yol

TKY'ndeki gelişmeler kalitedeki gelişmelere paralel olarak 20. yüzyılda hızlı bir şekilde gerçekleşmiştir. İlk olarak 1930'larda ABD'de Shewhart'ın buluşu olan tekniklerle kalite kavramı endüstriye girmiştir. 1935'te İngiltere'de, E.S. Pearson'nun istatistiksel çalışmalarına dayanan İngiliz Standartları 600 uygulamaya konmuştur (Parlak, 2004: 5).

TKY kavramına gösterilen büyük ilginin en büyük nedeni ise Japonya'da 1950'li yıllarda başlayan başarılı uygulamalar olmuştur. TKY kavramının büyük kısmı W. Edward Deming, Joseph M. Juran'ın ve Philip Crosby'nin 1950'lerde ABD'de başlattıkları çalışmalara dayanmaktadır (Günaydın, 2008). TKY'nin temelleri ABD'de kurulmuş ve geliştirilmiş olmasına rağmen en olgun bir şekilde Japonya'da uygulanmıştır (Merter, 2006: 47). 1962'de Ishikawa endüstride kalite kontrol çemberlerini oluşturmuştur. 1969'da ilk Uluslararası Kalite Kontrol Konferansı Tokyo'da düzenlenmiştir. Aynı yıl Uluslararası Kalite Akademisi (IAQ) kurulmuştur (Parlak, 2004: 5).

1949 yılında Deming'in Japonya'ya daveti ile başlayan süreç sonunda 1950'de Japon kalite ve güvenilirliği artmış; 1954'te Japonlar birçok konuda bütün dünya pazarlarını ele geçirmişlerdir. Sürekliliği sağlayabilmek için kalite konusundaki eğitimlere büyük önem verilmiş ve çok rağbet görmüştür. Bu anlayış, 1970'li yıllarda ABD'de ve 1980'li yıllarda Avrupa Ülkelerinde ve Türkiye'de önemsenmeye başlanmış ve uygulamaya geçilmiştir (Kuruşcu, 2003: 26).

1.2.2.1. Toplam Kalite Yönetiminin Türkiye'deki Gelişimi

Türkiye'de TKY felsefesi 1978'in sonlarına doğru bazı büyük işletmelerde yer etmeye başlamasıyla gündeme gelmiştir. Ancak o zamanlarda alt yapının yetersizliği ve felsefenin ülke gündemine tam anlamıyla girememesinden dolayı arzu edildiği şekilde

açmakta; bu da işgörenlerin yaptıkları işten haz duymalarını ve doyuma ulaşmalarını engellemektedir. Yapılan örgütsel araştırmalar, işgörenlerin dar sınırlar içinde tekdüze çalışmalarının onlarda birçok devinimsel, psikolojik ve toplumsal davranış bozuklukları yarattığını, çevreleri ile ilişkilerinin bozulduğunu, yaratıcı güçlerinin yok olduğunu ortaya koymuştur. İşgörenlerin iş duyumunu ve verimlerini olumsuz etkileyen bu durum aynı zamanda örgütün üretimini de düşürmektedir. Fordist üretim örgütlenmesi, yerini kendisinin daha gelişkin bir biçimi olan post-Fordizm bırakmıştır. Bu model, değişen tüketici (müşteri) taleplerine paralel olarak kaliteli ürün üretmeyi esas almaktadır. Kalite kontrolü, Fordizm'de olduğu gibi üretimin belirli aşamalarında ve belirli bölümlerin sorumluluğu altında değil, sürekli olarak yapılmaktadır (Memduhoğlu, 2007).

uygulama şansı bulamamıştır (Kıngır, 2006: 233). Bu sebeple, Türkiye’de TKY’nin gelişimi kalite kontrol çemberlerinin ilk olarak uygulandığı 1983 yılından itibaren başlatılabilmektedir (Yatkin, 2004: 90). 1983 yılında başlatılan bu çalışmaların ardından kalite çemberleri konusunda ikinci büyük atılım ise 1988 yılında olmuştur. 1987 yılında yapılan bir çalışmada Türkiye’de 150 büyük sanayi firmasının 23’ünün, toplam 168 tane kalite çemberi kurduğu belirlenmiştir. Zamanla Japon ve Amerikan şirketleriyle birleşen Türk şirketleri, ortaklarının yardımı ve yabancı danışmanların katkısıyla TKY’nin temel ilkelerini öğrenmeye ve uygulamaya başlamışlardır (Özer, 2008: 265).

Türkiye’de TKY’ye destek sağlayan diğer bir gelişme ise ISO 9000 sistem standardının 1989’dan itibaren yoğun bir şekilde uygulanmaya başlanması olmuştur. TKY sisteminin uygulamaya aktarılması sürecinde özel sektörde yaşanan söz konusu bu gelişmeler kısa sürede kamu kuruluşlarını da etkilemeye başlamış; kamu kuruluşlarında TKY’ye geçiş konusundaki gelişmeler 1997-1998 yıllarında hızlanmıştır (Özer, 2008: 265).

1.2.3. Toplam Kalite Yönetiminin Öncüleri

TKY anlayışının ortaya çıkması ve gelişmesinde bazı isimler öne çıkmaktadır. Bu isimler, Walter A. Shewhart, W. Edwards Deming, Joseph M. Juran, Kaoru Ishikawa, Philip B. Crosby ve Armand V. Feigenbaum’dur. Aşağıda bu isimlerin TKY anlayışına getirdiği yenilik ve özgün uygulamalar kısaca tanıtılmaktadır.

1.2.3.1. Walter A. Shewhart

Shewhart¹¹, in TKY anlayışına getirdiği en temel katkı ve yenilik, istatistik ölçme yöntemlerini üretim süreçlerine uyarlamasıdır. Shewhart, üretim süreçlerinde değişkenliğin anlaşılması ve kontrol altına alınması konularında örneklem ve olasılık analizi gibi çeşitli istatistik araçları sıradan insanların anlayabileceği basitlik ve yalınlıkta tanımlamış ve örnekleyerek kullanılmasını kolaylaştırmıştır. Shewhart’ın

¹¹ 1891-1967 yılları arasında yaşayan Shewhart TKY alanında liderlik görevini üstlenen Deming ve Juran’ın istatistiksel düşünme yönünden etkilendiği kişidir. Shewhart 1920’li yıllarda çalıştığı Bell Atlantic firmasında kalite geliştirme ve problem çözme alanında istatistiksel araçlardan geniş ölçüde yararlanmıştır (Aktan, 2000).

değişkenlik, örneklem, olasılık analizi konularında geliştirdiği teknik, “kontrol çizelgeleri” olarak bilinmektedir (Şimşek H., 2007: 62).

1.2.3.2. W. Edwards Deming

Amerikalı bir danışman olarak TKY devriminin babası olarak kabul edilen Deming¹², 1940’lı yıllarda ABD’de uyguladığı istatistiksel süreç kontrolü ile işyerlerinde kalitenin gelişimine önemli katkılarda bulunmuştur. Ancak General Douglas McArthur tarafından 1950’lerde Japonya’ya davet edilmesine kadar Deming’in yaklaşımı fark edilememiştir (Günaydın, 2008). Deming, yabancı pazarlara girme arzusu içinde olan ve Japonya’nın köklü kaliteli ürünlerindeki ünüyle ilgilenen sanayicilerle görüşmüştür (Yatkın, 2004: 8).

Deming 1950 yılında her biri 4 gün süren 6 seminer vermiş ve 300 civarındaki mühendis ve yöneticiye kalite ile ilgili olarak şunları anlatmıştır (Merter, 2006: 35, 36):

- Kaliteyi düşürmek maliyetleri düşürmektedir.
- Kaliteyi yükseltmenin yolu kalitesizliği önlemektir. Muayene ile kaliteyi sağlamak hem güç hem de pahalıdır.
- Kalitesizliğin temelinde değişkenlik yatar. Kaliteyi yükseltmek için değişkenliği mutlaka azaltmak ve belli sınırlar içinde tutmak gerekmektedir.
- Kalite birdenbire sağlanamaz. Ancak sürekli gelişme ile istenen düzeye ulaşılabilmektedir.
- Sürekli gelişmenin yöntemi P.U.D.D. (Planla-Uygula-Denetle-Düzeltil) çevrimidir¹³.

¹² 14 Ekim 1900’de dünyaya gelen Deming 12 yaşında çalışmaya başlamıştır. 1921’de Wyoming Üniversitesinden mezun olmuş; 1928’de Yale’den doktorasını almıştır. Okulu bitirdikten sonra 1930-1946 yılları arasında ABD Tarım Bakanlığı’na bağlı Sabit Azot Araştırmaları Laboratuvarı’nda matematik ve istatistik dersleri vermeye başlamıştır. Aynı zamanda Ulusal Standartlar Bürosuna ait okulda da dersler vermiş ve buralarda örnekleme ve diğer istatistik konuları üzerinde temel araştırmalar yapmıştır (Yatkın, 2004: 8).

¹³ Muayeneye dayalı kalite kontrolünün geçerli olduğu Taylor döneminde “planla-uygula-gör” şeklinde açıklanan kalite kontrol süreci, Deming tarafından geliştirilmiş ve Deming Döngüsü olarak adlandırılmıştır. “Planla-uygula-denetle-düzeltil” olarak düzenlenen çevrim ile kalitede süreklilik sağlanmıştır (Yatkın, 2004: 8).

- Ürünü geliştirmek ancak sistemi geliştirmekle mümkündür, çünkü sonucu belirleyen sistemdir.

Deming'in yönetim felsefesi, toplam kalite ve sürecin istatistiksel kontrolü ile yakından ilgili değiştirme yaklaşımına dayanmaktadır. Deming'in düşüncesi en sade şekilde "çatışma yardımı ile yönetim" yerine buna karşıt olan "olumlu işbirliği ile yönetim" olarak ifade edilebilmektedir. Deming "ben kazanayım sen kaybet" düşüncesinin yerine "herkes kazansın" düşüncesini ortaya atmıştır (Yatkın, 2004: 12).

Deming geleneksel işletme anlayış ve uygulamalarını eleştirirken beş noktaya dikkat çekmekte ve bunları işletmenin "beş ölümcül hastalığı" olarak nitелеmektedir. Bu beş ölümcül hastalık (Şimşek H., 2007: 63, 64):

- Amaç ve süreklilik yoksunluğu,
- Kısa vadeli kararlara odaklanmak
- Performans, liyakat ve yıllık değerlendirmelerin yanlış veya eksik araçlarla yapılması veya hiç yapılmaması
- Yönetimin sık sık değişmesi
- Yönetimin, karar verme süreçlerinde daha az görülebilir veya örtük faktörleri ihmal ederek aşırı şekilde nicel-sayısal verilere odaklanması olarak sıralanabilmektedir.

Deming bu beş ölümcül hastalıktan hareketle TKY'nin klasik ilkeleri arasında yer alan 14 ilke geliştirmiştir. Bu 14 ilke, organizasyonlarca benimsendiğinde 5 ölümcül hastalığın iyileştirilmesini sağlamakta ve yüksek kalitede ürün ve hizmet sağlama konusunda engelleri ortadan kaldırmada organizasyonlara yardım etmektedir. Deming'in 14 ilkesi şu şekilde sıralanabilmektedir (Yatkın, 2004: 9-11; Rungtusanatham; Orgen ve Wu, 2003: 919-921):

- Ürünün ve servis hizmetlerinin geliştirilmesi için değişmez amaçları ortaya koyunuz.

- Yeni bir yönetim felsefesi ortaya koyunuz. Müşterilerin artık bozuk işçilik, yanlışlıklar ve genellikle kabul edilen seviyenin altına inilmesine tahammülü kalmamıştır.
- Kaliteyi sağlamada sadece muayeneye güvenmeyin. Kaliteyi yükseltmek için istatistiksel delilleri geliştiriniz.
- Sadece parasal değerlendirmeler yapmaktan vazgeçiniz. Başka bir ifade ile fiyat etiketlerine dayalı ödüllendirme uygulamalarına son veriniz.
- Üretim ve hizmet sistemlerini sürekli iyileştiriniz.
- Eğitimi kurumsallaştırınız. Eğitim çalışanların kendilerini iyileştirmeleri ve başarılı olmaları için onlara yardımcı olmaktadır. TKY için özellikle alt kademe çalışanlarına sürekli eğitim verilmelidir.
- Üretimde çalışan işçilerin denetimi ve kontrolü için modern metotları geliştiriniz, liderliği kurumsallaştırınız.
- Korkuyu kaldırıp güven yaratınız. Çalışanlar destekleyici, yapıcı bir tutuma ihtiyaç duymaktadır.
- Bölümler arası engelleri, duvarları yıkınız. Kurumda çalışan herkes sorunları önceden görmek ve çözmek için bir takım halinde çalışmalıdır.
- İş gücünü sloganlar ve rakamsal hedeflerle zorlamayınız. İş gücünün gerektirdiği yeni üretim seviyesini tutturmak için çeşitli metotları geliştirmeden sayısal hedefleri, posterleri ve sloganları azaltınız.
- İş gücü için rakamsal kotalar koymayınız. İş standartlarının ve kotaların kullanılması yönetimi başarısız kılmaktadır. Hedeflerle yönetimden uzak durulmalıdır.
- Çalışanların işinden guru duymalarını sağlayınız. Yönetim, başarılı olmak için sorun çözme, bölümler içinde ve arasında iletişimi sağlama ve korkuyu yok etme, işçilerin işlerinden gurur duymalarını sağlama gibi konularda pozitif bir yaklaşım içinde olmalıdır.

- İş yerinde düzenli ve ciddi bir eğitim verilmeli ve yeniliklerin çalışanlara öğretilmesi için gereken sistemler kurulmalıdır. Kaliteyi geliştirmek ve verimliliği arttırmak yönetimin ve iş gücünün eğitilmesine ve kendini geliştirmesine bağlıdır.
- Değişimi başarmak için herkesi harekete geçirin.

Deming'e göre yukarıdaki kurallara ilave olarak, üreticiler istatistiksel işlem kontrollerini yaparken gönüllü olarak çeşitli ölçme aletlerini, masterları kullanarak gerekli testleri de yapmalıdırlar (Şimşek M., 2007: 113).

1.2.3.3. Joseph M. Juran

Deming gibi Juran¹⁴, da İkinci Dünya Savaşı sonrasında Japonya'nın yeniden inşası konusunda kalite devrimine önemli katkıda bulunmuş; hataların ve kayıpların iş gücü tarafından yapılan yanlışlıklardan çok sistem hatalarından kaynaklandığını vurgulamıştır. Deming'den farklı olarak Juran daha çok kalitenin yönetimi konusuna yoğunlaşmış; kalite kontrol tekniklerinin oldukça iyi geliştiğini fakat kalitenin nasıl yönetilmesi gerektiğine daha az ağırlık verildiğini öne sürmüştür (Günaydın, 2008).

Deming'in 14 ilkesine benzer şekilde Juran'ın da kalite anlayışını özetleyen 10 ilkesi bulunmaktadır (Şimşek H., 2007: 67, 68):

- Kalite iyileştirme fırsat ve ihtiyacı konusunda bir farkındalık yaratmak,
- Sürekli iyileştirme ve gelişme için amaç ve hedefler belirlemek,
- Belirlenen hedef ve amaçları gerçekleştirebilmek için bir kalite kurulu kurmak, problemleri saptamak, belirli bir iyileştirme projesi seçmek, projeyi hayata geçirebilecek bir takım oluşturmak, tüm süreci kolaylaştırıcı yeteneğe sahip bireyleri sürece dâhil etmek,
- Herkesi eğitmek,

¹⁴ 1904'te Romanya'da doğan Juran'ın ailesi 1912'de Amerika'ya göç ederek Minnesota eyaletine yerleşmiştir. 1924 yılında Minnesota Üniversitesini bitiren Juran, Bell telefon şirketinde çalışmaya başlamıştır. 1954 yılında Japon sanayini ayağa kaldırmak için amacıyla Japonya'ya davet edilen Juran bu ülkede önemli şirketlerin üst ve orta düzey yöneticilerine kalite kontrol konularında eğitimler vermiştir. Juran, Connecticut'taki Juran Enstitüsü'nün de kurucusudur (Şimşek H., 2007: 68).

- Problemleri çözmek için projeler geliştirmek ve başkaları tarafından geliştirilmesini özendirmek,
- İlerleme ve alınan mesafeyi denetlemek ve rapor etmek,
- Kalite iyileştirme sürecine katkıda bulunanları ve başarıyı görmek ve ödüllendirmek,
- Sonuçları çalışanlarla paylaşmak,
- Tüm süreç ve iyileştirmeleri mutlaka ölçmek ve kaydetmek,
- Yıllık iyileştirme ve alınan mesafeleri kurumsal sisteme ve bütün süreçlere yansıtmak ve bu yolla gelişme ve iyileştirme hızını korumak. Ödüllerin başarıyla koşut olmasına özen göstermek.

Juran'ın kalite geliştirme döngüsü müşteri gereksinimlerini belirlemek için Pazar araştırmasıyla başlamakta; bu gereksinimlerin karşılanıp karşılanmadığını ölçen Pazar araştırmasıyla bitmektedir. Bu sürece kalite zinciri denmektedir. İki Pazar araştırması arasındaki tüm süreçler kaliteli olmalı; başka bir ifadeyle müşteri gereksinimlerini sağlayacak şekilde olmalıdır. Bu gerçekleştirilmediği takdirde zincir en zayıf halkasından kopmaktadır (Yatkın, 2004: 13).

Juran kalite geliştirme çalışmaları ve bu çalışmaların yönetimi konusunda ise şu fikirlere sahiptir (Şimşek M., 2007: 120):

- a) Üst yönetim, kalitenin geliştirilmesinde etkin bir şekilde rol almalı ve bu tutumunu tüm çalışanlara açıkça belli etmelidir.
- b) Kalite yönetimi üç farklı evreden meydana gelir.
 - i. Karşılaşılan ani problemlerin çözümü için, İstatistiksel Proses Kontrolü kullanılmalıdır. Bu faaliyetler, kalite performansının ölçümü, standartlarla karşılaştırılması ve fark üzerinde çalışılması şeklinde olmaktadır.
 - ii. İkinci evre, firmanın uzun süreden beri içinde bulunduğu kronik problemlerin çözümüdür. Bu tip problemler sistemden

kaynaklanmaktadır. Sadece yönetim tarafından çözülebilecek bu problemlerin çözümü, firmanın kalite seviyesinde sıçramalar sağlayacaktır. Problemlerin çözümü için en uygun yol, firmanın farklı bölümlerinde bulunan elemanların bir araya gelerek oluşturdukları kalite geliştirme gruplarıdır. Kalite maliyetleri ve problem çözüldüğü zaman ortaya çıkacak kazanç düşünülerek, sözü geçen grupların ele alacakları problemler belirlenecektir. Bu tip problemlerin çözümlenebilmesi için gereken şart, yönetimin geçmişteki tutumunu bir kenara bırakıp, kesin destek vermesi olmaktadır.

iii. Üçüncü evre ise, kalitenin, firmanın diğer tüm yıllık planları ile paralel bir şekilde ele alınması sonucunda ortaya çıkan kalite planlarının oluşturulmasıdır. Dönem dönem belirlenen hedefler, alınan sonuçlara göre yeniden gözden geçirilip geliştirilecek ve böylece sistem devamlı kontrol altında tutulacaktır.

Son olarak Juran TKY'nin organizasyona yerleştirilip uygulanabilmesi için kullanılacak bir yöntem önermektedir. Bu yöntem Juran Üçlüsü olarak bilinmektedir. Kalite planlaması, kalite kontrol ve kalite iyileştirmeden oluşan bu üçlü şu şekilde açıklanabilmektedir (Şimşek H., 2007: 66, 67):

Kalite planlamasının 5 aşaması bulunmaktadır:

- Kalite amaçlarını belirleme,
- Bu amaçlara ulaştırabilecek planları yapma,
- Amaçlara ulaşmak için gerekli kaynakları belirleme,
- Amaçları kaliteye dönüştürme (başka bir ifadeyle planı uygulama),
- İlk dört basamağı bir kalite planı halinde özetleme

Kalite kontrol ise, performansı değerlendirme, performansı önceden belirlenmiş hedeflerle karşılaştırma ve farkı gidermek için yeni uygulamalar geliştirme olmak üzere üç basamağı içeren bir geri bildirim yapısı olmaktadır.

Juran üçlüsünün son basamağı olan *kalite iyileştirme* ise temel olarak geçmiş performansın daha iyi hale getirilmesini öngörmektedir. Bunun için; israfın azaltılması, ürün veya hizmetin sunumunun iyileştirilmesi, çalışanların memnuniyet düzeylerinin artırılması, karlılığın önemsenmesi ve son olarak müşteri memnuniyetine özen gösterilmesi gerekmektedir.

1.2.3.4. Kaoru Ishikawa

Ishikawa¹⁵, Japonya’da kalitenin gelişmesinde önemli bir rol oynamış olan “Kalite Kontrol Çemberleri” fikrini ortaya koymuş; bireylerin kendi başlarına kaliteyi geliştiremediklerini ve bunun ancak grup çalışması ile yapılabileceğini savunmuştur (Merter, 2006: 36). Ishikawa’ya göre, tüm çalışanlar kalite kontrol çalışmalarında aktif rol oynamaktadır. Sürekli ve yoğun eğitimle yaratıcılığı güçlendirmek ve işçilerin beyin güçlerini kullanmalarını sağlamak için kalite çemberlerinin uygulanmasından yana olan Ishikawa, yaklaşımında çalışanların yaptıkları işin kalitesinden birinci derecede sorumlu olduklarını belirtmektedir (Yatkın, 2004: 16).

Ishikawa yaklaşımının iki temel özelliği, müşterilerin tüm ihtiyaçlarının karşılanmaya çalışılması ve katılımcı yönetimin sağlanması olmaktadır. Ishikawa, üst ve orta kademe yönetimin yetki ve sorumluluklarının dağıtılmasını öngörmekte ve çalışanlara daha fazla yetki ve sorumluluk verilmesi gerektiğini savunmaktadır (Yatkın, 2004: 17).

Ishikawa toplam kalite kontrolünün başarısına ilişkin yedi faktörün önemine değinmiştir (Sarıkaya, 2003: 67):

- Toplam kalite kontrolünün kuruluşun tamamını ve tüm personeli kapsamı
- TKY konusunda kapsamlı ve genişletilmiş eğitim ve öğrenme programlarının uygulanması
- İyileştirme gereken tüm alanlarda kalite kontrol çemberlerinin kullanımı
- Kalite sisteminin yılda iki kez kuruluş yönetiminin denetlenmesi

¹⁵ Ishikawa, 1915’te Tokyo’da doğmuş, 1939’da Tokyo Üniversitesi Kimya Mühendisliği bölümünden mezun olmuştur. 1946’dan itibaren JUSE (Japon Bilim Adamları ve Mühendisleri Derneği) ve çeşitli sanayilerde istatistiksel kalite kontrolü anlatmış ve uygulamıştır (Yatkın, 2004: 16).

- Sorunların önlenmesi amacıyla istatistiksel tekniklerin yaygın kullanımı
- Ulusal düzeyde kalite kontrol tanıtım ve bilinçlendirme programlarının geliştirilmesi
- Yönetim ve iş görenlerin karşılıklı ilişkileri ile müşteriye bakışta yeni bir anlayışı hakim kılarak şikayetleri dikkatle incelemek, risk almayı teşvik etmek ve kontrol hakimiyetini geliştirmek

Ishikawa'nın TKY anlayışına ikinci büyük katkısı ise basit problem çözme yöntem ve tekniklerini her bilgi ve beceri düzeyindeki çalışanların anlayabileceği ve kullanabileceği tarzda iş ortamlarına uyarlaması olmuştur. Bu problem çözme yöntem ve teknikleri; neden-sonuç diyagramı, Pareto analizi, histogram, süreç akış şemaları ve çeteleler olarak sıralanabilmektedir (Şimşek H., 2007: 68, 69).

1.2.3.5. Philip B. Crosby

Fikirlerinin çoğu 1965-1979 yılları arasındaki 14 yıllık tecrübesinden kaynaklanan Crosby¹⁶; TKY konusundaki tartışmalarda sözü edilen "sıfır hata" kavramını 1960'larda Pershing füzesi projesinden sorumlu olarak Martin Corporation'da çalışırken ortaya koymuştur (Günaydın, 2008).

Crosby'nin kalite felsefesinin köklerini kendi geliştirdiği ve kalite yönetiminin mutlakları olarak gördüğü beş ilkede bulmak mümkündür. Bu beş ilke şu şekilde sıralanabilmektedir (Lian, 2001: 15):

- Kalite şık veya iyi olarak değil, önceden belirlenmiş ürün standartlarına uygunluk olarak tanımlanmaktadır.
- Kalite problemi diye bir şey yoktur; kalitesizlik problemi vardır.
- İlk defa yaparken doğru yapmak daima daha ucuzdur.
- Tek performans ölçümü kalitenin maliyeti olmalıdır.

¹⁶ 1926 yılında Batı Virjinya'da doğan Crosby, kalite öncüsü olarak ününü 1979 yılında kaleme aldığı ve yayımlandığı yıl "best seller" olan ve şu ana kadar bir milyondan fazla satmış olan "Kalite Bedavadır" adlı kitapla yapmıştır. "Sıfır hata", "ilk defa yaparken doğru yap" ve "beklentilere uygunluk" gibi toplam kalite literatüründe artık klişe haline gelmiş ve sloganlaşmış ilke ve kurallar Crosby tarafından geliştirilmiştir. (Şimşek H., 2007: 69).

- Tek performans standardı “sıfır hata” olmalıdır.

Crosby, eski yöntemlerde gözden geçirme, test etme ile yapılan kalite yöntemi yerine kısaca önleyici tedbir deyimini ön plana çıkarmıştır. Crosby’e göre önleyici tedbir mükemmelliği sağlayacak tek sistem olmaktadır. Bu noktadan hareketle, Crosby, dikkate alınması gereken konuları ve kalite gelişim sürecini göz önüne alarak 14 noktalık bir gelişim programı önermiştir (Şimşek M., 2007: 109, 110):

- 1) Yönetimin kesin kararlılığı
- 2) Kalite geliştirme grupları
- 3) Kalite ölçümü
- 4) Kalite maliyetinin belirlenmesi
- 5) Kalite bilincinin sağlanması
- 6) Düzeltici önlemlerin alınması
- 7) Sıfır hatanın planlanması¹⁷
- 8) Denetleyicilerin seçimi
- 9) Sıfır hata günü
- 10) Hedeften sapma
- 11) Hataların ve nedenlerinin yok edilmesi
- 12) Tanınma ve tanıtma
- 13) Kalite grupları
- 14) Yeniden başlama

¹⁷ Sıfır hata planlamasının aşamaları; kavramın ve programın tüm birim ve ekip yöneticilerine açıklanması, ihtiyaç duyulacak malzemelerin saptanması, sıfır hata programının nasıl uygulanacağını yöntem ve süreçlerinin belirlenmesi ve hata kaynağının yok edilmesi programının belirlenmesi ve nasıl uygulanacağını planlarının yapılması olarak sıralanabilmektedir (Şimşek H., 2007: 70, 71).

1.2.3.6. Armand V. Feigenbaum

Dr. Armand V. Feigenbaum¹⁸ kalite sorumluluğunun, üretim bölümünün çok daha ötelere kadar uzandığı yaklaşımını geliştirerek dünyadaki kalite çabalarına çok önemli bir katkıda bulunmuştur. Feigenbaum, ürünlerin kötü tasarlanması, yetersiz dağıtılması, yanlış pazarlanması ve müşterinin kullanımına düzgün destek verilmemesi halinde üretimde kalitenin elde edilmeyeceği kavramını geliştirmiştir. Feigenbaum'un, kalitenin organizasyonda yer alan tüm birimlerin sorumlu olduğu fikri geliştirilerek toplam kalite kontrolü olarak bilinmeye başlanmıştır. Feigenbaum, aynı zamanda kalite maliyetleri olarak bilinen kavramın, TKY yaklaşımını uygulamanın yararlarının ölçülmesinde bir araç olarak kullanılmasını da ortaya atmıştır (Şimşek M., 2007: 121).

Feigenbaum, toplam kalite kontrol ile ilgili iki temel sorumluluk olduğunu kabul etmektedir. İlk sorumluluk, ürünlere ilişkin kalite güvencesinin sağlanması; ikinci sorumluluk ise, üretimde optimum kalite maliyetlerinin sağlanması için gerekli yardımın yapılmasıdır. Feigenbaum, toplam kalite kontrol kavramında müşteri tatminini ön plana çıkarmakta, tepe yönetimin kalite ile ilgili sorumlulukları bireyler için ayrı ayrı tanımlanması gerektiğini savunmakta, toplam kalite kavramının organizasyon düzeyinde işlerliğini sağlamak için üst yönetimin katılımı, toplam kalite yaklaşımının organizasyon düzeyinde kabulünün sağlanması, eğitim, organizasyon kurulu, proje ekipleri ve ileri eğitimin gerekliliği üzerinde durmaktadır (Yatkın, 2004: 16).

Feigenbaum'un toplam kalite başarısı için öngördüğü 10 kıyaslaması ise şu şekilde sıralanabilmektedir (Hayran; Uz, 2008):

- Kalite, tüm şirketi ilgilendiren bir konu olmaktadır.
- Kalite, müşterinin söylediği şeydir.
- Kalite ve maliyet bir fark değil bir toplamdır.
- Kalite hem bireysel hem de ekip fanatizmi gerektirmektedir.
- Kalite bir yönetim biçimidir.

¹⁸ General Electric'in eski üretim ve kalite işlemleri müdürü olan Feigenbaum şu anda ulusal ve uluslararası şirketler için entegre üretim sistemi tasarım ve kurma çalışmalarını yapan General Systems Inc'in başkanıdır.

- Kalite ve yenilik birbirine bağımlıdır.
- Kalite bir etikettir.
- Kalite sürekli iyileştirmeyi gerektirmektedir.
- Kalite, üretimde en yüksek maliyet etkinlik ve en az para ağırlıklı olmak demektir.
- Kalite, müşteri ve üreticilerin birbirine bağılı olduğu bütüncül bir sistemle gerçekleştirilebilmektedir.

1.2.4. Toplam Kalite Yönetiminde Temel Unsurlar

Toplam kalite yönetiminin temel unsurları; müşteri tatmini ve müşteri odaklılık, katılımcılık, liderlik, sürekli geliştirme, sıfır hata, motivasyon ve sürekli eğitim olarak sıralanabilmektedir.

TKY'nin temel unsurları birbirini tamamlayarak bir bütün oluşturmaktadırlar. Bu unsurları ayrı ayrı düşünmek ve uygulamak mümkün olmamaktadır. Eğer organizasyonlar bu unsurlardan birini ya da birkaçını uygulamazlarsa tam bir başarı elde edememektedirler. Bunun için bu unsurları bütün olarak ele almak ve uygulamak gerekmektedir (Şimşek M., 2007: 134, 135). Aşağıda TKY'nin bu temel unsurları kısaca açıklanmaktadır.

1.2.4.1. Müşteri Tatmini ve Müşteri Odaklılık

Düşük maliyette, yüksek kalitede ürün veya hizmet üretmek işletmeler için karlılık ve büyüme gibi hedeflerin gerçekleştirilebilmesi anlamına gelmekte; bunun için de müşteri tatmini gerekmektedir. Giderek artan üretim ve buna bağılı olarak oluşan ezici rekabet yüzünden artık işletmeler yaptığını satan değil satılabileni yapan bir anlayışa bürünmüşlerdir (Kuruşcu, 2003: 31). İşte bu noktada müşterilerin beklentileri doğrultusunda üretim yapıp; müşteri tatmininin sağlanması artan rekabet ortamında işletmeler için büyük önem kazanmıştır.

Bir ürün veya hizmetin müşteri beklentilerini karşılamaının beş koşulu bulunmaktadır. Bu koşullar; ürün veya hizmetin ihtiyaç duyulduğunda hazır ve

ulaşılabilir olması, müşteri için uygun yer ve zamanda müşteriye ulaştırılması, müşteriye mümkün olan en düşük maliyet yani fiyattan sunulmaları, ürün veya hizmetlerin güvenilir olması ve son olarak ürün veya hizmetin performansının üretim amaçlarıyla ve müşterinin beklentileriyle uyumlu olmasıdır (Şimşek H., 2007: 48).

Müşteri tatmini kişinin beklentileriyle ilgili bir kavramdır. Eğer kişinin beklentileri o malı veya hizmeti algılayışından büyük ise, yani o mal veya hizmet beklentilerini karşılayamadıysa burada bir tatminsizlik bulunmaktadır. Tersini durumda, yani eğer beklentisi o malı veya hizmeti algılayışından küçükse, başka bir ifadeyle mal veya hizmet beklentilerini karşılıyorsa, o zaman müşteri tatmininden söz edilebilmektedir (Merter, 2006: 52).

Müşteri Tatmini = Beklenti – Algılama

MT B A

$B > A$ ise müşteri tatmin olmamıştır.

$B < A$ ise müşteri tatmin olmuştur.

$B = A$ ise bir tepki yok demektir.

Günümüzde müşterilerin nasıl algılanması gerektiğini Freefort şirketinin başkanı L. L. Bean şu şekilde açıklamaktadır (Şimşek M., 2007: 136): “*Müşteri bu ofiste en önemli kişidir. Müşteri çalışmaya engel olan bir unsur değildir. İşin ana hedefi müşteridir. Biz ona hizmet ederek bir iyilik yapmış olmayız. O, bize kendisine hizmet verme imkanı tanıdığı için iyilik yapar. Müşteri ile hiçbir konuda kesinlikle tartışılmaz. Müşteri bize isteklerini sunar. Bizim görevimiz be istekleri hem ona hem kendimize kazanç olacak biçimde karşılamaktır.*” Müşteriyi ve müşteri memnuniyetini her şeyin üstünde tutan bu anlayış TKY anlayışının ürünüdür.

Koşulsuz müşteri memnuniyetini göz ardı etmenin riski oldukça yüksek olmaktadır. Yapılan araştırmalar, memnun olmayan müşterinin yüzde doksan altısının bir daha aynı yerden hiç hizmet almadıklarını, hizmetten memnun kalmayan müşterinin bu memnuniyetsizliğinden en az 9-10 kişiye daha bahsettiğini göstermektedir. İşletmeler için pazar payı kaybı anlamına gelen bu durum, rekabet gücünün azalması ve karlılık düşüşü ile zaman içerisinde işletmenin yok olmasına kadar gidebilecek bir sürecin de başlangıcı olabilmektedir (Kuruşcu, 2003: 32).

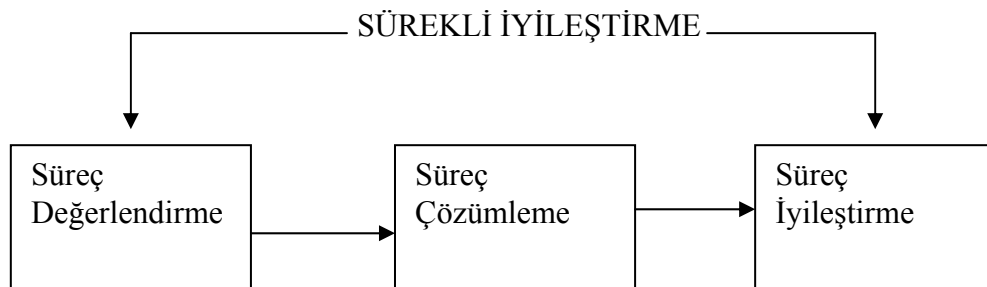
Müşteri memnuniyetinin sağlanması için ise ürünlerin ve süreçlerin devamlı olarak geliştirilmesi gerektirmektedir (Hill; Wilkinson, 1995: 9). Müşteri memnuniyetinin sağlanmasında da etkili olan sürekli geliştirme felsefesi aşağıda tanıtılmaktadır.

1.2.4.2. Sürekli Geliştirme (Kaizen)

TKY modelini ayakta tutan, hep daha iyiyi hedefleyerek gelişimi sağlayan sürekli geliştirme felsefesi olmaktadır. Sürekli geliştirme, tüm süreçlerin kalitesini içeren, bir süreçteki çıktıların değişkenliğini azaltan, sıfır hatayı hedefleyen, hedefleri en kısa zamanda tamamlayan ve endüstriyel süreçler aşamasında süreçlerdeki değişkenliği sıfıra götüren bir anlayış olarak tanımlanabilmektedir (Cartin, 1993: 13).

Sürekli geliştirme kavramını Shewhart ortaya atmış ve en başarılı uygulamaları da Kaizen adı altında Japonlar tarafından gerçekleştirilmiştir. Statik yönetim anlayışı planla ve uygula şeklindeyken bu kavram sayesinde dinamik hale getirilmiş ve planla-uygula-kıyasla-gereğini yap şeklinde değişmiştir (Kuruşcu, 2003: 35). Kaizen'i gerçekleştirmenin üç temel şartı bulunmaktadır. Bu şartlar (Merter, 2006: 71):

- a. Mevcut durumu yetersiz bulmak
- b. İnsan faktörünü geliştirmek
- c. Problem çözme tekniklerini yaygın biçimde kullanmak.



Şekil 1. Sürekli İyileştirme Yönteminde Üç Evre

Sürekli iyileştirmeyi uygulayabilmek amacıyla, Süreç Yönetimi uygulanmaktadır. Süreç Yönetimi kapsamında üç evre/on adımdan oluşan bir yöntem kullanılmaktadır. Bu yöntem Şekil 1.'de gösterilmektedir. Süreç değerlendirme

evresinde süreç iyileştirme grubunun ve süreç kapsamının belirlenmesi, süreç akışının saptanması, müşteri gereksinimlerinin belirlenmesi ve süreç performansının değerlendirilmesi adımları yer almaktadır. Süreç çözümü evresinde; sürekli geliştirme için kıyaslama bilgilerinin elde edilmesi, süreçteki sorunların çözümlenmesi, alternatif çözümlerin belirlenmesi ve yeni çözümün kullanıcılara benimsetilmesi adımları bulunmaktadır. Son evre olan süreç iyileştirme evresinde ise, yeni çözüm için pilot uygulama yapılması ve sonuçların ölçülmesi ile yeni çözümün şirket çapında uygulamaya konulması adımları yer almaktadır (Şimşek M., 2007: 138, 139).

Son olarak, sürekli gelişmenin yararları ise şu şekilde sıralanabilmektedir (Ulukanoğlu, 2001):

- Kuruluşun tüm etkinliklerinde bir canlılık meydana gelmektedir.
- Topluluğun aynı hedef ve amaç doğrultusunda çalışması sağlanmaktadır.
- Bölümler kendi işlerini daha etkili ve verimli biçimde yürütmektedirler.
- Etkileşim içinde olan bölümlerin sorunları kısa yoldan ve kalıcı biçimde çözümlenmektedir.
- Çalışanların bilgi ve beceri düzeyi yükselmekte; motivasyonları artmaktadır.
- Verimlilik ve diğer temel rekabet unsurları daha hızlı bir gelişme göstermektedir.

1.2.4.3. Katılımcılık

Yoğun rekabet koşullarında bilinçli müşterilerin ihtiyaçlarını gidermek ve ortaya çıkan fırsatları yakalayabilmek, çalışanların inisiyatifini kullanmasına izin veren çalışma şekilleri ile mümkün olabilmektedir (Gencel, 2001: 179). Bu sebeple, çalışanların katılımı çağdaş yönetim düşüncesinin temel taşlarından birini oluşturmaktadır. Genel olarak çalışanların katılımı denildiğinde problemlerin çözümünde tüm çalışanların enerjilerinden faydalanılması anlatılmaktadır. Kaliteye ulaşmak, ürünün yapımından sunumuna kadar her hangi bir bölümde çalışan herkesin sorumluluğunu gerektirmektedir (Merter, 2006: 64). Bu sorumluluk da beraberinde çalışanların yönetime katılımlarını gerektirmektedir.

TKY’de herkesin etkin katılımı söz konusu olmakta; katılım sadece kalitede sürekli gelişim için değil, motivasyonu arttırıcı ve eğitsel katkısı açısından da önemli bulunmaktadır. Karar alma sürecinde ise yalnızca danışılarak da olsa çalışanların katılımının sağlanması durumunda, işgörenler alınan kararları daha dikkatli olarak uygulamaya eğilimli olmaktadır. Katılımcılık ile insan kaynaklarının bütün yetenek ve becerilerinden yararlanılmakta ve organizasyonun iç bölümlerinin koordineli bir şekilde çalışmaları sağlanmaktadır (Kıngır, 2006: 55).

Çalışanların katılımının organizasyona sağladığı faydalar ile ilkenin uygulanabilmesi için yapılması gerekenler ise aşağıdaki şekilde sıralanabilmektedir (Merter, 2006: 65):

Temel faydaları;

- Organizasyonda motive olmuş, sadakatli ve katılımcı çalışanlar,
- Kendi performanslarından sorumlu çalışanlar,
- Organizasyon amaçları yenilikçilik ve yaratıcılık olan çalışanlar,
- Sürekli iyileştirmeye katılmaya ve katkıda bulunmaya kararlı çalışanlar yaratmak olarak sıralanmaktadır.

Bu ilkenin uygulanabilmesi için yapılması gerekenler;

- Organizasyona katkılarının ve organizasyonda oynadıkları rolün önemini anlayan çalışanlar,
- Performanslarının sınırlarını belirlemiş çalışanlar,
- Sorunların olduğunu ve bu sorunları çözmekle sorumlu olduğunu kabul eden çalışanlar
- Kişisel amaç ve hedefleri doğrultusunda performanslarını değerlendiren çalışanlar,
- Yetkinliğini, bilgisini ve tecrübesini arttırmak için aktif olarak fırsat arayan çalışanlar,

- Bilgi ve tecrübelerini aktif şekilde paylaşan çalışanlar,
- Sorunları açık bir şekilde tartışan çalışanlar oluşturulmalıdır.

Sonuç olarak, TKY'nin başarılı bir şekilde uygulanabilmesi, çalışanların toplam kalite faaliyetlerine gönülden katılmaları ile gerçekleşebilmektedir. Katılım için, kalite bilincinin oluşturulması, motivasyonu artırıcı ortam ve tekniklerin sağlanması gerekmektedir. Motivasyon sürekli eğitimle desteklenirse katılımdan yüksek başarı elde edilebilmektedir. Elde edilen başarılar motivasyonu daha da arttıracığından katılım güçlenecektir. Katılımın güçlenmesi iletişim, motivasyon ve eğitimin yükselmesine de neden olacaktır. Bu çerçevede, TKY'de sürekli gelişim için motivasyon, eğitim, katılım ve başarı arasında sürekli ve yararlı bir döngü oluşacaktır (Efil, 1995: 178).

1.2.4.4. Liderlik

Genel anlamda liderlik; danışmanlık, güven, sevgi, tutarlılık, devamlılık, sabır, etkileyebilme, karar verme, risk, karizma, kültür, vizyon ve yüksek özgüven isteyen bir durum olmaktadır (Merter, 2006: 61). Başka bir ifade ile liderlik, belli bir grubu, liderin amaçları ve hedefleri doğrultusunda iletişim sürecini kullanarak etkileme ve yönlendirme süreci olarak tanımlanabilmektedir (Ünsar, 2007: 2). TKY'nin uygulanmasında bu özellikleri en üst seviyede taşıyan etkin bir liderin olması son derece önemlidir.

TKY felsefesinde tepe yöneticinin lider olması ve vizyon geliştirmesi gerekmektedir. Lider, işletmenin var oluş nedenlerini, gelecekte de varolabilmesi için belirlemekte ve bunu tüm organizasyon tarafından paylaşılan ortak değerler haline getirmektedir. Liderin temel işlevi, stratejik planlar yapmak ve bunu en alt düzeydeki çalışana kadar indirgeyerek organizasyonu yönlendirmektir (Kuruşcu, 2003: 33).

TKY'nde yöneticilerin aynı zamanda lider olması gerekliliği yönetici ile lider arasındaki farklılığın ortaya konulmasını gerektirmektedir. Tablo 2.'de yönetici ile lider özellikleri karşılaştırılarak aralarındaki fark ortaya konmaktadır.

Tablo 2. Yönetici - Lider Özellikleri Karşılaştırması

| YÖNETİCİ | LİDER |
|------------------------------------|----------------------------------|
| Yönetir. | Yönlendiricidir. |
| Mevcut düzeni sürdürür. | Yenilik peşindedir. |
| Otoritesi statüsünden kaynaklanır. | Otoritesi kendisindedir. |
| Yetkileri kendisinde toplar. | Astlarını yetkilendirir. |
| İtaati vurgular. | Katılımı vurgular. |
| Planlara aşırı bağlıdır. | Alternatif yaklaşımlara açıktır. |
| Belirlenmiş amaçlara hizmet eder. | Yeni amaçlar ortaya atar. |
| İşi doğru yapar. | Doğru işi yapar. |
| Kontrolü vurgular | Güveni esas alır. |

Kaynak: Merter, Mehmet Emin (2006): *Toplam Kalite Yönetimi*, Ankara: Atlas Yayınları, sf. 63.

Tabloda da görüldüğü üzere TKY’nde yönetici klasik yönetim anlayışından farklı olarak sadece bir yönetici olarak değil bir lider olarak görev almalıdır. TKY’de liderlik görev ve sorumlulukları ise şu şekilde özetlenebilmektedir (Merter, 2006: 61, 62):

- Lider, takım çalışmasına inanmalı ve bu yöndeki çalışmalarını desteklemelidir.
- Lider, çalışanlar arasında saygı ve güven ortamı tesis edebilmelidir.
- Lider, önemli kararları alırken çalışanlara da danışmalıdır.
- Lider, organizasyonda müşteri üzerine odaklanmalı ve ona kaliteli hizmet sunmayı amaçlayan bir misyon üstlenmelidir.
- Lider, problem çözme konusunda kararlı olmalıdır.

TKY’nde liderlik bir anlamda “ben” değil “biz” diyebilmektir. Mutlak gücün yitirilmesi pahasına “biz” diyebilmek klasik liderlik anlayışına göre önemli bir dönüşümü vurgulamaktadır (Gencel, 2001: 182).

1.2.4.5. Sıfır Hata

Sıfır hata felsefesi¹⁹, tanımlanabilen hatanın kaynağını bulup izole ederek bir daha aynı hatanın olmamasını sağlamak ve işi ilk seferde doğru olarak yapmak felsefesine dayanmaktadır. Sıfır hata kavramını sadece nihai ürünün hatalardan arındırılmış olması şeklinde değil de, sürecin her aşamasında uygulamak gerekmektedir. Bu sayede sıfır hatada, üretimin her safhasında alınan önlemler ve yapılan düzeltmeler sayesinde ürün hatasız çıkmaktadır (Kıngır, 2006: 102).

Sıfır hatalı, kaliteli mal üretilmesinin ve müşterilerin %100 tatmin edilmesinin önemi Amerika’da yapılan bir araştırmayla ortaya konulmaya çalışılmıştır. Araştırma “eğer yapılan işlerde binde bir oranında hata çıksa idi neler olurdu” önermesinden yola çıkılarak yapılmıştır. Önermenin gerçek olması durumunda ortaya çıkacak durum şu şekilde açıklanmıştır (Şimşek M., 2007: 76):

- Her ay bir saat boyunca musluklardan sağlık kurallarına aykırı su akardı,
- Her saat 16.000 mektup kaybolurdu,
- Her yıl 20.000 yanlış reçete yazılırdı,
- Her hafta 500 yanlış ameliyat yapılırdı,
- Her saat 22.000 çek yanlış hesaba işlenirdi,
- İnsan kalbi binde bir hata yapsa; yılda 32.000 kere dururdu.

Görüldüğü gibi araştırmadan çıkan sonuç, binde bir oranında yapılacak bir hatanın bile çok büyük sorunlara sebep olabileceğidir. Bu sebeple, organizasyonların sıfır hatayla çalışmalarını artan rekabet ortamında varlıklarını sürdürebilmeleri açısından büyük önem taşımaktadır.

¹⁹ Sıfır hata programları 1962 yılında sistem güvenilirliğinin hayati önem taşıdığı ABD Hava Kuvvetlerinde, hata oranını azaltmak ve sonuçta sıfıra indirmek amacıyla daha çok motivasyonel özellikleri olan bir sistem olarak geliştirilmiştir (Kıngır, 2006: 102).

1.2.4.6. Motivasyon

Yönetimin temel sorumluluğu sistemi geliştirmektir. Ancak bunu başarmak için gayretini ve vaktini büyük ölçüde insan ögesine tahsis etmek zorundadır. Sözü edilen insanın sistemi geliştirmek yani yeni ürünler, pazarlar, süreçler ve yöntemler yaratmak için yüksek bir motivasyona ihtiyacı bulunmaktadır (Efil, 1995: 175, 176). Bu noktada, motivasyon, insanları davranışsal değişikliğe, sorumluluk almaya, sorun çözmeye ve kendini geliştirmeye, değiştirmeye yönelten içselleştirilmiş istek olarak tanımlanabilmektedir. İnsanların çalıştıkları ortamdan tatmin olmaları motive olmalarına ve başarılı olmalarına yol açmaktadır (Yatkın, 2004: 26). Yine motivasyon, çalışanlara yaptıklarını sahiplenme hissi vererek, kendi hareketlerinden sorumlu tutarak, hareketlerini iyileştirmek için cesaretlendirerek, kendilerine güvenlerini arttırarak daha verimli çalışmalarını sağlamaktadır (Gencel, 2001: 180).

Motivasyonun iki önemli özelliği bulunmaktadır. Bunlardan ilki, motivasyonun kişisel bir olay olmasıdır. Birisini motive eden herhangi bir durum veya olay başkasını motive etmeyebilmektedir. İkinci özellik ise, motivasyonun ancak insanın davranışlarında gözlenebilmesidir. Motivasyon açısından önemli olan, kişilerin uygun ortamda kendileri için anlamlı ve değerli işleri yapmaları olmaktadır (Koçel, 1998: 434, 435).

1.2.4.7. Sürekli Eğitim

Sürekli eğitim ile ilgili olarak Ishikawa “kalite kontrol eğitimle başlar, eğitimle biter” demektedir. Kalite yönetiminde en önemli unsur insan faktörü olmaktadır. TKY sistemini uygulayan bir organizasyon, bu sistemi uygulamaya başlamasıyla eskiden beri uyguladığı mevcut klasik yönetim biçiminden çok farklı ve yeni bir sisteme geçmektedir. Bu sisteme adapte olmak için kişileri mesleki görevlerinde hazırlamak ve eğitim düzeyinin en son gelişmelere uyum göstermesini sağlamak önemli bir mesele olmaktadır. Bu çerçevede, çalışanların eğitimi ve yetiştirilmesi TKY'nin temel taşlarından birini oluşturmaktadır (Şimşek M., 2007: 136-137).

TKY, bir kurumun kalitesinin, çalışanların kalitesi ile paralel olduğunu göstermektedir. Kuruluşların kalitelerinin çalışanlarının kalitelerinden daha fazla olması beklenemediğinden; çalışanların sürekli eğitim alarak mesleki ve kişisel bilgi ve

becerilerini geliştirmeleri ve verilecek eğitimin planlı, etkili olması gerekmekte (Şentürk, 2008) ve böylelikle kurumun kalitesi arttırılabilmektedir.

Hackman ve Wagemon “Bir kurum nasıl öğrenebilir?” sorusuna karşılık olarak TKY’de öğrenmenin üç farklı çeşidini açıklamışlardır. Diğerinden öğrenmek (ekip çalışmasını öğrenmek), çalışma sürelerini ve performansını geliştiren yolları öğrenmek (problem çözme tekniklerini öğrenmek) ve son olarak ortak bir şekilde ne yapmak gerektiğini öğrenmek olarak sıralanabilen öğrenmenin üç farklı çeşidinde özellikle üçüncü tip öğrenmede sorumluluk yöneticilerin üzerinde yoğunlaşmaktadır (Wang, 2004: 399).

TKY’nde eğitimin, üst yönetimden alt düzeye kadar firmadaki bütün bireyleri içine alması gerekmektedir. Eğitim konuları; TKY felsefesi ve ilkeleri, takım kurma ve takım liderliği ile takım içinde etkin çalışma teknikleri ve kalite geliştirme yöntemleri olmak üzere üç ana başlıkta toplanabilmektedir. Bunların yanı sıra kendini geliştirmek isteyen personellerin kendi alanları ile ilgili eğitim almalarını sağlamak yine yönetime düşmektedir (Kıngır, 2006: 70).

1.2.5. Toplam Kalite Yönetimin Araçları

Toplam kalite yönetiminin araçları süreç akış diyagramları, kıyaslama, kalite kontrol çemberleri, beyin fırtınası, sebep-sonuç diyagramı ve pareto analizi olarak sıralanabilmektedir. Bu araçlar aşağıda kısaca açıklanmaktadır.

1.2.5.1. Süreç Akış Diyagramları

Süreç akış diyagramları, bir faaliyetin, ürünün veya sürecin gerçekleştirilmesinde takip edilen adımların ucuca eklenmesi ile faaliyet, ürün veya sürecin gerçekleşme evrelerinin sıralı bir şekilde görüntülenmesine yarayan bir kalite aracı olmaktadır (Merter, 2006: 80).

Süreç akış diyagramları hazırlanırken, önce organizasyonun mevcut durumunu gösteren ve faaliyetlere ilişkin işlemleri oluşturan adımların akış diyagramları çizilmektedir. Daha sonra hedeflenen durumu gösteren ve faaliyetlere ilişkin süreçte her şeyin doğru bir şekilde gerçekleşmesine ilişkin akış diyagramı çizilmektedir. Son olarak ise bu iki diyagram karşılaştırılmak suretiyle farklılıkların görülmesi ve problemlerin

tespiti mümkün olabilecek ve dolayısıyla gerekli çözümler geliştirilebilecektir (Halis, 2000: 135).

1.2.5.2. Kıyaslama

Kıyaslama, dünyada mevcut en iyi veya daha iyi uygulamaların araştırılması, bulunması ve sürekli iyileştirilmesi amacıyla bu uygulamaların kendi süreçlerine uyarlanması faaliyetlerinin tümünü ifade etmektedir. Üst bir performans düzeyine yöneltilecek en iyi uygulamaları araştırma anlamında da kullanılan kıyaslama, organizasyonların kendi içlerindeki benzer süreçlerle yapılabileceği gibi; başka alanlarda faaliyet gösteren kurum ve kuruluşlar ile ya da aynı alanda faaliyet gösteren kurum ya da kuruluşlar ile de yapılabilmektedir (Merter, 2006: 81).

Kıyaslamanın dört çeşidi bulunmaktadır (Fisher, 1998: 18-21):

İç kıyaslama, organizasyonların kendi içlerindeki benzer süreçlerin birbirleriyle kıyaslanmasını ifade etmektedir. Organizasyonun başarılı ve iyi çalışan bir süreci diğer süreçler için örnek alınmaktadır.

Rekabetçi kıyaslama da aynı pazarda yer alan ve süreçleri çok iyi düzenlenmiş olan rakip kuruluşlar inceleme konusu yapılmakta ve örnek alınmaktadır.

Fonksiyonel kıyaslama da başka alanlarda faaliyet gösteren ve rakip konumunda olmayan, süreçleri çok iyi düzenlenmiş kuruluşlar ve bu kuruluşların benzer süreçleri inceleme konusu yapılmaktadır.

Türdeş kıyaslama, aynı alanda faaliyet gösteren, konusunda çok başarılı ve lider konumda bulunan kurum ve kuruluşların tüm strateji ve süreçlerinin, organizasyonun kendi strateji ve süreçleri ile kıyaslanmasını ifade etmektedir.

Kıyaslama sürecinin belli başlı on aşamalı bir süreç olarak düşünmek mümkündür. Bu on aşama aşağıdaki gibi sıralanabilmektedir (Şimşek H., 2007: 231, 232):

- Neyin kıyaslanacağına karar verilmesi,
- Kıyaslama işini yürütecek bir grubun oluşturulması,

- Kıyaslanacak şirket ve kurumların belirlenmesi,
- Verinin toplanması,
- Toplanan verinin analiz edilmesi,
- Performans farkının ortaya konması,
- Farkın giderilmesi için hedeflerin geliştirilmesi,
- Uygulama planlarının yapılması,
- Uygulamaya geçilmesi ve uygulamanın gözden geçirilmesi,
- Başa dönülmesi ve sürecin tekrar edilmesi

1.2.5.3. Kalite Kontrol Çemberleri

Kalite kontrol çemberleri (KKÇ) etkinliklerini gönüllü olarak aynı iş yerinde yürüten küçük bir gruptur. Bu küçük grup sürekli olarak firma çapında kalite kontrolün bir parçası olarak bütün üyelerin katılımıyla kendini geliştirme ve karşılıklı gelişme, atölye içinde denetim ve ilerleme, kalite kontrol etkinliklerinden yararlanma işini yürütmektedir. Eğer amaç, mal ve hizmetlerin kalitesini arttırmaksa KKÇ “Verimlilik Çemberleri” veya “Problem Çözme Grupları” adını almakta; eğer amaç etkin bir yönetim kurmaksa KKÇ “Katılım Çemberleri” olarak adlandırılmaktadır (Şimşek M., 2007: 177, 178).

Kalite çemberlerinde öncelikle çözümü aranacak sorunlar belirlenmektedir. Daha sonra belirlenen sorunlar arasından en önce çözüme ulaştırılması gereken sorun demokratik bir şekilde üyelerce belirlenmekte, sonra bu sorun üyelerce analiz edilmeye çalışılmaktadır. Teknik uzmanlara da ihtiyaç duyulabilen bu süreçte, en etkin yöntem beyin fırtınası olmaktadır. Sorunun çözüm aşamasında ise, tüm üyeler demokratik bir şekilde çözüm önerilerini yönetime sunmaktadırlar (Özer, 2008: 255).

Kalite çemberleri uygulamasının amacı, insan kaynaklarının daha verimli kullanılmasını sağlamaktır. Kalite çemberleri uygulamalarıyla organizasyonda çalışan personelin kişisel yetenekleri geliştirilerek organizasyon amaçları doğrultusunda kullanılmaktadır. Kalite çemberleriyle çalışanların kendilerini sadece ellerini kullanan

bir alet olarak değil; yaratıcı gücü, beyin kapasitesi gibi özellikleriyle de üretim sürecinin bir ögesi olarak görmeleri sağlanmaktadır (Özer, 2008: 255).

1.2.5.4. Beyin Fırtınası

Beyin fırtınası, bir grup insanın yaratıcı bir şekilde düşünerek fikir üretmesinin ifade etmektedir. Bu yöntemde her üye bir fikir söylemekte, bu durum diğer üyelere de ilham oluşturmakta ve böylelikle fikirlerde bir artış olmakta ve çok sayıda fikir üretilmektedir (Merter, 2006: 83).

Grup çalışmalarında uygulanabilecek en etkin yöntemlerden biri olan beyin fırtınasının uygulanma amaçları şu şekilde sıralanabilmektedir (Kavrakoğlu, 1996: 23):

- Toplantının belirli bir düzen içinde yapılmasını sağlamak,
- Toplantıya katılan herkese eşit fırsat vermek, yararlı ve yaratıcı fikirlerin oluşmasını sağlamak
- Zamanın en verimli şekilde kullanılmasını sağlamak
- Grubun ortak sorunlarını ortaya çıkarmak
- Sorunlara ilişkin olarak hangi verilerin toplanacağına karar vermek
- Sorunu ortadan kaldırmaya yarayacak önerileri oluşturmak ve uygulanmalarına karar vermek
- Yeni bir uygulamada çıkabilecek olası sorunları önceden belirlemek

Beyin fırtınası yönteminin uygulanmasında öncelikle konu belirlenmektedir. Konu bir sorunun belirlenmesi ise olası sorunlarla ilgili; sorunların çözümüne ilişkin ise çözüme ilişkin çözüm önerileri sunulmaktadır. Tüm fikirler açıklandıktan sonra, her fikir tek tek oylanmakta ve en çok oy alan öneriler üzerinde yeniden tartışılmaktadır. Son olarak ise ikinci oylamaya geçilmekte; bu oylama sonucunda öneriler önem sırasına göre belirlenmektedir (Merter, 2006: 84).

1.2.5.5. Sebep-Sonuç Diyagramı

Sebep-sonuç diyagramı belirli bir problemin veya durumun olası sebeplerini belirlemek, ortaya çıkarmak amacıyla kullanılmaktadır (Merter, 2006: 84). Literatürde “Ishikawa diyagramı” veya şekli nedeniyle “balık kılçığı diyagramı” olarak da bilinmektedir. Sebep-sonuç diyagramı altı aşamada özetlenebilmektedir (Şimşek M., 2007: 280):

- 1. aşamada sorun olabildiğince doğru ve tam bir şekilde tanımlanmaktadır.
- 2. aşamada tanımlanacak muhtemel sebep için temel gruplamalar belirlenmektedir. Herhangi bir sayıda gruplama mümkün olmakla birlikte “3M+1İ”(malzeme, metot, makine, insan gücü) en yaygın kullanılan gruplama şeklidir²⁰.
- 3. aşamada tüm üyeler beyin fırtınası oturumuna katılmaktadırlar.
- 4. aşamada tüm nedenler oylanmakta; üyeler birden fazla neden oy verebilmektedirler.
- 5. aşamada en yüksek oy alan nedenler işaretlenmekte; üyeler bu muhtemel nendeler üzerinde tartışma açabilmektedirler. Her türlü tartışma bittikten sonra geçilen ikinci oylamada herkesin tek oy hakkı bulunmaktadır.
- Son aşama olan 6. aşamada ise, en fazla oyu alan sebep, o soruna yol açıp açmadığını anlamak amacıyla doğrulanmaktadır.

Son olarak sebep-sonuç diyagramının faydaları şu şekilde sıralanabilmektedir (Tür; Durmuşoğlu, 1994: 23, 24):

- Yöntem sorunların üzerine giden aktif bir yönetimi geliştirmektedir.
- Diyagram hazırlanması, iletişimi güçlendirdiği gibi herkesin dikkatini belli bir noktaya toplamayı sağlamaktadır.
- Eğitici bir egzersiz olarak herkesin bilgisini geliştirmektedir.

²⁰ Makine, malzeme, metot, insan ve çevre olmak üzere beşli bir gruplandırma yapmakta mümkündür.

- Verilerin toplanmasını ve konuya bilgisel biçimde yaklaşmayı sağlamaktadır.
- Konuya hakimiyeti sınamak için iyi bir teknik olmaktadır.
- Tüm sorunlara uygulanabilmektedir.

1.2.5.6. Pareto Analizi

Pareto analizi²¹, kaliteyi etkilediği düşünülen tüm unsurların değerlendirilmesi için yapılan bir veri toplama tekniğidir. “80:20 Kuralı” olarak da bilinen teoride, birçok durumda ortaya çıkan sonuçların %80’inin, sebeplerin %20’sinden kaynaklanabileceği ifade edilmektedir. Başka bir ifadeyle hataların büyük bir kısmının sadece birkaç sebepten kaynaklanabileceği belirtilmektedir (Merter, 2006: 85).

Pareto analizinin veya “80:20” kuralının bir konuda ortaya çıkan problemlerin analizinde ve çözümünde kullanılmasının yöntemi aşağıdaki aşamalardan oluşmaktadır (Şimşek H., 2007: 237, 238):

- Analize konu olan problemin sınırlanarak araştırılabilir bir şekilde tanımlanması
- Probleme ilgili bilgi ve verinin toplanması
- Problemi oluşturan nedenlerin bir liste halinde ayrıştırılması
- Nedenlerin yüzdeler olarak belirlenmesi
- Verilerin XY çizelgesi üzerinde grafik olarak ifade edilmesi

Önemli sorunları önemsizlerden ayırmaya yarayan bir araç olan pareto analizinin kullanılmasının faydaları ise şu şekilde sıralanabilmektedir (Parlak, 2004: 69, 70):

- En önemli problemi belirlemektedir.
- Bir bakışta önem sırası görülebilmektedir.

²¹ İtalyan iktisatçı Vilfredo Pareto tarafından ortaya atılan ve Joseph Juran tarafından güncelleştirilen bir teoridir.

- Bütün faktörler içinde, ilgilenilen faktörün önem oranı görülebilmektedir.
- Görsel etki yolu ile ikna gücünü arttırmaktadır.
- Karmaşık hesaplara gerek duyulmadan kolaylıkla hazırlanabilmektedir.
- Geliştirme çabalarının sonuçları açıkça görülebilmektedir.

1.3. Ülkeler ve Kalite ödülleri

Kalite ödülleri TKY felsefesinin uygulama rehberi olarak düşünülmektedir. Amaç bir ödül sahibi olmak, saygınlık kazanmak, reklâm unsuru olarak kullanmak gibi görünen sebeplerden öte ödülün bir değerlendirme aracı olarak kullanılması ve böylece kuruluşun güçlü ve zayıf yönlerinin belirlenebilmesi olmaktadır (Kuruşcu, 2003: 37).

Kalite ödülleri toplumlarda işletme, kurum ve kuruluşlarda bir kalite bilincinin yaratılması ve özendirilmesi konularında önemli kamusal ve medyatik bir işlev yüklenmekte ve bu tür kalite ödülleri veren ulusal ve uluslararası kuruluşların, ilgilenen firma ve kuruluşlara sunduğu kalite danışmanlık hizmetleri de bulunmaktadır (Şimşek H., 2007: 266).

İlk kalite ödülü TKY anlayışının merkezi olarak bilinen Japonya'da Deming Ödülü ile verilmeye başlanmıştır. Japonya'yı kalite konusunda lider konuma getiren çalışmalar yapan ve Japonya'da kalite bilincinin oluşması ve gelişmesi konusunda önder olan Deming adına 1951 yılında verilmeye başlanan bu ödülü; MBNQA tarafından Amerika'da 1988 yılında verilmeye başlanan Malcolm Baldrige Ulusal Kalite Ödülü (MBNQA) ve daha sonra Avrupa Kalite Yönetim Vakfı (EFQM) tarafından 1992 yılında verilmeye başlanan Avrupa Kalite Ödülü izlemiştir. Daha sonra diğer ülkeler de ya bu ödülleri aynen kendilerine adapte ederek ya da kendi özgün ödül modellerini oluşturarak kalite ödülleri vermeye başlamışlardır (Kuruşcu, 2003: 41, 42).

Kalite ödüllерinin tanıtılmasına geçmeden önce, uygulamada en çok kullanılan ve diğer ülkelerde de örnek alınan Deming, MBNQA ve EFQM ödüllерinin farklılaştıkları temel noktalar olan amaçları ve kaliteyi tanımlama konuları Tablo 3'de gösterilmektedir.

Tablo 3. Deming, MBNQA ve EFQM Modellerinin Farklı Olan Özellikleri

| MODEL | AMAÇ | KALİTEYİ TANIMLAMA |
|---------------|--|---|
| DEMİNG | İstatistiksel kalite kontrolü sağlayan ve kalite güvencesini başarıyla uygulayan işletmeleri ödüllendirmek ve başarılarını sürdürmelerini sağlamaktır. | İçsel süreçlere odaklı olduğundan, kaliteye üretim süreçleri yönünden bakar ve kaliteyi spesifikasyonlara uygunluk olarak tanımlar. |
| MBNQA | Kalite mükemmelliği sağlayan işletmeleri ödüllendirmek ve başarılı kalite stratejilerini diğerleri ile paylaşılmasını sağlamaktır. | Müşteriye ve pazara odaklanma olduğundan kaliteyi müşteri tanımlamaktadır. |
| EFQM | Avrupalı işletmelerin özellikle Japon ve Amerikan rakiplerine küresel rekabet üstünlüğünü kaptırmalarını engellemektir. | Kalite içsel ve dışsal bir bütündür ve kaliteyi paydaşlar hep birlikte tanımlamaktadır. |

Kaynak: Emanet, Hakan (2007): “EFQM Mükemmellik Modeli ile Kamu Sektöründe Özdeğerleme Çalışmaları Üzerine Bir Saha Çalışması”, C.Ü. İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi, Cilt 8, Sayı 1, sf. 71.

1.3.1. Japonya: Deming Ödülleri

Deming Ödülü, Deming’in Japonya’ya yaptığı katkının bir göstergesi olarak kalite kontrolün iyileştirilmesi amacıyla JUSE²² tarafından yaratılmıştır (Pakdil, 2008). İlk kalite ödülü olan Deming Ödülü, pek çok diğer ödüle de örnek teşkil etmektedir. 1951 yılından itibaren verilen Deming Ödülü beş kategoride verilmektedir. Bu kategoriler şu şekilde sıralanabilmektedir (Kuruşcu, 2003: 45):

1. Bireyler için Deming Uygulama Ödülü
2. Küçük İşletmeler için Deming Uygulama Ödülü
3. Fabrikalar için Kalite Kontrol Ödülü
4. Denizaşırı İşletmeler için Deming Uygulama Ödülü²³
5. Japon Kalite Kontrol Madalyası²⁴

²² Japon Bilim adamları ve Mühendisleri Birliği

²³ Denizaşırı İşletmeler için Deming Ödülü 1984 yılından beri verilmektedir.

²⁴ Japon Kalite Kontrol Madalyası, TKY’de başarı göstermiş ve Deming Uygulama Ödülü almış işletmelerin ödülü aldıktan sonra başlamak üzere değerlendirilmeye alındıkları ve başarılarını devam ettirme yönünde çalışmalarını teşvik etmek amacıyla uygulamalarını kusursuz olarak yürüten işletmelere verilmektedir.

Deming uygulama modelinin amacı; kurum genelinde istatistiki kalite kontrole dayalı olarak kalite kontrolü başarıyla uygulayan firmaları ödüllendirmek ve gelecekte de aynı başarıları sürdürmelerini sağlamaktır. Modelin genel çatısı süreç analizi, istatistiksel metotlar ve kalite çemberleri gibi bir takım prensip ve tekniklerin üzerinde odaklanmıştır (Pakdil, 2008). Aday işletmeler 1'den 3'e kadar şu hususları yerine getirirlerse Deming ödülüyle ödüllendirilmektedirler (Kuruşçu, 2003: 47):

- a. Yönetici grupları: 70 puan ve üzeri
- b. Yönetici gruplarının bütün işletme ortalaması: 70 puan ve üzeri
- c. Değerlendirilen her hangi bir birim: 50 puan ve üzeri

Deming modeli 10 temel kriter üzerine kurulmuştur ve diğer modellerde olmayan bir uygulama ile modelin her kriteri 10 puana sahip olacak şekilde düzenlenmiştir. Söz konusu kriterler Tablo 4.'te, modelin genel yapısı ise Şekil 2.'de verilmektedir (Pakdil, 2008).

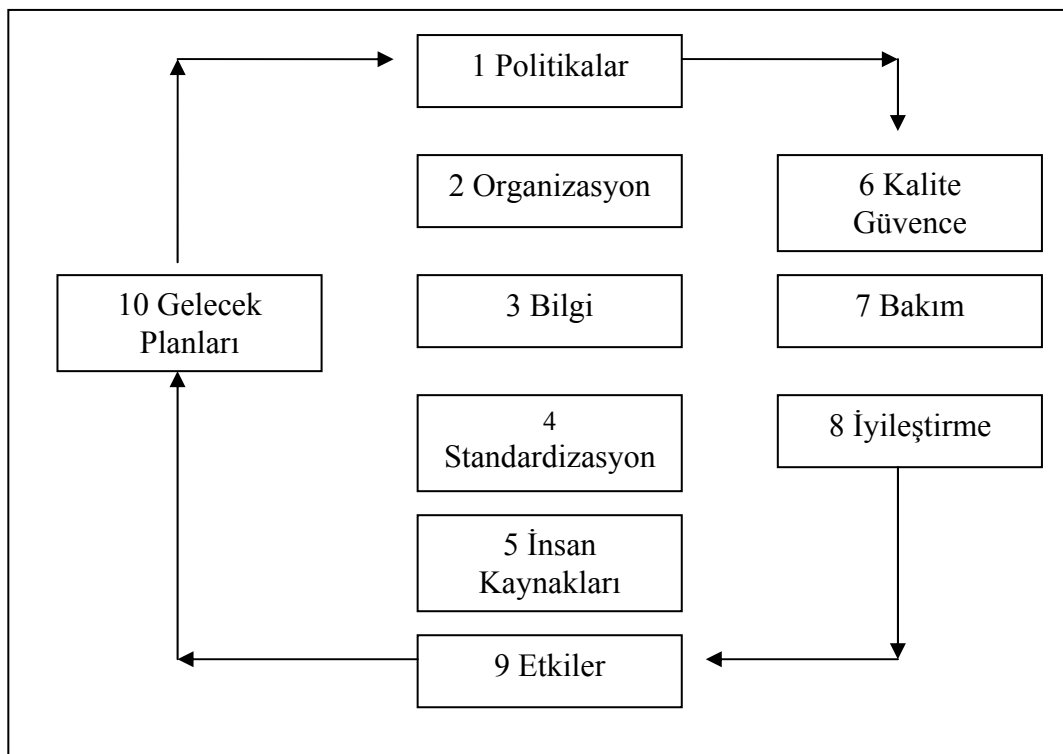
Tablo 4. Deming Uygulama Ödülü Kriterleri

| NO | KRİTERLER |
|----------|--|
| 1 | POLİTİKALAR |
| | 1. Kalite ve kalite kontrol politikaları ve bunların genel yönetimdeki yerleri |
| | 2. Politikaların anlaşılabilirliği (hedefler ve öncelikli ölçüler) |
| | 3. Politikaların yerleştirilmesi için metot ve süreçler |
| | 4. Politikaların kısa ve uzun dönem planlarla olan ilişkisi |
| | 5. Politikaların ve anlayışın yayılımı, politikaların gerçekleştirilmesinin yönetimi |
| | 6. Üst yönetim ve yöneticilerin liderliği |
| 2 | ORGANİZASYON |
| | 1. Organizasyonel yapının kalite kontrol ve çalışan katılımına uygunluğu |
| | 2. Yetki ve sorumlulukların netliği |
| | 3. Bölümlerarası koordinasyonun durumu |
| | 4. Komite ve proje takımları faaliyetlerinin durumu |
| | 5. Çalışanların aktivitelerinin durumu |
| | 6. İlişkili olan organizasyonlarla ilişkiler (grup şirketler, satıcılar, müteahhitler, satış şirketleri,vb.) |
| 3 | BİLGİ |
| | 1. Dahili bilgilerin toplanması ve iletişiminin uygunluğu |
| | 2. Harici bilgilerin toplanması ve iletişiminin uygunluğu |
| | 3. İstatistiksel tekniklerin veri analizine uygulanmasının durumu |
| | 4. Bilgiyi elde tutmanın uygunluğu |
| | 5. Bilgiden yararlanmanın durumu |
| | 6. Verileri işlemek için bilgisayarlardan yararlanma durumları |
| 4 | STANDARDİZASYON |

| | |
|----------|---|
| | 1. Standartlar sisteminin uygunluğu |
| | 2. Standartları oluşturma, revize etme ve yürürlükten kaldırma prosedürleri |
| | 3. Standartları oluşturma, revize etme ve yürürlükten kaldırmadaki performans |
| | 4. Standartların içeriği |
| | 5. Standartlardan yararlanma ve uyma durumu |
| | 6. Sistemik olarak geliştirme, toplama, kullanma ve faydalanma teknolojilerinin durumu |
| 5 | İNSAN KAYNAKLARI |
| | 1. Eğitim ve öğretim planları, geliştirme ve sonuçların kullanımı |
| | 2. Kalite bilincinin konumu, işleri yönetmenin bilinci ve kalite kontrolün anlaşılması |
| | 3. Kişisel farkındalık ve kişisel gelişimin motive edilmesi ve geliştirilmesinin durumu |
| | 4. İstatistiksel kavram ve metotların anlaşılması ve kullanımının durumu |
| | 5. Kalite kontrol çemberi geliştirme ve iyileştirme önerilerinin durumu |
| | 6. Ortak çalışılan kuruluşlarda insan kaynaklarını geliştirilmenin desteklenmesinin durumu |
| 6 | KALİTE GÜVENCE |
| | 1. Kalite güvence etkinlikleri sistemi yönetiminin durumu |
| | 2. Kalite kontrol teşhisi durumu |
| | 3. Yeni ürün ve teknoloji gelişiminin konumu(kalite analizi, kalite yayılımı ve tasarımın gözden geçirilmesi aktivitelerini kapsar) |
| | 4. Süreç kontrollerinin durumu |
| | 5. Süreç analizi ve süreç iyileştirmenin durumu(süreç kabiliyeti çalışmalarını içerir) |
| | 6. Muayene, kalite değerlendirmesi ve kalite denetiminin durumu |
| | 7. Üretim ekipmanı, ölçüm aletleri ve satıcıların yönetiminin durumu |
| | 8. Paketleme, depolama, taşıma, satış ve servis faaliyetlerinin durumu |
| | 9. Ürün kullanımı, imhası, telafisi ve geri dönüşümü |
| | 10. Kalite güvencesinin durumu |
| | 11. Müşteri memnuniyetinin durumunun kavranması |
| | 12. Güvenilirlik, güvenlik, ürün sorumluluğu ve çevresel korumanın durumu |
| 7 | BAKIM |
| | 1. Yönetim (PCDA) döngüsü kontrol aktiviteleri dönüşümü |
| | 2. Kontrol noktaları ve düzeylerini belirleme yöntemleri |
| | 3. Dahili kontrol durumları (kontrol kartları ve diğer araçların kullanım durumu) |
| | 4. Geçici ve sürekli ölçüleri kullanma durumu |
| | 5. Maliyet, miktar, dağıtım vb. operasyon yönetim sistemlerinin durumu |
| | 6. Kalite güvence sisteminin diğer operasyonel yönetim sistemleri ile ilişkisi |
| 8 | İYİLEŞTİRME |
| | 1. Konuları seçme metotları (önemli faaliyetlerle ilgili problemler ve öncelikli konular) |
| | 2. Analitik metotlar ve son teknolojilerin bağlantısı |
| | 3. Analiz için istatistiksel metotların kullanım durumu |
| | 4. Analiz sonuçlarının kullanımı |
| | 5. İyileştirme sonuçlarının teyid edilmesi ve bunların bakım/kontrol faaliyetlerine transferi |
| | 6. Kalite kontrol çemberlerinin katkısı |
| 9 | ETKİLER |
| | 1. Somut etkiler (kalite, dağıtım, maliyet, kar, güvenlik ve çevre gibi) |

| | |
|-----------|--|
| | 2. Soyut etkiler |
| | 3. Etkileri anlama ve ölçme metotları |
| | 4. Müşteri memnuniyeti ve çalışan memnuniyeti |
| | 5. İlgili şirketler üzerinde etki |
| | 6. Yerel ve uluslararası toplumlar üzerinde etki |
| 10 | GELECEK PLANLARI |
| | 1. Mevcut durumun anlaşılması |
| | 2. Problemlerin iyileştirilmesi için gelecek planları |
| | 3. Sosyal çevre ve müşteri ihtiyaçlarındaki değişimlerin tahmini ve bu değişimler üzerine kurulan gelecek planları |
| | 4. Yönetim felsefesi, vizyon ve uzun dönemli planlar arasındaki ilişkiler |
| | 5. Kalite kontrol faaliyetlerinin sürekliliği |
| | 6. Gelecek planlarındaki somutluk |

Kaynak: Pakdil, Fatma (2008): “Deming, Malcolm Baldrige ve EFQM Kalite Modellerinin Karşılaştırmalı Analizi”, <http://www.baskent.edu.tr/~americ/deming.doc>



Şekil 2. Deming Modeli²⁵

Deming modeli, kalite noktası olarak isimlendirilen ve modelin ana çatısını oluşturan 11 temel ilke üzerine kurulmuştur. Son olarak bu ilkeler şu şekilde sıralanabilmektedir (Pakdil, 2008):

- Yönetimin bağlılığının inşa edilmesi

²⁵ Pakdil, Fatma (2008): “Deming, Malcolm Baldrige ve EFQM Kalite Modellerinin Karşılaştırmalı Analizi”, <http://www.baskent.edu.tr/~americ/deming.doc>

- Kalite yönelimli politikaların belirlenmesi ve takip edilmesi
- Organizasyon ve politikaların gözden geçirilmesi
- Bilginin yetkilendirilmiş personele yayılımı
- Kalite hakkında bilgi toplanması, yayılması ve kullanılması
- Sadece istatistiksel süreç verilerinin değil, lojistik ve insanla ilgili konuların da analiz edilmesi
- Çalışanların plan, strateji ve odak noktalarının standardize edilmesi
- Parametrelerin sağlandığını garanti edecek bir kalite kontrol sisteminin kurulması
- Sürekli revize edilen spesifik kriterlere göre kalite güvencenin sağlanması
- Etki ve sonuçların açıkça tanımlanması
- Gelecek planlarının kaizen benzeri, zaman kısıtlarını bulan ve optimize eden süreçlere odaklı olmasıdır.

1.3.2. Amerika: Malcolm Baldrige Kalite Ödülü

1987’de kurulan Malcolm Baldrige Kalite Ödülü (MBNQA)²⁶ ABD’de kalite yönetimi için verilen en yüksek onurlandırma şekli olmaktadır. Ödül kalite bilincini teşvik etmekte, kalite ile ilgili başarıları onurlandırmakta ve başarılı kalite stratejilerini kamuya yaymaktadır. MBNQA yılda bir kez üç kategoride verilmektedir. Bu kategoriler küçük iş yerleri, büyük üreticiler ve hizmet şirketleri olarak sıralanabilmektedir (Yanmaz, 2008).

Amerika’da kullanılan MBNQA aşağıdaki Tablo 5.’te gösterildiği gibi 1000 puandan oluşan 7 alt gruptan oluşmaktadır.

²⁶ Ulusal Standartlar ve Teknoloji Enstitüsü (NIST) ve Amerikan Kalite Derneği (ASQ) ortak çalışması sonucu oluşturulmuştur (Pakdil, 2008).

Tablo 5. MBNQA Kriterleri

| DEĞERLENDİRME KONULARI (1995) | PUAN | |
|---|-------------|------------|
| 1. Liderlik | | 90 |
| 1.1. Üst Yönetimin Liderliği | 45 | |
| 1.2. Liderlik Sistemi Organizasyonu | 25 | |
| 1.3. Toplumsal Sorumluluk ve Bağlılık | 20 | |
| 2. Enformasyon ve Analizler | | 75 |
| 2.1. Bilgi ve Verilerin Yönetimi | 25 | |
| 2.2. Rekabet Karşılaştırmaları ve Kıyaslama | 15 | |
| 2.3. Analizler ve Firma içi Verilerin Kullanımı | 40 | |
| 3. Stratejik Planlama | | 55 |
| 3.1. Strateji Geliştirme | 35 | |
| 3.2. Strateji Uygulama | 20 | |
| 4. İnsan Kaynakları Gelişimi ve Yönetimi | | 140 |
| 4.1. İnsan Kaynakları Gelişimi ve Yönetimi | 20 | |
| 4.2. Yüksek Performanslı Çalışma Sistemleri | 45 | |
| 4.3. Çalışanların Eğitimi ve Geliştirilmesi | 50 | |
| 4.4. Çalışanların Memnuniyeti | 25 | |
| 5. Süreç Yönetimi | | 140 |
| 5.1. Ürün ve Hizmetlerin Tasarım ve Sunumu | 40 | |
| 5.2. Ürün ve Hizmet Üretimi ve Dağıtımı | 40 | |
| 5.3. Destek Hizmetleri | 30 | |
| 5.4. Tedarikçi Performansının Sonuçları | 30 | |
| 6. İş Sonuçları | | 250 |
| 6.1. Ürün ve Hizmet Kalite Sonuçları | 75 | |
| 6.2. Firma Operasyonel ve Finansal Sonuçları | 130 | |
| 6.3. Tedarikçi Performans Sonuçları | 45 | |
| 7. Müşteri Odaklılık ve Müşteri Tatmini | | 250 |
| 7.1. Müşteri ve Pazar Bilgisi | 30 | |
| 7.2. Müşteri İlişkileri Yönetimi | 30 | |
| 7.3. Müşteri Tatmininin Belirlenmesi | 30 | |
| 7.4. Müşteri Tatmini Sonuçları | 100 | |

| | | |
|------------------------------------|----|-------------|
| 7.5. Müşteri Tatmini Karşılaştırma | 60 | |
| TOPLAM | | 1000 |

Kaynak: Şimşek, Muhittin (2007): *Toplam Kalite Yönetimi*, İstanbul: Alfa Yayınları, sf. 303

Malcolm Baldrige Ödülünü kazanan organizasyonların ortak özellikleri ise şu şekilde sıralanabilmektedir (Parlak, 2004: 96):

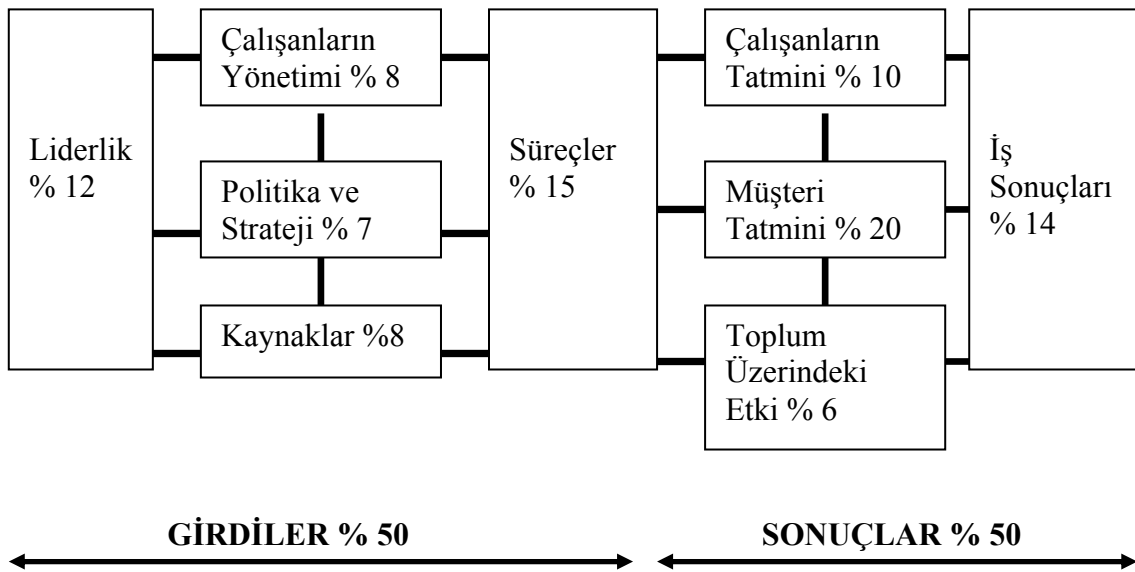
- Öncelikli liderlik
- Kalite stratejisi
- İşgörenin katılımı
- Gerçeğe dayalı uygulamalar
- Müşteriye yönelik kalite

MBNQA kriterlerinin kullanımının gittikçe artmasına rağmen, bu yaklaşım ile ilgili bazı zorluklarda bulunmaktadır (Şimşek M., 2007: 301):

- Baldrige Ödül Süreci uzun ve karmaşıktır. Baldrige Ödülü'ne başvurmak için hazırlık süreci ortalama olarak 10.000 – 50.000 saatlik bir çalışma gerektirmektedir. MBNQA ödül kriterlerini bilen birisi için bir başvurunun değerlendirilmesi dahi en az 15 – 20 saat almaktadır.
- Baldrige değerlendirme sürecinin yerine konulabilecek genel kabul görmüş bir değerlendirme aracı bulunmamaktadır.
- Küçük ve orta ölçekli işletmelerin sınırlı kaynakları ile dışarıdan uzman kiralama ve değerlendirme işlemlerini yapmaları zor olmaktadır.

1.3.3. Avrupa: EFQM Avrupa Kalite Ödülü

Avrupa Kalite Yönetimi Vakfı'nın geliştirdiği mükemmellik ödülü olan EFQM Avrupa Kalite Ödülü, genel olarak Malcolm Baldrige Kalite Ödülü ile aynı ölçütlere sahiptir. Aralarındaki fark Malcolm Baldrige Kalite Ödülünde 7 alt boyut varken EFQM modelinde 9 alt boyutun bulunmasıdır. EFQM modelindeki bu 9 alt boyut ve bu boyutların yüzde olarak etkisi Şekil 3.'de gösterilmektedir.



Şekil 3. EFQM İş Mükemmelliği Modeli²⁷

Şekil 3.'de gösterilen EFQM modeli, neden-sonuç arasındaki bağlantıları gösteren yönetim değişikliklerine dahil edilen bir çatı olarak tanımlanmaktadır. Organizasyonların süreçlerinin nasıl iyileştirileceğini göstermekte; iyileşen sonuçlarda anahtar paydaşların (finansal, müşteri, çalışanlar ve toplum) her birinin izlendiğini ifade etmektedir. Değerlendirmeleri ayrıntılı olarak tanımlanmasında ve modelin elemanlarının her biriyle organizasyon performansının belirlenmesinde kullanılan ağırlıklı skor mekanizması olmaktadır (Sarıkaya, 2003: 81).

Modele göre; çalışanların performansına ve mutluluğuna, kaynakların verimliliğine, yan sanayinin ve tüm toplumun güven duygusuna ve hatta barışa olumlu katkılar sağlayan TKY uygulamaları, önce yöneticilerin liderliği, sonra doğru şekilde doğru yerde ve zamanda sağlanan girdilerin, doğru süreçlerden geçerek doğru sonuçlara ulaşmasıyla gerçekleştirilmektedir. Şekildeki modelde okların iki yönlü olması sistemin dinamik yapısını ortaya koymakta; oklar sistemin sürekli iyileştirme ile yaşadığını göstermektedir (Parlak, 2004: 89, 90).

1.3.4. Türkiye: Türkiye Ulusal Kalite Ödülü

Toplam kaliteyi başarıyla uygulayan kuruluşların örnek modeller olarak ortaya çıkartılması ve TKY'nin daha yaygın bir biçimde uygulanmasının teşvik edilmesi

²⁷ Şimşek, Muhittin (2007): *Toplam Kalite Yönetimi*, İstanbul: Alfa Yayınları, sf. 307

amacıyla Kalder²⁸ ve TÜSİAD tarafından, her yıl TÜSİAD-KalDer Kalite Ödülü verilmektedir. Avrupa Kalite Ödülü (EFQM) modeli baz alınarak ilk defa 1993 yılında oluşturulan ödül, her yıl Kasım ayında sahiplerini bulmaktadır (Parlak, 2004: 87).

Ulusal Kalite Ödülü ile Türkiye’de kalite bilincinin yükseltilmesi ve yaygınlaştırılması, kuruluşların kaliteye yönelik çabalarının özendirilmesi ve başarılı kalite stratejilerinin tüm ülke yararına sunulması amaçlanmakta ve ödülün üç ana işlevi bulunmaktadır (Şimşek M., 2007: 323):

- Kalite bilincini ve TKY’yi ülke çapında yaygınlaştırmak,
- Kalite seviyemizin uluslararası ortamda saygınlık kazanmasını sağlamak,
- TKY sistemlerini kurmuş olan firmaların tanıtımını ve gündemde kalmasını sağlayarak TKY’ye olan ilgiyi arttırmaktır.

Ulusal kalite ödülü 3 ana kategoride verilmektedir. Bu üç kategoride ilk iki kategori kendi içinde de alt kategorilere ayrılmaktadır. Ulusal kalite ödülünün verildiği kategoriler Tablo 6.’da gösterilmektedir.

Tablo 6. Türkiye Ulusal Kalite Ödülü'nün verildiği Kategoriler

| | |
|--|---|
| İŞLETME KATEGORİLERİ | Büyük Ölçekli Kuruluşlar (Çalışan sayısı 250’nin üstünde) |
| | Operasyonel Birimler |
| | Bağımsız KOBİ ²⁹ (Çalışan sayısı 250’den az) |
| | Bağlı KOBİ ³⁰ (Çalışan sayısı 250’den az) |
| KAMU KATEGORİLERİ | Sağlık Hizmetleri Kategorisi |
| | Eğitim Hizmetleri Kategorisi |
| | Kamu Yönetimi ve Hizmetleri Kategorisi |
| SİVİL TOPLUM KURULUŞLARI KATEGORİSİ | |

Kaynak: Parlak, Sıdika (2004): *İşletmelerde Toplam Kalite Yönetimi*, Ankara: Ekin Kitabevi, sf. 88

²⁸ Kalite Derneği

²⁹ Küçük ve Orta Büyüklükteki İşletmeler

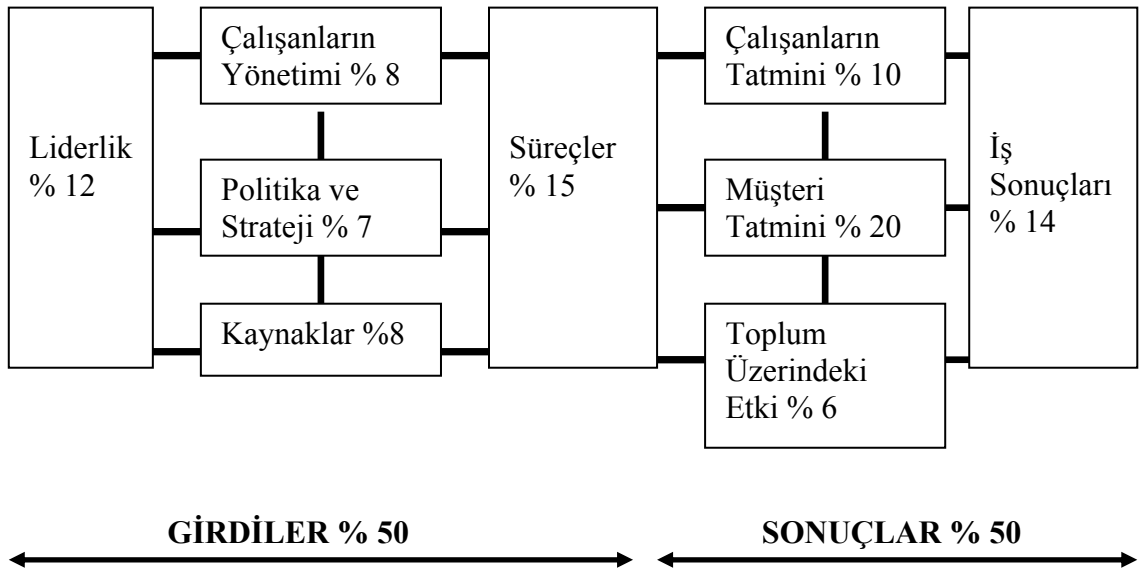
³⁰ Hisselerinin %25 veya daha fazlası bir holding veya gruba ait olan küçük ve orta büyüklükteki işletmeler

Ulusal Kalite Ödülü'nü almak isteyen kuruluşların sağlaması gereken koşullar şu şekilde sıralanabilmektedir (Kuruşçu: 2003: 111, 112):

- Başvuran şirketin son beş yıl içinde Ulusal Kalite büyük Ödülü³¹'nü kazanmamış olması gerekmektedir.
- Başvuruya temel olan kalite uygulamaları Türkiye'de yerleşik fabrika ve iş yerlerinde denetlenebilir olmalıdır.
- Türk şirketlerinin uluslararası faaliyetlerinin yönetim merkezi Türkiye'de bulunmalıdır.
- Başvuran kuruluşun son beş yıl içinde faaliyetlerinin yönetim merkezi Türkiye'de bulunmalıdır.
- Başvuran kuruluşun son beş yıl içindeki faaliyetlerinin asgari %50'si Türkiye'de yerleşik birimler tarafından gerçekleştirilmiş olmalıdır.
- Başvuran kuruluş, oteller, perakende satış mağazaları, bankalar veya restoranlar gibi birimlerden oluşan "zincir"e bağlı bir birim veya birim grubu olmamalıdır.
- Başvuran kuruluş bir şirketin bölüm, işletme, fabrika gibi alt birimleri olmamalıdır.

Yukarıda sayılan koşulları sağlayan kuruluşlar Ulusal Kalite Ödülü'ne başvurabilmektedirler. EFQM Kalite Ödül Modeli'nden esinlenerek oluşturulmuş olan Ulusal Kalite Ödülü yerel özellikler de dikkate alınarak oluşturulmuştur. Türkiye Ulusal Kalite Ödülü'nün Avrupa Kalite Ödülünden farkı ise, Kalder Ödülü'nün sadece Türkiye'de faaliyet gösteren kuruluşlara açık olmasına karşın EFQM ödülünün en az 5 yıl süreyle Avrupa'da faaliyet gösteren kuruluşlara açık olmasıdır. Başka bir ifadeyle Kalder Ödülü ulusal, EFQM ise uluslar arası niteliktedir. Kalder Ödül Modeli Şekil 4.'te gösterilmektedir (Kuruşçu, 2003: 113).

³¹ Ulusal Kalite Başarı Ödülü'nü alan kuruluşlar arasında en önde giden kuruluşlara verilen ödüdür (Kuruşçu, 2003: 110).



Şekil 4. Kalder Modeli³²

Girdiler kısmındaki kriterler kuruluşun iş sonuçlarına nasıl ulaştığını irdelerken; sonuçlar kısmındaki kriterler ise, kuruluşun iş sonuçları açısından ne elde ettiği ve etmekte olduğunu irdelemektedir (Sarıkaya, 2003: 90). Modelde yer alan dokuz ana kriterden her biri TKY faaliyetlerindeki başarı derecesini ölçmek amacıyla kuruluşların uygulayacağı özdeğerlendirme çalışmasında bir temel kriter olarak da kullanılabilir (Kuruşcu, 2003: 114).

1.3.5. Singapur: Singapur Kalite Ödülleri

Singapur'da işletmelerin; ürünleri, hizmetleri, yönetim sistemleri ve etkileşimde buldukları kişilerle ilgili toplam kaliteyi geliştirmek üzere Ulusal Verimlilik Kurulu tarafından Singapur Kalite Ödülü verilmektedir. Singapur Kalite Ödülü, üç büyük kalite ödülü olan Malcolm Baldrige Ulusal Kalite Ödülü, Deming Ödülü ve Avrupa Kalite Ödülü'nden yararlanılarak hazırlanmış bir ödül modeline sahiptir (Kuruşcu, 2003: 43).

Singapur Kalite Ödülü (SQA) 30 Ekim 1993'te ülkenin ulusal kalite stratejisinin bir parçası olarak başlatılmıştır. Tüm kamu ve özel sektör kuruluşları³³ SQA'ya başvurabilmektedirler. Her yıl ödülü kazanabilecek bir veya birden fazla kuruluş

³² Sarıkaya, Nilgün (2003): *Toplam Kalite Yönetimi*, Adapazarı: Sakarya Kitabevi, sf. 89

³³ Ticari birlik ve topluluklar hariç

olabileceği gibi, SQA'nın standartları karşılanmadığı takdirde hiç ödül de verilmeyebilmektedir (Şimşek M., 2007: 325).

1.3.6. Arjantin: Arjantin Kalite Ödülü

1994 yılında verilmeye başlanan Arjantin Kalite Ödülü büyük ölçüde Malcolm Baldrige Ulusal Kalite Ödülü'nden esinlenilerek oluşturulmuştur. Malcolm Baldrige Ulusal Kalite Ödülü ile arasındaki temel fark iş sonuçları üzerinde daha fazla durulmasıdır. Ancak Arjantin Kalite Ödülü'nün esin kaynağı sadece Malcolm Baldrige Ulusal Kalite Ödülü olmamakta; örneğin, liderlik, çalışanların tatmini, sosyal sorumluluk konularında Avrupa Kalite Ödülü'ne daha yakın durmaktadır. Kısaca, Singapur Kalite Ödülü'nde olduğu gibi karma bir model yapısına sahiptir (Kuruşcu, 2003: 43).

1.3.7. Avustralya: Avustralya Kalite Ödülü

Avrupa'da, ilk olarak, 1988 yılında Avustralya Girişimi tarafından verilmeye başlanan Avustralya Kalite Ödülü, Deming Ödülü ve Malcolm Baldrige Ulusal Kalite Ödülü'nden esinlenilerek yaratılan özgün bir model olarak ortaya çıkmıştır. Herhangi bir kategoride ödüllendirilecek işletme sayısı için bir kısıt olmadığından Deming ödülünde olduğu gibi rekabetçi bir yapısı bulunmamaktadır. Ödülün amacı, Avustralya'da kalitenin farkındalığının artmasına ve birçok organizasyonda gelişmiş kalite konumuna katkıda bulunmaktır (Kuruşcu, 2003: 44).

1.3.8. Danimarka: Danimarka Kalite Ödülü

Danimarka Kalite Ödülü 1993 yılında, Avrupa Kalite Ödülü'nün oluşturulmasından bir yıl sonra, Danimarka Kalite Topluluğu, Aarthuz İşletme Okulu (DIEU), Danimarka Mühendislik Yüksek Lisans Enstitüsü ve Danimarka'nın en büyük gazetesi Jylland Posten tarafından oluşturulan Foreningen Den Danske Kvalitespris adlı örgüt tarafından oluşturulmuştur. Birkaç küçük değişiklik dışında ödül modeli Avrupa Kalite ödülü ile hemen hemen aynıdır (Kuruşcu, 2003: 44-45).

Kalite ve toplam kalite yönetimi ile ilgili yapılan bu açıklamalardan sonra ikinci bölümde, sağlık hizmetleri ve sağlık hizmetlerinde toplam kalite yönetimi ele alınacaktır.

İKİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK HİZMETLERİ VE TOPLAM KALİTE ANLAYIŞININ SAĞLIK SEKTÖRÜNDE UYGULANMASI

Çalışmanın bu bölümünde sağlık hizmetlerinin tanımı, hastaneler hakkında genel bilgiler, hastane yönetimi ve bu çerçevede devlet hastanelerinin ve üniversite araştırma hastanelerinin yönetimi ve son olarak sağlık sektöründe toplam kalite yönetimi ele alınmaktadır.

2.1. Sağlık Hizmetlerinin Tanımı

İnsanların yaşamlarında en önemli şeyler arasında ilk sıralarda yer alan sağlık değişik şekillerde tanımlanabilmektedir. Dünya Sağlık Örgütü (WHO) sağlığı bireylerin bedensel, ruhsal ve sosyal yönleri bakımından iyi olma durumu olarak tanımlamaktadır.

Sağlık hizmetleri ise Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından, belirli sağlık kuruluşlarında değişik tip sağlık personelinden yararlanarak toplumun gereksinim ve isteklerine göre değişen amaçları gerçekleştirmek ve böylece kişilerin ve toplumun sağlık bakımını her türlü koruyucu ve tedavi edici etkinliklerle sağlamak üzere ülke çapında örgütlenmiş kalıcı bir sistem olarak tanımlamaktadır. Başka bir ifade ile, sağlık hizmetleri, hastalıkların teşhis, tedavi ve rehabilitasyonu yanında, hastalıkların önlenmesi ve toplum ve bireyin sağlık düzeyinin geliştirilmesi ile ilgili faaliyetler bütünü anlamına gelmektedir (Kavuncubaşı, 2000: 34).

Sağlık alanında üretilen mal ve hizmetler ekonomik olarak üretilen mal ve hizmetlerden farklılık göstermektedir. Sağlık hizmetlerinde gerek hizmet alan kişilerin gerekse hizmeti veren kişilerin, kendine özgü ayırıcı özellikleri bulunmaktadır. Bu noktada, sağlık hizmetlerini diğer sektörlerden ayıran özellikler şu şekilde sıralanabilmektedir (Güllülü vd., 2008: 34, 35):

- Sağlık hizmetlerinde tüketicinin bilgi düzeyi oldukça düşük olmaktadır. Bu sebeple, sağlık hizmetlerinde diğer hizmetlerden farklı olarak hizmet sunan personel önemli bilgi kaynağı olarak görülmekte ve değerlendirilmektedir.

- Tüketiciler sorun veya ihtiyaçları ortaya çıktığında buna çözüm yolları aramaktadırlar. Sağlık hizmetleri söz konusu olduğunda ise, hasta olan kişiler çoğu zaman bu durumdan kaçmaya veya görmezlikten gelmeye çalışmaktadırlar. Bu sebeple, sağlık hizmetlerinde talep ve tercihler diğer hizmetlerden daha farklı unsurların etkisinde kalarak oluşmaktadır.
- Tıp alanının kendine özgü kural ve yaptırımları bulunmaktadır. Hizmetin önceden alınıp denenmesi mümkün olmamakta; hizmet sunanın reklam faaliyetlerinden yararlanarak talebi etkilemesi ise oldukça sınırlı çerçevelerde söz konusu olmaktadır. Bu durumda personele güven öne çıkmaktadır.
- Sağlık hizmetlerinde ürünün nasıl olacağı veya kalitesi hakkındaki kesin bilgi diğer hizmetlere göre daha belirsizdir. Bu durumda tüketicinin risk algısı daha fazla olmaktadır.
- Sağlık hizmetlerini diğer hizmetlerden ayıran bir diğer nokta ise, sağlık hizmetlerinin müşteri odaklı olmamalarıdır. Başka bir ifade ile sağlık hizmetlerinde genel anlamda müşteri odaklılık anlayışı bulunmamaktadır³⁴.

Yukarıda belirtilen farklılıklar da dikkate alınarak sağlık hizmetlerinin özellikleri ise şu şekilde sıralanabilmektedir (Güllülü vd., 2008: 35):

- Sağlık hizmetleri toplumsaldır.
- Sağlık hizmetlerinin ikamesi bulunmamaktadır.
- Sağlık hizmetlerinin kendine özgü yapısı nedeniyle sağlık hizmetleri kar amacından çok sosyal amaç taşımaktadır.
- Sağlık hizmetlerine yönelik talep belirsizdir.
- Sağlık hizmetleri tüketicisinin bilgisi yetersizdir.

³⁴ Sağlık hizmetlerinin müşteri odaklı olmamalarının nedenleri arasında talep arzı aştığı için müşteri odaklılığa gerek duyulmaması ve müşteri odaklılığı sağlayacak kaynaklara sahip olunmaması sayılabilmektedir (Güllülü vd., 2008: 35).

Sağlık hizmetlerinin özellikleri ile ilgili verilen bu bilgilerden sonra, son olarak sağlık hizmeti kullanımını belirleyen çeşitli ana faktörlerden bahsedilmesi faydalı olacaktır. Sağlık hizmet kullanımını belirleyen ana faktörler, hazırlayıcı faktörler, kolaylaştırıcı faktörler ve gereksinim faktörleri olarak sıralanabilmektedir. Bazı bireylerin, diğerlerine oranla daha fazla hizmet kullanmaya eğilimi bulunmaktadır. Bu eğilim belirli bir hastalığın ortaya çıkışından önce var olan bireysel özellikler tarafından belirlenmektedir. Hazırlayıcı faktörler, bireyin bu toplumsal, ekonomik ve kişilik-davranış özelliklerini içermektedir. Bireyin hizmet kullanımı ve bundan doyum sağlamasına olanak tanıyan araçlara kolaylaştırıcı faktörler denmektedir. Son olarak gereksinim faktörleri ise, hastalığın algılanmasından sonra bireyin formel hizmet arama davranışı göstererek sağlık kurumuna yönelmesini ifade etmektedir (Kavuncubaşı, 2000: 61, 62). Bu faktörlerin içinde yer alan değişkenler Tablo 7., Tablo 8. ve Tablo 9.'da gösterilmektedir.

Tablo 7. Kullanımı Hazırlayıcı Faktörler

| HAZIRLAYICI FAKTÖRLER | | |
|---|------------------------|---|
| Demografik | Sosyal-Ekonomik | Tutum ve Davranış |
| Yaş | Eğitim düzeyi | Hekimlik hizmetlerini kullanma eğilimi |
| Cinsiyet | Meslek | Koruyucu hizmetlerin kullanımına ilişkin tutumlar |
| İrk | Gelir | Bireye göre sağlık hizmetlerinin değeri |
| Hane halkı sayısı | Toplumsal sınıf | Hastalık bilgisi |
| Medeni durum | İstihdam durumu | Tepki eşiği |
| Hizmet kullanımı ile ilgili geçmiş deneyimler | Etnik köken | Tıbbi bakımdan tatmin |
| Komşuluk ilişkileri | Dinsel köken | Sigorta palanından tatmin |

Kaynak: Kavuncubaşı, Şahin (2000): *Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi*, Ankara: Siyasal Kitabevi, sf. 61.

Tablo 8. Kullanımı Kolaylaştırıcı Faktörler

| KOLAYLAŞTIRICI FAKTÖRLER | |
|---------------------------------|-------------------------------|
| Aile | Kamusal Özellikler |
| Ailenin toplam geliri | İkamet |
| Sigorta durumu | Bölge |
| Düzenli bakım | Nüfusun hizmet kullanım oranı |
| Başvuru süresi | Yatak başına düşen nüfus |
| Ulaşım süresi | Hizmetin sürekliliği |
| Kuyrukta bekleme süresi | Hizmetin ulaşılabilirliği |
| Özel muayene olanağı | Ekonomik sistem |

Kaynak: Kavuncubaşı, Şahin (2000): *Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi*, Ankara: Siyasal Kitabevi, sf. 62

Tablo 9. Kullanımı Etkiyen Gereksinim Faktörleri

| GEREKSİNİM FAKTÖRLERİ | |
|------------------------------------|------------------------|
| Algılanan Hastalık Derecesi | Gerçek Hastalık |
| Rahatsızlık süresi | Tanı |
| Semptomlar | Semptomlar |
| Algılanan sağlık düzeyi | |
| Sağlıkla ilgili endişeler | |
| Ağrı, sızının yoğunluğu | |

Kaynak: Kavuncubaşı, Şahin (2000): *Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi*, Ankara: Siyasal Kitabevi, sf. 61

2.1.1. Etkili Sağlık Hizmetinin Özellikleri

Sağlık hizmetleri taşıdığı özellikler nedeniyle ekonomide üretimi yapılan diğer hizmetlerden farklı bir kategoride ele alınmaktadır. Sağlık hizmetlerinin bir takım özellikleri³⁵ bu hizmetlerin üretildiği sağlık hizmetleri piyasasına özgü koşullar ve farklı bir piyasa yapısı doğurmaktadır (Aktan; Işık, 2007: 11).

Sağlık hizmetlerinin toplumsal anlamda etkili olabilmesi, başka bir ifade ile toplumun sağlık statüsünde arzulan değişiklikleri yaratabilmesi için bir takım özelliklere sahip olması gerekmektedir. Bu çerçevede etkili sağlık hizmetinin özellikleri şu şekilde sıralanabilmektedir (Kavuncubaşı, 2000: 65, 66):

Kolay kullanılabilirlik, hem hizmetten yararlananlar hem de hizmet sunanlar açısından incelenebilmektedir. Hizmetten yararlananlar açısından kolay kullanılabilirlik,

³⁵ Sağlık hizmetlerinin taşıdığı dışsallık, belirsizlik altında tercih, asimetric bilgilenme, hastalık riskinin ve tüketim miktarının önceden belirlenememesi gibi.

bireylerin ihtiyaç duyduğu yerde ve zamanda hizmetlere ulaşabilmesi ve ihtiyaç duyduğu tüm hizmetleri yeterli miktarda kullanabilmesi olarak tanımlanabilirken; hizmeti sunanlar bakımından kolay kullanılabilirlik, hizmet sunan kişilerin, ihtiyaç duydukları ilaç, araç-gereç, hizmetler ve diğer sağlık personellerine kolay ulaşılabilmesi anlamına gelmektedir.

Kalite, hizmetlerin hem bilimsel norm ve standartlara, hem de bireylerin beklentilerine uygun olarak sunulması anlamına gelmektedir. Sağlık hizmetlerinde kalitenin sağlanması için, mesleki yeterlilik, kişisel kabul edilebilirlik ve kalitenin uygunluğu gibi konular önem taşımaktadır.

Süreklilik, sağlık düzeyini geliştirmek için birey ve toplumun sağlık durumlarının sürekli takip edilmesini ve gerekli önlemlerin alınmasını içermektedir.

Verimlilik, sağlık hizmetlerine ayrılan kaynakların ussal kullanılması anlamına gelmektedir. Verimlilik aracılığıyla, sağlık hizmetleri maliyetleri aşağıya çekilerek, bireylerin hizmetten yararlanma olanakları arttırılmaktadır.

2.1.2. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması

Sağlık hizmetlerinin sınıflandırılmasında kullanılan en yalın ve genel kabul görmüş sınıflandırma şekli amaçlarına göre sınıflandırma olmaktadır. Bu sınıflandırma şekline göre sağlık hizmetleri koruyucu, tedavi edici hizmetler, rehabilite edici hizmetler ve salgın geliştirilmesi hizmetleri olmak üzere dört grupta ele alınabilmektedir (Güllülü vd., 2008: 41). Aşağıda bu sağlık hizmetleri kısaca açıklanacaktır.

2.1.2.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Koruyucu sağlık hizmetleri, gelecekteki muhtemel hastalık ve sakatlığın riskini, ciddiyetini ve süresini en aza indirecek veya engelleyecek, hastanın farkında olmadığı hastalık belirtileri ortaya çıkmadan önce teşhis edip tedavinin hastalığın erken döneminde yapılmasını sağlayan hastalık öncesi sağlık hizmetlerini kapsamaktadır (Güllülü vd., 2008: 41).

Koruyucu sağlık hizmetleri kendi içinde çevresel sağlık hizmetleri ve kişiye yönelik sağlık hizmetleri olarak iki şekilde sınıflandırılabilir. Çevresel sağlık hizmetleri, evre sağlığını olumsuz etkileyen faktörlerin giderilerek, sağlıklı çevresel bir ortam yaratılması hizmetlerini içerirken; kişiye yönelik sağlık hizmetleri bağışıklaşma (aşılama gibi), beslenmeyi düzenleme, teşhis ve tedavi, aşırı doğurganlığın kontrolü, ilaçla koruma, kişisel hijyen ve sağlık eğitimi hizmetlerinden oluşmaktadır (Kılıç; Aksakoğlu, 1995: 42). Son olarak, koruyucu sağlık hizmeti sunan kurumlara örnek olarak ise, sağlık evi, işyeri reviri, sağlık ocağı, ana ocuk sağlığı ve aile planlaması merkezleri, laboratuvarlar, evre sağlığı birimleri ve dispanserler verilebilmektedir (Kavuncubaşi, 2000: 36).

2.1.2.2. Tedavi Edici Hizmetler

Tedavi edici hizmetler, koruyucu sağlık hizmetlerinin bir st kademesini oluşturan ve alt kademedeki koruyucu sağlık hizmetlerine göre daha fazla özel fayda içeren bir hizmet türü olmaktadır (Güllülü vd., 2008: 44). Tedavi edici hizmetler, temel olarak hekim sorumluluğunda, diğer sağlık personellerinin katkılarıyla gerçekleştirilmektedir (Kavuncubaşi, 2000: 39).

Tedavi edici sağlık hizmetleri birinci basamak sağlık hizmetleri, ikinci basamak sağlık hizmetleri ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri olmak üzere üç basamakta ele alınabilmektedir (Turan, 2004: 14; Aydın, Hatırlı, 2003: 132):

Birinci basamak sağlık hizmetleri genellikle hastaların hastaneye gitmeden önce başvurdukları ve gerekli görülürse bu sağlık kuruluşlarından hastanelere sevk edildikleri yerlerdir. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde yer alan hizmetler ilk yardım sağlık hizmetleri, sağlık kontrolü, acil tedavi hizmetleri, ayakta tanı ve tedavi hizmetleri, hasta sevk ve izleme hizmetleri, ambulans hizmetleri ve evde bakım hizmetleri olarak sıralanabilmektedir³⁶.

Hastalıkları birinci basamak sağlık hizmetleri ile giderilemeyen hastaların, hastanelere sevk edilmeleri sonucu, uzman doktorlar tarafından muayene ve tedavi

³⁶ Birinci basamak sağlık hizmeti veren kurumlara sağlık evleri, sağlık ocakları, ana ocuk sağlığı merkezleri, dispanserler örnek olarak verilebilmektedir.

edilmeleri ikinci basamak sağlık hizmetlerini oluşturmakta ve bu hizmetler yataklı tedavi hizmetlerini de içermektedir.

Son olarak, hastaların önemli ölçüde uzmanlık gerektiren bir tedaviye ihtiyaç duymaları durumunda üçüncü basamak sağlık hizmetleri devreye girmektedir. İleri teknoloji ile çalışan ve belirli alanlarda uzmanlık kazanmış olan ihtisas hastaneleri³⁷, eğitim hastaneleri ve üniversite hastaneleri bu basamakta yer alan sağlık kurumlarıdır.

2.1.2.3. Rehabilitasyon Hizmetleri

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

Rehabilitasyon hizmetleri tıbbi rehabilitasyon ve sosyal rehabilitasyon olmak üzere iki şekilde verilmektedir. Tıbbi rehabilitasyon hizmetleri, bedensel kalıcı bozukluk ve sakatlıkların düzeltilmesi, yaşam kalitesinin artırılması amacıyla verilen hizmetler olarak tanımlanabilmektedir³⁸. Sosyal rehabilitasyon hizmetleri ise, sakatlık ya da özürlü olan kişilerin, günlük hayata aktif olarak katılması, başkalarına bağımlı olmadan yaşayabilmesi amacıyla yapılan, işe uyum sağlama, yeni iş bulma ya da öğretme çalışmalarını kapsamaktadır (Hayran, 1998: 19).

2.1.2.4. Sağlık Geliştirilmesi

Sağlığın geliştirilmesi hizmetleri sağlıklı kişilerin, sağlık durumlarını daha üst düzeye yükseltmek için sağlanan hizmetler olarak tanımlanmakta ve bu hizmetlerde temel sorumluluk bireylere ait olmaktadır. Sağlık geliştirilmesi sağlık eğitimi³⁹ de kapsayan geniş kapsamlı hizmetleri ifade etmektedir (Kavuncubaşı, 2000: 46). Bu

³⁷ Onkoloji hastaneleri, akıl ve ruh sağlığı hastaneleri, kadın doğum hastaneleri gibi.

³⁸ Örnek, postür bozuklukların giderilmesi, ekstremitte protezlerin kullanılması, işitme ve görme vb. kusurların en aza indirgenmesi çalışmaları gibi.

³⁹ Sağlık eğitimi, bireyin sağlık ve hastalık, insan vücudu ve işleyişi, hastalıktan korunma ve başa çıkma, sağlık sistemi ve işlevleri, sağlık sistemini kullanma ve sağlığı etkileyen sosyal, politik ve çevresel faktörler hakkında bilgilendirilmesini içermektedir (Kavuncubaşı, 2000: 46).

çerçevede sağlığın geliştirilmesi sağlık eğitiminden daha kapsamlı olarak, çevreyi, ulusal ve uluslar arası boyutta politik ve sosyal yapıyı değiştirmeyi hedeflemektedir (Mackintosh, 1996: 15). Son olarak, sağlığın geliştirilmesi görevi, yalnızca sağlık kurumlarının sorumluluğunda olmamakta; ulusal ve uluslar arası bağlamda tüm özel ve kamu kurum ve kuruluşlarına sağlığın yükseltilmesi konusunda görevler düşmektedir (Kavuncubaşı, 2000: 46).

2.1.3. Türkiye’de Sağlık Hizmetleri

Sağlık hizmetlerine verilen önem, günümüz ülkelerinin sosyo-ekonomik kalkınmışlık düzeylerini belirleyen en önemli göstergelerden biri olmaktadır. Bundan dolayı devletlerin, sağlık hizmetlerini yerine getirebilmek için, gerekli alt yapıyı hazırlaması, bu hizmetleri verebilecek kurumlar oluşturması, bu kurumları gerekli araç ve gereçlerle donatması ve yeteri kadar uzman personel bulundurması gerekmektedir (Güllülü vd., 2008: 71).

Türkiye’de 1960 yılından beri, sağlık kuruluşlarının ve verilen sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi adına yapılan atılımlara rağmen sağlık koşulları ve sağlık hizmetlerine erişim konularında Türkiye, halen birçok orta gelirli Avrupa Birliği üyesi ülkelerden geri kalmış durumdadır. Ortalama yaşam süresinin Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü (OECD) ülkelerinin ortalamasının 10 yıl aşağısında olduğu Türkiye’de ölüm oranlarına bakıldığında ise Türk halkının ortalamasının, Türkiye ile benzer seviyede ekonomik ve gelişme düzeyine sahip ülkelerle kıyaslandığında oldukça düşük bir seviyede olduğu gözlemlenmektedir (Güllülü vd., 2008: 70, 71).

DPT’nin yayımladığı 2008 yılı programında ise sağlık sistemi konusunda mevcut durum şu şekilde özetlenmektedir⁴⁰: “Son yıllarda yürütölen etkili politikalarla sağlık sektöründeki insan gücü ve fiziki alt yapı konularında gelişme kaydedilmiş olmakla beraber, henüz ülkenin ihtiyaçlarını karşılar düzeye ulaşılamamıştır. Bunun başlıca nedenleri; fiziki alt yapı ve sağlık personelinin yetersizliği ve bölgeler ile il ve ilçe merkezleri arasındaki dengesiz dağılımı, koruyucu sağlık hizmetlerinin yeterli

⁴⁰ 2008 Yılı Programı, 18 Ekim 2007 gün ve 26674 sayılı resmi gazetede yayımlanan 15 Ekim 2007 gün ve 2007/12701 sayılı 2008 yılı programının uygulanması, koordinasyonu ve izlenmesine dair Bakanlar Kurulu Kararı eki, sayfalar 214-221, http://ekutup.dpt.gov.tr/program/2008_programi.pdf

düzeyle ulaşamamış olması, hizmete erişim ve finansmana ilişkin sorunlar, etkili bir sevk zincirinin oluşturulamaması ve sağlık bilincindeki eksiklikler.”

Bu çerçevede, DPT'nin 2008 yılı programında belirtilen sağlıkta fiziki mekân göstergeleri Tablo 10.'da gösterilmektedir.

Tablo 10. Sağlıkta Fiziki Mekân Göstergeleri

| | 2005 | 2006 | 2007(1) | AB(2) |
|---------------------------------|---------|---------|---------|-------|
| Yatak Sayısı | 192 658 | 196 667 | 201 600 | - |
| Yatak Başına Düşen Nüfus | 374 | 371 | 366 | 171 |
| Yatak Kullanım Oranı (%) | 64,5 | 64,4 | - | 77,5 |

Kaynak: DPT

(1) DPT tahminidir.

(2) AB ülkelerine ait olup, verisi bulunan en yakın yıl verilmiştir.

DPT raporuna göre, yatak sayısında yıllar itibariyle artış görülmekle birlikte yeterli seviyeye ulaşamamış olup; ülke genelindeki dağılım sorunları da devam etmektedir. İllerin sosyo-ekonomik gelişmişlik seviyesine göre yatak başına düşen kişi sayısı en gelişmiş olan bölgede 363 iken; en az gelişmiş olan bölgede ise 800'dür. Yatakların bölgeler arasında dengesiz dağılımı, sağlık personelinin de dengesiz dağılımına yol açan faktörlerden birini oluşturmaktadır. Bu çerçevede sağlık insan gücü göstergeleri Tablo 11.'de verilmektedir.

Tablo 11. Sağlık İnsan Gücü Göstergeleri

| | 2005 | 2006 | 2007(1) | AB(2) |
|--|---------|---------|---------|-------|
| Hekim Sayısı | 100 800 | 103 150 | 105 500 | - |
| Hekim Başına Düşen Nüfus | 715 | 707 | 700 | 315 |
| 100.000 Kişiye düşen Tıp Fakültesi Mezun Sayısı | 6,1 | 6 | - | 9,3 |
| Hemşire Başına Düşen Nüfus | 858 | 843 | - | 143 |

Kaynak: DPT

(1) DPT tahminidir.

(2) AB ülkelerine ait olup, verisi bulunan en yakın yıl verilmiştir.

DPT raporunda, fiziki mekân göstergelerinde olduğu gibi sağlık personeli sayılarında da iyileşme olmakla birlikte ülkenin ihtiyaçlarını karşılayacak seviyeye gelinememiş olduğu belirtilmektedir. Rapora göre, devlet hizmet yükümlülüğü ve

sözleşmeli personel uygulamasıyla yardımcı sağlık personeli ve pratisyen hekim dağılımındaki iyileşmeye rağmen, uzman hekim dağılımında yeterli düzelmeye sağlanamamıştır. Hekim açığının azaltılması için 1992 yılından itibaren yeni tıp fakülteleri açılmıştır. Ancak, 1992 yılında 24 adet tıp fakültesine 4.852 öğrenci kayıt yaptırmış iken; 2006 yılında 46 adet tıp fakültesine 4.813 öğrencinin kayıt yaptırdığı belirtilmektedir. Tabloda da gösterildiği üzere, AB ülkelerinde yüz bin kişiye düşen tıp fakültesi mezun sayısı 9,3 iken, bu rakam Türkiye’de 2000 yılında 7,5’ten 2006 yılında 6’ya düşmüştür. Raporda bu düşüşün devam etmesi durumunda gelecek yıllarda hekim açığının daha da artacağı belirtilmektedir. Aynı şekilde hemşerilerde de personel açığı belirgin şekilde devam etmektedir. Bölgeler arasındaki dengesizliğin nedeni olarak ise, zaten yetersiz sayıda olan sağlık personelinin ağırlıklı olarak büyük şehirlerde çalışma isteği gösterilmektedir (Akdağ, 2007: 65).

Türkiye nüfusunun sağlık durumuna bakıldığında ise, önemli ölçüde ilerleme sağlanmış olmasına rağmen; sağlık durumu OECD ülkelerinin gerisinde kalmaya devam etmektedir. Yaşam beklentisi 1970 yılında 55 yaş düzeyinde iken günümüzde 70 yaşa kadar yükselmiştir. Bebek ölüm hızı aynı dönem içinde %80 azalmış, anne ölüm oranı da %75 oranında gerilemiştir. Ancak ne var ki, Türkiye’nin yaşam beklentisi oranları, Dünya Sağlık Örgütü’nün Avrupa bölgesi ülkelerindeki ortalamadan yaklaşık 5 yıl; Avrupa Birliği üye ülkelerinin oranlarından 10 yıl düşüktür. Yine, Türkiye’nin bebek ölüm oranı tüm OECD ülkeleri arasında en yüksek değere sahiptir (Mollahaliloğlu vd., 2007: 3).

Türkiye’de bütünsel olarak bakıldığında, sağlık kurumlarında yönetim kalitesini sağlamak üzere özellikle mevcut yönetim yapılarının iyileştirilmesine yönelik tedbirler alınması gerekliliği ortaya çıkmaktadır. Bu çerçevede sağlık kurumları yönetiminde, yönetim kalitesini oluşturmaya katkı sağlayacağı düşünülen ilke ve uygulamalar şu şekilde sıralanabilmektedir (Asunakutlu, 2007: 442-444):

- Aşırı bürokratik ve hantal klasik örgüt yapısından; daha yatay, kurmay⁴¹ ilişkilerin hakim olduğu, esnek karar alabilen ve dinamik bir organizasyon yapısına geçilmelidir.

- Çalışanların ve üst yönetimin görev, yetki ve sorumluluklarının tam olarak tanımlandığı, yetki ve sorumlulukta denklik ilkesinin gözetildiği bir görevlendirme anlayışını içermelidir.

- Etkin bir iç iletişim sağlayacak, işbirliği ve ekip çalışmasını teşvik edecek ve geliştirici rekabete imkan sağlayacak bir örgütsel ortamı içermelidir.

- Çalışanların motivasyonuna ve eğitimine öncelik verecek ve çalışanlara kariyer ve yükselme imkanı sağlayacak dinamik bir yapıya sahip olmalıdır.

- Çalışma derecesi ile elde edilen gelir arasında korelasyonu sağlayacak esnek ücretlendirme modelini içermelidir.

- Modern yönetim araç ve yöntemlerinden etkin bir biçimde yararlanmalıdır.

2. 2. Hastaneler Hakkında Genel Bilgiler

Bu bölümde, hastanelerin tanımı, fonksiyonları ve son olarak sınıflandırılmaları konuları ele alınacaktır.

2.2.1. Hastanenin Tanımı

Dünya Sağlık Örgütü hastaneleri, müşahede, teşhis, tedavi ve rehabilitasyon olmak üzere gruplandırılabilir sağlık hizmetlerini veren, hastaların uzun veya kısa süreli tedavi gördükleri yataklı kuruluşlar olarak tanımlanmaktadır. Hastaneler, hasta ve yaralıların teşhis, tedavi ve tıbbi bakımları ile doğumların sürekli yapıldığı ve koruyucu hekimlik ile sağlık eğitimi hizmetlerinin verildiği kuruluşlar olarak nitelendirilebilmektedir (Yılmaz, 1997: 81). Hastanelerle ilgili diğer tanımlardan bir kısmı şu şekilde sıralanabilmektedir:

⁴¹ Kurmay danışmanlık, müşavirlik olarak tanımlanabilmektedir. Kurmay, yöneticilere yardımcı olma, öneri sunma, yol gösterme, araştırma yapma gibi işlevleri yüklenen kişiler olmaktadır (Kağızman, 2008: 87).

Hastaneler, hastalıktan şüphelenenlerin, hasta ve yaralı olanların, sağlık durumlarını kontrol etmek isteyenlerin, ayakta ya da yatarak müşahede, teşhis ve tedavi edildikleri, gerektiğinde doğum yapılan yerler olarak da tanımlanabilmektedir (Özgen, 1995: 69).

Hastaneler, her türlü sağlık hizmetlerinin, ekonomik olarak kesintisiz bir şekilde yürütüldüğü, eğitim, araştırma ve toplumsal sağlık hizmetlerinin sunulduğu, kar gözetmeyen, sağlık pazarında çevreden etkilenen, çevreden değişik girdileri alıp aynı çevreye vererek çevreyi etkileyen oldukça karmaşık yapıdaki, pahalı ve kendine özgü değişik özellikler gösteren, hastalara hizmete yönelmiş hizmet işletmeleri olmaktadır (Aktaş, 2002: 13).

Sistem yaklaşımına göre hastaneler, dinamik, değişken bir çevre içinde aldıkları girdileri dönüştürme süreçlerinden geçirerek çıktılarının önemli bir kısmını gene aynı çevreye veren, geribildirim mekanizmasına sahip sistemler olmaktadır (Turgay, 1996: 56). Bu tanımdan hareketle, hastaneler dinamik, değişken bir çevre içinde, aldıkları girdileri dönüştürme süreçlerinden geçirerek, çıktılarının önemli bir kısmını yine aynı çevreye vermektedirler. Hastaneler, dış çevreden para, hasta, araç-gereç, meslektaşmış kişiler, öğrenciler gibi girdiler almakta ve bu girdileri dönüşüm sürecinden geçirerek, çevreye hastalığı tedavi edilmiş birey, hizmetler, eğitilmiş iş gören gibi çıktılar vermektedirler. Hastanelerin bu girdileri kullanarak çıktılara dönüştürmesi sürecinde, hükümet düzenlemeleri, sigorta kuruluşları, hastanelerin çalışmalarını değerlendiren kurumlar, toplumun beklentileri, toplumun temsilcileri, hastanın yakınları, finansman mekanizmaları gibi kişi, kurum ve etkinlikler bazen sınırlayıcı, bazen de kolaylaştırıcı etkide bulunmaktadır (Kayahan, 2002: 8).

Hastanelerle ilgili yapılan tanımlardan sonra, son olarak hastanelerin amaçları ise şu şekilde sıralanabilmektedir (Schulz; Johnson, 1983: 34)⁴²:

- Yüksek nitelikli hasta bakımı ve tedavi hizmetlerini en düşük maliyetle gerçekleştirmek ve bunu gereksinim sahiplerine sunmak,

⁴² Aktaran, Levent Aydın, *Devlet Hastaneleri Yönetim Biçiminin Çalışanlar Üzerine Etkileri ve Kütahya Devlet Hastanesinde Bir Uygulama*, T.C. Dumlupınar Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Ana Bilim Dalı, Basılmamış Yüksek Lisans Çalışması, 2000, s. 78, 79.

- Milli gelirden ve hastalardan sağladıkları gelirleri en ekonomik şekilde kullanarak daha çok sayıda hastaya hizmet sunmak,

- Milli düzeyde istihdam politikasına, ekonomik ve sosyal kalkınmaya katkıda bulunmak için, en son tıbbi ve teknolojik bilgilere dayalı eğitim ve araştırma metotlarını kullanmak, hastalıkların önlenmesi ve tedavisi için gerekli önlemleri almaktır.

2.2.2. Hastanelerin Fonksiyonları

Hastanelerin fonksiyonları; tıbbi fonksiyonlar, idari fonksiyonlar, mali fonksiyonlar, teknik fonksiyonlar, eğitim ve araştırma fonksiyonları ve sosyal fonksiyonlar olarak sıralanabilmektedir. Aşağıda bu fonksiyonlar kısaca açıklanacaktır.

2.2.2.1. Tıbbi fonksiyonları

Tıbbi fonksiyonlar; hastalara, kendini hasta hissedenlere ve sağlık durumlarını kontrol ettirmek isteyenlere sunulan tıbbi tedavi, teşhis, gözlem, rehabilitasyon, klinik, poliklinik ve ameliyathane hizmetlerini kapsamaktadır (Aktaş, 2002: 14).

2.2.2.2. İdari fonksiyonları

İdari fonksiyonlar, hastanedeki tüm yönetim ve organizasyon faaliyetlerini kapsamakta; bu çerçevede, hastanede görev alan tüm çalışanların göreve başlatılması, görevlerine devamlarının sağlanması, motivasyon, planlama, haberleşme ve denetim hizmetlerinin yürütülmesi, izin, terfi, disiplin, emeklilik, kayıt ve dokümantasyon hizmetlerinin gerçekleştirilmesi görevleri idari fonksiyonların içinde yer almaktadır (Aydın, 2000: 85).

2.2.2.3. Mali fonksiyonları

Hastanelerdeki hastaların ve çalışanların gereksinimleri ile her türlü sağlık hizmeti üretim unsurları olan malzeme, araç ve gereç, hizmet, yiyecek, giyim gibi satın alınması, çalışan maaş, tazminat ve yolluk vb. ödemelerinin yapılması, bütçenin tanzimi gibi hastane ile ilgili bütün gelir ve gider işlemlerinin yönetimi mali fonksiyonlar arasında yer almaktadır (Aydın, 2000: 86).

2.2.2.4. Teknik fonksiyonları

Hastanelerdeki bina, malzeme, makine ve teçhizatların periyodik bakım ve onarımıyla sıhhi tesisat, kanalizasyon, aydınlanma, ısıtma ve havalandırma sistemleri, hastalar için gerekli çamaşırhane, terzi, mutfak, berber, bahçe hizmetleri teknik fonksiyonları oluşturmaktadır (Aktaş, 2002: 15).

2.2.2.5. Eğitim ve araştırma fonksiyonları

Birer eğitim kurumu olarak hastanelerin eğitim fonksiyonları arasında hasta ve yakınlarının eğitimi, öğrencilerin eğitimi, hastane personelinin hizmet içi eğitimi ile sağlık konularında kamuoyunun eğitimi sayılabilmektedir (Turgay, 1996: 59). Sağlık hizmetleri ve çevresi, hem tıbbi hem de organizasyon yapısı açısından çok hızlı bir değişim içinde bulunduğundan hastaneler açısından araştırma fonksiyonları da büyük önem taşımaktadır. Sağlık hizmeti veren hastaneler, değişime ayak uydurabilmek için, bir taraftan tıbbi araştırmaları sürdürürken diğer taraftan hastanedeki işletmecilik sorunlarını saptayıp çözüme yönelik araştırmalar yapmaktadırlar (Karakaş, 1998: 9).

2.2.2.6. Sosyal fonksiyonları

Her hastane işletmesinin sosyal sorumluluğu bulunmaktadır. Hastanelerin sosyal fonksiyonları sosyal hizmet uzmanları, halkla ilişkiler görevlileri ve gönüllüler grubu tarafından yürütülen hizmetleri kapsamaktadır (Bal, 2001: 24).

2.2.3. Hastanelerin Sınıflandırılması

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

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

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

Hizmet türüne göre hastaneler, genel hastaneler ve özel dal hastaneleri olarak iki grupta toplanmaktadır. Genel hastaneler, her türlü acil vaka ile yaş, cinsiyet farkı gözetmeksizin, bünyesindeki mevcut uzmanlık dallarıyla ilgili hastaların kabul edildiği hastaneler olmaktadır. Özel dal hastaneleri ise, belirli cinsiyet ve yaş grubu⁴³, hastalık türü⁴⁴ ve organ türü⁴⁵ ile ilgili hizmet veren hastanelerdir.

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

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

Hizmet basamaklarına göre hastaneler, birinci basamak hastaneler, ikinci basamak hastaneler ve üçüncü basamak hastaneler olarak üç grupta toplanmaktadır. Birinci basamak hastaneler, genellikle tedavisi kısa süren ve ileri teknolojik donanım gerektirmeyen basit hastalıkların tedavi edildiği hastaneler olmaktadır. İkinci basamak hastaneler, birinci basamak hastanelerde tedavisi mümkün olmayan hastalıkları tedavi etmektedir. Üçüncü basamak hastaneler ise, uzmanlaşmış tıp personeline, oldukça gelişmiş teknolojik donanıma ve olanaklara sahip hastanelerdir.

Hastanelerin çeşitli ölçütlere göre sınıflandırılmasına ilişkin bilgilerden sonra Türkiye'deki hastanelerin örgütlenmesi ve işleyişiyle ilgili olarak genel bazı özellikler şu şekilde sıralanabilmektedir (Seçim, 1995):

⁴³ Kadın hastalıkları ve doğum, çocuk gibi

⁴⁴ Onkoloji, tüberküloz gibi

⁴⁵ Göz, kemik, kalp damar gibi

- Türkiye'deki hastanelerin örgütlenmesinde ve işleyişinde katı bir merkeziyetçilik hakimdir. Hastane yönetiminin karar alanı çok daraltılmıştır. Örneğin, yükseköğretim mezunu çalışanların tayini doğrudan Bakanlık, ortaöğretimli çalışanların tayini ise Valilik onayı ile il sağlık müdürlükleri tarafından yapılmaktadır. Tayinlerdeki politik kararlarda dikkate alındığında bu durum, hastanelerde gereğinden fazla çalışan istihdamına ya da ihtiyaçların karşılanamamasına neden olmaktadır. Hastanelerin bütçesi yine Bakanlık tarafından belirlenmekte, belirli bir miktarın üstündeki harcamalar Bakanlık onayıyla gerçekleştirilmektedir.
- Hastanelerin işleyişini belirleyen yasal düzenlemelerin çoğu maalesef bilimsel esaslara dayanmamakta ya da günümüz koşullarına uygunluk göstermemektedir⁴⁶.
- Hastane içinde yürütülen her türlü faaliyetten Valiliğe ve Bakanlığa karşı sorumlu ve imza yetkisi olan görevli başhekim olmaktadır. Oysa idari ve mali nitelikte pek çok işi fiilen başkaları yapmaktadır. Bu nedenle hastanelerde teknik yetki ile statü yetkisi örtüşmemektedir.

2.3. Hastane Yönetimi

İnsanlar var olduğundan beri yapıla gelmiş olan yönetim, belirli bir işbirliği ve ilişki sistemi içinde bir araya gelen insanların, ortak amaçlarını gerçekleştirmek üzere yapacağı faaliyetlerin düzenlenmesi süreci olarak tanımlanabilmektedir. Başka bir ifade ile yönetim, iki yada daha çok kişinin bir amacı gerçekleştirmek için bir araya gelerek, belirledikleri amaca yönelik yaptıkları işlemlerin ve eylemlerin tümünü kapsamaktadır (Çakıroğlu, 2006: 8). Yönetimle ilgili bu kısa açıklamadan sonra hastane yönetimi ise, hastanelerde üretilen ve daha çok tedavi amacına yönelik olan karmaşık hizmetler bütünüünün planlanması, örgütlenmesi, eşgüdümlemesi ve denetlenmesi süreci olarak tanımlanabilmektedir. Ülkenin sağlık düzeyini en iyi seviyeye çıkarmak, sağlığını bir şekilde yitirmiş ya da yitirecek olan insanların tedavilerini en verimli ve etkin biçimde

⁴⁶ Örneğin, hastanelerin yatak ve işgören kadrolarını belirleyen Kadro Dağılım ve Kadro Kıstas Yönetmeliklerinde esas alınan kıstaslar belirsiz ve yetersiz olup, hastanelerin ve servislerin gerek birbirlerine göre, gerekse kendi içinde değişen iş yükünü dikkate almamaktadır. Yine kadroların oluşturulmasında gerçekçi bir iş analizi ve iş dizaynı yapılmamıştır. Bu durum hastanelerde çalışan verimliliğini olumsuz yönde etkilemektedir.

gerçekleştirmek hastane yönetiminin en önemli amaçları arasında bulunmaktadır (Karakılçık, 1997: 44).

Hastanenin yönetimden sorumlu en üst organı olan hastane yönetim kurulu, hastane yöneticisi ve hastane personelinin davranışlarını yönlendirmekte ve kurumsal politikaları belirlemektedir. Yönetim kurulu üyeleri, politika belirlemeyi en önemli birinci rol olarak görmektedirler. Yönetim kurulunun bir diğer önemli rolü, hastaneye gereksinim duyulan maddi⁴⁷ ve beşeri kaynakların⁴⁸ sağlanması olmaktadır. Yönetim kurulu üyeleri, hastane ve çevre arasında resmi bağlantı noktası olarak hastanede gerçekleştirilen değişiklikler hakkında topluma bilgi vermektedirler. Yine hastane yönetim kurulu üyeleri, kendi uzmanlık alanları ile ilgili konularda, hastane yöneticisine danışmanlık yapmaktadırlar (Kayahan, 2002: 11).

2.3.1. Hastane yönetiminin özellikleri

Sağlık hizmeti üreten hastaneler diğer hizmet örgütlerinden oldukça farklı özelliklere sahip bulunmaktadır. Karmaşık yapılı, aşırı işbölümü ve uzmanlaşmaya dayalı kuruluşlar olan hastanelerin bir diğer temel özelliği “teknoloji yoğun” merkezler olmalarıdır. Ayrıca hiyerarşik bir yapı gösteren çoğu hizmet örgütünün tersine yatay yapı gösteren hastaneler, bu anlamda birden çok yetki merkezinin bir arada bulunduğu, uzmanlık ve işbölümüne dayalı bir yönetsel yapının ön plana çıktığı örgütler olmaktadır. Yine, sunulan hizmetin kesintisiz, sürekli ve 24 saat temeline dayalı olması da hastanelerin yapı ve yönetimini diğer örgütlerden ayırmaktadır (Karakılçık, 1997: 53, 54).

Kamusal hizmet sunumu ön planda olan ve kar amacı ön planda olmayan ya da kamu yararını, bireysel veya özel çıkarın önünde tutan kurumlar olarak benimsenen hastaneler, sundukları hizmetleri daha etkin ve verimli üretebilmek için çok iyi bir örgüt yapısına ve etkili bir yönetime sahip olmak durumundadırlar. Bu anlamda her bir hastanenin sahip olduğu hizmet birimleri arasında verimli bir işbirliği, iş bölümü ve kusursuz işleyen bir iş akışı sağlanır ve buna yeterince değer verilirse etkin bir yönetimden söz etmek olanaklı olmaktadır (Karakılçık, 1997: 43).

⁴⁷ Finans, donanım gibi.

⁴⁸ Hekim, hemşire gibi.

Hastaneler diğer işletme turlerinden buyuk lde farklı özelliklere sahiptirler. Son olarak hastaneleri diğer işletme turlerinden ayıran yönetim özellikleri ise şu şekilde sıralanabilmektedir (Seçim, 1995):

- Hastane hizmetlerine olan talep, acillik ve reddedilmezlik özelliği göstermektedir. Hizmetin yurutulmesinden sorumlu olanların kararsızlık gösterme ve hata yapma toleransları çok dşuktur.
- Hastanedeki hizmetler kurumdan çok, mesleğine bağlı kişiler tarafından yurutulmaktadır.
- Verilen hizmetlerin tam tanımını ve lmunu yapmak zordur.
- Hizmetin yurutulmesi açısından, hekimler ve diğer görevliler üzerinde olması gereken rgtsel denetim mekanizması ya bulunmamaktadır ya da çok zayıf olmaktadır.
- Hastanede yapılan işler çok değişken, karmaşık, aşırı uzmanlaşmış, karşılıklı bağımlı ve ileri dzeyde koordinasyon gerektiren niteliktedir.
- Hastaneler organik yapıda kuruluşlardır. İkili yetki kanallarının varlığı rol belirsizliğine, rol çatışmasına, koordinasyon sorunlarına ve sorumluluk alanlarının karışmasına neden olmaktadır.
- Hastanelerde çok sayıda, farklı mesleklerden görevlilerin hizmet veriyor olması nedeniyle blmler arasında çatışmanın ve zıtlışmanın ortaya çıkması olasılığı çok yksektir. Hizmetler arasındaki karşılıklı bağımlılık da dikkate alındığında böylesi bir çatışmanın ortaya çıkması kalitenin düşmesine ve gereksiz gecikmelere neden olmaktadır.
- İnsan yaşamının korunması ve iyileştirilmesi temel amaç olduğundan bir çatışmanın ortaya çıkması durumunda rasyonel yönetim ilkelerinden vazgeilebilmektedir.
- Hastanenin dış çevresini oluşturan politik, yasal ve finansal kurumlarla ilişkileri çok karmaşık niteliktedir.

2.3.2. Hastane yönetim fonksiyonları

Hastanenin üst yönetimi, hastanenin organizasyonunu belirlemek amacıyla ana hatları ile organizasyon şeması oluşturmalı ve organizasyon içerisinde kaliteyi etkileyen işleri yürüten personelinin görev sorumluluk ve yetkilerini ve birbiri ile olan ilişkilerini, insan kaynakları yönetim prosedürü, personel işleri işleyiş prosedürü ve oluşturulan görev tanımlarını dokümanite ederek çalışanlarına duyurmalı ve bu görevlerini yerine getirebilmeleri için gerekli koşulları temin etmekle görevli olmaktadır (Önal, 2007: 9). Başka bir ifade ile yönetim kademesinde bulunan kişilerin temel görevleri, kuruluşun performansını yükseltmeye imkan veren sistemleri kurmak ve geliştirmek ve mevcut sistemi belirlenen hedefler doğrultusunda çalıştırmaktır. Sistem geliştirmek yöneticilerin görevi olup; yönetim kademesi yükseldikçe sistem geliştirme yetki ve sorumluluğu da artmaktadır (Tarım, 2000: 1029).

Hastanelerin fonksiyonel yapısı; tıp hizmetleri, hemşirelik hizmetleri, paramedikal hizmetler ve destek hizmetleri olmak üzere dört grupta incelenebilmektedir (Çakıroğlu, 2006: 18-20):

Tıbbi Hizmetler: Hastalığın teşhis ve tedavisiyle ilgili hizmetler bu gruba girmektedir. Hastanenin büyüklüğüne göre değişmekle birlikte, dahiliye, hariciye, kadın doğum ve çocuk olmak üzere dört ana bölüm bulunmaktadır. Ayrıca laboratuvarlar, ameliyathane, yoğun bakım, sterilizasyon üniteleri ile eczacılık hizmetleri de tıbbi hizmetlerin bölümleri arasında bulunmaktadır.

Hemşirelik Hizmetleri: Hastanın yatırıldıktan sonra barındırılması ve bakımıyla ilgili tüm hizmetleri kapsamaktadır. Hemşirelik hizmetlerine, başhemşire, başhemşire yardımcıları, servis sorumlu hemşiresi, servislerdeki tüm hemşireler, ebeler ve sağlık memurları dahildir.

Paramedikal Hizmetler: Paramedikal hizmetler tıbbi destek hizmetleri olmaktadır. Diyetisyen, röntgen, sosyal hizmet uzmanı, fizik tedavi uzmanı, laboratuvar teknisyen ve teknikerler, psikolog ve istatistikçinin yapmış olduğu hizmetler paramedikal hizmetlere girmektedir.

Destek Hizmetler: hastaların iyileşmesi için tıbbi ve idari olarak tıp ve hemşirelik hizmetlerini destekleyen hizmetler bu gruba girmektedir. Bu hizmetlerden en önemlileri; otelcilik ve lokantacılık hizmetleri, idari, mali hizmetler ve teknik hizmetler olmaktadır.

2.3.3. Hastane yöneticisi kavramı ve özellikleri

Yönetici, bir zaman dilimi içinde ve değişen çevre koşulları altında belirli amaçları gerçekleştirmek üzere maddi ve insani üretim faktörlerini uyumlu bir şekilde bir araya getiren ve çalıştıran kişiler olmaktadır (Uçar, 2005: 179). Hastane yöneticisi ise, yönetim kurulundan aldığı yürütme yetkisini kullanarak hastaneyi yöneten kişidir. Hastane yöneticisi, hastane faaliyetleri konusunda toplumu bilgilendirmekte, dış çevredeki gelişmeler hakkında bilgi toplamakta; bu bilgileri planlama ve karar verme süreçlerinde kullanmaktadır. Yine hastane yöneticisi, tıbbi birimler arasında eşgüdümü gerçekleştirmekte ve bu birimlerin düzenli çalışması için gerekli maddi ve beşeri kaynakların etkin bir şekilde kullanımını sağlamaktadır (Kayahan, 2002: 12, 13).

Hekimlerin yöneticiliğine ilişkin olarak başlıca üç tür yönetici-hekim tanımlaması yapılmaktadır (Hayran, 1998: 178):

Yöneticiliği meslek olarak yapan hekimler, yönetim ve işletme bilgi ve becerilerine sahip olarak tam yetki ile bir bölgenin, bir kuruluşun ya da bir hastanenin yönetiminden birinci derecede sorumlu olmaktadırlar.

Konumları gereği yöneticilik yapmak durumunda olan hekimler, konumları gereği tam zamanlı olmasa da yöneticilik yapmak zorunda olan hekimlerdir. Klinik şefleri ve servis sorumluları bu gruba girmektedir.

Uzmanlıkları gereği yöneticilik yapmak zorunda olan hekimler, biyokimya, mikrobiyoloji, radyoloji, nükleer tıp, radyasyon onkolojisi, fizik-tedavi gibi laboratuara dayanan ya da çeşitli branşlardan teknik elemanlarla birlikte çalışmayı gerekli kılan durumlarda kendi alanlarında aynı zamanda birer yönetici olmak durumunda olan hekimlerdir.

Sağlık kurumlarının yönetimi herhangi bir iktisadi işletmenin yönetiminden çok daha karmaşık olduğundan, hekimlerin yönetici olması durumunda çağdaş yönetim ve

işletmecilik bilgi ve becerileri ile donanımlı olması bir zorunluluk olmaktadır. Bu nedenle gelişmiş hemen her ülke ile gelişmekte olan ülkelerin pek çoğunda sağlık hizmetlerinin yönetimi konusunda önemli bir profesyonelleşme gerçekleşmektedir⁴⁹ (Hayran, 1998: 179).

Sağlık hizmeti sunan kurumların hizmet kalitesinin artırılması, hasta, personel, doktor arasındaki ilişkilerin iyileştirilmesi alanında kurum yöneticilerine önemli sorumluluklar düşmektedir. Aynı zamanda örgütsel yapının esnek ve verimli olmasını sağlamaya yönelik tedbirlerin alınması, güvene dayalı ve sürdürülebilir örgütsel ilişkilerin kurulmasının sağlanması sağlık yöneticilerinin başarı hedefleri arasında yer almaktadır (Asunakutlu, 2007: 442). Bu çerçevede, hastane yöneticilerinin sorumluluk alanları ise şu şekilde sıralanabilmektedir (Kayahan, 2002: 14):

- İşverene karşı sorumluluk
- Topluma karşı sorumluluk
- Hastalara karşı sorumluluk
- Kaynak sorumluluğu
- Yasal sorumluluk
- Sigorta kurumlarına karşı sorumluluk

Sayılan bu sorumluluklar, yöneticileri etkili ve verimli çalışmaya zorlamakta ve yönlendirmekte; bu çerçevede profesyonel sağlık kurumları yöneticisine olan talebi de arttırmaktadır (Kavuncubaşı, 2000: 103-105).

Son olarak, hastane yöneticilerinin başarı düzeylerini artıran ve düşüren unsurlar şu şekilde sıralanabilmektedir (Kayahan, 2002: 50–52):

Hastane yöneticisinin başarı düzeyini artıran unsurlar:

- Hastanelerde bilgisayar ve otomasyon ağının varlığı ve etkinliği,

⁴⁹ Örneğin ABD, Kanada, İngiltere, Belçika, Meksika, Kolombiya, Brezilya, Şili ve Filipinlerde sağlık yöneticiliği yüksek lisans düzeyinde bir eğitimle kazanılır iken; gene bu ülkelerin bazılarında ve diğer ülkelerde lisans düzeyinde eğitimle, sertifika ya da klinisyenler için yönetim uzmanlığı programları ile sağlık yöneticisi yetiştirilmektedir (Hayran, 1998: 179).

- Hastanede etkin bir enformasyon sisteminin varlığı,
- Hastanede yeterli ve eğitimli personelin varlığı,
- Hastane içi görev ve yetki dağılımının yapılmış olması,
- Hastane yöneticilerinin alacağı kararlarda bağımsız olabilmesi,
- Hastanede etkin bir finans bölümünün varlığı,
- Hastane yönetiminde görev alan yöneticilerin kalitesi,
- Hastanede TKY anlayışının varlığı ve sürekliliği,
- Hastane yöneticilerinin yetki devri konusunda doğru kararları,
- Hastane yönetimi konusunda yeterli bilgi ve tecrübeye sahip olunması,
- Hastane personeline ekip anlayışının ve bilincinin varlığı olarak sıralanabilmektedir.

Hastane yöneticisinin başarı düzeyini düşüren unsurlar:

- Geleneklere ve mevcut yapıya bağımlılık,
- Aşırı merkeziyetçilik ve bürokratik engeller,
- Hastane içerisinde yetki ve sorumlulukların belirlenmemesi,
- Görev tanımları arasında çatışma olması (yetki çatışmaları),
- Hastanede ilkel teknoloji ve malzemelerin kullanımı,
- Hastanede bilgisayar ağının ve otomasyonun sağlanamaması,
- Hastane personelinin sayısının yetersizliği ve eğitimsizliği,
- Hastane yöneticilerinin kararlarında bağımsız olamaması,
- Hastane yöneticilerinin tecrübesiz ve konularında yetersiz olması,

- Hastane yöneticilerinin yetki devri konusunda katı olması, “ben bilirim sendromu” yaşanması,
- Hastane yöneticilerinin zamanlarını etkin kullanamaması,
- Başarı geliştirmeyi destekleyen, özendirici uygulamaların eksikliği olarak sıralanabilmektedir.

2.4. Devlet Hastaneleri ve Üniversite Araştırma Hastanelerinin Yönetimi

Türkiye’de hastane organizasyonlarının yapısını hastanenin bağlı bulunduğu kurumun mevzuatı belirlemektedir. Sağlık Bakanlığı’na bağlı hastaneler Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği’ne, özerk hastaneler ise (Türkiye Yüksek İhtisas Hastanesi) 07.05.1987 tarihli ve 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu’na göre yönetilmektedir. Özel hastaneler olarak sınıflandırılan hastaneler ise Ticari Kanun hükümleri ve Sağlık Bakanlığı yasal düzenlemelerine göre faaliyette bulunmaktadırlar (Kısa, 2002: 117). Yine Özel hastaneler 1933’te çıkarılan 2219 sayılı “Hususi Hastaneler Kanunu” ile bu yasaya dayanılarak 1982 tarihinde çıkarılan “Özel Hastaneler Tüzüğü”ne bağlı olarak kurulmakta ve işletilmektedir. Hususi Hastaneler Kanunu özel hastaneleri şu şekilde tanımlamaktadır: “Devletin resmi hastanelerinden ve hususi idarelerle belediye hastanelerinden başka yatırılarak hasta tedavi etmek veya yeni hastalık geçirmişlerin zayıfları yeniden eski kuvvetlerini buluncaya kadar sıhhi şartlar içinde beslenmek ve doğum yardımlarında bulunmak için açılan ve açılacak olan sağlık yurtları "hususi hastaneler" den sayılır”. Özel hastanelere kabul edilecek hastalar, hastanelerin türleri, binaların nitelikleri, personel kadroları, bulundurulması zorunlu ilaç, araç ve gereçler ve özel hastanelerin iç hizmetlerine ilişkin esaslar ise Özel Hastaneler Tüzüğü’nde gösterilmektedir.

Çalışmanın konusu gereği burada sadece devlet hastaneleri ve üniversite araştırma hastaneleri incelenecektir. Bu çerçevede Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği’nin kısaca ele alınması faydalı olacaktır.

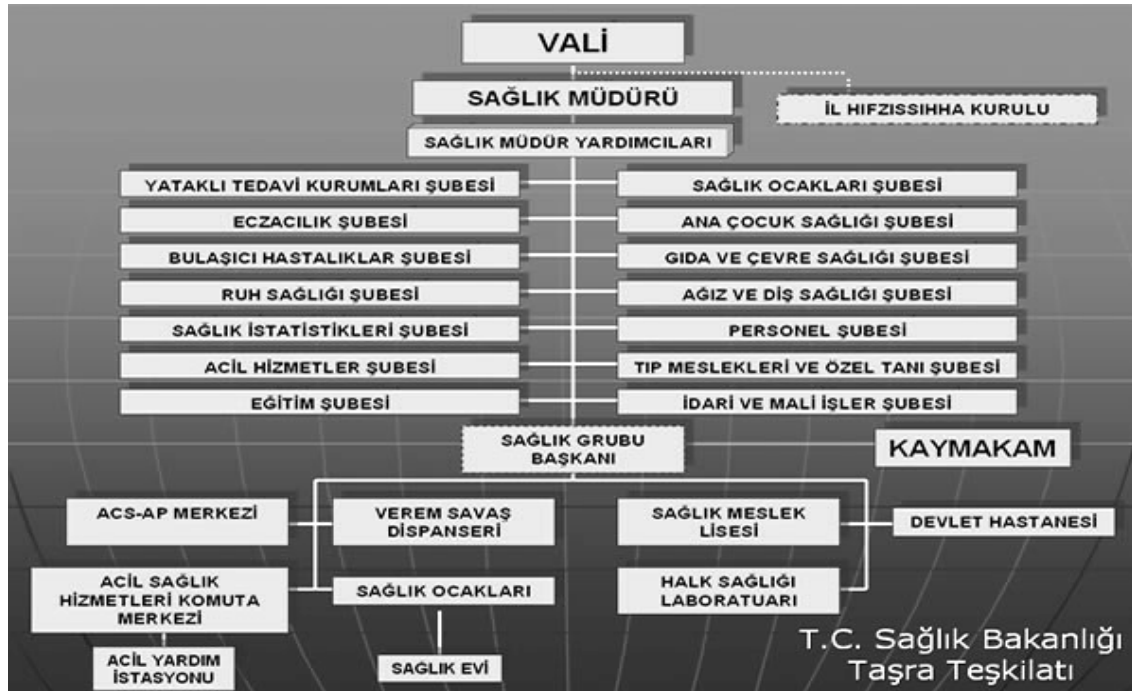
13.01.1983 yılında yayınlanan Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği Türkiye’de yataklı tedavi kurumlarında çeşitli hizmetlerin uygulanması esaslarını, personelin görev, yetki ve sorumluluklarını belirlemek ve modern çağın icaplarına ve

memleket gerçeklerine uygun, süratli, kaliteli, ekonomik hastane işletmeciliği sağlamak amacıyla yayınlanmıştır. Hastane, sağlık merkezi gibi Sağlık Bakanlığı'na ait yataklı tedavi kurumları bu yönetmeliğe göre yönetilmektedir (Kısa, 2002: 117). Bu kısa açıklamadan sonra aşağıda devlet hastaneleri ile üniversite araştırma hastanelerinin yönetimi hakkında kısaca bilgi verilecektir.

2.4.1. Devlet Hastaneleri Yönetimi

Devlet hastanelerinin örgütleniş biçimini ve işleyişini “Yataklı Tedavi Kurumları Yönetmeliği” düzenlemektedir. Yukarıda da bahsedildiği gibi bu yönetmelikle hastanelerde hizmetlerin uygulanması esasları, personelin görev ve sorumlulukları belirlenerek açıklanmaktadır.

Ülke genelinde sağlık hizmetlerinin organizasyonundan, yürütülmesinden ve denetiminden sorumlu olan Sağlık Bakanlığı, merkez teşkilatı olarak devlet hastanelerinin en üst kademesinde yer almaktadır. Bakanlığın altında, taşra teşkilatı olarak illerde Valiliklere bağlı Sağlık Müdürlükleri ve bu müdürlüklere bağlı olarak görev yapan hastane başhekimlikleri yer almaktadır. Sağlık Bakanlığı taşra teşkilatı Şekil 5.'te gösterilmektedir.



Şekil 5. T.C. Sağlık Bakanlığı Taşra Teşkilatı⁵⁰

⁵⁰ http://www.saglik.gov.tr/TR/Dosyalar/tasra_kucuk.jpg

Hastanelerin iç organizasyonunda ise tepede başhekimlik makamı, onun altında da orta kademe yönetim organları bulunmaktadır. Merkez teşkilatı olan Sağlık Bakanlığı tarafından saptanan kararlar ve hazırlanan planlar dâhilinde hastanede günlük faaliyetlerin yürütülmesi yetkisi başhekimliğe verilmiştir. Sorumluluk kendisinde kalmak üzere başhekim bu yetkisinin bir kısmını işlevsel yöneticilere devretmektedir. Örneğin, mali ve teknik işleri yürütme yetkisini hastane müdürüne, hemşirelik hizmetlerini yürütme yetkisini başhemşireye, tıbbi hizmetlerin yürütülmesi yetkisini ise başhekim yardımcıları ve uzman hekimlere devretmektedir. Hastanede görevli tüm hekimler, dolayısıyla tüm klinik ve poliklinikler de başhekimliğe bağlanmış durumdadır (Seçim, 1985: 164)⁵¹.

Sonuç olarak, devlet hastanelerinin örgütlenme ve yönetim yapısına bakıldığında, Sağlık Bakanlığı'na egemen olan merkeziyetçi yapının burada da başhekimlik makamı vasıtasıyla egemen olduğu söylenebilmektedir (Karakılçık, 1997: 55).

2.4.2. Üniversite Araştırma Hastaneleri Yönetimi

Üniversite araştırma hastanelerini (ÜAH) düzenleyen ve kuruluş ve işleyişlerini öngören özel bir yasa bulunmamaktadır. Ancak Sağlık Bakanlığı'nın kendine bağlı hastanelerde uygulanmak üzere çıkartmış olduğu Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği devlet hastanelerinde olduğu gibi ÜAH'nde de uygulanmaktadır. ÜAH'nin yapılanması ve örgütlenmesi konusunda 2547 sayılı Yükseköğretim Yasası'nda da herhangi bir açık düzenleme bulunmamakla birlikte yasanın "uygulama ve araştırma merkezi" kavramını açıkladığı 3/j maddesi bu merkezleri "Yükseköğretim kurumlarında eğitim ve öğretimin desteklenmesi amacıyla çeşitli alanların uygulama ihtiyacı ve bazı meslek dallarının hazırlık ve destek faaliyetleri için eğitim, öğretim, uygulama ve araştırmaların sürdürüldüğü bir yükseköğretim kurumudur" şeklinde tanımlamaktadır. ÜAH ile ilgili olarak özel bir yasa bulunmamasından ötürü, bu hastaneler arasında gerek örgütlenme ve yönetim yapısı, gerekse hizmetlerin ve işlerin yürütülüş biçimi bakımından farklılıklar gözlemlenebilmektedir.

⁵¹ Aktaran, Levent Aydın, age, 2000, s. 103.

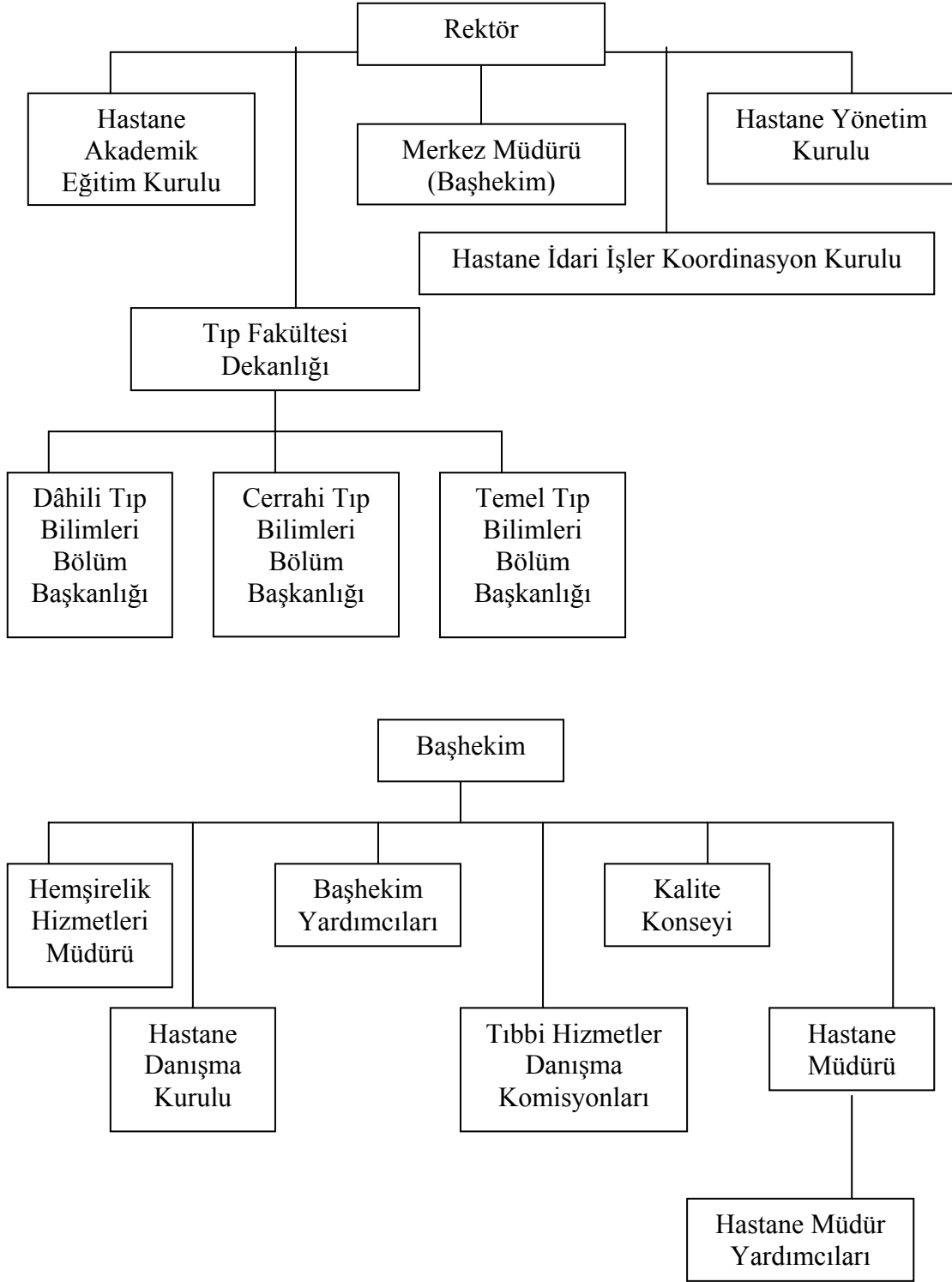
ÜAH katma bütçeli kuruluşlar olan üniversitelerin tıp fakülteleri bünyesinde kurulmaktadır. Bu nedenle tedavi ve iyileştirme hizmeti sunmanın ötesinde temel işlevlerinden bir tanesi de eğitim ve araştırma hizmeti sunmak olmaktadır (Karakılçık, 1997: 71). Sigortalı ya da sigortasız her türlü hastaya ve yaralıya hizmet veren ÜAH, hem genel bütçeden aldıkları payla, hem de kendi olanakları⁵² ile giderlerini karşılamaktadırlar (Tokat, 1993: 26).

ÜAH diğer hastanelere birçok noktada benzemekle birlikte; bu hastanelerle bazı farklılıkları da bulunmaktadır. İlk olarak diğer hastanelerde yer almayan kimi hizmet ve yönetim organları⁵³ ÜAH'nde yer almaktadır. İkinci farklılık, diğer kamu hastaneleri sağlık hizmeti sunmak gibi tek bir görevle yükümlü tutulurken, ÜAH sağlık hizmetleri yanında eğitim ve araştırma hizmetleri gibi iki temel ve önemli ana hizmetle de yükümlü tutulmuşlardır. Son olarak yönetsel organ, birim ve unvanların da farklı adlar ve işlevler altında toplanması da bir başka farklılık olarak sayılabilmektedir (Karakılçık, 1997: 76, 77)

2547 sayılı Yükseköğretim Yasası, ÜAH'ne ilişkin bir düzenleme getirmediğinden ve başka da temel bir düzenleme bulunmadığından; ÜAH'nin kuruluşu, 2547 sayılı yasanın 3/j maddesinde sözü edilen “uygulama ve araştırma merkezleri” kapsamında düşünülmektedir. Uygulama ve araştırma merkezleri de doğrudan rektöre bağlı olduğundan ve buraların yöneticileri rektör tarafından atandığı için, aynı konumda düşünülen ÜAH başhekimleri de doğrudan rektöre bağlı olup onun tarafından atanmaktadır. ÜAH'nin temel örgütlenme yapısı Şekil 6'da gösterilmektedir.

⁵² Döner sermaye gelirleri

⁵³ Bölüm başkanlıkları, ana bilim dalı başkanlıkları, fakülte yönetim kurulu, hastane başmüdürlüğü, hemşirelik hizmetleri müdürlüğü gibi.



Şekil 6. Üniversite Araştırma Hastanelerinin Temel Örgütlenme Yapısı⁵⁴

⁵⁴ Şekil Trakya Üniversitesi Sağlık Eğitim ve Uygulama Merkezinden elde edilen organizasyon şemasından yararlanılarak oluşturulmuştur.

Şekilde de görüldüğü gibi ÜAH çok karmaşık bir yönetim yapısına sahip olmaktadır. Şekilde gösterilmemekle hastane müdür yardımcılarında bilgi işlem merkezi, özlük işleri, kan merkezi, yemekhane, biyomedikal, satın alma, arşiv gibi bir çok birim bağlı bulunmaktadır. Yine tıp fakültesi dekanına bağlı bölüm başkanlıkları da kendi içlerinde çeşitli ana bilim dalı başkanlıklarına ayrılmaktadır. Tıp fakültesi organizasyon yapısını karmaşıklaştıran ana unsur başhekim ve onun hemen yanında bir de, hastanede çalışan tüm akademik personelin başında yer alıp hastane yönetimi üzerinde söz sahibi olmayan tıp fakültesi dekanının bulunması olmaktadır. ÜAH'nin servis ve laboratuvarlarında, poliklinik ve ameliyathanelerinde görev yapan öğretim görevlileri buldukları anabilim dalı başkanına bağlı bulunmaktadır. Ana bilim dalı başkanları, altlarında yer alan öğretim görevlilerinin yöneticisi olarak, tıp fakültesi dekanına bağlı olup; ana bilim dalı başkanları ile başhekimlik arasında yönetimsel bir bağlılık bulunmamaktadır. Sonuç olarak, örgütsel yapılanmayla ilgili olan bu karmaşık yapı, yönetim ve işleyiş yönünden birçok soruna yol açabilmektedir.

2.5. Sağlık Sektöründe Toplam Kalite Yönetimi

Endüstri ve hizmet sektöründe TKY uygulamalarındaki başarılı sonuçlar sağlık sektörünü de harekete geçirmiştir. 1980'li yıllardan başlayarak özellikle gelişmiş ülkelerin hastane hizmetlerinde TKY uygulamaları hızlı bir yayılma göstermiştir.

Sağlık sektöründe TKY uygulamalarına ihtiyacın doğmasında rol oynayan başlıca sebepler; bireylerin satın alma gücünün artması, tedavi kurumları arasında rekabetin başlaması, sağlık hizmetlerinde kaliteli bakım isteğinin yaygınlaşması ve son olarak TKY uygulamalarının kalite-maliyet çelişmesine çözüm getirmesi olarak sıralanabilmektedir (Çoruh, 1994: 2). Bu çerçevede sağlıkta kaliteli hizmet, kabul edilen standartlarda bakım vermek, sağlık personelinin hizmetin değerlendirilmesi ve planlanması yetkisinde ve karar aşamasında eşit olanaklara sahip olmaları, hastaların can ve sağlık güvenliğine önem ve öncelik verilmesi şeklinde tanımlanmaktadır (Karabeyoğlu, 2007: 19, 20).

$$\text{Sağlık Hizmetinin Kalitesi} = \text{Teknik Kalite} + \text{Tedavi Sanatı}$$

Sağlık hizmetinin kalitesi, teknik kalite ve tedavi sanatı tarafından belirlenmektedir. Kalitenin teknik yönü, teşhis ve tedavi hizmetlerinin çağdaş tıp

bilimine, bilimsel standart ve normlara uygun olmasını; sanatsal yönü⁵⁵ de, verilen hizmetlerin hasta beklentilerini karşılamasını içermektedir (Kavuncubaşı, 2000: 270).

Kişilerin bilgi düzeylerinin ve ihtiyaçlarının artması, sağlık alanında beklentileri değiştirmiştir. Bilgisi ve sosyal ağları nispeten daha gelişmiş bulunan bireyler, aldıkları her türlü hizmeti sorgulamakta ve değerlendirmektedir. Bu çerçevede, bilgisi ve birikimi artan ve bununla birlikte sağlık talebi de artan bireylerin yüksek kalitede hizmet ve kapsamlı bilgi ile doyurulmaları gerekmektedir (Asunakutlu, 2007: 449).

Bu noktadan hareketle, sağlık hizmetlerinde TKY ise, kalitenin sürekli gelişmesi için planlama ve uygulama aşamalarında organizasyon genelinde katılımı sağlayıcı, tüm çalışanların kalite bilincinde olduğu bir örgüt kültürünü yaratma yolundaki çabaların tümünü kapsayan yapısal ve sistematik bir yönetim felsefesi olarak tanımlanabilmektedir (Özdemir Tavlan, 2001: 48).

Sağlık hizmetleri sunumu ve kullanımı; arzının pahalılığı, talebinin tüketici tarafından belirlenmemesi, bir bölümünün toplumsal olma özelliği, kar amaçlı değil sosyal amaçlı olması, talebinin tesadüflüğü ve talep esnekliğinin katı olması gibi özellikleri nedeniyle sınırlılıklara sahip olmaktadır. Gerek sağlık hizmetlerinin bu özellikleri, gerek ortalama yaşamın uzaması ile ekonomik anlamda tüketici konumunda bulunan yaşlı nüfus artışı gibi nüfus artışı değişiklikleri, sağlık insan gücü teknoloji maliyetlerinin artışı gibi nedenlerle sağlık hizmetlerine mali ulaşılabilirliğin azalması ve gerekse hizmetin sunumundan kaynaklanan yetersizlik ve hataların doğurabileceği insan yaşamı ile ilgili ciddi sonuçlar sağlık sektöründe TKY'nin gerekliliğini arttırmaktadır (Özsarı, 1994: 116, 117).

Sağlık hizmetlerinde TKY'den söz edebilmek için gereken kaynakların verimli bir şekilde dağıtılması ve kullanılması, hizmetin etkili biçimde verilmesi, gerek kaynak dağıtımında gerekse hedef kitlenin hizmetlere ulaşımında hakkaniyete özen gösterilmesi ve hizmet sunumu sırasında ve sonrasında hizmeti kullananların memnuniyetinin sağlanması gerekmektedir (Hayran; Uz, 1998: 163). Başka bir ifade ile, sağlık hizmeti kalitesinin artırılması, hastanelerin müşterisi durumunda olan hasta ve hasta yakınlarının istek ve ihtiyaçlarının iyi belirlenmesine, mevcut kaynakların

⁵⁵ Hizmet ortamının genel özellikleri ve hizmet sunanların müşterilere yönelik tutum ve davranışlarını kapsamaktadır.

değerlendirilip, klinik, laboratuvar ve destek hizmetlerine ağırlık verilmesi ile buradan elde edilecek bilginin karar mekanizmasında kullanılmasına bağlı olmaktadır (Bircan; Baycan, 2004: 175). Sonuç olarak sağlık hizmetlerinde kalite için, doğru teşhis, insan kaynakları ve maddi altyapı olarak yeterli ve uygun koşulların sağlanması gerekmektedir. Tüm unsurların doğru ve uygun bir biçimde, zamanında bir araya getirilmesi, doğru teşhisi ve ardından uygun tedavi yöntemini geliştirmeyi mümkün kılmakta; bu durum hastalarla kurulan iyi ilişkilerle birleştirilince sağlıkta kaliteye erişmek mümkün olmaktadır (Asunakutlu, 2007: 441).

Bu çerçevede, sağlık sektöründe TKY, TKY'nin ilkeleri çerçevesinde aşağıda incelenmektedir. Ayrıca bu ilkelere ek olarak, kurumsal iletişim kavramı da faydalı olacağı gerekçesiyle ele alınacaktır.

2.5.1. Müşteri memnuniyetinin sağlanması

Sağlık hizmetlerinde müşteri memnuniyetinin sağlanması iç ve dış müşterilerin beklentilerinin karşılanmasıyla mümkün olmaktadır. TKY, yalnızca, dış müşteri olarak adlandırılan ve sağlık kurumundan hizmet alan kişilerin tatmini üzerinde odaklaşmamakta, aynı zamanda iç müşteri olarak adlandırılan kurum personelinin tatminini de ön planda tutmaktadır (Kavuncubaşı, 2000: 284). Çalışmanın bu kısmından itibaren sağlık hizmetlerinde iç müşteri kavramı yerine çalışan; dış müşteri kavramı yerine ise hasta terimleri kullanılacaktır.

Sağlık kurumlarının temel çıktılarından biri olan müşteri tatmini, genel olarak müşterilerin istek ve beklentilerinin karşılanması veya bu istek ve beklentilerin üstünde hizmet verilmesi olarak tanımlanabilmektedir. Verilen tanımdan da çıkartılabileceği gibi müşteri tatmini iki faktör belirlemektedir. Müşteri tatminini belirleyen ilk faktör müşteri beklentileri olmaktadır. Müşterilerin sağlık kurumlarında aradıkları veya görmek istedikleri bilimsel, yönetsel ve davranışsal özellikler olarak tanımlanabilen beklentiler, müşterilerin yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, sosyal kültürel özelliklerine, sağlık hizmetleri ve sağlık kurumlarıyla ilgili geçmiş deneyimlerine göre farklılaşmaktadır (Kavuncubaşı, 2000: 292, 293). Müşteri tatminini belirleyen ikinci faktör ise, müşterilerin aldıkları hizmete ilişkin algılamalarıdır. Algılar, bireylerin aldıkları hizmetler ve hizmet üretim süreci ile ilgili görüş veya değerlendirmeleri esas alınarak ölçülmektedir. Algılama

faktörü de, müşterinin özelliklerine ve sağlık kurumlarıyla ilgili geçmiş deneyimlerine göre farklılaşmaktadır (Esatoğlu, 1997)⁵⁶.

Hastaların tatmin düzeylerini değerlendirmek için bir takım çalışmalar yapılmıştır. Bu çalışmalarda hastaların tatmin düzeyleri ile ilgili birtakım boyutların belirtilmesinde yarar olduğu tespit edilmiştir (Çoruh, 1998: 57)⁵⁷:

İnsani Boyut: Hastalar hassas, incinebilir durumdadır ve fiziki, duygusal ve ekonomik durumları ile ilgili kaygıları bulunmaktadır.

Etkinlik Boyutu: Memnun olan hastanın davranışları ile memnun olmayan hastanın davranışları farklı olmaktadır. Memnun olmayan hasta hizmeti veren çalışanlara yardımcı olmamaktadır. Tatmin olana hizmeti vermek daha kolay olmakta çünkü hasta uyumu sağlanabilmektedir.

Ekonomik Boyut: Gelişen kalite ile birlikte rekabetin doğması sonucunda, alternatif hizmet bulma imkânı olan hastayla birlikte yakınlarını da memnun etmek gerekmektedir. Bu en düşük maliyetle en iyi kalitede hizmet sunmayı zorunlu kılmaktadır.

Pazarlama Boyutu: Hizmeti alan hastalar ve yakınları, deneyimlerini başkalarına aktarmaktadır. İletişimin hızla gelişmesiyle, sağlık hizmeti konusundaki gelişmeler herkes tarafından duyulmaktadır. Gelişmeleri takip ederek müşterilerine daha kaliteli hizmeti sunan kuruluşlar kısa sürede ön plana çıkmakta; hastalar memnun olmadığında ise, müşteri erimesi denen olayla karşı karşıya kalınabilmektedir.

Hastaların tatmin düzeyleri ile ilgili olarak yukarıda sayılan boyutlar açıklandıktan sonra, hasta tatminini etkileyen faktörler de aşağıdaki gibi sıralanabilmektedir (Kayahan, 2002: 58, 59):

Personel-hasta etkileşimi: Hasta ve sağlık personelleri arasındaki etkileşimin, hastaların sağlık durumu ve verilen hizmetin etkinliği üzerinde büyük etkisi

⁵⁶ Aktaran Şahin Kavuncubaşı, *Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi*, 2000, Siyasal Kitabevi, Ankara, sayfa 293'ten

⁵⁷ Aktaran, Celal Dağ, *Hastanelerde Toplam Kalite Yönetimi ve Mükemmellik Yaklaşımı*, Basılmamış, Yüksek Lisans Tezi, 2002, İstanbul: T.C. İstanbul Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Siyasal Bilgiler Fakültesi, İşletme Ana Bilim Dalı, s. 67.

bulunmaktadır. Hastalar, hekimlerin verdikleri hizmetin kalitesini değerlendirirken, hekimin uzmanlık bilgisinden çok dinleme, duyarlı olma, yeterli zaman ayırma, nezaket ve saygı gösterme gibi davranışlarını göz önünde tutmaktadırlar. Yine, hasta ve doktor arasında olumlu ilişki kurulduğunda, hastalar, hekimlerin önerilerine tamamen uymakta ve tedavilerine ara vermemektedirler.

Bilgilendirme: Hasta ve yakınlarının hekimler tarafından bilgilendirilmesi, hastaların hastalık durumunu daha anlayışla karşılayabilmelerini sağlamakta; tedaviye uyum ve bağlılıklarını arttırmaktadır.

Beslenme hizmetleri: Hastaların değerlendirmelerini etkileyen en önemli konulardan biri olan beslenme hizmetlerinde hastalar, sadece yemeğin kalitesinden değil, yemeği sunan kişilerden, sunuluş biçiminden ve görüntüsünden de etkilenmektedirler.

Fiziksel ve çevresel koşullar: Fiziksel ve çevresel faktörler aydınlatma, ısı, temizlik, havalandırma, gürültü, kolay yer bulma, otopark, bekleme odaları, dış görünüm ve diğer özellikleri içermekte ve hasta tatminini etkileyen önemli bir faktör olmaktadır.

Bürokrasi: Hastaların hastaneye başvururken ve hizmet alırken karşılaştıkları resmi işlemlerin tamamlanması için geçen süre hasta tatminini etkilemektedir. Etkin bir randevu sisteminin kurulması ve hizmet planlamasının doğru yapılması uzun kuyrukların oluşmasını engelleyip; hasta tatminini arttırmaktadır.

Güven: Hasta memnuniyetine özen gösterilmesi, hastalarda güven duygusunun gelişmesini sağlamaktadır. Hastaların bilgilendirilmesi, emniyetli bir ortam içinde olduklarının hissettirilmesi, tedavi kararlarına katılımlarının sağlanması hastalarda güven duygusunun oluşmasına yardımcı olmaktadır.

Ücret: Ücret konusu özellikle sosyal güvencesi ve sağlık sigortası bulunmayan hastalar için büyük önem taşımakta; yüksek hastane faturaları, hastaların tatmin düzeyini düşürmektedir.

Yukarıda sayılan faktörler çerçevesinde hasta ve hasta yakını tatmininin tıbbi bakım hizmetleri, hemşirelik hizmetleri, laboratuvar hizmetleri, sağlık personelinin ilgisi,

temizlik, teknolojik altyapı, genel otelcilik hizmetleri, yemek sunumu, hizmete erişim hızı, bürokratik işlemler, yönetim anlayışı, fiyat ve kalite gibi unsurlardan etkilendiği söylenebilmektedir (Şahin vd., 2005: 138).

Bu noktadan hareketle, sağlık hizmetlerinin planlanmasında, uygulanmasında ve izlenmesinde hasta memnuniyeti mutlaka önemli bir adım olarak ölçülmeli ve sonuçları planlama, öncelik belirleme ve uygulamaların yeniden şekillendirilmesinde dikkate alınmalıdır (Hayran; Uz, 1998: 168).

Ancak sağlık hizmetlerinin yapısından dolayı bazen memnuniyetsizlik yaratmak kaçınılmaz olmaktadır. Örneğin, kemoterapi alan bir hastanın ya da aşı olan bir çocuğun müdahale sürecinde ve bazen de sonrasında memnun kaldığı söylenememektedir. Fakat hizmetin sunulmasından dolayı toplumun çoğunluğunun elde edeceği kazançlardan, özellikle pozitif dışsallığı olan müdahalelerden⁵⁸ dolayı bu tür müdahalelerin ihmal edilerek diğer unsurların⁵⁹ gerçekleştirilmesi daha önemli olmaktadır (Hayran; Uz, 1998: 168).

Hasta memnuniyeti sağlık kurumları için ne kadar büyük önem taşıyorsa; çalışanların memnuniyetinin sağlanması da bir o kadar önemli olmaktadır.

Bir sağlık kuruluşundaki iç müşterileri, hekimler, hemşireler, teknisyenler ve diğer tüm çalışanlar oluşturmaktadır (Öztürkeri, 1998: 47). Organizasyonlarda yalnızca belli bölümler doğrudan hastalara ürün ya da hizmet sunarken, birçok bölüm, kişi ya da ekip bir başka bölüm, kişi ya da ekip için hizmet üretmektedirler. Başka bir ifade ile, her ekibin, kişinin ya da bölümün çıktısını kullanan bir müşterisi ve girdisini sağladığı bir tedarikçisi bulunmaktadır (Karakaş, 1998: 26).

Sağlık kurumlarında, hasta kadar çalışan memnuniyetine de önem verilmelidir. Hizmet sunan personelin de gerek yaptığı işten, gerek hastalarından, gerekse diğer çalışma arkadaşlarıyla olan ilişkilerinden memnun olması gerekmektedir (Doğan, 2007: 31, 32). Başka bir ifade ile, hastaların tatminini sağlamak için hastaların ihtiyaç ve beklentilerini belirleyerek ona sunulacak ürün veya hizmetin kalitesini geliştirmek nasıl mümkünse, üretimin ya da hizmetin her sürecinde de çalışanların ihtiyaç ve beklentileri

⁵⁸ Bağışıklama, bulaşıcı hastalıkların tedavisi gibi.

⁵⁹ Verimlilik, etkililik gibi.

saptanarak performans ve kalitenin geliştirilmesi sağlanabilmektedir (Karakaş, 1998: 35). Çalışanlar kendilerine ürün ya da hizmet sunan bir diğer çalışanın ürün ya da hizmetinden memnun kaldığı sürece hem kendinden sonraki çalışana iyi hizmet sunacak hem de iş tatmini duyabilecektir. Bu çerçevede, çalışan memnuniyeti sağlandığı ölçüde hasta memnuniyeti de sağlanabilecektir.

2.5.2. Katılımcılık

Sağlık hizmetlerinde TKY'nin benimsenmesi ve başarıyla uygulanabilmesi için, hizmetlerin sunumunda gerek karar verici, politika belirleyici ve program yapıcı konumundaki üst düzey yöneticilerin, gerekse hizmetlerin verilmesinde görevli personelin tüm sorumlulukları paylaşması ve kendilerinden beklenen faaliyetleri önceden saptanmış standartlara göre yapmaları gerekmektedir. Bunun için de çalışanların standart ve kriterlerin belirlenmesi sürecine (Hayran; Uz, 1998: 167) başka bir ifade ile yönetime katılımlarının sağlanması gerekmektedir.

TKY sürecindeki sürekli iyileştirme, sorunların analizi ve çözümü, takım kurma, hedef belirleme ve kalite sağlama gibi kavramların tüm işletme fonksiyonlarına yayılımı ancak tüm personelin katılımı ile gerçekleşebilmektedir (Doğan, 2007: 48).

2.5.3. Liderlik

TKY felsefesinin diğer kurumlarda olduğu gibi sağlık hizmetlerinde de başarılı bir şekilde uygulanması ve devamlılığının sağlanabilmesi için yöneticilerde, genel yönetici özelliklerinin yanı sıra bu felsefeye uygun olarak yeni bir lider düşüncesinin de bulunması kolaylaştırıcı ve yönlendirici bir unsur olarak önem taşımaktadır (Toktamışoğlu, 1994: 39).

Hastane örgütleri, insanın insana hizmet ettiği bireysel, iş, amaç ve standartların başarımının diğer kişilerin başarılarına bağımlı olduğu sosyal sistemler olmaktadır. Liderin grubu etkileme, ikna etme ve kontrol etmeleri, hesaplanan riskleri bilmeleri ve değişim sürecinde aktif bir rol almaları beklenmektedir. Motivasyon işleminde lider odak noktası haline gelmektedir. Lider bir yapıdan çok bir süreç olarak değişim şartlarını yaratmakta; bunun sonucu olarak örgüt, kendini ayakta tutmak için gereken uyumu gerçekleştirmektedir (Kayahan, 2002: 40, 41).

Her yönetici birkaç değişik liderlik çeşidini, duruma uygun olarak kullanmaktadır. Tarz, karşılıklı etkileşim sırasında liderin baskınlığı ile belirmektedir. Bu çerçevede hastanelerde görülen liderlik çeşitleri şu şekilde sıralanabilmektedir (Williams, 1997: 205)⁶⁰:

- Otokratik-otoriter: Patron merkezli veya diktatörce, yakın denetim ile karakter bulmaktadır.
- Bürokratik-otokratik: Çalışanlara neyi, nasıl yapacağını gösteren bir tarzdadır.
- Katılımcı
- Serbest bırakıcı: Bireylerin kendi kendilerini motive edecekleri varsayımına dayanmaktadır.
- Babacan: Yönetici çalışanlarına kendi çocuklarıymış gibi davranmaktadır.

Sonuç olarak, bir teknik ya da yöntemden daha çok kültür olan TKY anlayışının, organizasyonun tümüncü özümsemiş olması, yerleştirilmesi, kurum ya da örgütçe üst yönetim tarafından yönlendirilmesi gerekmektedir. Üst yönetimin alt kademeyi yönlendirdiği bu sorumluluk ve anlayış içinde kalite hedeflerinin tespiti ve bu kalite hedeflerine ulaşmada stratejiler oluşturmak önemli olmaktadır (Özdemir, 1998: 20).

2.5.4. Sürekli Geliştirme

Sürekli geliştirme anlayışında, kalite düzeyinin tespit edilmesinin ardından bu düzeyin korunması değil sürekli iyileştirilmesi, geliştirilmesi amaçlanmaktadır. Bu çerçevede, problemler alanlara yapılan müdahalelerin ve ortaya çıkan ya da çıkması beklenen yeni kalite düzeyinin eski standart ve kriterlere göre tespitinin ardından mevcut standart ve kriterlerin gözden geçirilerek yeni kalite düzeyine göre daha da geliştirilerek yeniden belirlenmesi gerekmektedir. Böylelikle sürekli olarak hizmetin kalitesi geliştirilebilecektir (Hayran; Uz, 1998: 165).

⁶⁰ Aktaran Cantürk Kayahan, *Hastane Yöneticilerinin Hastane Başarısına Etkisi*, Basılmamış Yüksek Lisans Tezi, T.C. Afyon Kocatepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı, Afyon, sf. 41.

Bu noktada “iyi elmalar teorisi”nden bahsetmek faydalı olacaktır. Teorinin amacı, bir uygulamanın ardından elde edilen kötü sonuçları saptayıp bunlara yol açan uygulamaları bertaraf etmek yerine, en iyi sonuçların tanımlanması ve bunların bütün bir hizmet alanına uygulanması için kullanılmasını sağlamaktır. Teorik olarak bir sepetteki elmaların %5’inin çok iyi, %90’ının iyi, geri kalan %5’inin ise çok kötü olduğu varsayılmaktadır. Buna göre, sağlık hizmetlerinin alt uygulamalarından birisinde ortaya çıkan sonuçlardan en iyi %5’e ulaştıran kaynaklar ve süreçler belirlenmekte ve bu kaynakların ve süreçlerin hizmetin diğer alanlarına yaygınlaştırılması sağlanmaktadır (Doğan, 2007: 30).

2.5.5. Sıfır Hata

TKY’nin temelinde hataları ayıklamak yerine hata yapmamak yaklaşımı yatmaktadır. Sıfır hata, genel bir anlatımla planlamanın doğru yapılması olarak özetlenebilmektedir. Her yönü ile düşünülmüş, kapsamlı titiz bir planlama çalışması ile sonradan oluşabilecek hataların çok büyük bir kısmı ortadan kaldırılabilir. Tüm hata kaynaklarını öngörmek mümkün değilse de, mümkün sürprizlere önceden hazırlanmak, tamamen hazırlıksız yakalanmaya kıyasla büyük avantaj sağlamaktadır (Kıngır, 2006: 64, 65).

Bu çerçevede, sağlık hizmetlerinde de, sağlık çalışanlarının verdikleri hizmetin kalitesini ve maliyetlerini sistematik olarak izleme, değerlendirme ve karşılaştırma yapmaları ve bunu rutin mesleki faaliyetlerinin bir parçası olarak algılamaları yapılan hataların kısa sürede saptanmasını ve düzeltilmesini ve böylelikle sıfır hataya ulaşılabilmesini sağlamaktadır (Hayran; Uz, 1998: 168).

2.5.6. Motivasyon

Motivasyon, bir veya birden çok insanı, belirli bir yönde devamlı şekilde harekete geçirmek için yapılan çabaların toplamı olarak tanımlanabilmektedir. Motivasyon, istekleri, arzuları, ihtiyaçları, dürtüleri ve ilgileri kapsayan genel bir kavramdır. Motive olmayan bir personelin başarı göstermesi beklenmemektedir. Motivasyonu etkileyen faktörler, ancak kişilerin davranışlarının yorumlanması ile anlaşılabilir. Buradan hareketle yöneticilerin, personel davranışlarını

yorumlaması, bu yorumlamanın sonuçlarına göre onları motive edecek modeller ve uygulamalar geliştirmesi zorunlu olmaktadır (Kayahan, 2002: 47).

Motivasyonun iki önemli özelliği bulunmaktadır. Bunlardan ilki, motivasyonun kişisel bir olay olmasıdır. Birisini motive eden herhangi bir durum ya da olay, başkasını motive etmeyebilmektedir. İkinci özellik ise, motivasyonun ancak davranışlarda gözlenebilmesi olmaktadır (Ateş, 1997: 57)⁶¹.

Sağlık hizmetleri, birbirinden çok farklı eğitim, yetenek, değerler, gereksinim ve sosyal statülere sahip çok sayıda meslek elemanını barındıran gruplarca üretilmektedir. Örgütün farklı bölümlerinde ve farklı hiyerarşik düzeylerinde çalışan ve etkileşimde bulunan personel, kendi ödülleriyle katkıları arasındaki oranı, diğerlerinin ödülleriyle katkıları arasındaki oranla karşılaştırmaktadır. Katkıları personelin eğitim, zeka, yetenek, yaş, toplumsal statü, işte gösterdiği çaba gibi bir takım nitelikleri içermekte ve personel katkı olarak algıladığı niteliklerine eşit oranda ödül beklemektedir. Bu çerçevede üst yönetimin, çalışanların motivasyonlarını arttıracak objektif kriterleri içeren şeffaf ödüllendirme araçlarını kullanmaları gerekmektedir (Şahin, 2008).

2.5.7. Sürekli Eğitim

Eğitim, kaliteli hizmet sunmak üzere yeterli bilgi ve beceri sahibi personel yetiştirmek için gerekli en önemli fonksiyon olmaktadır. Hizmet sunum standartlarını ve ilkelerini öğretmek bir eğitim programının en önemli amacı olmakta; tüm personelin, kendilerine verilen görevleri doğru ve etkili şekilde yürütebilmeleri için yeterli şekilde eğitilmeleri gerekmektedir (Akın Dervişoğlu; Köseli, 1994: 153, 154).

TKY uzun vadede fayda gösterecek bir sistem olduğundan, sistemin uygulandığı kurumun değişik düzeylerinde çalışan tüm personelin TKY felsefesi ve süreci konusunda bilgi sahibi olması ve bu felsefeyi benimsemesi gerekmektedir (Koçal; Bodur, 1994: 34). Bu çerçevede, sağlık hizmetlerinde çalışanlara, TKY felsefesi ve süreci hakkında eğitimlerin verilmesi felsefenin işleyebilmesi açısından önem taşımaktadır. Bu amaçla eğitimlerin başlıca konuları şu şekilde sıralanabilmektedir (Doğan, 2007: 48):

⁶¹ Aktaran, Cantürk Kayahan, age, sf. 47.

- TKY felsefesi
- Veri toplama ve analizi
- Problem çözme teknikleri
- Takım çalışması esasları
- Süreç yönetimi ve iyileştirme, istatistiksel süreç kontrol ve politika konuşlandırma (üst yönetim ve takım kaptanları için)

TKY felsefesi ve süreci hakkında eğitimlerin verilmesine ek olarak hizmet içi eğitimlerle de sürekli eğitim desteklenmelidir. Sağlık kurumları yenilikleri anında izlemek ve kendilerini yeni koşullara uyarlamak durumundadır. Sağlık kurumlarında yaşanan hızlı teknolojik değişim ve gelişim karşısında örgün eğitim kurumlarında veya iş başında edinilmiş olan mesleki bilgiler ya değişmekte ya da yetersiz kalmaktadır. Bu sebeple, sağlık personeli, çağı yakalamak için yeni gelişmeleri izlemek ve öğrenmek zorundadır (Kavuncubaşı, 2000: 228).

Bu çerçevede çalışanlara kendi alanlarındaki sorunları tespit ve çözüm olanağı sağlayacak başarılı bir eğitim çalışması için aşağıdaki ilkeler yol gösterici olmaktadır (Özdemir, 1998: 22, 23):

- Eğitim çalışmalarına üst yöneticiler de katılmalıdır.
- Eğitim çalışmaları grup ve görevlere göre düzenlenmeli, verilen örnekler yapılan işe uygunluk göstermelidir.
- Sadece teknik ve ekonomik konular değil, insan ilişkileri ve iletişim de ele alınmalıdır.
- Çalışanların işe olduğu kadar eğitime devamlılığını da sağlamak gerekmektedir.
- Yönetim kadrosu, aktif katılımıyla eğitime desteğini ve bu konudaki kararlılığını göstermelidir.
- Kriz durumlarında eğitim çalışmalarından ödün verilmemelidir.

- Eğitimde öğrenilen yöntem ve teknikler iş başında uygulanmalıdır.
- Eğitim çalışması bir plana göre yapılmalı, uygulama ve etkileri dikkatli bir şekilde izlenmelidir.

2.5.8. Kurumsal İletişim

İletişim, bilgi, fikir ve duyguların bir kimseden diğerine geçme süreci olarak tanımlanmaktadır (Akca; Erigüç, 2006: 129). Günümüzde iletişim, sadece bilgi aktarımı olarak değil insanların birbirlerini daha iyi anlayarak yakınlaşmalarını sağlayan bir uygulamalar bütünü olarak değerlendirilmektedir. Amaçları ve yapıları ne olursa olsun, toplumsal yapının bir parçası olan kurumlar da yaşamlarını içte ve dışta kurulan bir ilişkiler düzeni içinde sürdürmekte ve etkili bir iletişim politikasına ihtiyaç duymaktadırlar (Tabak, 1998: 189-190).

Kuruluşların, hedef kitleyi bilgilendirme ve hedef kitlenin bilgiyi alma açısından iletişim biçimleri dörde ayrılmaktadır (Okay, 2005: 4-5):

Bürokratik iletişim biçimini uygulayan kuruluşlar kamuoyundan ve hedef kitlelerinden ne bir şey duymak istemekte ne de bu kitlelere bir açıklama gereği yapmak gereği hissetmemektedirler. Bu iletişim biçimine genellikle kamu kuruluşlarında ya da bürokratik biçimde yapılan kuruluşlarda rastlanmaktadır.

Manipülatif iletişim biçimi büyük bir tantana ile bilgilendirmeleri hazırlayan, nelerin verileceğini seçen, açıklık ve nesnellik olmaksızın dağıtan totaliter hükümdarlık sisteminin propaganda biçimi olmaktadır. En önemli özelliği her iki açıdan (bilgilendirme ve bilgilendirilmeye hazır olmak) geniş bir bilgilendirme faaliyeti olmasıdır, ancak bu bilgilendirme faaliyetinin amacı gerçek bir iletişimden ziyade ağırlıklı olarak manipülasyon olmaktadır.

Demokratik iletişim biçimi bir kuruluşun bilgilendirmeye hazır olmasını, bilgilendirme olanaklarını sunmasını ve karar verme aşamasında karşı görüşleri de dikkate almasını ifade etmektedir. Bu iletişim biçiminin özellikleri açık, nesnel, güçlü ve sürekli olmasıdır.

Orantısız iletişim biçiminde çeşitli uygulamaların iletişim biçimleri üzerine yapılan analizlerde, genellikle bir bileşenin göz ardı edilmesi durumunda görülmektedir. Buna örnek olarak, yoğun kamuoyu araştırması yapmış olmasına karşın, elde edilen sonuçlara göre, kuruluşun bir iletişim politikası uygulayamaması gösterilebilmektedir.

Temel amacı insanlara nitelikli sağlık hizmeti vermek olan kamu ve özel sağlık kurumlarında iletişimin önemli bir yeri bulunmaktadır. Hemen hemen birbirinden bağımsız sağlık hizmeti yürüten birimlerin oluşturduğu, otonom özellikli sağlık personellerinin yanı sıra idari, teknik ve yardımcı hizmetler personelinin görev yaptığı sağlık kurumlarında ekip anlayışının sağlanması için iletişim temel etmen olmaktadır (Tabak, 1998: 190).

Kurumsal iletişim, bir kurumun hedef kitlelerine yönelik çalışmalarının tümünün kapsamaktadır (Okay, 2005: 3). Kurumsal iletişim, kurumun amaç ve hedeflerine ulaşması, işleyişini sağlaması için gereken üretim ve yönetim süreci içinde, kurumu oluşturan bölüm ve ögeler arasında eşgüdümü, bilgi akışını, motivasyonu, bütünleşmeyi, değerlendirmeyi, eğitimi, karar almayı ve denetimi sağlamak amacıyla belli kurallar içinde gerçekleşen iletişim süreci olarak tanımlanabilmektedir (Tabak, 1998: 191).

Kurumsal iletişim kurum içi ve kurum dışındaki tüm iletişim çalışmaları için bir çatı oluşturmaktadır. Kurum iletişimini kişilerarası ve kitle iletişim biçimlerini kullanarak yerine getirmektedir (Okay, 2005: 6). Bu çerçevede, Tablo 12.'de kurumsal iletişimin sınıflandırılması gösterilmektedir.

Tablo 12. Kurumsal İletişimin Sınıflandırılması

| İletişim Türü | Yönetim - Müşteri | Çalışan - Müşteri | Yönetim - Çalışan |
|-----------------------|---|--|--|
| Kitle İletişimi | Reklam, basın ve halkla ilişkiler çalışmaları, doğrudan pazarlama | Broşürler, satış geliştirme, iş mektupları | Kurum içi haber ve bilgilendirme biçimi, kurum broşürleri, kurum içi yayın |
| Kişilerarası İletişim | Konferanslar, müşteri şikayetleri, açık kapı günleri | Kişisel satış, sergi-fuarlar, satış geliştirme | Çalışanlara yönelik konuşmalar, iş toplantıları, seminerler. |

Kaynak: Okay, Ayla (2005): “Kurumsal İletişim ve Kurum Kimliği”, *Kurumsal İletişim Yönetimi*, Editör Rüveyda Akyürek, T.C. Anadolu Üniversitesi Yayını No: 1643, Açıköğretim Fakültesi Yayını No: 859, Eskişehir, sf. 6.

Tabloda da görüldüğü üzere kurumsal iletişim yönetim-müşteri, çalışan-müşteri ve yönetim-çalışan olmak üzere üç grupta kitle iletişimi ve kişilerarası iletişim yöntemleriyle sağlanmaktadır.

Kurumsal iletişim açısından, sağlık kurumlarına bakıldığında yönetimdeki hiyerarşiye bağlı olarak iletişim problemleri yaşandığı görülmektedir(Aslan, 2004: 600).

Sağlık hizmetleri ve sağlık sektöründe toplam kalite yönetimi ile ilgili verilen bu bilgilerden sonra çalışmanın son bölümünde Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi ile Edirne Devlet Hastanesi’nde uygulanan anketler toplam kalite yönetimi kavramı çerçevesinde incelenecektir.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

TOPLAM KALİTE YÖNETİMİ ANLAYIŞININ SAĞLIK SEKTÖRÜNDE UYGULANMASI: TRAKYA ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK ARAŞTIRMA VE UYGULAMA MERKEZİ İLE EDİRNE DEVLET HASTANESİ'NİN KARŞILAŞTIRILMASI

Çalışmanın son bölümü olan bu bölümde ise, ilk iki bölümde ele alınan konular ışığında Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi ile Edirne Devlet Hastanesi çalışanlarına ve hastalarına uygulanan anket sonuçları değerlendirilmektedir.

3.1. Problem

Endüstri ve hizmet sektöründe uygulanan toplam kalite yönetiminden başarılı sonuçlar elde edilince, 1950'li yıllarda gelişmiş ülke hastanelerinde de toplam kalite yönetimi hızlı bir yayılma göstermiştir. Sağlık hizmetlerinde toplam kalite yönetimi yaklaşımı, hem toplumun daha kaliteli hizmet beklentisi hem de hizmet maliyetlerinin düşürülmesi hedeflerini karşılamaktadır. Toplam kalite yönetimi ancak belirli yönetim stilleri, örgüt iklimleri doğrultusunda yaşatılabilen bir felsefe ve uygulamalar olmakta; örgütteki insan unsurunun, makine, malzeme ve süreç öğelerinin bu anlayış doğrultusunda yapılması gerekmektedir.

3.2. Amaç

Bu araştırmayla, toplam kalite yönetimi çerçevesinde hastanelerde, hizmet kalite sürekliliğinin nasıl sağlandığı, hasta beklenti ve ihtiyaçlarının ne derece karşılandığı, çalışanların yönetime ne ölçüde katılabildiği gibi konular ele alınmaktadır. Bu amaçla;

1. Öncelikle toplam kalite yönetimi kavramı incelenecek,
2. Hastane yönetiminin nasıl işlediği ele alınacak,
3. Bunlar ışığında da Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi ve Edirne Devlet Hastanesi çalışanlarına ve hastalarına uygulanacak anket sonuçları değerlendirilecektir.

3.3. Önem

Endüstri ve hizmet sektöründe başlayan toplam kalite yönetimi anlayışı sağlık sektörüne de yansımıştır. Bunun sonucu olarak da, hastaların ve çalışanların memnuniyet düzeylerinin artırılması, sürekli geliştirme, sıfır hata ile çalışma gibi kavramlar hastane yönetimleri için büyük önem kazanmış ve bu çerçevede toplam kalite yönetimi hastanelerde uygulanmaya başlamıştır. Ancak bunun ne derecede başarılabilirdiği ölçülmesi gereken bir konu olarak belirmektedir.

3.4. Sayıtlar

Araştırmanın yapılmasında literatür taraması ve anket çalışmasının kullanılması faydalı görülmektedir.

3.5. Gereç ve Yöntem

Bu bölümde öncelikle araştırmada kullanılan gereç ve yöntem ile ilgili olarak kısaca bilgi verilecektir.

3.5.1. Araştırma Modeli

Bu araştırma için öncelikle betimsel analiz yöntemi kullanılmıştır. Bu yöntemin seçilmesinde çalışmanın ilk bölümlerinde konuyla ilgili bilgi verilmesi gerekliliği etkili olmuştur. Araştırmanın ilk iki bölümünde, konu ile ilgili bilgi kaynaklarının taranması modeli esas alınmıştır. Bu çerçevede toplam kalite yönetimi ve hastane yönetimi kavramları literatür çalışmasıyla açıklanmıştır.

Çalışmanın bu bölümünde ise anket çalışmasından faydalanılacaktır. Bu amaçla hazırlanan anketler seçilen hastanelerde çalışanlara ve hastalara uygulanmış ve sonuçlar değerlendirilmiştir.

3.5.2. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme

Araştırmanın evrenini Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi çalışanları ve Edirne Devlet Hastanesi çalışanları ile bu hastaneye tedavi olmak amacıyla gelen hastalar oluşturmaktadır. Bu çerçevede öncelikle araştırma evrenini oluşturan bu hastanelerle ilgili kısaca bilgi verilmesi faydalı olacaktır.

Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi⁶², İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi bünyesinden ayrılarak Trakya Üniversitesi'ne bağlanmış, Trakya Üniversitesi Eğitim Araştırma ve Uygulama Hastanesi adı altında 05 Haziran 1983 tarihinde Edirne Devlet Hastanesi'nin bir bloğunda 80 yatak kapasiteli olarak hizmete açılmıştır. Trakya Üniversitesi Eğitim Araştırma ve Uygulama Hastanesinin inşaatının yapımına 23 Ağustos 1976 tarihinde başlanmıştır. 16.000 metrekarelik alan üzerine kurulan ve 103.000 metrekarelik kullanım alanı bulunan şu andaki merkezine 1987-1988 eğitim-öğretim yılında taşınmış, 2 blokta 3 kat ile hizmete açılmıştır. Hastane, 25 Kasım 1999 tarihinde tamamlanmıştır. 11 katlı 4 blok yataklı servisler, 2 Blokta 8 katta 112 Öğretim Üyesi odası, 3 katlı Acil Ünitesi, Ameliyathane ve Kan Merkezi ile 3 katlı Poliklinik binası ile hizmet vermektedir. Hasta odaları 1 ve 2 yataklı olarak düzenlenmiş olup tamamında hasta başı üniteleri (oksijen, vakum hemşire çağrı, okuma ve iç aydınlatma) mevcuttur. Trakya Üniversitesi Eğitim Araştırma ve Uygulama Hastanesi, 1.100 yatak kapasiteli olup 873 fili yatağı, % 80 doluluk oranı ile hizmet vermektedir. Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi 2007 yılında 232.440 hastaya ayaktan; 24.075 hastaya yatarak tedavi hizmeti vermiştir.

1980'li yıllarda yapımına başlanmış olan Edirne Devlet Hastanesi⁶³ ülkenin geçirdiği savaşlar neticesinde bir çok yıkılmış ve yeniden yapılmıştır. 2005 yılı itibariyle 250 yatak sayısı ve %82.8'lik doluluk oranı ile hizmet veren Edirne Devlet Hastanesi'nin, yapımı kısa bir süre sonra bitecek ek binasıyla hizmet oranını arttırması beklenmektedir. Edirne Devlet Hastanesi, 2007 yılında 460.742 hastaya ayaktan; 12.432 hastaya ise yatarak tedavi hizmeti vermiştir.

Verilen bilgiler ışığında araştırmanın örneklemini, Edirne Devlet Hastanesi ile Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi'nde ankete katılan çalışan ve hastalar oluşturmaktadır.

3.5.3. Veri Toplama Aracı

Veri toplama araçları hastane çalışanlarına ve hastalara uygulanmak üzere hazırlanmış olan iki ayrı anket formudur. Anket formundaki sorular mevcut literatüre

⁶² Trakya Üniversitesi Eğitim ve Uygulama Hastanesi ile ilgili verilen tüm bilgiler Trakya Üniversitesi 2008 Mali Yılı Performans Programının 51 ve 52inci sayfalarından faydalanılarak oluşturulmuştur.

⁶³ Verilen bilgiler Edirne Devlet Hastanesinin internet sitesinden elde edilen veriler sonucunda oluşturulmuştur.

dayanılarak araştırmanın amaçları doğrultusunda oluşturulmuştur. Dış müşteri olarak hastalara 14 soruluk bir anket formu; iç müşteri olarak, ele alınan hastanelerde çalışan personele ise 24 soruluk bir anket uygulanmıştır.

Hastalara uygulanan 14 soruluk anket formu iki bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde kişisel bilgiler yer almaktadır. Bu çerçevede, katılımcıların cinsiyet, yaş, yetiştiği yer, öğrenim düzeyi, gelir düzeyi ve tedavi için hangi sosyal güvenceye sahip olduğu sorulmuştur. İkinci bölümde ise, hastaların doktorlar, hemşireler ve diğer hastane personeli ile ilgili görüşleri ile bekleme süreleri, hastalıkları ile ilgili yeterli bilgi alıp almadıkları, çalışan gruptan beklentileri ve hastanede değişmesini istedikleri şeyler hakkında sorular yer almaktadır. Son olarak ise hastalara daha iyi bir imkanları olsa idi yine bu hastaneye gelip gelmeyecekleri sorulmuştur. Anketin birinci bölümü ile ikinci bölümünün bir kısmında çoktan seçmeli ifadeler yer verilmiştir. Ayrıca ikinci bölümde 9 soruda beşli likert ölçeği kullanılmıştır. Likert tipi ölçekle hazırlanan sorularda her ifadenin karşısında, hastaların ifadelerdeki durumlarla ilgili tatmin düzeyini belirlemek amacıyla “çok kötü, kötü, orta, iyi, çok iyi” seçeneklerinden birini işaretlemeleri istenmiştir. Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi ile Edirne Devlet Hastanesi’ne tedavi olmak amacıyla gelen hastalardan 761 adet anket alınmıştır.

Seçilen hastanelerde çalışanlara uygulanan 24 soruluk anket formu iki bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde kişisel bilgiler yer almaktadır. Bu çerçevede, katılımcılara cinsiyet, kurumda çalışma süresi, eğitim düzeyi ve görev alanı ile ilgili çoktan seçmeli sorular sorulmuştur. İkinci bölümde ise, hastanede çalışan personellerin, hastanede toplam kalite yönetimi unsurlarının kullanılıp kullanılmadığına dair görüşleri alınmıştır. Son olarak ise, çalışanlara göre, hastaneye gelen hastaların karşı karşıya kaldıkları sorunlar sorulmuştur. İkinci bölümdeki 24 sorunun 23’ünde beşli likert ölçeği kullanılmıştır. Likert tipi ölçekle hazırlanan sorularda her ifadenin karşısında, çalışanların ifadelerdeki durumlarla ilgili tatmin düzeyini belirlemek amacıyla “kesinlikle katılmıyorum, katılmıyorum, kararsızım, katılıyorum, kesinlikle katılıyorum” seçeneklerinden birini işaretlemeleri istenmiştir. Son soruda ise hastaların karşılaştıkları sorunlarla ilgili 7 ifade verilmiş ve bunlardan bir veya daha fazlasını işaretlemeleri istenmiştir. Ayrıca bu soruda çalışanların görüşlerinin alınması için “diğer” şeklinde bir seçenek kullanılarak; çalışanların seçeneklerde bulunmayan

konularda da görüş belirtebilmelerine imkan sağlanmıştır. Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi ile Edirne Devlet Hastanesi'nde çalışanlardan 388 adet anket alınmıştır.

Anket çalışması 2008 yılının Kasım ve Aralık ayları içerisinde gerçekleştirilmiş; anketlerin yorumlanmasında SPSS 16 programından yararlanılmıştır.

3.5.4. Verilerin Toplanması

Araştırma verilerinin toplanmasında öncelikle literatür taramasına başvurulmuştur. Çalışma alanıyla ilgili veriler, gerek elektronik ortamdan, gerekse geleneksel bilgi kaynaklarına ulaşım sağlanarak elde edilmiş ve ardından elde edilen bulgular değerlendirilmiştir. Konu itibariyle literatür taramasında ölçüt olarak bilimsel bilgi niteliğindeki kaynaklara öncelik tanınmıştır. Literatür taramasının ardından anketler seçilen hastane çalışanlarına ve bu hastaneye tedavi olmak için gelen hastalara uygulanmış ve bu çerçevede değerlendirilmiştir. Anket formu oluşturulurken geniş bir literatür taraması yapılmış ve daha önce sağlık sektöründe toplam kalite yönetimi ile ilgili yapılmış tezlerde uygulanmış anketlerden yararlanılarak anket formları oluşturulmuştur. Ankette yer alan soru ifadelerinin hastaların ve hastane çalışanlarının kişisel bilgilerinin değerlendirilmesindeki yeterliliği, toplam kalite yönetimi öğelerini içerip içermediği, ifadelerin anlaşılır olup olmadığı konularında tez danışmanının görüşü alınmıştır.

3.5.5. Sınırlılıklar

Zaman ve kaynak yetersizliğinden dolayı çalışma, Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi ve Edirne Devlet Hastanesi'nde dağıtılan anketlere cevap veren katılımcılar ile sınırlandırılmıştır. Yine zaman yetersizliğinden dolayı ele alınan hastanelerde toplam kalite yönetimi araçları genel olarak ölçülmüş; ayrıntılı olarak irdelenmemiştir.

3.5.6. Güvenilirlik Testi

Anket yoluyla toplanan verilerin değerlendirilmesindeki amaç, cevabı aranan sorulara doğru ve geçerli cevapların bulunması olmaktadır. Güvenilirlik, bir testin ya da ölçeğin ölçmek istediği şeyi tutarlı ve istikrarlı bir biçimde ölçme derecesidir. Bir

ölçeğin güvenilirliğini ölçmek için çeşitli yaklaşımlar kullanılmaktadır. Bu yaklaşımlardan en yaygın olanı Cronbach alfa olarak bilinen alfa katsayısıdır. Alfa değeri olası tüm ikiye ayırma kombinasyonları sonucu ortaya çıkacak olan ikiye ayırma katsayılarının bir ortalamasını göstermektedir. Alfa değeri 0 (sıfır) ile 1 (bir) arası değerler almaktadır. Kabul edilebilir değer en az 0,7 olması arzu edilmekle birlikte; inceleme türü çalışmalarda 0,5'e kadar makul kabul edilebilir olduğu bazı araştırmacılarca dile getirilmektedir (Altunışık vd., 2004: 112-115).

Tablo 13. Cronbach Alfa Testi ile Elde Edilen Güvenilirlik Puanları

| | Cronbach α Katsayısı | Madde Sayısı (N) |
|------------------------------------|---|-------------------------|
| Çalışanlara Uygulanan Anket | 0,907 | 30 |
| Hastalara Uygulanan Anket | 0,651 | 18 |

Tablo 3.1.'de de görüldüğü gibi çalışanlara uygulanan anketlerde alfa değeri 1'e çok yakındır. Hastalara uygulanan anketlerde de alfa değeri 0,5'in üzerinde bir değer almıştır. Bu çerçevede iki ankette de maddelerin tutarlı ve güvenilir nitelik taşıdığı gözlemlenmiştir.

3.6. Bulgular

Toplam kalite yönetimi ile ilgili elde edilen verilere geçmeden önce, ankete katılan çalışanlar ve hastalar hakkında bazı demografik bilgilere yer verilecektir.

3.6.1. Ankete katılan hastalara ilişkin kişisel bulgular

Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi ile Edirne Devlet Hastanesi'ne tedavi olmak amacıyla gelen hastalardan 761 adet anket toplandığı belirtilmiştir. Aşağıda bu anketlere katılanlara ilişkin kişisel bulgulara yer verilmektedir.

Tablo 14. Ankete Katılan Hastaların Cinsiyetlerine Göre Dağılımı

| | cinsiyet | |
|--|----------|-------|
| | bayan | bay |
| Edirne Devlet Hastanesi | 57,6% | 42,4% |
| Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi | 47,6% | 52,4% |

Ankete katılan hastaların Devlet Hastanesi'nde %57.6'sı bayan, %42.4'ü bay iken; Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi'nde %47.6'sı bayan, %52.4'ü ise baydır.

Tablo 15. Ankete Katılan Hastaların Yaşlarına Göre Dağılımı

| | yaş | | | | |
|--|-------|-------|-------|-------|------------|
| | 15-24 | 25-34 | 35-44 | 45-54 | 55 ve üstü |
| Edirne Devlet Hastanesi | 22,8% | 19,8% | 17,6% | 21,1% | 18,7% |
| Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi | 11,6% | 18,5% | 23,7% | 27,5% | 18,8% |

Tabloda da görüldüğü üzere Devlet Hastanesi'nde ankete katılan hastaların %22.8'i 15-24 yaş arasında, %19.8'i 25-34 yaş arasında, %17.6'sı 35-44 yaş arasında, %21.1'i 45-54 yaş arasında ve son olarak %18.7'si 55 ve üstü yaş grubunda yer almaktadır. Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi'ne bakıldığında ise, 15-24 yaş arasında bulunan gruptaki hastaların oranı Devlet Hastanesi'nden daha düşük olarak %11.6'dır. 25-34 yaş arasında %18.5, 35-44 yaş arasında %223.7, 45-54 yaş arasında %27.5 ve son olarak 55 ve üstü yaş grubunda ise %18.8 oranında hasta yer almaktadır.

Tablo 16. Ankete Katılan Hastaların Yetiştikleri Yerlere Göre Dağılımı

| | yetiştigi yer | | | |
|--|---------------|-------|-------|------------|
| | köy | ilçe | il | büyükşehir |
| Edirne Devlet Hastanesi | 31,5% | 21,3% | 40,6% | 6,6% |
| Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi | 23,3% | 39,1% | 30,3% | 7,2% |

Yetiştikleri yerlere göre ankete katılan hastaların dağılımına bakıldığında Devlet Hastanesi'nde en büyük oran il merkezinde yetiştiğini belirten hastalardadır. İkinci sırada köy ve sırasıyla üç ve dördüncü sıralarda ilçe ve Büyükşehir gelmektedir. Devlet Hastanesi'ne tedavi amacıyla gelen hastaların büyük çoğunluğunu (%72.1) il ve köylerden gelen hastalar oluşturmaktadır.

Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi'ne bakıldığında ise burada en büyük oran ilçelerden gelen hastalardadır. İkinci, üçüncü ve dördüncü

sıralarda sırasıyla il, köy ve Büyükşehir yer almaktadır. Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi'ne gelen hastaların büyük çoğunluğunu (%69.4) il ve ilçelerden gelen hastalar oluşturmaktadır.

Tablo 17. Ankete Katılan Hastaların Eğitim Durumlarına Göre Dağılımı

| | eğitim durumu | | | | | |
|--|----------------------|------------|---------|----------|-------|------------|
| | okuma yazma bilmiyor | okur yazar | ilkokul | ortaokul | lise | üniversite |
| Edirne Devlet Hastanesi | 4,9% | 1,6% | 36,6% | 12,2% | 31,4% | 13,3% |
| Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi | 3,6% | 2,1% | 31,7% | 15,7% | 31,2% | 15,7% |

Eğitim durumuna göre hastaların dağılımına bakıldığında Devlet Hastanesi'nde ankete katılan hastaların büyük bir bölümü (%93.5) ilkokul ve üstü eğitim seviyesine sahiptir. Bu oran içinde ne büyük paya ilkokul sahipken ikinci, üçüncü ve dördüncü sıralarda sırasıyla lise, üniversite ve ortaokul gelmektedir. Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi'ne bakıldığında da en büyük oranın (%94.3) ilkokul ve üstü seviyede eğitim görmüş hastalara ait olduğu görülmektedir. İki hastane arasındaki oranlar karşılaştırıldığında, lise oranları yaklaşık olarak aynı olmak üzere, üniversite ve ortaokul oranlarının Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi'nde daha yüksek olduğu gözlemlenmektedir.

Tablo 18. Ankete Katılan Hastaların Gelir Düzeylerine Göre Dağılımı

| | gelir düzeyi | | | | |
|--|--------------|----------------|-------------|---------------|--------------------|
| | gelirim yok | 499 YTL'den az | 500-999 YTL | 1000-1499 YTL | 1500 YTL'den fazla |
| Edirne Devlet Hastanesi | 26,9% | 19,5% | 39,3% | 11,5% | 2,7% |
| Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi | 23,2% | 16,0% | 40,7% | 13,7% | 6,4% |

Tabloda da görüldüğü gibi, ankete katılan hastaların gelir düzeyine göre dağılımında iki hastanede de, oranlar arasında küçük farklılıklar olmasına karşın, sıralama aynı şekilde gitmekte (500-999 YTL, gelirim yok, 499 YTL'den az, 1000-1499 YTL, 1500 YTL'den fazla) ve en büyük pay 500-999 YTL arasında bulunmaktadır.

Tablo 19. Ankete Katılan Hastaların Sahip Oldukları Sosyal Güvenceye Göre Dağılımı

| | sahip olduğu sosyal güvence | | | | | |
|--|-----------------------------|-------|---------|------------|---------|-----------------------|
| | emekli sandığı | SSK | Bağ-kur | yeşil kart | hiçbiri | özel sağlık güvencesi |
| Edirne Devlet Hastanesi | 13,4% | 48,2% | 21,8% | 11,7% | 3,8% | 1,1% |
| Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi | 16,8% | 47,9% | 24,6% | 6,0% | 4,7% | ,0% |

Son olarak ankete katılan hastaların sahip oldukları sosyal güvenceye bakıldığında ise, iki hastanede de hastaların yarısına yakın bir kısmının SSK'ya tabi olduğu görülmektedir. SSK'ya tabi hastaları bağ-kur, emekli sandığı ve yeşil kart sahibi hastalar takip etmektedir. Devlet Hastanesi'nde ankete katılan hastaların %3.8'i hiçbir sosyal güvenceye sahip olmadığını belirtirken; Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi'nde bu oran %4.7'dir. Özel sağlık güvencesine sahip hastalar ise, Devlet Hastanesi'nde %1.1 oranındayken Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi'nde ankete katılan hiçbir hasta bu seçeneği işaretlememiştir.

Yukarıda yer verilen bu bulgular sadece ankete katılanlarla ilgili bilgi verilmesi amacını taşımaktadır. Kişilerin yetiştikleri yerler, yaşları, eğitim düzeyleri ve gelirleri, beklentilerini ve memnuniyet düzeylerini etkileyebilmekteyken; çalışmanın konusu gereği hasta memnuniyet düzeylerinin ölçülmesinde bu faktörlerin etkisi dikkate alınmamıştır. Sadece hasta memnuniyet düzeylerinin ölçüldüğü bir çalışmada bu faktörlerin etkilerinin ölçülmesi faydalı olacaktır.

3.6.2. Ankete katılan çalışanlara ilişkin kişisel bulgular

Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi ile Edirne Devlet Hastanesi'nde çalışanlardan 388 adet anket alındığı belirtilmiştir. Aşağıda bu anketlere katılanlara ilişkin kişisel bulgulara yer verilmektedir.

Tablo 20. Ankete Katılan Çalışanların Cinsiyetlerine Göre Dağılımı

| | cinsiyet | |
|--|----------|-------|
| | bayan | bay |
| Edirne Devlet Hastanesi | 80,0% | 20,0% |
| Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi | 65,8% | 34,2% |

Tablodan da anlaşılacağı üzere iki hastanede de ankete katılanların büyük çoğunluğunu bayanlar oluşturmaktadır. Devlet Hastanesi'nde ankete katılanların %80'i bayan, %20'si bayken; Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi'nde ankete katılanların %65.8'i bayan, %34.2'si baydır.

Tablo 21. Ankete Katılan Çalışanların Kurumda Çalışma Sürelerine Göre Dağılımı

| | kurumda çalışma süreniz | | | | |
|--|-------------------------|---------|-----------|-----------|----------------|
| | 5 yıldan az | 6-9 yıl | 10-14 yıl | 15-19 yıl | 20 yıl ve üstü |
| Edirne Devlet Hastanesi | 47,0% | 17,0% | 16,0% | 12,0% | 8,0% |
| Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi | 54,2% | 16,1% | 17,8% | 7,3% | 4,5% |

Kurumda çalışma sürelerine göre ankete katılanlara bakıldığında Devlet Hastanesi'ndeki katılımcıların yarıya yakınının, Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi'nde ise yarıdan fazlasının 5 yıldan az süredir çalıştığı görülmektedir. Devlet Hastanesi'nde çalışma yılı fazlaştıkça katılımcıların oranı azalırken; Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi'nde 5 yıldan az çalışanları sırasıyla 10-14 yıl, 6-9 yıl ve 15-19 yıl arası çalışanlar takip etmektedir. Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi'nde de en az oran 20 yıl ve üstü çalışanlara aittir.

Tablo 22. Ankete Katılan Çalışanların Eğitim Düzeylerine Göre Dağılımı

| | eğitim düzeyiniz | | | | | |
|--|------------------|-------|-----------|--------|---------------|---------|
| | ilköğretim | lise | ön lisans | lisans | yüksek lisans | doktora |
| Edirne Devlet Hastanesi | ,0% | 20,8% | 51,5% | 11,9% | 12,9% | 3,0% |
| Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi | 6,7% | 14,4% | 23,2% | 35,8% | 7,0% | 13,0% |

Eğitim düzeylerine göre katılımcıların oranlarına bakıldığında Devlet Hastanesi'nde ankete katılan çalışanların yaklaşık olarak yarısının n lisan mezunu olduğu görülmektedir. İlköğretim mezunu olduğunu belirten hiçbir katılımcı olmazken; ön lisans mezunlarını lise, yüksek lisans, lisans ve doktora mezunları takip etmektedir. Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi'nde ise en yüksek oran lisans mezunlarına aittir. Lisans mezunlarını ön lisans, doktora, yüksek lisans ve ilköğretim mezunları takip etmektedir.

Tablo 23. Ankete Katılan alışanların Görev Alanlarına Göre Dağılımı

| | görev alanınız | | | | |
|--|----------------|----------------------------|-------------------|---------|----------------|
| | doktor | asistan-uzmanlık ğrencisi | sağlık teknisyeni | hemşire | idari personel |
| Edirne Devlet Hastanesi | 13,3% | ,0% | 12,2% | 56,1% | 18,4% |
| Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi | 9,1% | 23,7% | 16,0% | 31,7% | 19,5% |

Son olarak ankete katılan çalışanların görev alanları itibariyle dağılımına bakıldığında iki hastanede de en büyük oranın hemşirelerde olduğu görülmektedir. Hemşireleri Devlet Hastanesi'nde idari personel; Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi'nde ise asistan (uzmanlık ğrencisi) takip etmiştir. Devlet Hastanesi'nde asistan (uzmanlık ğrencisi) bulunmadığı için katılım da olmamıştır. Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi'ndeki oranlarda nc sırada yer alan idari personel oranı Devlet Hastanesindeki orana çok yakındır. Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi'nde idari personel oranını sırasıyla sağlık teknisyeni ve doktor oranları takip ederken; Devlet Hastanesi'nde idari personel oranını sırasıyla doktor ve sağlık teknisyeni oranları takip etmektedir.

Ankete katılan katılımcılarla ilgili verilen bu bilgilerden sonra aşağıda ankette sorulan sorulardan elde edilen bulgulara yer verilmektedir.

3.6.3. alışan ve hasta memnuniyetinin sağlanması

Sağlık hizmetlerinde müşteri memnuniyeti çalışan memnuniyeti ve hasta memnuniyeti olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. Bu çerçevede ele alınan hastanelerde

hem çalışanların hem de hastaların memnuniyet düzeyleri ölçülmüştür. Elde edilen veriler aşağıda verilmektedir.

3.6.3.1. Çalışan Memnuniyeti

TKY anlayışı çerçevesinde sağlık kurumlarında çalışan memnuniyeti büyük önem taşımaktadır. Bu çerçevede ele alınan hastanelerde, çalışan memnuniyetinin ölçülmesi amacıyla, çalışanlara “Çalıştığım birimde olmaktan genel olarak memnunum” ve “Hastanede dış müşteri (hasta) kadar iç müşteri (çalışan) tatminine de önem verilmektedir” şeklinde iki ifade verilmiş ve çalışanlardan bu ifadelerle ilgili olarak “kesinlikle katılmıyorum, katılmıyorum, kararsızım, katılıyorum, kesinlikle katılıyorum” seçeneklerinden birini seçmeleri istenmiştir. Bu çerçevede elde edilen veriler aşağıdaki gibidir.

Tablo 24. Çalışanların Çalıştıkları Birimde Olmaktan Memnuniyetleri

| | çalıştığım birimde olmaktan genel olarak memnunum | | | | |
|--|---|--------------|------------|-------------|------------------------|
| | kesinlikle katılmıyorum | katılmıyorum | kararsızım | katılıyorum | kesinlikle katılıyorum |
| Edirne Devlet Hastanesi | 2,0% | 6,1% | 20,4% | 52,0% | 19,4% |
| Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi | 8,6% | 9,7% | 20,1% | 40,1% | 21,5% |

Tablodan da anlaşılacağı üzere, iki hastanede de çalışanların büyük çoğunluğu çalıştıkları birimde olmaktan memnun olduklarını belirtmişlerdir. İfadeye Devlet Hastanesi’nde %19.4 katılımcı kesinlikle katılıyorum şikkını işaretleyerek cevap verirken Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi’nde %21.5 oranında katılımcı kesinlikle katılıyorum seçeneğini işaretlemiştir. Ancak Devlet Hastanesi’nde %8.1; Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi’nde ise %18.3 katılımcı çalıştıkları birimde olmaktan genel olarak memnun olmadıklarını belirtmişlerdir. Çok küçük bir farkla da olsa Devlet Hastanesi’nde çalışan katılımcıların (%71.4) çalıştıkları birimde olmaktan; Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi’nde çalışan katılımcılardan (%61.6) daha memnun oldukları söylenebilmektedir.

Tablo 25. Hastanede Çalışan Memnuniyetinin Sağlanmasına Önem Verilmesi Konusunda Çalışanların Görüşleri

| | hastanede dış müşteri (hasta) kadar iç müşteri (çalışanlar) tatminine de önem verilmektedir | | | | |
|--|---|--------------|------------|-------------|------------------------|
| | kesinlikle katılmıyorum | katılmıyorum | kararsızım | katılıyorum | kesinlikle katılıyorum |
| Edirne Devlet Hastanesi | 21,6% | 22,7% | 28,9% | 15,5% | 11,3% |
| Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi | 31,7% | 31,7% | 20,3% | 13,9% | 2,5% |

Devlet Hastanesi ve Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi çalışanları çalıştıkları birimde olmaktan genel olarak memnun oldukları halde hastanede çalışan memnuniyetine yeteri kadar önem verilmediği görüşündedirler. Tabloya bakıldığında Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi'ndeki çalışanların (%63.4), çalışan memnuniyetine önem verilmediği hususunda Devlet hastanesi çalışanlarından (%44.3) daha yüksek oranlara sahip olduğu görülmektedir.

TKY açısından dış müşteri kadar iç müşteri memnuniyeti de büyük önem taşımaktadır. Çalışanların istek ve beklentilerinin karşılanması çalışanların memnuniyetini arttıracak gibi, memnuniyet düzeyi artan çalışanlar işlerinde de daha verimli olacaklardır. Bu çerçevede Edirne Devlet Hastanesi'nde çalışan katılımcıların memnuniyet düzeyleri Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi'nde çalışan katılımcılardan daha yüksek bir orana sahip olmasına karşın, çalışan memnuniyetinin artırılması gereği iki hastane için de geçerli olmaktadır. Çünkü iki hastane için de, çalışan memnuniyeti konusunda elde edilen bulgular tatminkar değildir.

3.6.3.2. Hasta Memnuniyeti

Hasta memnuniyeti genel olarak hastaların istek ve beklentilerinin en iyi şekilde karşılanması anlayışına dayanmaktadır. Bu çerçevede, iki hastaneye gelen hastalara memnuniyet düzeylerinin ölçülmesi amacıyla doktorlar, hemşireler ve diğer hastane personeli ile ilgili görüşleri ile bekleme süreleri, hastalıkları ile ilgili yeterli bilgi alıp almadıkları, çalışan gruptan beklentileri ve hastanede değişmesini istedikleri şeyler hakkında sorular sorulmuştur. Son olarak ise hastalara daha iyi bir imkanları olsa idi yine bu hastaneye gelip gelmeyecekleri sorusu yöneltmiştir. Bu çerçevede elde edilen bulgular aşağıdaki gibidir.

Tablo 26. Hastaların Doktorların Kendilerine Olan Davranışlarına Yönelik Görüşleri

| | doktorların size olan davranışlarını nasıl değerlendiriyorsunuz | | | | |
|--|---|------|-------|-------|---------|
| | çok kötü | kötü | orta | iyi | çok iyi |
| Edirne Devlet Hastanesi | ,8% | 2,2% | 24,5% | 44,6% | 28,0% |
| Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi | ,5% | 3,6% | 19,4% | 52,7% | 23,8% |

Tabloda da görüldüğü üzere doktorların kendilerine olan davranışlarını katılımcıların yaklaşık olarak yarısı iyi olarak değerlendirmiştir. Bu oran Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi'nde (%52,7) Devlet Hastanesi'ne (%44,6) kıyasla daha yüksektir. Buna karşılık doktorların kendilerine olan davranışlarını çok iyi olarak değerlendiren katılımcıların oranının ise, Devlet Hastanesi'nde daha yüksek olduğu görülmektedir. Genel olarak iki hastanede de, ankete katılan hastaların büyük bir bölümünün, doktorların kendilerine olan davranışlarından memnun oldukları söylenebilmekle birlikte doktorların kendilerine olan davranışlarından memnun olmayan katılımcıların oranları da göz ardı edilmemelidir. Edirne Devlet Hastanesi'nde doktorların davranışlarını çok kötü, kötü ve orta olarak değerlendiren katılımcıların oranı %27,5 iken; Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi'nde bu oran %23,5 'tir.

Tablo 27. Hastaların Doktorların Kendilerine Ayırdıkları Zamana Yönelik Görüşleri

| | doktorların size ayırdığı zamanı nasıl değerlendiriyorsunuz | | | | |
|--|---|------|-------|-------|---------|
| | çok kötü | kötü | orta | iyi | çok iyi |
| Edirne Devlet Hastanesi | 1,9% | 6,2% | 24,2% | 51,4% | 16,3% |
| Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi | 3,3% | 6,9% | 22,0% | 51,7% | 16,1% |

Doktorların kendilerine olan davranışlarını büyük ölçüde iyi ve çok iyi olarak değerlendiren katılımcıların memnuniyet düzeyleri, doktorların kendilerine ayırdığı zaman konusunda az da olsa düşmektedir. Doktorların kendilerine ayırdıkları zamanı Devlet Hastanesi'nde %16,3; Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi'nde ise %16,1 oranında katılımcı çok iyi olarak değerlendirmiştir. Soruya iyi şeklinde cevap veren hastaların oranları ise, Devlet Hastanesi'nde %51,4; Trakya

Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi'nde ise %51.7'dir. Doktorların hastalara ayırdıkları zaman konusunda elde edilen veriler iki hastanede de birbirine yakın olmakla birlikte, iki hastane içinde iyileştirilmesi gereken bir nokta olarak görülmektedir.

Tablo 28. Hastaların Hemşirelerin Bakım Hizmetlerine Yönelik Görüşleri

| | hemşirelerin bakım hizmetlerini nasıl değerlendiriyorsunuz | | | | |
|--|--|------|-------|-------|---------|
| | çok kötü | kötü | orta | iyi | çok iyi |
| Edirne Devlet Hastanesi | ,8% | 4,1% | 23,9% | 53,5% | 17,7% |
| Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi | 1,0% | 5,2% | 24,8% | 49,1% | 19,9% |

Hemşirelerin bakım hizmetlerini iyi ve çok iyi olarak değerlendiren katılımcıların Edirne Devlet Hastanesi'ndeki oranı (%71.2), Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi'ndeki orandan (%69) az da olsa daha yüksektir. İki hastanede de yaklaşık olarak hastaların yarısı hemşirelerin bakım hizmetlerini iyi olarak değerlendirmiştir. Hemşirelerin bakım hizmetlerini çok iyi olarak değerlendiren katılımcıların oranı Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi'nde, Edirne Devlet Hastanesi'ne oranla daha yüksektir.

Tablo 29. Hastaların Hemşirelerin Diğer Davranışlarına Yönelik Görüşleri

| | hemşirelerin diğer davranışlarını nasıl değerlendiriyorsunuz | | | | |
|--|--|------|-------|-------|---------|
| | çok kötü | kötü | orta | iyi | çok iyi |
| Edirne Devlet Hastanesi | 1,7% | 2,2% | 29,2% | 52,1% | 14,9% |
| Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi | 1,0% | 7,8% | 23,7% | 51,0% | 16,4% |

Hemşirelerin bakım hizmetlerinden memnun olan katılımcıların memnuniyet düzeyleri, hemşirelerin diğer davranışları konusunda iki hastanede de düşmektedir. Hemşirelerin diğer davranışlarından memnuniyetleri konusunda Edirne Devlet Hastanesi'nde %33.1 katılımcı; Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi'nde ise %32.5 katılımcı çok kötü, kötü ve orta seçeneklerini işaretleyerek bu konuda yeterince tatmin olmadıklarını belirtmişlerdir.

Tablo 30. Hastaların Diğer Hastane Personelinin Verdikleri Hizmetlere Yönelik Görüşleri

| | diğer hastane personelinin verdikleri hizmetleri nasıl değerlendiriyorsunuz | | | | |
|--|---|------|-------|-------|---------|
| | çok kötü | kötü | orta | iyi | çok iyi |
| Edirne Devlet Hastanesi | ,8% | 3,8% | 27,2% | 58,3% | 9,8% |
| Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi | 3,1% | 7,2% | 25,6% | 51,4% | 12,7% |

Doktor ve hemşirelerden sonra diğer hastane personelinin verdikleri hizmetleri katılımcıların Edirne Devlet Hastanesi'nde %58.3'ü; Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi'nde ise %51.4'ü iyi olarak değerlendirmişlerdir. Diğer hastane personelinin verdikleri hizmetleri çok iyi olarak değerlendiren katılımcıların oranının Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi'nde daha yüksek olduğu gözlemlenmektedir. Buna karşın, diğer hastane personelinin verdikleri hizmetleri kötü ve çok kötü olarak değerlendiren katılımcıların oranları da Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi'nde, Edirne Devlet Hastanesi'ne göre, daha yüksektir.

Tablo 31. Hastaların Diğer Hastane Personelinin Davranışlarına Yönelik Görüşleri

| | diğer hastane personelinin davranışlarını nasıl değerlendiriyorsunuz | | | | |
|--|--|------|-------|-------|---------|
| | çok kötü | kötü | orta | iyi | çok iyi |
| Edirne Devlet Hastanesi | ,5% | 3,5% | 23,4% | 63,8% | 8,7% |
| Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi | 1,8% | 7,5% | 26,3% | 53,1% | 11,3% |

Diğer hastane personelinin davranışlarını çok iyi olarak değerlendiren katılımcıların oranı Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi'nde daha yüksekken; iyi olarak değerlendiren katılımcıların oranı ise Edirne Devlet Hastanesi'nde daha yüksektir. Ancak diğer hastane personelinin verdikleri hizmetlerde olduğu gibi bu personelinin davranışları konusunda da çok kötü ve kötü seçeneklerini işaretleyen katılımcıların oranının Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi'nde daha fazla olduğu gözlemlenmektedir.

Tablo 32. Hastaların Hastanenin Temizliğine Yönelik Görüşleri

| | hastanenin temizliğini nasıl buluyorsunuz | | | | |
|--|---|-------|-------|-------|---------|
| | çok kötü | kötü | orta | iyi | çok iyi |
| Edirne Devlet Hastanesi | 2,5% | 3,6% | 26,7% | 52,9% | 14,3% |
| Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi | 7,8% | 13,3% | 26,9% | 39,2% | 12,8% |

Personelle ilgili yöneltilen sorularda, hasta memnuniyeti açısından, iki hastane arasında çok büyük bir farklılık gözlemlenmezken; hastanenin temizliği konusunda Devlet Hastanesi'ndeki katılımcıların Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi'ne oranla daha memnun oldukları söylenebilmektedir. Bu çerçevede iki hastane açısından da temizliğin iyileştirilmesi önem taşımakla birlikte, Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi'nin bu konuda daha çok çaba göstermesi gerektiği belirtilebilmektedir.

Tablo 33. Hastaların Hastanenin Yemek Kalitesine Yönelik Görüşleri

| | hastanenin yemek kalitesini nasıl buluyorsunuz | | | | |
|--|--|------|-------|-------|---------|
| | çok kötü | kötü | orta | iyi | çok iyi |
| Edirne Devlet Hastanesi | 5,4% | 3,6% | 30,4% | 53,6% | 7,1% |
| Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi | 3,0% | 7,9% | 28,1% | 45,8% | 15,3% |

Hastanenin yemek kalitesini nasıl buldukları konusunda sadece yatan hastalardan cevap alınmıştır. Hastane içerisinde yer alan kafeterya yada lokanta tarzı mekanlarda verilen yemeklerin kalitesi çalışmanın konusu gereği ele alınmadığından, ayakta tedavi amacıyla hastaneye gelen hastalara bu soru yöneltilmemiştir. Bu çerçevede, yatan hastalardan alınan cevaplar ışığında, hastanenin yemek kalitesi konusunda da iki hastane arasında çok büyük bir farklılık gözlemlenmemekle birlikte; hastaların memnuniyet düzeylerinin artırılması açısından yemek kalitesinin iyileştirilmesi önerilebilmektedir.

Tablo 34. Hastaların Hizmet Bedellerine Yönelik Görüşleri

| | hizmet bedellerini nasıl değerlendiriyorsunuz | | | | |
|--|---|-------|-------|-------|---------|
| | çok kötü | kötü | orta | iyi | çok iyi |
| Edirne Devlet Hastanesi | 3,0% | 11,7% | 43,3% | 36,0% | 6,0% |
| Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi | 5,7% | 14,2% | 37,8% | 34,5% | 7,8% |

Ankete katılan hastalara hizmet bedellerini nasıl değerlendirdikleri sorulduğunda, iki hastanede de katılımcıların çoğu hizmet bedellerini orta olarak değerlendirmişlerdir. Hizmet bedellerini kötü olarak değerlendiren katılımcıların oranı Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi'nde daha yüksektir. Bu konuda, hiçbir sosyal güvenceye sahip olmayan katılımcı oranının, Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi'nde daha yüksek olmasının, etkili olabileceği göz ardı edilmemelidir. Sonuç olarak iki hastanede de katılımcıların hizmet bedelleri konusunda çok fazla tatmin olmadıkları söylenebilmektedir.

Tablo 35. Hastaların Bekleme Süreleri ile İlgili Görüşleri

| | hastaneye muayene veya yatış için geldiğinizde ne kadar beklediniz | | | | |
|--|--|-------|-------|--------|----------------------|
| | hiç beklemedim | 15dk | 30dk | 1 saat | 2 saat ve daha fazla |
| Edirne Devlet Hastanesi | 20,5% | 15,3% | 27,4% | 23,3% | 13,4% |
| Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi | 26,4% | 12,4% | 15,2% | 20,2% | 25,8% |

Hastaların hastaneye muayene veya yatış için geldiklerinde ne kadar bekledikleri de memnuniyetleri üzerinde etkili olmaktadır. Hiç beklemedim diyen katılımcıların oranı Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi'nde, Edirne Devlet Hastanesi'ne oranla daha yüksekken; 2 saat ve daha fazla bekleyen katılımcıların oranının da yine Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi'nde yüksek olması dikkat çekicidir. Edirne Devlet Hastanesi'nde bekleme süreleriyle ilgili oranlar sırasıyla 30dk, 1 saat, hiç beklemeyen, 15dk ve 2 saat ve üzeri bekleyenler şeklinde sıralanmaktadır. Hastaların yaklaşık olarak yarısı 30dk ile 1 saat arasında bekletilmektedir. Ancak Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi'ne bakıldığında hastaların yaklaşık olarak yarısı ya hiç beklememekte yada 2 saat ve üzeri sürelerde beklemektedir. Sonuç olarak iki hastanede de hiç beklemedim diyen

katılımcılar dışındaki hastaların bekleme süreleri fazla olmakla birlikte; Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi'ndeki bekleme süreleri Edirne Devlet Hastanesi'ne oranla daha yüksektir.

Tablo 36. Hastaların Doktorlarından Yeterli Bilgiyi Alma Konusundaki Görüşleri

| | doktorunuzdan hastalığınız ve ilgili diğer konular hakkında yeterli bilgi alabildiniz mi | | |
|--|--|--------|-------|
| | evet | kısmen | hayır |
| Edirne Devlet Hastanesi | 72,5% | 19,3% | 8,2% |
| Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi | 69,8% | 24,7% | 5,5% |

Doktorlarından hastalıkları ve ilgili diğer konular hakkında yeterli bilgi aldıklarını söyleyen katılımcıların oranı Edirne Devlet Hastanesi'nde daha yüksektir. İki hastanede de hastalıkları ve ilgili diğer konularda bilgi alamadığını söyleyen katılımcı oranı çok düşük olmakla birlikte Edirne Devlet Hastanesi'nde yeterli bilgiyi alamadığını belirten katılımcı oranı Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi'ne göre daha yüksektir. Doktorların hastalara ayırdıkları zamanı yükseltmeleri çerçevesinde, hastaların doktorlarından yeterli bilgiyi alabilmeleri ve dolayısıyla bu konudaki memnuniyet düzeylerinin de daha çok artması beklenebilmektedir.

Tablo 37. Hastaların Çalışan Gruptan Beklentileri

| | hastane çalışanları ile ilgili düşünceleriniz olumsuz ise, bu çalışan gruptan beklentileriniz nelerdir | | | | |
|--|--|------------------|---------------------|-----------------------|-------|
| | daha fazla ilgi | daha fazla bilgi | güler yüz ve şefkat | hakkaniyet ve eşitlik | hepsi |
| Edirne Devlet Hastanesi | 14,8% | 8,3% | 25,5% | 11,0% | 40,3% |
| Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi | 13,6% | 19,1% | 20,4% | 10,4% | 36,6% |

Ankete katılan hastalara, hastanede çalışan gruptan beklentileri sorulduğunda iki hastanede de oranlar arasında ilk sırada hepsi (daha fazla ilgi, daha fazla bilgi, güler yüz ve şefkat, hakkaniyet ve eşitlik), ikinci sırada ise güler yüz ve şefkat seçeneği yer almıştır. Hastaların beklentileri arasında Edirne Devlet Hastanesi'nde bu seçenekleri, sırasıyla daha fazla ilgi, hakkaniyet ve eşitlik ve daha fazla bilgi takip etmiştir. Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi'nde ise sırasıyla daha fazla bilgi, daha fazla ilgi ve hakkaniyet ve eşitlik seçenekleri yer almıştır. İki hastane arasında

katılımcı beklentileri birbirine benzemekle birlikte daha fazla bilgi ve daha fazla ilgi bekleyen katılımcıların oranları Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi'nde daha yükseken; güler yüz ve şefkat ile hakkaniyet ve eşitlik bekleyen katılımcıların oranları ise Edirne Devlet Hastanesi'nde daha yüksektir. Bu çerçevede hasta beklentileri çerçevesinde hastane yönetiminin ve çalışanların gerekli iyileştirmeleri yapmaları önerilebilmektedir.

Her iki hastanede de ankete katılan hastalara hastanede değişmesini istedikleri şeyleri verilen seçeneklerden bir yada bir kaçını işaretlemeleri suretiyle belirtmeleri istenmiştir. Bu çerçevede elde edilen bulgular aşağıdaki gibidir.

Tablo 38. Hastaların Hastanede Değişmesini İstedikleri Şeyler

| | yemek kalitesi | | WC banyo temizliği ve sıcak su | | genel temizlik | |
|--|----------------|-------|--------------------------------|-------|----------------|-------|
| | hayır | evet | hayır | evet | hayır | evet |
| Edirne Devlet Hastanesi | 84,3% | 15,7% | 75,9% | 24,1% | 66,7% | 33,3% |
| Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi | 73,8% | 26,2% | 58,7% | 41,3% | 58,2% | 41,8% |

| | doktor, hemşire ve diğer sağlık personelinin fazla olması ve iyi bakım vermeleri | | muayene ve tetkik sonuçlarının kısa sürede alınması | |
|--|--|-------|---|-------|
| | hayır | evet | hayır | evet |
| Edirne Devlet Hastanesi | 74,0% | 26,0% | 48,2% | 51,8% |
| Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi | 73,6% | 26,4% | 63,1% | 36,9% |

Katılımcıların hastanede değişmesini istedikleri şeyler arasında Edirne Devlet Hastanesi'nde ilk sırada muayene ve tetkik sonuçlarının kısa sürede alınması yer alırken; Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi'nde ilk sırada genel temizliğin daha iyi olması gerektiği belirtilmiştir. Yine aynı hastanede ikinci sırada ise, genel temizliğe çok yakın bir oranla WC boyna temizliği ve sıcak su yer almaktadır. Katılımcılara hastanenin temizliğini nasıl buldukları sorulduğunda da Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi'ndeki hastaların temizlik konusunda memnuniyet düzeylerinin düşük olması, sözü edilen hastanede temizlik konusunda gerekli iyileştirmelerin yapılması gerektiğini göstermektedir. Edirne Devlet

Hastanesi'nde de ikinci sırada genel temizlik yer almaktadır. Temizlik konusunda gerekli özen bu hastaneden de beklenmektedir. Katılımcıların hastanede değişmesini istedikleri şeyler arasında üçüncü sırada Edirne Devlet Hastanesi'nde doktor, hemşire ve diğer sağlık personelinin fazla olması ve iyi bakım vermeleri seçeneği yer alırken; Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi'nde muayene ve tetkik sonuçlarının kısa sürede alınması beklenmektedir. Buradan hareketle, Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi'ndeki katılımcıların muayene ve tetkik sonuçlarının kısa sürede alınması konusunda, Edirne Devlet Hastanesi'ndeki katılımcılara oranla, daha memnun oldukları söylenebilmektedir. Katılımcıların hastanede değişmesini istedikleri şeyler arasında dördüncü sırada Edirne Devlet Hastanesi'nde WC boyna temizliği ve sıcak su yer almıştır. Bu konuda da Edirne Devlet Hastanesi'ndeki katılımcıların Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi'ndeki katılımcılara oranla daha memnun oldukları söylenebilmektedir. Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi'nde ise dördüncü sırada doktor, hemşire ve diğer sağlık personelinin fazla olması ve iyi bakım vermeleri yer almıştır. İki hastanede de katılımcıların değişmesini istedikleri şeyler arasında son sırada yemek kalitesi bulunmaktadır.

Tablo 39. Hastaların Hastaneyi Tekrar Tercih Etme Düzeyleri

| | daha iyi bir imkanınız olsa idi yine bu hastaneyi tercih eder miydiniz | |
|--|--|-------|
| | evet | hayır |
| Edirne Devlet Hastanesi | 55,1% | 44,9% |
| Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi | 66,3% | 33,7% |

Ankete katılan hastalara, son olarak, daha iyi bir imkanları olması durumunda yine buldukları hastaneyi tercih edip etmeyecekleri sorulmuştur. Diğer sorulan sorularda, küçük farklarla da olsa, Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi'ndeki katılımcıların memnuniyet düzeyleri, Edirne Devlet Hastanesi'ndeki katılımcılara oranla daha düşük olmasına karşın; bu soruda Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi'ndeki katılımcıların bu hastaneyi tekrar tercih etme oranlarının daha yüksek olduğu görülmektedir. Bu konuda Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi'nin, bir araştırma ve uygulama merkezi olmasından

dolayı, hastaların Edirne Devlet Hastanesi'ne oranla, daha yüksek beklenti düzeyleri ile bu hastaneye başvurdukları düşünülebilmektedir. Daha yüksek beklentilerle giden hastaların memnuniyetinin sağlanması düşük beklentilerle gidenlere oranla çok daha zor olduğundan; Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi'ne gelen hastaların tatminin daha zor sağlanabildiği düşünülebilmektedir. Yine iki hastanede de memnuniyet düzeyleri ile geldikleri hastaneyi tekrar seçmeleri arasında oransal bir farklılık bulunmaktadır. Bu da hastaların, imkanları elvermediği için, düşük beklentilerle bu hastanelere gittikleri düşüncesini doğurmaktadır. Ancak bu konularda farklılığın nedeninin anlaşılabilmesi ve kesin bir yargıya varılabilmesi için, iki hastanede de, sadece hasta memnuniyeti üzerine ayrıntılı bir çalışma yapılması faydalı olacaktır.

Hastaların memnuniyet düzeylerinin ölçülmesi üzerine yapılan çalışmaya ek olarak, çalışanlara da, hasta memnuniyetinin sağlanıp sağlanmadığı üzerine sorular yöneltilmiş; bu çerçevede çalışanların hasta memnuniyeti konusunda hastalarla benzer görüşlere sahip olup olmadığı gözlemlenmeye çalışılmıştır.

Tablo 40. Hasta Tatminine Önem Verilmesi ile İlgili Çalışanların Görüşleri

| | çalıştığım birimde müşteri (hasta) tatminine önem verilmektedir | | | | |
|--|---|--------------|------------|-------------|------------------------|
| | kesinlikle katılmıyorum | katılmıyorum | kararsızım | katılıyorum | kesinlikle katılıyorum |
| Edirne Devlet Hastanesi | 3,0% | 2,0% | 6,0% | 47,0% | 42,0% |
| Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi | 8,0% | 15,9% | 26,8% | 40,6% | 8,7% |

Çalışanlara ilk olarak “çalıştığım birimde müşteri (hasta) tatminine önem verilmektedir” şeklindeki ifade için “kesinlikle katılmıyorum, katılmıyorum, kararsızım, katılıyorum, kesinlikle katılıyorum” seçeneklerinden birini işaretleyerek cevap vermeleri istenmiştir. Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi'nde ankete katılan çalışanların, çalıştıkları birimde hasta tatminine önem verildiğine inanların toplam oranı %49.3, inanmayanların toplam oranı ise %23.9'dur. Aynı hastanede, hastalara uygulanan anketlerde ise, katılımcıların tatmin oranları çalışanların düşündüklerinden daha yüksek oranlar olarak hesaplanmıştır. Bu çerçevede Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi'ne gelen hastaların daha büyük bir

kısımının, Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi'nde çalışanların düşündüklerinden daha memnun bir şekilde hastaneden ayrıldığı söylenebilmektedir.

Edirne Devlet Hastanesi'nde ise çalıştıkları birimde hasta tatminine önem verildiğine kesinlikle inanan katılımcı oranı %42 gibi büyük bir orandadır. Buna ek olarak, bu görüşe inanan toplam katılımcı oranı ise %89'dur. hasta tatminine önem verilmediğini düşünen toplam katılımcı oranı ise Edirne Devlet Hastanesi'nde %5 ile çok düşük bir oranı ortaya koymuştur. Edirne Devlet Hastanesi'nde ise, Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi'nin tersine çalışanlar, hastaların çok büyük bir kısmını tatmin edebildiklerini düşündükleri halde, bu oran gerçekte tatmin olan hasta oranlarının biraz üzerindedir. Buradan hareketle, iki hastanede de çalışanların, hastaların memnuniyetleri ile ilgili yeterli ve doğru düşüncelere sahip oldukları söylenememektedir. Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi'nde, çalışanların düşündüğünden daha fazla hasta hastaneden memnun ayrılırken; Edirne Devlet Hastanesi'nde, çalışanların düşündüğünden daha az hasta hastaneden memnun ayrılmaktadır.

Tablo 41. Çalışanların Hasta Memnuniyetine Yönelik Görüşleri

| | hastaların çalıştığım birimde aldıkları hizmetten memnun olduğunu düşünüyorum | | | | |
|--|---|--------------|------------|-------------|------------------------|
| | kesinlikle katılmıyorum | katılmıyorum | kararsızım | katılıyorum | kesinlikle katılıyorum |
| Edirne Devlet Hastanesi | ,0% | 3,0% | 11,1% | 53,5% | 32,3% |
| Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi | 8,6% | 13,3% | 29,5% | 38,1% | 10,4% |

Hastaların, çalıştıkları birimde aldıkları hizmetten memnun olduğunu düşünen katılımcı oranı Edirne Devlet Hastanesi'nde toplam % 85.8 gibi büyük bir orandır; buna karşın memnun olmadıklarını düşünenlerin toplam oranı da %3.1 gibi çok düşük bir oran olduğundan Edirne Devlet Hastanesi çalışanları tarafından ortaya açık bir eğilim konmuştur. Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi'nde ankete katılan çalışanların ise toplam %48.5'lik oranı hastaların, çalıştıkları birimde aldıkları hizmetten memnun olduklarını düşünürken toplam %21.9'u ise tam tersini düşünmektedir.

Salt bu sorudan hareketle, Edirne Devlet Hastanesi'nde ankete katılan çalışanların oldukça büyük bir bölümünün yaptıkları işin hastaları tatmin ettiği görüşünde oldukları görülmektedir. Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi'nde ise bu eğilim Edirne Devlet Hastanesi'ndeki kadar açık olmayıp, çalışanların yaptıkları işin hastaları yeteri derecede tatmin etmediği düşüncesinde oldukları sonucuna ulaşılabilir. Ancak ne var ki, yukarıda da belirtildiği üzere iki hastanede de çalışanların düşündükleriyle orantılı sonuçlar hastalardan elde edilmemiştir.

Son olarak, çalışanlara, hastaların çalıştıkları hastanede karşı karşıya kaldıkları sorunların neler olduğu sorulmuştur. Bu çerçevede elde edilen veriler aşağıdaki gibidir.

Tablo 42. Çalışanlara Göre Hastaların Çalıştıkları Hastanede Karşı Karşıya Kaldığı Sorunlar

| | kötü ve yetersiz hizmet | | ilgisizlik | | hastane çalışanının tanıdığına öncelik veren kayırma yapması | |
|--|-------------------------|-------|------------|-------|--|-------|
| | hayır | evet | hayır | evet | hayır | evet |
| Edirne Devlet Hastanesi | 97,0% | 3,0% | 90,1% | 9,9% | 92,1% | 7,9% |
| Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi | 56,1% | 43,9% | 52,3% | 47,7% | 87,1% | 12,9% |

| | uzayan kuyruklar | | kaynak israfı | | kötü yönetim | |
|--|------------------|-------|---------------|-------|--------------|-------|
| | hayır | evet | hayır | evet | hayır | evet |
| Edirne Devlet Hastanesi | 53,5% | 46,5% | 86,1% | 13,9% | 93,1% | 6,9% |
| Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi | 53,0% | 47,0% | 69,0% | 31,0% | 59,2% | 40,8% |

Edirne Devlet Hastanesi'nde çalışanların büyük bir bölümü hastaların uzayan kuyruklardan dolayı sorun yaşadığını düşünmektedir. Uzayan kuyrukları sırasıyla, kaynak israfı, ilgisizlik, hastane çalışanının tanıdığına öncelik veren kayırma yapması, kötü yönetim ve son olarak kötü ve yetersiz hizmet takip etmektedir. Bu sorunlara ek olarak, soruda verilen diğer seçeneğine çalışanların verdiği cevaplar arasında, fiziki mekan yetersizliği, personel yetersizliği, hastalarla yeterince ilgilenilmemesi, malzeme eksikliği ve kullanışsızlığı ve son olarak hizmet içi eğitimlerin yetersiz olması yer

almaktadır. Hasta memnuniyeti ile ilgili sorularda olduğu gibi, bu soruda da çalışanların çok az bir kısmı bahsedilen şikayetlerin olduğunu belirtmiştir.

Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi'ne bakıldığında ise çalışanlara göre hastaların karşı karşıya kaldığı sorunlar arasında ilk sırada ilgisizlik gelmektedir. İlgisizliği sırasıyla, uzayan kuyruklar, kötü ve yetersiz hizmet, kötü yönetim, kaynak israfı ve son olarak hastane çalışanının tanıdığına öncelik veren kayırma yapması takip etmektedir. Ayrıca bu sorunlara ek olarak, çalışma yoğunluğu, polikliniklerde araştırma görevlilerinin görev alması, kişisel başarısızlıklar, gereğinden fazla tetkik istenmesi ve tetkiklerin geç çıkması, temizlik sorunu, güler yüz ve ilgi eksikliği, malzeme ve eleman eksikliği, motivasyon eksikliği, çalışanlar arasında iletişim eksikliği, hastaların yeterince bilgilendirilmemesi ve son olarak yetersiz denetim çalışanların belirttiği diğer sorunlar arasında yer almaktadır. Hastaların sorunlarıyla ilgili olarak belirttiklerinin üzerinde olan bu çalışan görüşlerinin, hastane yönetimince dikkate alınması gerek çalışan gerekse hasta memnuniyetinin artırılmasında etkili olacaktır.

3.6.4. Katılımcılık

Çalışanların yönetime katılımlarının sağlanması, TKY'nin uygulanabilmesi için önem taşımakla beraber; çalışanların yönetimi benimseyip, çalıştıkları sistemi sahiplenmelerini sağlamaktadır. Bu çerçevede, ele alınan hastanelerde, hastane çalışanlarının yönetime katılımlarının ölçülmesi amacıyla iki hastanede de çalışanlara “hastanede faaliyet alanımla ilgili herhangi bir konuda karar alınırken görüşüm alınıyor”, “çalıştığım birimde alınan kararlarda etkin olduğumu düşünüyorum” ve “her bölümden temsilciler alınarak periyodik toplantılar yapılmaktadır” şeklinde üç ifade verilmiş ve çalışanlardan bu ifadelerle ilgili olarak “kesinlikle katılmıyorum, katılmıyorum, kararsızım, katılıyorum, kesinlikle katılıyorum” seçeneklerinden birini seçmeleri istenmiştir. Bu çerçevede elde edilen veriler aşağıdaki gibidir.

Tablo 43. Çalışanların Faaliyet Alanlarıyla İlgili Herhangi Bir Konuda Katılımları ile İlgili Görüşleri

| | hastanede faaliyet alanıyla ilgili herhangi bir konuda karar alınırken görüşüm alınıyor | | | | |
|--|---|--------------|------------|-------------|------------------------|
| | kesinlikle katılmıyorum | katılmıyorum | kararsızım | katılıyorum | kesinlikle katılıyorum |
| Edirne Devlet Hastanesi | 20,2% | 27,3% | 22,2% | 24,2% | 6,1% |
| Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi | 35,1% | 29,7% | 17,9% | 14,0% | 3,2% |

Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi'nde ankete katılanların %64.8'i faaliyet alanıyla ilgili herhangi bir konuda karar alınırken görüşünün alınmadığını belirtirken bu oran Edirne Devlet Hastanesi'nde %47.5'dir. görüşünün alındığına inananların toplam oranı ise Edirne Devlet Hastanesi'nde %30.3, Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi'nde ise %17.2'dir. İki hastanede de katılımcıların büyük bir bölümü faaliyet alanlarıyla ilgili bir konuda görüşlerinin alınmadığını belirtmekle birlikte; bu oran Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi'nde, Edirne Devlet Hastanesi'ne oranla daha yüksektir.

Tablo 44. Çalışanların Alınan Kararlarda Etkinlik Düzeyleri

| | çalıştığım birimde alınan kararlarda etkin olduğumu düşünüyorum | | | | |
|--|---|--------------|------------|-------------|------------------------|
| | kesinlikle katılmıyorum | katılmıyorum | kararsızım | katılıyorum | kesinlikle katılıyorum |
| Edirne Devlet Hastanesi | 9,4% | 24,0% | 22,9% | 32,3% | 11,5% |
| Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi | 14,7% | 25,5% | 27,3% | 25,9% | 6,5% |

Bir önceki anket sorusuyla aynı doğrultuda, çalıştığı birimde alınan kararlarda etkin olduğunu düşünen katılımcı oranı Edirne Devlet Hastanesi'nde %43.8 iken; aynı oran Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi'nde %32.4'tür. Çalıştığı birimde alınan kararlarda etkin olmadığını düşünen toplam katılımcı oranı ise, Edirne Devlet Hastanesi'nde %33.4 iken; Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi'nde %40.2'dir.

Tablo 45. Her Bölümden Temsilciler Alınarak Periyodik Toplantılar Yapılması ile İlgili Çalışan Görüşleri

| | her bölümden temsilciler alınarak periyodik toplantılar yapılmaktadır | | | | |
|--|---|--------------|------------|-------------|------------------------|
| | kesinlikle katılmıyorum | katılmıyorum | kararsızım | katılıyorum | kesinlikle katılıyorum |
| Edirne Devlet Hastanesi | 4,2% | 13,5% | 17,7% | 46,9% | 17,7% |
| Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi | 11,7% | 24,5% | 28,2% | 31,1% | 4,4% |

Hastanede her bölümden temsilci alınarak periyodik toplantılar yapıldığını düşünen toplam katılımcı oranı Edirne Devlet Hastanesi'nde %64.6 iken bu oran Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi'nde %35.5'tir. Soruya tersten bakıldığında ise her bölümden temsilci alınarak periyodik toplantılar yapıldığına katılmayan toplam katılımcı oranı Edirne Devlet Hastanesi'nde %17.7, Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi'nde ise %36.2'dir. Dolayısıyla Edirne Devlet Hastanesi'nde bu konudaki görüşlerin bir eğilim gösterdiği ancak Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi'nde açık bir eğilim olmadığı söylenebilmektedir.

Elde edilen verilerden hareketle Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi'ndeki çalışanların kararlara katılımının ve alınan kararlarda etkinliğinin Edirne Devlet Hastanesi'ne göre daha düşük olduğu söylenebilmekle birlikte iki hastanede de çalışanların yönetime katılımı yeterli düzeylerde gerçekleşmemektedir. Çalışanların faaliyet alanlarıyla ilgili bir konuda karar alınırken görüşlerinin alınması hem onların yönetimi benimsemelerini sağlamakta hem de motivasyonlarını arttırmaktadır. Görüşü alınan çalışan kendini yönetimde etkili hissettiği ve fikrine önem verildiği düşüncesi taşıdığı için motive olmakta ve kendisinden hizmet bekleyenlere de daha iyi hizmet sunmaktadır. Bu çerçevede başta Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi olmak üzere iki hastanede de çalışanların yönetime katılımlarının artırılması gerekmektedir.

3.6.5. Liderlik

TKY felsefesinin diğer kurumlarda olduğu gibi sağlık hizmetlerinde de başarılı bir şekilde uygulanması ve devamlılığının sağlanabilmesi için yöneticilerde, genel yönetici özelliklerinin yanı sıra bu felsefeye uygun olarak yeni bir lider düşüncesinin de

bulunmasının kolaylaştırıcı ve yönlendirici bir unsur olarak önem taşıdığı daha önceki bölümlerde belirtilmiştir. Bu çerçevede ele alınan hastanelerdeki katılımcılara “hastanemizdeki yöneticiler kaliteyi geliştirme konusunda çaba göstermektedirler” ve “yöneticiler çalışanların kararlara katılımına özen göstermektedirler” şeklinde iki ifade verilmiş ve çalışanlardan bu ifadelerle ilgili olarak “kesinlikle katılmıyorum, katılmıyorum, kararsızım, katılıyorum, kesinlikle katılıyorum” seçeneklerinden birini seçmeleri istenmiştir. Bu çerçevede elde edilen veriler aşağıdaki gibidir.

Tablo 46. Hastanedeki Yöneticilerin Kaliteyi Geliştirme Konusunda Çabaları Hususunda Çalışanların Görüşleri

| | hastanemizdeki yöneticiler kaliteyi geliştirme konusunda çaba göstermektedirler | | | | |
|--|---|--------------|------------|-------------|------------------------|
| | kesinlikle katılmıyorum | katılmıyorum | kararsızım | katılıyorum | kesinlikle katılıyorum |
| Edirne Devlet Hastanesi | 5,0% | 1,0% | 6,0% | 48,0% | 40,0% |
| Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi | 17,0% | 19,8% | 36,7% | 23,3% | 3,2% |

Edirne Devlet Hastanesi'nin ankete katılan çalışanlarının %88'i hastanelerindeki yöneticilerin kaliteyi geliştirme konusunda çaba gösterdiklerine inanmaktadırlar. Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi'nde ise bu konuda açık bir eğilimden bahsedilememektedir. Gerçekten de; yöneticilerin kalite geliştirmede çaba gösterdiklerine inanmayan katılımcıların toplam oranı %36.8, kararsızların oranı %36.7 ve bu görüşe katılanların toplam oranı ise %26.5'tir. Bu çerçevede Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi'nde çalışan katılımcıların yöneticilerin kaliteyi geliştirme konusunda çaba gösterip göstermedikleri yönünde açık bir fikre sahip olmadıkları söylenebilmektedir. Burada araştırılması gereken konu, yöneticilerin kaliteyi geliştirme konusunda çaba gösterdikleri halde çalışanların bu konuda bilgilendirilmediği mi; yoksa zaten böyle bir çabanın olmadığı mı hususunda olmaktadır. Yöneticiler kaliteyi geliştirme konusunda çaba gösterdikleri halde çalışanlar bu şekilde düşünüyorsa, çalışanları bu şekilde düşünmeye iten sebeplerde ayrıca araştırılmalıdır.

Tablo 47. Hastanedeki Yöneticilerin Çalışanların Kararlara Katılımlarına Özen Göstermeleri Konusunda Çalışanların Görüşleri

| | yöneticiler çalışanların kararlara katılımına özen göstermektedirler | | | | |
|--|--|--------------|------------|-------------|------------------------|
| | kesinlikle katılmıyorum | katılmıyorum | kararsızım | katılıyorum | kesinlikle katılıyorum |
| Edirne Devlet Hastanesi | 7,0% | 23,0% | 22,0% | 38,0% | 10,0% |
| Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi | 22,3% | 38,3% | 24,5% | 12,1% | 2,8% |

Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi'nde katılımcıların toplam %60.6'sı yöneticilerin çalışanların kararlara katılımına özen göstermediğine inanmaktadır; inananların oranı ise toplamda %14.9'dur. Edirne Devlet Hastanesi'nde ise açık bir eğilimden söz edilebilmektedir. Kararlara çalışan katılımına yöneticiler tarafından özen gösterildiğine inanan katılımcıların toplam oranı %48'dir; inananların toplam oranı ise %30'da kalmaktadır.

Liderlik konusu açısından değerlendirilirse, özetle, Edirne Devlet Hastanesi'nin Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi'nden daha iyi bir konumda olduğunun katılımcılar açısından ortaya konduğu ifade edilebilmektedir.

3.6.6. Sürekli Geliştirme

Sürekli geliştirme anlayışında, kalite düzeyinin tespit edilmesinin ardından bu düzeyin korunması değil sürekli iyileştirilmesi ve geliştirilmesi amaçlanmaktadır. Bu çerçevede ankete katılan çalışanlara “hastanede yenilikçi fikirler özendirilmekte ve sürekli gelişmeye zemin hazırlanmaktadır” ve “iş ve süreçlerdeki gelişmeler sürekli rapor edilmektedir” şeklinde iki ifade verilmiş ve çalışanlardan bu ifadelerle ilgili olarak “kesinlikle katılmıyorum, katılmıyorum, kararsızım, katılıyorum, kesinlikle katılıyorum” seçeneklerinden birini seçmeleri istenmiştir. Bu çerçevede elde edilen veriler aşağıdaki gibidir.

Tablo 48. Hastanede Yenilikçi Fikirlerin Özendirilmesi ve Sürekli Gelişmeye Zemin Hazırlanması Konusunda Çalışanların Görüşleri

| | hastanede yenilikçi fikirler özendirilmekte ve sürekli gelişmeye zemin hazırlanmaktadır | | | | |
|--|---|--------------|------------|-------------|------------------------|
| | kesinlikle katılmıyorum | katılmıyorum | kararsızım | katılıyorum | kesinlikle katılıyorum |
| Edirne Devlet Hastanesi | 7,1% | 24,5% | 26,5% | 29,6% | 12,2% |
| Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi | 24,4% | 39,4% | 22,2% | 12,5% | 1,4% |

Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi'nde ankete katılan çalışanların %24.4'ü hastanede yenilikçi fikirlerin özendirildiğine ve sürekli gelişmeye zemin hazırlandığına kesinlikle katılmamaktadır; toplamda ise bu görüşe katılmayanların oranı ise %63.8'dir. Edirne Devlet Hastanesi katılımcılarının %41.8'i ise yenilikçi fikirlerin özendirildiğine ve sürekli geliştirmeye zemin hazırlandığına inanmakta olup Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi katılımcılarına göre bu konuda daha iyimser bir görüş belirtmişlerdir.

Tablo 49. İş ve Süreçlerdeki Gelişmelerin Sürekli Rapor Edilmesi Konusunda Çalışanların Görüşleri

| | iş ve süreçlerdeki gelişmeler sürekli rapor edilmektedir | | | | |
|--|--|--------------|------------|-------------|------------------------|
| | kesinlikle katılmıyorum | katılmıyorum | kararsızım | katılıyorum | kesinlikle katılıyorum |
| Edirne Devlet Hastanesi | 4,1% | 15,3% | 17,3% | 49,0% | 14,3% |
| Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi | 14,0% | 31,2% | 28,7% | 24,3% | 1,8% |

Edirne Devlet Hastanesi'nin ankete katılan çalışanlarının %63.3'ü hastanedeki iş ve süreçlere ilişkin gelişmelerin sürekli rapor edildiğini ifade etmişlerdir. Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi'nde ise katılımcıların toplam %26.1'i sürekli raporlama yapıldığını düşünmekte, toplam %45.2'si ise raporlama yapılmadığını düşünmektedir. Bu çerçevede, katılımcıların cevapları doğrultusunda, Edirne Devlet Hastane'sinde sürekli geliştirme faaliyetlerinin Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi'nden daha iyi olduğu söylenebilmektedir.

3.6.7. Sıfır Hata

Sağlık hizmetlerinde sıfır hata yaklaşımı ile çalışılması sağlık hizmetlerinde kalitenin sağlanabilmesi açısından çok büyük önem taşımaktadır. Bu çerçevede ele alınan hastanelerde çalışan katılımcılara “iş ve süreçlerde sıfır hataya önem verilmektedir”, “hastanede yapılan hataların ve potansiyel kalite problemlerinin nedenleri araştırılmaktadır” ve “hastanede yapılan hataların ve potansiyel kalite problemlerinin tekrarlanmaması için çözümler geliştirilmektedir” şeklinde üç ifade verilmiş ve çalışanlardan bu ifadelerle ilgili olarak “kesinlikle katılmıyorum, katılmıyorum, kararsızım, katılıyorum, kesinlikle katılıyorum” seçeneklerinden birini seçmeleri istenmiştir. Bu çerçevede elde edilen veriler aşağıdaki gibidir.

Tablo 50. İş ve Süreçlerde Sıfır Hataya Önem Verilmesi Konusunda Çalışanların Görüşleri

| | iş ve süreçlerde sıfır hataya önem verilmektedir | | | | |
|--|--|--------------|------------|-------------|------------------------|
| | kesinlikle katılmıyorum | katılmıyorum | kararsızım | katılıyorum | kesinlikle katılıyorum |
| Edirne Devlet Hastanesi | 4,0% | 10,1% | 11,1% | 55,6% | 19,2% |
| Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi | 14,0% | 24,0% | 32,3% | 24,4% | 5,4% |

Edirne Devlet Hastanesi’nde sıfır hata konusuna önem verildiğini ifade eden katılımcı oranı toplamda %74.8 gibi yüksek bir orandır. Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi katılımcılarında ise bu oran %29.8’de kalmaktadır. Ayrıca, Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi katılımcılarının toplam %38’i ise sıfır hataya önem verilmediğine inanmaktadır. Sıfır hata konusunda da Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi, Edirne Devlet Hastanesi’ne göre geride kalmaktadır. Ancak burada dikkati çeken nokta Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi’ndeki katılımcıların verdiği cevaplar arasında oransal olarak çok büyük bir farklılığın bulunmamasıdır. Sorulan soruya katılmayan, katılan ve kararsız olan katılımcı oranları birbirine çok yakındır. Bu da, iş ve süreçlerde sıfır hataya önem verilip verilmediği konusunda, çalışanların yeterince bilgi sahibi olmadığı görüşünü doğurmaktadır.

Tablo 51. Hastanede Yapılan Hataların ve Potansiyel Kalite Problemlerinin Nedenlerinin Araştırılması Konusunda Çalışanların Görüşleri

| | hastanede yapılan hataların ve potansiyel kalite problemlerinin nedenleri araştırılmaktadır | | | | |
|--|---|--------------|------------|-------------|------------------------|
| | kesinlikle katılmıyorum | katılmıyorum | kararsızım | katılıyorum | kesinlikle katılıyorum |
| Edirne Devlet Hastanesi | 9,0% | 13,0% | 20,0% | 48,0% | 10,0% |
| Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi | 13,1% | 32,3% | 31,6% | 19,5% | 3,5% |

Sorunların çözümünde bu sorunlara yol açan nedenlerin araştırılması birincil öneme sahiptir. Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi katılımcıları, %43.4'lük oranla, hastanelerinde yapılan hataların ve potansiyel kalite problemlerinin nedenlerinin araştırılmadığı yönünde görüş belirtmişlerdir; bu sorunların araştırıldığına kesin olarak inanan katılımcıların oranı ise %3.5'tir. Edirne Devlet Hastanesi katılımcılarının %58'ine göre ise hastanelerinde hata ve kalite problemlerinin nedenleri araştırılmaktadır. Edirne Devlet Hastanesi'nde daha iyi olmakla beraber, iki hastane açısından da, yapılan hataların ve potansiyel kalite problemlerinin nedenlerinin araştırılma oranı düşüktür. Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi'ndeki kararsız katılımcıların oranındaki yükseklik burada da dikkat çekmektedir.

Tablo 52. Hastanede Yapılan Hataların ve Potansiyel Kalite Problemlerinin Tekrarlanmaması için Çözümler Geliştirilmesi Konusunda Çalışanların Görüşleri

| | hastanede yapılan hataların ve potansiyel kalite problemlerinin tekrarlanmaması için çözümler geliştirilmektedir | | | | |
|--|--|--------------|------------|-------------|------------------------|
| | kesinlikle katılmıyorum | katılmıyorum | kararsızım | katılıyorum | kesinlikle katılıyorum |
| Edirne Devlet Hastanesi | 7,9% | 10,9% | 17,8% | 50,5% | 12,9% |
| Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi | 13,9% | 30,6% | 34,2% | 18,5% | 2,8% |

Bir önceki anket sorusuyla aynı doğrultuda, katılımcılara, hastanede yapılan hataların ve potansiyel kalite problemlerinin tekrarlanmaması için çözümler geliştirilip geliştirilmediğine ilişkin soru sorulmuştur. Edirne Devlet Hastanesi'nin ankete katılan çalışanlarının toplam %63.4'ü çözümler geliştirildiğine inanmaktadırlar. Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi'nde ise çözüm getirildiğine inanan

katılımcı oranı toplamda %21.3'te kalmıştır. Bu konuda karar veremeyenlerin oranı Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi'nde %34.2 ile yine yüksek bir oranda çıkmıştır.

Edirne Devlet Hastanesi'nde, çok iyi olmakla beraber, sıfır hata konusundaki çalışmaların Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi'nden daha iyi olduğu söylenebilmektedir. Ancak, Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi katılımcılarının verdiği cevaplarda, sıfır hataya ilişkin yüksek bir kararsızlık oranının çıkması dikkat çekici olmakla birlikte bu konunun nedenlerinin araştırılması gerekmektedir.

3.6.8. Motivasyon

Motive olmayan bir personelin başarı göstermesi beklenemediğinden sağlık kurumlarında çalışanların iyi bir şekilde motive edilmeleri hem iç hem de dış müşteri memnuniyeti açısından önem taşımakla birlikte TKY'nin düzgün bir şekilde işleyebilmesi açısından da önemli olmaktadır. Bu çerçevede ele alınan hastanelerde ankete katılan çalışanlara “göstermiş olduğum performans sonucu hak ettiğim ödül (erken terfi, parasal ödül, takdir edilme, değer verilme vb.) alabiliyorum”, “çalıştığım birimde düzenli olarak performans değerlendirilmektedir” ve “hastanemizdeki genel temizlik hizmetlerini yeterli buluyorum” şeklinde üç ifade verilmiş ve çalışanlardan bu ifadelerle ilgili olarak “kesinlikle katılmıyorum, katılmıyorum, kararsızım, katılıyorum, kesinlikle katılıyorum” seçeneklerinden birini seçmeleri istenmiştir. Bu çerçevede elde edilen veriler aşağıdaki gibidir.

Tablo 53. Hak Ettikleri Ödülü Alabilmeleri Konusunda Çalışanların Görüşleri

| | göstermiş olduğum performans sonucu hak ettiğim ödül (erken terfi, parasal ödül, takdir edilme, değer verilme vb.) alabiliyorum | | | | |
|--|---|--------------|------------|-------------|------------------------|
| | kesinlikle katılmıyorum | katılmıyorum | kararsızım | katılıyorum | kesinlikle katılıyorum |
| Edirne Devlet Hastanesi | 35,6% | 27,7% | 14,9% | 16,8% | 5,0% |
| Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi | 50,2% | 28,3% | 12,4% | 8,1% | 1,1% |

Yerine getirmiş oldukları görevleri karşılığında çalışanların ödüllendirilme isteği beklenen bir davranıştır. Gerek Edirne Devlet Hastanesi'nde (%63.3) gerekse Trakya

Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi'nde (%78.5) katılımcılar ödüllendirildiklerine inanmamaktadırlar. Kaldı ki; Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi katılımcılarının yarısından fazlası ödüllendirildiklerine kesinlikle inanmamaktadırlar. Çalışanları motive etmenin en iyi yollarından biri gösterdikleri başarılarının ödüllendirilmesidir. Ancak ne yazık ki, iki hastanede de çalışanların büyük bir kısmı hak ettikleri ödülleri alamadıkları görüşündedir.

Tablo 54. Çalışanların Performans Değerleme Konusundaki Görüşleri

| | çalıştığım birimde düzenli olarak performans değerlendirilmektedir | | | | |
|--|--|--------------|------------|-------------|------------------------|
| | kesinlikle katılmıyorum | katılmıyorum | kararsızım | katılıyorum | kesinlikle katılıyorum |
| Edirne Devlet Hastanesi | 7,1% | 28,3% | 21,2% | 35,4% | 8,1% |
| Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi | 24,5% | 41,5% | 17,0% | 14,8% | 2,2% |

Çalışanların motivasyonunda ödüllendirme yapılabilmesi için, iyi bir performans değerlemenin de yapıyor olması gerekmektedir. Yapılan performans değerlendirme sonunda başarı gösterdiklerine inanılan çalışan ödüllendirilmelidir. Bu çerçevede, Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi katılımcılarının toplam %66'sı çalıştıkları birimde düzenli olarak performans değerlendirilmediğini ifade etmişlerdir. Edirne Devlet Hastanesi katılımcılarının ise %43.5'i düzenli olarak performans değerlemesine tabi tutulduklarını belirtirken aynı oran Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi katılımcılarında toplamda %17'de kalmıştır. Performans değerlendirme ile ilgili katılımcıların verdikleri cevaplar, Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi'nde daha kötü olmakla beraber, iki hastane için de tatmin edici değildir.

Tablo 55. Çalışanların Hastanedeki Temizlik Hizmetleri Konusundaki Görüşleri

| | hastanemizdeki genel temizlik hizmetlerini yeterli buluyorum | | | | |
|--|--|--------------|------------|-------------|------------------------|
| | kesinlikle katılmıyorum | katılmıyorum | kararsızım | katılıyorum | kesinlikle katılıyorum |
| Edirne Devlet Hastanesi | 10,2% | 11,2% | 20,4% | 44,9% | 13,3% |
| Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi | 37,1% | 27,3% | 16,2% | 14,7% | 4,7% |

Çalışanların motivasyonu üzerinde bir diğer önemli etken olan temizlik hizmetleri Edirne Devlet Hastanesi katılımcıları arasında %58.2 ile yeterli bulunurken bu oran Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi katılımcılarında %19.4'tür. Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi'nin ankete katılan çalışanları hastanelerinin genel temizlik hizmetlerini toplamda %64.4 gibi yüksek bir oranda yetersiz bulmaktadırlar. Ankete katılan hastalar da olduğu gibi, ankete katılan çalışanlar da iki hastane de temizlik hizmetlerini yeterli görmemektedirler. Ancak Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi'nin bu konuda Edirne Devlet Hastanesi'ne oranla daha fazla çaba göstermesi gerektiği gözden kaçmamaktadır.

Sonuç olarak, motivasyon konusunda, Edirne Devlet Hastanesi Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi'ne göre daha iyi olmakla beraber, iki hastanede de çalışanların motivasyonu için iyileştirmelerin yapılması gerekmektedir.

3.6.9. Sürekli Eğitim

Eğitim, kaliteli hizmet sunmak üzere yeterli bilgi ve beceri sahibi personel yetiştirmek için gerekli en önemli fonksiyon olmakta; tüm personelin, kendilerine verilen görevleri doğru ve etkili şekilde yürütebilmeleri için yeterli şekilde eğitilmeleri gerekmektedir. Bu çerçevede, ele alınan hastanelerde ankete katılan çalışanlara “çalıştığım birimde öğrenme ve beceri geliştirmeye yönelik çalışmalar yapılmaktadır”, “hastanemizde uygulanan hizmet içi eğitimleri yeterli buluyorum” ve “kariyer ve/veya kişisel kalitemi arttırma konusunda çalıştığım birim bana yardımcı olmaktadır” şeklinde üç ifade verilmiş ve çalışanlardan bu ifadelerle ilgili olarak “kesinlikle katılmıyorum, katılmıyorum, kararsızım, katılıyorum, kesinlikle katılıyorum” seçeneklerinden birini seçmeleri istenmiştir. Bu çerçevede elde edilen veriler aşağıdaki gibidir.

Tablo 56. Çalışanların Öğrenme ve Beceri Geliştirmeye Yönelik Çalışmalar Konusundaki Görüşleri

| | çalıştığım birimde öğrenme ve beceri geliştirmeye yönelik çalışmalar yapılmaktadır | | | | |
|--|--|--------------|------------|-------------|------------------------|
| | kesinlikle katılmıyorum | katılmıyorum | kararsızım | katılıyorum | kesinlikle katılıyorum |
| Edirne Devlet Hastanesi | 10,3% | 16,5% | 12,4% | 44,3% | 16,5% |
| Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi | 12,8% | 28,0% | 24,1% | 30,1% | 5,0% |

Öğrenme ve beceri geliştirmeye yönelik çalışmaların yapıldığına inanan katılımcı sayısı Edirne Devlet Hastanesi'nde %60.8 iken aynı soruya Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi katılımcılarının verdiği yanıt %35.1'de kalmıştır. Aynı doğrultuda; soruya olumsuz yanıt veren katılımcıların oranı Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi'nde toplamda %40.8, Edirne Devlet Hastanesi'nde ise %26.8'dir. Edirne Devlet Hastanesi katılımcıların yarısından fazlası çalıştıkları birimde eğitim ve beceri geliştirme çalışmalarının yapıldığına inanmakta iken; Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi bu konuda da Edirne Devlet Hastanesi'nden geride kalmıştır.

Tablo 57. Çalışanların Hizmet İçi Eğitimler ile İlgili Görüşleri

| | hastanemizde uygulanan hizmet içi eğitimleri yeterli buluyorum | | | | |
|--|--|--------------|------------|-------------|------------------------|
| | kesinlikle katılmıyorum | katılmıyorum | kararsızım | katılıyorum | kesinlikle katılıyorum |
| Edirne Devlet Hastanesi | 7,1% | 14,3% | 23,5% | 39,8% | 15,3% |
| Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi | 16,8% | 21,1% | 30,5% | 28,3% | 3,2% |

Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi'nin ankete katılan çalışanları, hastanelerinde uygulanan hizmet içi eğitimleri %31.5 oranında yeterli bulurken, Edirne Devlet Hastanesi katılımcıları ise kendilerine sunulan hizmet içi eğitimleri %55.1 gibi yüksek bir oranda yeterli bulmaktadırlar. Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi'nde hizmet içi eğitimleri yeterli bulmayanların oranı ise, %37.9 ile yeterli bulanların oranına çok yakındır. İki oran arasındaki bu yakınlık, hizmet içi eğitim konusunda da, Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi'nde kesin bir yargıya varmayı zorlaştırmaktadır.

Önemli olan diğer bir husus ise, her iki hastanede de hizmet içi eğitimlerin yeterli bulunup bulunmadığına ilişkin kararsızlığın yaklaşık olarak %25 seviyelerinde oluşudur. Bu, her dört çalışandan birinin hizmet içi eğitimin yeterli olup olmadığı hakkında açıkça görüş ifade etmediğini göstermektedir.

Tablo 58. Çalışanların Kişisel Gelişimleri için Destek Almaları ile İlgili Görüşleri

| | kariyer ve/veya kişisel kalitemi artırma konusunda çalıştığım birim bana yardımcı olmaktadır | | | | |
|--|--|--------------|------------|-------------|------------------------|
| | kesinlikle katılmıyorum | katılmıyorum | kararsızım | katılıyorum | kesinlikle katılıyorum |
| Edirne Devlet Hastanesi | 13,7% | 15,8% | 24,2% | 32,6% | 13,7% |
| Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi | 16,3% | 20,7% | 27,2% | 27,5% | 8,3% |

Kariyer ve kişisel kalitelerinin artırılmasına yönelik çalışmalar, çalışanlar açısından, çalışanların çalıştıkları kurum tarafından kendileriyle ne kadar ilgilendiklerini veya değerli bulduklarını anlama açısından önemli görülmektedir.

Edirne Devlet Hastanesi'nin ankete katılan çalışanlarının %46.3'ü, kariyer ve/veya kişisel kalitelerinin artırılması açısından çalıştıkları birimlerin kendilerine yardımcı olduğuna inanmaktadırlar. Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi katılımcılarında ise bu oran %35.8 düzeyindedir. Ancak, kendilerine bu konuda yardımcı olunmadığını düşünenlerin oranı Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi'nde toplam %37 iken Edirne Devlet Hastanesi'nde %29.5'tir. Burada da kararsız katılımcıların oranındaki fazlalık ve Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi'ndeki soruya katılan ve katılmayan katılımcıların oranlarındaki yakınlık konuyla ilgili bir yargıya varmayı zorlaştırmaktadır. Ancak, Edirne Devlet Hastanesi katılımcılarının kariyer ve/veya kişisel kalitelerinin artırılmasında çalıştıkları birimlerin kendilerine yardımcı oldukları konusunda Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi katılımcılarına göre daha memnun oldukları söylenebilmektedir.

3.6.10. Kurumsal İletişim

Kurumsal iletişim, kurumun amaç ve hedeflerine ulaşması, işleyişini sağlaması için gereken üretim ve yönetim süreci içinde, kurumu oluşturan bölüm ve ögeler

arasında eşgüdümü, bilgi akışını, motivasyonu, bütünleşmeyi, değerlendirmeyi, eğitimi, karar almayı ve denetimi sağlamak amacıyla belli kurallar içinde gerçekleşen iletişim süreci olarak ikinci bölümde tanımlanmıştır. Bu çerçevede çalışmada, ele alınan hastaneler kapsamında ankete katılan çalışanlara “hastanede personel arasında iletişim sorunu yoktur” ve “hastanede bölümler arasında iletişim sorunu yoktur” şeklinde iki ifade verilmiş ve çalışanlardan bu ifadelerle ilgili olarak “kesinlikle katılmıyorum, katılmıyorum, kararsızım, katılıyorum, kesinlikle katılıyorum” seçeneklerinden birini seçmeleri istenmiştir. Bu çerçevede elde edilen veriler aşağıdaki gibidir.

Tablo 59. Personeller Arasındaki İletişim ile İlgili Çalışanların Görüşleri

| | hastanede personel arasında iletişim sorunu yoktur | | | | |
|--|--|--------------|------------|-------------|------------------------|
| | kesinlikle katılmıyorum | katılmıyorum | kararsızım | katılıyorum | kesinlikle katılıyorum |
| Edirne Devlet Hastanesi | 13,0% | 27,0% | 22,0% | 29,0% | 9,0% |
| Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi | 15,1% | 35,1% | 26,3% | 19,6% | 3,9% |

Edirne Devlet Hastanesi’nde personel arası iletişimde bir sorun olduğuna inanan anket katılımcılarının oranıyla (%40) bir sorun olmadığına inanan anket katılımcılarının oranı (%38) birbirine çok yakındır. Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi anket katılımcıları ise %50.2 oranla, daha net bir şekilde, iletişim sorunu olduğuna inanmışlardır. Kaldı ki; %23.5’lik bir oran, Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi’nde personel arası iletişimde sorun olmadığı yönünde görüş bildirmiştir. Sonuç olarak, iki hastanede de personel arasındaki iletişimin yeterli olmadığı söylenebilmektedir.

Tablo 60. Bölümler Arası İletişim ile İlgili Çalışanların Görüşleri

| | hastanede bölümler arasında iletişim sorunu yoktur | | | | |
|--|--|--------------|------------|-------------|------------------------|
| | kesinlikle katılmıyorum | katılmıyorum | kararsızım | katılıyorum | kesinlikle katılıyorum |
| Edirne Devlet Hastanesi | 16,2% | 23,2% | 21,2% | 29,3% | 10,1% |
| Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi | 17,2% | 40,5% | 26,5% | 12,5% | 3,2% |

Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi'nin ankete katılan çalışanlarının %57.7'si hastanede bölümler arasında iletişim sorunu olduğuna inanmaktadır. Buna karşın Edirne Devlet Hastanesi'nde ise ankete katılan çalışanların %39.4'ü hastanede bölümler arasında bir iletişim sorunu görmemişlerdir.

Temel amacı insanlara nitelikli sağlık hizmeti vermek olan sağlık kurumlarında iletişimin önemli bir yeri bulunduğu; hemen hemen birbirinden bağımsız sağlık hizmeti yürüten birimlerin oluşturduğu, otonom özellikli sağlık personellerinin yanı sıra idari, teknik ve yardımcı hizmetler personelinin görev yaptığı sağlık kurumlarında ekip anlayışının sağlanması için iletişim temel etmen olduğu göz önüne alındığında, gerek personel arasında, gerekse bölümler arasında iletişim sorununun olmasının, hastaneler için çok önemli bir problem yaratacağı açıktır. Sonuç olarak, elde edilen veriler ışığında personel ve bölümler arası iletişim sorununun iki hastane için de iyileştirilmesi gereken bir konu olduğu söylenebilmekle birlikte; Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi'ne bu konuda çok daha fazla görev düşmektedir.

3.7. Sonuç ve Öneriler

Kalite, bir ürün ya da hizmetin belirlenen veya olabilecek ihtiyaçları karşılama kabiliyetine dayanan özelliklerinin toplamı olarak tanımlanabilmektedir. TKY ise, kurumlarda üretim süreci, tedarik, yönetim, tanıtım, çalışanlar, müşteriler, toplumsal etkiler gibi ekonomik unsurların tümü üzerinde özenle duran ve bütünsel anlayışa sahip çağdaş bir yönetim anlayışı olarak tanımlanabilmektedir.

Günümüzde dünyadaki birçok şirket kaliteyi önemli bir stratejik boyut olarak vurgulamaktadır. Çünkü kaliteye odaklanmak fiyatları düşürmekte ve müşteri memnuniyetini arttırmaktadır. Bu çerçevede, gelişen rekabet ortamında kurumlar, müşteri tatminini için ürün ve hizmetin kaliteli olmasını, servis ihtiyaçlarının eksiksiz yerine getirilmesini, müşteriyle ilişkilerin mükemmel olmasını ve şikâyetlerini derhal giderilmesini sağlamaya çalışmaktadırlar. Bunları yerine getirebilmek için kurumlar kendilerine hedefler koymakta, bu hedefleri yerine getirecek çalışanların katılımını ve hedefleri paylaşmasının sağlamakta, üretim sürecini sıfır hatayı hedefleyecek şekilde kurmakta, kontrol etmekte ve geliştirmekte, bunların sonucunda ortaya çıkan sonuçları hedefleri ile karşılaştırarak değerlendirmekte ve güçlü yönleri ile geliştirilmesi gereken yönleri belirleyerek bunlar üzerinde odaklanmaktadırlar. Bunları yaparken hissedarların,

çalışanların, müşterilerin olduğu kadar toplumun çıkarlarını da göz önünde bulundurmakta ve tüm paydaşların çıkarlarını maksimize etmeye çalışmaktadırlar.

TKY felsefesi ile endüstri ve hizmet sektöründe çalışan şirketlerde önemli başarılar elde edilmiştir. Bu noktadan hareketle, endüstri ve hizmet sektöründe TKY uygulamalarındaki başarılı sonuçlar sağlık sektörünü de harekete geçirmiştir. 1980’li yıllardan başlayarak özellikle gelişmiş ülkelerin hastane hizmetlerinde TKY uygulamaları hızlı bir yayılma göstermiştir. Bu çerçevede sağlıkta kaliteli hizmet, kabul edilen standartlarda bakım vermek, sağlık personelinin hizmetin değerlendirilmesi ve planlanması yetkisinde ve karar aşamasında eşit olanaklara sahip olmaları, hastaların can ve sağlık güvenliğine önem ve öncelik verilmesi şeklinde tanımlanmaktadır. Sağlık hizmetlerinde TKY’den söz edebilmek için gereken kaynakların verimli bir şekilde dağıtılması ve kullanılması, hizmetin etkili biçimde verilmesi, gerek kaynak dağıtımında gerekse hedef kitlenin hizmetlere ulaşımında hakkaniyete özen gösterilmesi ve hizmet sunumu sırasında ve sonrasında hizmeti kullananların memnuniyetinin sağlanması gerekmektedir.

Çalışmanın konusu gereği, araştırmada toplam kalite yönetiminin ilkeleri çerçevesinde Edirne Devlet Hastanesi ile Trakya Üniversitesi Eğitim, araştırma ve Uygulama Merkezi’nde çalışanlara ve bu hastanelere tedavi amacıyla gelen hastalara anket uygulanmıştır. Bu çerçevede, ilk olarak hastaların ve çalışanların memnuniyet düzeyleri ölçülmüştür.

Sağlık hizmetlerinde müşteri memnuniyetinin sağlanması iç ve dış müşterilerin beklentilerinin karşılanmasıyla mümkün olmaktadır. TKY, yalnızca, dış müşteri olarak adlandırılan ve sağlık kurumundan hizmet alan kişilerin tatmini üzerinde odaklaşmamakta, aynı zamanda iç müşteri olarak adlandırılan kurum personelinin tatminini de ön planda tutmaktadır.

Sağlık hizmetlerinde dış müşteri olan hasta ve hasta yakını tatmininin tıbbi bakım hizmetleri, hemşirelik hizmetleri, sağlık personelinin ilgisi, temizlik, genel otelcilik hizmetleri, yemek sunumu, hizmete erişim hızı, bürokratik işlemler, yönetim anlayışı, fiyat ve kalite gibi unsurlardan etkilendiği söylenebilmektedir. Personelle ilgili yöneltilen sorularda, hasta memnuniyeti açısından, iki hastane arasında çok büyük bir farklılık gözlemlenmemiştir. Edirne Devlet Hastanesi’ne gelen hastalar Trakya

Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi'ne daha memnun olmakla birlikte; hastaların iki hastaneden de büyük ölçüde memnun ayrıldığı söylenebilmektedir. Ancak, hastanelerin temizliği konusunda, Devlet Hastanesi'ndeki katılımcıların Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi'ne oranla daha memnun oldukları söylenebilmektedir. Bu çerçevede iki hastane açısından da temizliğin iyileştirilmesi önem taşımakla birlikte, Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi'nin bu konuda daha çok çaba göstermesi gerektiği belirtilebilmektedir.

Hastaların memnuniyet düzeylerinin ölçülmesinden sonra, çalışanların hastaların memnuniyetleri ile ilgili doğru bilgilere sahip olup olmadığı da, çalışanlara yöneltilen sorularla ölçülmeye çalışılmıştır. Bu çerçevede, Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi'nde, çalışanların düşündüğünden daha fazla hastanın hastaneden memnun ayrıldığı; Edirne Devlet Hastanesi'nde ise, çalışanların düşündüğünden daha az hastanın hastaneden memnun ayrıldığı gözlemlenmiştir.

Hastaların memnuniyet düzeylerinin ölçülmesinin ardından iç müşteri olan çalışanların memnuniyet düzeyleri ölçülmüştür. Bir sağlık kuruluşundaki iç müşterileri, hekimler, hemşireler, teknisyenler ve diğer tüm çalışanlar oluşturmaktadır. Bu çerçevede Edirne Devlet Hastanesi'nde çalışan katılımcıların memnuniyet düzeylerinin Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi'nde çalışan katılımcılardan daha yüksek bir orana sahip olduğu ortaya çıkmıştır. Ancak, çalışan memnuniyetinin artırılması gereği iki hastane için de geçerli olmaktadır. Çünkü iki hastane için de, çalışan memnuniyeti konusunda elde edilen bulgular tatminkar değildir. Organizasyonlarda, dış müşteri kadar iç müşteri memnuniyetine de önem verilmelidir. Hizmet sunan personelin de gerek yaptığı işten, gerek hastalarından, gerekse diğer çalışma arkadaşlarıyla olan ilişkilerinden memnun olması gerekmektedir. TKY açısından dış müşteri kadar iç müşteri memnuniyeti de büyük önem taşımaktadır. Çalışanların istek ve beklentilerinin karşılanması iç müşteri memnuniyetini arttıracak gibi, memnuniyet düzeyi artan çalışanlar işlerinde de daha verimli olacaklardır.

Memnuniyet düzeylerinin ölçülmesinden sonra, iki hastanede, çalışanların yönetime katılıp katılmadıkları araştırılmıştır. Elde edilen verilerden hareketle, Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi'ndeki çalışanların kararlara katılımının ve alınan kararlarda etkinliğinin Edirne Devlet Hastanesi'ne göre daha

düşük olduğu söylenebilmekle birlikte iki hastanede de çalışanların yönetime katılımı yeterli düzeylerde gerçekleşmemektedir. Çalışanların faaliyet alanlarıyla ilgili bir konuda karar alınırken görüşlerinin alınması hem onların yönetimi benimsemelerini sağlamakta hem de motivasyonlarını arttırmaktadır. Görüşü alınan çalışan kendini yönetimde etkili hissettiği ve fikrine önem verildiği düşüncesi taşıdığı için motive olmakta ve kendisinden hizmet bekleyenlere de daha iyi hizmet sunmaktadır. Bu çerçevede başta Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi olmak üzere iki hastanede de çalışanların yönetime katılımının artırılması gerekmektedir. Sonuç olarak, katılım ilkesi ile ilgili, sağlık hizmetlerinde TKY'nin benimsenmesi ve başarıyla uygulanabilmesi için, hizmetlerin sunumunda gerek karar verici, politika belirleyici ve program yapıcı konumundaki üst düzey yöneticilerin, gerekse hizmetlerin verilmesinde görevli personelin tüm sorumlulukları paylaşması ve kendilerinden beklenen faaliyetleri önceden saptanmış standartlara göre yapmaları gerekmektedir. Bunun için de çalışanların standart ve kriterlerin belirlenmesi sürecine başka bir ifade ile yönetime katılımının sağlanması gerekmektedir.

Katılımın ölçülmesinin ardından yöneticilerin liderliği ölçülmüştür. Hastane örgütleri, insanın insana hizmet ettiği bireysel, iş, amaç ve standartların başarımının diğer kişilerin başarılarına bağımlı olduğu sosyal sistemler olmaktadır. Liderin grubu etkileme, ikna etme ve kontrol etmeleri, hesaplanan riskleri bilmeleri ve değişim sürecinde aktif bir rol almaları beklenmektedir. Bir teknik ya da yöntemden daha çok kültür olan TKY anlayışının, organizasyonun tümüncü özümsemiş olması, yerleştirilmesi, kurum ya da örgütçe üst yönetim tarafından yönlendirilmesi gerekmektedir. Üst yönetimin alt kademeyi yönlendirdiği bu sorumluluk ve anlayış içinde kalite hedeflerinin tespiti ve bu kalite hedeflerine ulaşmada stratejiler oluşturmak önemli olmaktadır. Liderlik konusu açısından iki hastane değerlendirilecek olursa, Edirne Devlet Hastanesi'nin Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi'nden daha iyi bir konumda olduğunun katılımcılar açısından ortaya konduğu ifade edilebilmektedir. Ayrıca, Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi'nde çalışan katılımcıların yöneticilerin kaliteyi geliştirme konusunda çaba gösterip göstermedikleri yönünde açık bir fikre sahip olmadıkları da söylenebilmektedir.

Liderlikten sonra, sürekli geliştirme anlayışında ise, kalite düzeyinin tespit edilmesinin ardından bu düzeyin korunması değil sürekli iyileştirilmesi, geliştirilmesi amaçlanmaktadır. Bu çerçevede, problemlili alanlara yapılan müdahalelerin ve ortaya çıkan ya da çıkması beklenen yeni kalite düzeyinin eski standart ve kriterlere göre tespitinin ardından mevcut standart ve kriterlerin gözden geçirilerek yeni kalite düzeyine göre daha da geliştirilerek yeniden belirlenmesi gerekmektedir. Böylelikle sürekli olarak hizmetin kalitesi geliştirilebilecektir. Bu çerçevede elde edilen verilerden hareketle, Edirne Devlet Hastanesi katılımcılarının yaklaşık olarak yarısının, yenilikçi fikirlerin özendirildiğine ve sürekli geliştirmeye zemin hazırlandığına inanmakta olduğu söylenebilmektedir. Yine, Edirne Devlet Hastanesi'nin, Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi katılımcılarına göre bu konuda daha iyimser bir görüş belirttikleri gözlemlenmiştir.

Sürekli geliştirme anlayışıyla elde edilen bulguların ardından, ele alınan hastanelerde sıfır hat ölçülmüştür. Sağlık hizmetlerinde, sağlık çalışanlarının verdikleri hizmetin kalitesini ve maliyetlerini sistematik olarak izleme, değerlendirme ve karşılaştırma yapmaları ve bunu rutin mesleki faaliyetlerinin bir parçası olarak algılamaları yapılan hataların kısa sürede saptanmasını ve düzeltilmesini ve böylelikle sıfır hataya ulaşılabilmesini sağlamaktadır. Sıfır hata konusunda da Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi, Edirne Devlet Hastanesi'ne göre geride kalmaktadır. Ancak burada dikkati çeken nokta Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi'ndeki katılımcıların verdiği cevaplar arasında oransal olarak çok büyük bir farklılığın bulunmamasıdır. Sorulan soruya katılmayan, katılan ve kararsız olan katılımcı oranları birbirine çok yakındır. Bu da, iş ve süreçlerde sıfır hataya önem verilip verilmediği konusunda, çalışanların yeterince bilgi sahibi olmadığı görüşünü doğurmaktadır.

Motivasyon konusunda da, Edirne Devlet Hastanesi Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi'ne göre daha iyi olmakla beraber, iki hastanede de çalışanların motivasyonu için iyileştirmelerin yapılması gerekmektedir. Motivasyon, istekleri, arzuları, ihtiyaçları, dürtüleri ve ilgileri kapsayan genel bir kavramdır. Motive olmayan bir personelin başarı göstermesi beklenmemektedir. Bu çerçevede iki hastanede de motivasyonun artırılması, çalışanların başarı düzeylerini de arttıracaktır.

Eğitim, kaliteli hizmet sunmak üzere yeterli bilgi ve beceri sahibi personel yetiştirmek için gerekli en önemli fonksiyon olmaktadır. Hizmet sunum standartlarını ve ilkelerini öğretmek bir eğitim programının en önemli amacı olmakta; tüm personelin, kendilerine verilen görevleri doğru ve etkili şekilde yürütebilmeleri için yeterli şekilde eğitilmeleri gerekmektedir. Elde edilen bulgulardan hareketle eğitim konusunda da kararsız katılımcıların oranındaki fazlalık ve Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi'ndeki soruya katılan ve katılmayan katılımcıların oranlarındaki yakınlık konuyla ilgili bir yargıya varmayı zorlaştırmıştır. Ancak, Edirne Devlet Hastanesi katılımcılarının kariyer ve/veya kişisel kalitelerinin artırılmasında çalıştıkları birimlerin kendilerine yardımcı oldukları konusunda Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi katılımcılarına göre daha memnun oldukları söylenebilmektedir.

İki hastane arasında karşılaştırmanın yapıldığı son konu kurumsal iletişim olmuştur. Temel amacı insanlara nitelikli sağlık hizmeti vermek olan kamu ve özel sağlık kurumlarında iletişimin önemli bir yeri bulunmaktadır. Hemen hemen birbirinden bağımsız sağlık hizmeti yürüten birimlerin oluşturduğu, otonom özellikli sağlık personellerinin yanı sıra idari, teknik ve yardımcı hizmetler personelinin görev yaptığı sağlık kurumlarında ekip anlayışının sağlanması için iletişim temel etmen olmaktadır. Elde edilen veriler ışığında personel ve bölümler arası iletişim sorunun iki hastane için de iyileştirilmesi gereken bir konu olduğu söylenebilmekle birlikte; Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi'ne bu konuda çok daha fazla görev düşmektedir.

Sonuç olarak, iki hastanenin de hasta memnuniyetini açısından başarılı olduğu söylenebilmektedir. Ancak çalışanlar konusunda, çalışanların memnuniyet düzeylerinin artırılması, yönetime katılımlarının sağlanması, motivasyonlarının ve eğitimlerinin artırılması, çalışanlar ve bölümler arasındaki iletişimde sorunların giderilmesi, hastanede sürekli geliştirme ve sıfır hataya yönelik çalışmaların artırılması konularında, Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi başta olmak üzere iki hastaneye de önemli görevler düşmektedir.

Sağlık sektöründe TKY ile ilgili Edirne Devlet Hastanesi ve Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi'nden elde edilen veriler ışığında, bundan sonra

bu konuda çalışmak isteyen araştırmacılara sunulan öneriler aşağıdaki gibi özetlenebilmektedir:

- Hastaların memnuniyet düzeylerinin ölçülmesinde, kişilerin yetiştikleri yerler, yaşları, eğitim düzeyleri ve gelirleri, beklentilerini ve memnuniyet düzeylerini etkilediğinden; bundan sonraki çalışmalarda hasta memnuniyet düzeylerinin ölçülmesinde bu faktörlerin ne şekilde etkili olduklarının araştırılması faydalı olacaktır.

- Hastaların istek ve beklentileri memnuniyet düzeylerini etkilemektedir. Bu çerçevede, Edirne Devlet Hastanesi'ne ve Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi'ne gelen hastaların beklentilerinin neler olduğunun ve iki hastaneye gelen hastalarda, beklentiler arasında bir farklılık bulunup bulunmadığının araştırılması faydalı olacaktır.

- Edirne Devlet Hastanesi'ne gelen hastalar Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi'ne gelen hastalara oranla daha memnun oldukları halde, daha iyi bir imkanları olması halinde yine aynı hastaneyi seçme oranlarında Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi, Edirne Devlet Hastanesi'ne oranla daha iyi durumdadır. Başka bir ifade ile, iki hastanede de memnuniyet düzeyleri ile geldikleri hastaneyi tekrar seçmeleri arasında oransal bir farklılık bulunmaktadır. Bu farklılığın nedeninin anlaşılabilmesi ve kesin bir yargıya varılabilmesi için, bu konuda ayrıntılı bir çalışma yapılması faydalı olacaktır.

- Çalışanlara uygulanan anketler yorumlanırken yaş, cinsiyet, kurumda çalışma süresi ve görev alanları dikkate alınmamıştır. Sorulara verilen cevaplarda belirtilen kavramların etkilerinin araştırılması faydalı olacaktır. Örneğin çalışanların görev alanlarına göre memnuniyet düzeylerinin değişip değişmediği yada çalışma süresinin memnuniyet üzerindeki etkisi ayrı bir çalışma konusu olabilecektir.

- Edirne Devlet Hastanesi'nin ve Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi'nin tek başına ele alınarak; çalışanlar ve hastalar olarak ayrı ayrı ayrıntılı bir şekilde incelenmesi faydalı olacaktır.

- Çalışmada ele alınan toplam kalite yönetimi ilkelerinin (katılımcılık, müşteri memnuniyeti (iç müşteri, dış müşteri), liderlik, sürekli geliştirme, sıfır hata, motivasyon,

sürekli eğitim, kurumsal iletişim) tek tek ayrıntılı bir şekilde incelenmesi ve sonuçların nedenlerinin araştırılması bir sonraki çalışmalar için faydalı olacaktır.

- Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi'nde, çalışanların düşündüğünden daha fazla hasta hastaneden memnun ayrılarken; Edirne Devlet Hastanesi'nde, çalışanların düşündüğünden daha az hasta hastaneden memnun ayrılmaktadır. Çalışanların düşünceleri ile, hastaların verdiği cevaplar arasındaki uyumsuzluğun nedeni ayrıntılı olarak incelenmelidir.

- Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi'nde ankete katılan çalışanlar arasında, hemen hemen bütün sorularda katılanlar, katılmayanlar ve kararsızlar arasındaki oranlar birbirine çok yakındır. Her soru için, oranlar arasındaki yakınlığın nedenleri araştırılmalıdır. Örneğin, katılımcılık ile ilgili sorularda, yöneticilerin kaliteyi geliştirme konusunda çaba gösterdikleri halde çalışanların bu konuda bilgilendirilmediği mi; yoksa zaten böyle bir çabanın olmadığı mı hususunda araştırma yapılması faydalı olabilecektir. Yine aynı konuyla ilgili olarak, yöneticiler kaliteyi geliştirme konusunda çaba gösterdikleri halde çalışanlar bu şekilde düşünüyorsa, çalışanları bu şekilde düşünmeye iten sebeplerde ayrıca araştırılmalıdır.

- Son olarak, gerek Edirne Devlet Hastanesi'nde, gerekse Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi'nde elde edilen bulgular ışığında sorunların nedenleri ve çalışan ve hasta memnuniyetinin artırılması için neler yapılması gerektiği ayrıca araştırılmalıdır.

KAYNAKÇA

Akca, Candoğan; Erigüç, Gülsün (2006): “Hastane Çalışanlarının Yöneticileri ve Çalışma Arkadaşları İle Yaşadıkları Çatışma Nedenlerine Yönelik Bir Araştırma” Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, Cilt: 9, Sayı: 2, Ankara.

Akdağ, Recep (2007): *Nereden Nereye Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı Kasım 2002-Haziran 2007*, T.C. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 713, Ankara.

Akın Dervişoğlu, Ayşe; Köseli, Arzu (1994): “Sağlık Hizmetlerinde Teknik Eğitim”, Sağlık Hizmetlerinde Değişen Anlayış ve Politikalar Sempozyumu, *Sağlık Sektöründe Toplam Kalite Yönetiminin Yeri*, Editör: Mithat Çoruh, Ankara: Haberal Eğitim Vakfı.

Aktan, Coşkun Can; Işık, A. Kadir (2007): “Sağlık Hizmetlerinin Sunumu ve Alternatif Yöntemler”, *Sağlık Ekonomisi ve Sağlık Yönetimi*, Editörler: Coşkun Can Aktan, Ulvi Saran, İstanbul: Aura Kitapları.

Aktan, Coşkun Can (2000): *Yönetimde Rönesans ve Kalite Devrimi*, Ankara: TOSYÖV Yayınları,

http://www.canaktan.org/yonetim/toplam_kalite/gurular/shewart.htm (04.08.2008).

Aktan, Coşkun Can: “Toplam Kalite Yönetiminin Temelleri ve Kamu Yönetiminde Uygulanması”, <http://www.canaktan.org/politika/kamuda-kalite/aktan-kal.pdf> (02.01.2009).

Aktaş, Mustafa (2002): *Hastane İşletmelerinde Örgütsel Çatışmanın Boyutları, Örgütsel Yapı ve Başarıda Etkenliğin Sağlanmasına Yönelik Bir Model Önerisi*, Basılmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara: T.C. Gazi Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Hastane İşletmeciliği Bilim Dalı.

Altunışık, Remzi; Coşkun, Recai; Bayraktaroğlu, Serkan; Yıldırım, Engin (2004): *Sosyal Bilimlerde Araştırma Yöntemleri SPSS Uygulamalı*, Sakarya: Sakarya Kitabevi.

Aslan, Şebnem (2004): “Hastanelerde Örgütsel Çatışma: Teori ve Örnek Bir Uygulama”, Selçuk Üniversitesi sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, Sayı 11, Konya.

Asunakutlu, Tuncer (2007): “Sağlık Kurumları Yönetiminde Kalite ve Kültürel Değişim”, *Sağlık Ekonomisi ve Sağlık Yönetimi*, Editörler: Coşkun Can Aktan, Ulvi Saran, İstanbul: Aura Kitapları.

Ateş, Metin (1997): “Davranışsal Yönetim Teknikleri”, *Hastane Yöneticiliği*, Editörler, Osman Hayran, Haydar Sur, İstanbul: Nobel Kitapevi.

Aydın, Levent (2000): *Devlet Hastaneleri Yönetim Biçiminin Çalışanlar Üzerine Etkileri ve Kütahya Devlet Hastanesinde Bir Uygulama*, Basılmamış Yüksek Lisans Tezi, Kütahya: T.C. Dumlupınar Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Ana Bilim Dalı.

Aydın, Serpil; Hatırlı, Yüksel (2003): “Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi”, *Türk Aile Hekimliği Dergisi*, Cilt 7, Sayı 3, İstanbul: Deomed Medikal Medya.

Bal, Rabia (2001): *Eskişehir İlinde Sosyal Sigortalar Kurumu, Devlet ve Üniversite Hastanelerinde Toplam Kalite Yönetimi Çerçevesinde Hasta Memnuniyet Düzeylerinin Ölçülmesi*, Basılmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: T.C. Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlık Kurumları Yöneticiliği Ana Bilim Dalı.

Bilgin, Mehmet Hüseyin: “Kamu Yönetiminde Yeniden Yapılandırma Tartışmaları”, Kadir Has Üniversitesi, İ.İ.B.F., Perşembe Konferansları, http://www.rekabet.gov.tr/word/perskonferans/20/8_HBilgin.doc (02.01.2009).

Bircan, Hüdaverdi; Baycan, Serap (2004): “Sağlık Sektöründe Verimlilik ve Kalite Sistemi: Cumhuriyet Üniversitesi Hastanesi Örneği”, C.Ü. Sosyal Bilimler Dergisi, Aralık 2004, Cilt: 28, No: 2, Sivas.

Cartin, Thomas J. (1993): *Principles & Practices Of TQM*, Wisconsin: ASQC Quality Pres.

Çakıroğlu, Evren (2006): *Sağlık Kurumlarında Yönetim ve Liderlik*, Dönem Projesi, İstanbul: T.C. Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlık Kurumları Yöneticiliği Anabilim Dalı.

Çoruh, Mithat (1994): “Toplam Kalite Yönetimi, Hastane Uygulamaları Gereksinimler ve Güçlükler”, Sağlık Hizmetlerinde Değişen Anlayış ve Politikalar Sempozyumu, *Sağlık Sektöründe Toplam Kalite Yönetiminin Yeri*, Editör: Mithat Çoruh, Ankara: Haberal Eğitim Vakfı

Dağ, Celal (2002): *Hastanelerde Toplam Kalite Yönetimi ve Mükemmellik Yaklaşımı*, Basılmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: T.C. İstanbul Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Siyasal Bilgiler Fakültesi, İşletme Ana Bilim Dalı.

Doğan, Vahap (2007): “Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetiminin Önemi”, *Hastane Süreçleri*, Editör: İ. Teoman Benli, Bir Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi İçin Toplam Kalite ve Süreç Modelleri Projesi, Ankara: Rekmay Yayıncılık.

Efil, İsmail (1995): *Toplam Kalite Yönetimi ve Toplam Kaliteye Ulaşmada Önemli Bir Araç ISO 9000 Kalite Güvencesi Sistemi*, Bursa: Uludağ Üniversitesi Basımevi.

Emanet, Hakan (2007): “EFQM Mükemmellik Modeli İle Kamu Sektöründe Özdeğerleme Çalışmaları Üzerine Bir Saha Çalışması”, C.Ü. İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi, Cilt 8, Sayı 1.

Esatoğlu, A. Ezel (1997): *Hastanelerde Hasta Tatmininin Hastane Yönetimi Açısından Değerlendirilmesi ve Kullanıma Yönelik Model Önerisi*, Yayımlanmamış Bilim Uzmanlığı Tezi, Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Fisher, John (1998): *Kıyaslama (Benchmarking) Yoluyla Performans Nasıl Arttırılır*, Çev.: Ahmet Ünver, İstanbul: Rota Yayıncılık.

Gencel, Ufuk (2001): “Yükseköğretim Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi ve Akreditasyon”, Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, Cilt 3, Sayı 3.

Güllülü, Uğur; Erciş, Aysel; Ünal, Sevtap; Yapraklı, Şükrü (2008): *Sağlık Hizmetlerinde Müşteri Memnuniyeti*, Editör: Sevtap Ünal, Ankara: Detay Yayıncılık.

Günaydın, H. Murat, “Toplam Kalite Yönetimi”, <http://www.iyte.edu.tr/~muratgunaydin/TKY3.doc> (29.04.2008).

Halis, Muhsin (2000): *Paradigmadan Uygulamaya Toplam Kalite Yönetimi ve ISO 9000 Kalite Güvencesi Sistemleri*, İstanbul: Beta basım Yayın.

Hayran, Osman; Uz, Hulki: “Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi”, <http://www.merih.net/m1/whulkuz11.htm> (28.04.2008).

Hayran, Osman; Uz, Hulki (1998): “Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi”, *Sağlık Hizmetleri El Kitabı*, Editörler: Osman Hayran, Haydar Sur, İstanbul: Yüce Yayın.

Hayran, Osman (1998): “Sağlık Hizmetleri”, *Sağlık Hizmetleri El Kitabı*, Editörler: Osman Hayran, Haydar Sur, İstanbul: Yüce Yayın.

Hayran, Osman (1998): “Sağlık Hizmetleri Yönetiminde Profesyonelleşme”, *Sağlık Hizmetleri El Kitabı*, Editörler: Osman Hayran, Haydar Sur, İstanbul: Yüce Yayın.

Hill, Stephen; Wilkinson, Adrian (1995): “In Search of TQM”, *Employee Relations*, Volume 17, Number 3, pp. 8-25, MCB University Press.

Hood, Christopher (1991): “A Public Management for All Seasons”, *Public Administration*, Vol.69, pp.3-19, Spring.

Kağızman, Hasan Burkay (2008): *Türkiye’deki Teknoparklarda Faaliyet Gösteren İşletmelerin Yönetimsel Sorunları*, Gazi Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, İşletme Eğitimi Anabilim Dalı Basılmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara.

Karabeyoğlu, Yiğit (2007): “Toplam Kalite Yönetimi”, *Hastane Süreçleri*, Editör: İ. Teoman Benli, Bir Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi İçin Toplam Kalite ve Süreç Modelleri Projesi, Ankara: Rekmay Yayıncılık.

Karakaş, Kadriye (1998): *Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi Uygulamalarında İç Müşteri Kavramının anlam ve Önemi: Akdeniz Üniversitesi Eğitim Uygulama ve Araştırma Hastanesi'nde Hekim ve Hemşirelere Yönelik Bir Tatmin Araştırması*, Basılmamış Yüksek Lisan Tezi, Antalya: T.C. Akdeniz Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı.

Karakılçık, Yusuf (1997): *Üniversite Araştırma Hastanelerinin Yönetimi*, Basılmamış Doktora Tezi, Malatya: T.C. İnönü Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Kamu Yönetimi Anabilim Dalı.

Kavrakoğlu, İbrahim (1998): *Toplam Kalite Yönetimi*, İstanbul: Kalder Yayınları, 4. Baskı.

Kavrakoğlu, İbrahim (1996): *Kalite Cep Kitabı*, İstanbul: Kalder Yayınları No: 3, 4. Baskı.

Kayahan, Cantürk (2002): *Hastane Yöneticilerinin Hastane Başarısına Etkisi*, Basılmamış Yüksek Lisans Tezi, Afyon: T.C. Afyon Kocatepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Ana Bilim Dalı.

Kavuncubaşı, Şahin (2000): *Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi*, Ankara: Siyasal Kitabevi.

Kavuncubaşı, Şahin (2002): "Hastane Organizasyonlarına Giriş", *Sağlık Kurumları Yönetimi*, Editör Nuray Uzkesici, T.C. Anadolu Üniversitesi, Açıköğretim Fakültesi, Anadolu Üniversitesi Yayınları Yayın No: 1429, Açıköğretim Fakültesi Yayın No: 767, Eskişehir.

Kılıç, Bülent; Aksakoğlu, Gazanfer (1995): "Sağlık Sistemlerinin Sınıflandırılmasına İlişkin Kuramsal Yaklaşımlar", *Toplum ve Hekim Dergisi*, Özel Sayı, Şubat, Cilt 9.

Kıngır, Said (2006): *Toplam Kalite Yönetimi*, Ankara: Nobel Yayın Dağıtım, 1. Baskı.

Kısa, Adnan (2002): "Türk Kamu Hastanelerinin Organizasyonu-Sağlık Bakanlığı Hastaneleri", Editör Nuray Uzkesici, T.C. Anadolu Üniversitesi, Açıköğretim

Fakültesi, Anadolu Üniversitesi Yayınları Yayın No: 1429, Açıköğretim Fakültesi Yayın No: 767, Eskişehir.

Koçal, Seçil; Bodur, Nail (1994): “Sağlıkta Toplam Kalite Yönetiminde Başarı İçin Gerekli Kritik Faktörler”, Sağlık Hizmetlerinde Değişen Anlayış ve Politikalar Sempozyumu, *Sağlık Sektöründe Toplam Kalite Yönetiminin Yeri*, Editör: Mithat Çoruh, Ankara: Haberal Eğitim Vakfı.

Koçel, Tamer (1998): *İşletme Yöneticiliği*, İstanbul: Beta Basım, 6. Baskı.

Kuruşcu, Mehmet (2003): *Toplam Kalite Yönetimi ve Kalite Ödülleri*, İstanbul: IQ Kültür Sanat Yayıncılık, 1. Baskı.

Lian, Teddy Kok Fei (2001): *Determinants of Total Quality Management Implementation and Impact: A Study of Selected Malaysian Public Organization*, Basılmamış doktora çalışması, Athens, Georgia.

Mackintosh, Nicola (1996): *Promoting Health: An Issue for Nursing*, Snow Hill: Quay Books.

Memduhoğlu, Hasan Basri (2007): “Post-Fordist Üretim Örgütlenmeleri ve İşgörenler Üzerindeki Etkileri”, *Üniversite ve Toplum Dergisi*, Cilt 7, Sayı 4, http://www.universite-toplum.org/pdf/pdf_UT_335.pdf (25.07.2008).

Merih, Kutlu, “Toplam Kalite Yönetimi Paradigması ve Sağlık İşletmeleri İçin Uygulama Potansiyelleri”, *Management-Education-Research-Informatics for Health*, <http://www.merih.net/m1/hastky.htm> (28.04.2008).

Merter, Mehmet Emin (2006): *Toplam Kalite Yönetimi*, Ankara: Atlas Yayınları, 1. Baskı.

Mollahaliloğlu, Salih; Hülür, Ünal; Gümrükçüoğlu, Orhan F.; Ünüvar, Necdet; Aydın, Sabahattin (2007): *Sağlıkta İnsan Kaynakları Mevcut Durum Analizi*, T.C. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 720, Ankara: Yücel Ofset Matbaacılık.

Mutlu, Servet; Emre, Cahit; Hazama, Yasushi (2000): “Cultural Values, Morality and Public Administration in Turkey”, Çeviren, Bülent Duru, *Emerging*

Changes in Turkish Politics and Society, Institute of Developing Economies, Jetro, <http://acikarsiv.ankara.edu.tr/fulltext/3452.pdf> (02.01.2009).

Okay, Ayla (2005): “Kurumsal İletişim ve Kurum Kimliği”, *Kurumsal İletişim Yönetimi*, Editör Rüveyda Akyürek, T.C. Anadolu Üniversitesi Yayını No: 1643, Açıköğretim Fakültesi Yayını No: 859, Eskisehir.

Önal, M. Zülküf (2007): “Toplam Kalite Yönetimi ve Hastane İşleyiş Süreçleri Ana Hedefleri”, *Hastane Süreçleri*, Editör: İ. Teoman Benli, Bir Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi İçin Toplam Kalite ve Süreç Modelleri Projesi, Ankara: Rekmay Yayıncılık.

Özdemir, Ayşe Jülide (1998): *Türkiye Hastanelerinde Toplam Kalite Yönetimi Anlayışının Gelişimi ve Özel Bir Hastanede Uygulamadan Bir Örnek*, Basılmamış Yüksek Lisans Tezi, Eskişehir: T.C. Anadolu Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Özdemir, Servet, “Eğitimde toplam Kalite Yönetimi”, <http://www.canaktan.org/politika/kamuda-kalite/ozdemir.pdf> (29.04.2008).

Özdemir Tavlan, Şerife (2001): *Sağlık Sektöründe Kalite ve Toplam Kalite Yönetimi*, Basılmamış Yüksek Lisans Tezi, Konya: T.C. Selçuk Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı.

Özer, M. Akif (2008): *21. Yüzyılda Yönetim ve Yöneticiler*, Ankara: Nobel Yayın Dağıtım, 1. Baskı.

Özer, M. Akif (2006): “Gelişmiş Ülkeler ve Yeni Kamu Yönetimi Düşüncesi”, *Türk İdare Dergisi*, Sayı 452, Eylül.

Özer, M. Akif (2005): “Yeni Kamu Yönetimi: Japonya Uygulaması”, *Türk İdare Dergisi*, Sayı 447, Haziran.

Özgen, Hacer (1995): “Sağlık Bakım Hizmetlerinde Kalite Nedir? Hasta Tatmin Boyutuyla İlgili Bir Değerlendirme”, *Toplum ve Hekim Dergisi*, Cilt 10, Sayı 69-70, Eylül-Aralık.

Özsarı, Haluk (1994): “Sağlık Hizmetlerinde Kalite Güvencesi ve Maliyet Etkililik”, Sağlık Hizmetlerinde Değişen Anlayış ve Politikalar Sempozyumu, *Sağlık Sektöründe Toplam Kalite Yönetiminin Yeri*, Editör: Mithat Çoruh, Ankara: Haberal Eğitim Vakfı.

Öztürkeri, Atilla (1998): *Hastane Yönetiminin Toplam Kalite Yönetimindeki Rolü*, Basılmamış Yüksek Lisan Tezi, İzmir: T.C. Dokuz Eylül Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı.

Pakdil, Fatma, “Deming, Malcolm Baldrige ve EFQM Kalite Modellerinin Karşılaştırmalı Analizi”, <http://www.baskent.edu.tr/~americ/deming.doc> (03.07.2008).

Parlak, Sıdıka (2004): *İşletmelerde Toplam Kalite Yönetimi*, Ankara: Ekin Kitabevi.

Rungtusanatham, Manus; Ogden, Jeffrey A.; Wu, Bin (2003): “Advancing Theory Development in Total Quality Management A ‘Deming Management Method’ Perspective”, *International Journal of Operations & Production Management*, Vol. 23, No. 8, pp. 918-936.

Sarıkaya, Nilgün (2003): *Toplam Kalite Yönetimi*, Adapazarı: Sakarya Kitabevi, 1. Baskı.

Sarp, Nilgün, “Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi”, <http://www.nilgünsarp.com/?p=16> (28.04.2008).

Schulz, Rockwell; Johnson, C. Alton (1983): *Management of Hospital*, New York: Mc Graw Hill Book Company, II. Edition.

Seçim, Hikmet (1995): “Hastanelerde İşgören Verimliliğini Yükseltici Bir Uygulama Olarak Kalite Çemberleri”, *Hastane İşletmeciliği: Seçme Yazılar*, s. 209-228, <http://www.merih.net/m1/hastane5.htm> (15.04.2008)

Seçim, Hikmet (1985): *Hastane Yönetim ve Organizasyonu*, Eskişehir: A.Ü.A.Ö.F. Yayın No: 53.

Şahin, Tahir Kemal; Bakıcı, Hacer; Bilban, Sezgin; Dinçer, Şaduman; Yurtçu, Müslim; Günel, Engin (2005): “Meram Tıp Fakültesi Çocuk Cerrahisi Servisinde Yatan Hasta Yakınlarının Memnuniyetinin Araştırılması”, Genel Tıp Dergisi, Sayı 15, Cilt 4, sf. 137-142.

Şahin, Ümit: “Hastane İşletmeciliğinde Toplam Kalite Yönetimi”, http://www.sabem.gov.tr/kaynaklar/513_17.pdf (29.04.2008).

Şentürk, Hulusi: “Belediyeler İçin Toplam Kalite Yönetimi Rehberi”, Belediye Yönetim Dizisi, <http://www.platodanismanlik.com/v2/images/k2.doc> (05.05.2008).

Şimşek, Hasan (2007): *Toplam Kalite Yönetimi: Kuram, İlkeler, Uygulamalar*, Ankara: Seçkin Yayıncılık, 1. Baskı.

Şimşek, Muhittin (2007): *Toplam Kalite Yönetimi*, İstanbul: Alfa Yayınları, 5. Baskı.

Tabak, Ruhi Selçuk (1998): “Kurumsal İletişim”, *Sağlık Hizmetleri El Kitabı*, Editörler: Osman Hayran, Haydar Sur, İstanbul: Yüce Yayım.

Talha, Mohammad (2004): “Total Quality Management (TQM) an Overview”, *The Bottom Line: Managing Library Finances*, Volume 17, Number 1, pp. 15-19.

Tarım, Mehveş (2000): “Hizmet Organizasyonlarında (Hastanelerde) Kalite”, *Prof. Dr. Nusret Ekin'e Armağan*, Yayın No: 38, Ankara: Türk Ağır Sanayi ve Hizmet Sektörü Kamu İşverenleri Sendikası Yayınları.

Tokat, Mehmet (1993): *Türkiye’de Sağlık Sektörünün Finansmanı*, Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayını.

Toktamışoğlu, Murat (1994): “Toplam Kalite Yönetiminde Liderlik”, Sağlık Hizmetlerinde Değişen Anlayış ve Politikalar Sempozyumu, *Sağlık Sektöründe Toplam Kalite Yönetiminin Yeri*, Editör: Mithat Çoruh, Ankara: Haberal Eğitim Vakfı.

Tseng, Ming-Lang; Lin, Yuan-Hsu; Chiu, Antony SF; Liao, Chi-Horng (2007): “A Structural Equation Model of Total Quality Management and Cleaner Production

Implementation”, Journal of American Academy of Business, March 2007, Volume 11, Number 1, pp. 65-71, Cambridge.

Turgay, Recep (1996): *Hastanelerde Toplam Kalite Yönetimi*, Basılmamış Yüksek Lisan Tezi, Adapazarı: T.C. Sakarya Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Ana Bilim Dalı.

Tür, Gökhan; Durmuşoğlu, Handan (1994): “Veri Toplam ve Analiz Etme”, Sağlık Hizmetlerinde Değişen Anlayış ve Politikalar Sempozyumu, *Sağlık Sektöründe Toplam Kalite Yönetiminin Yeri*, Editör: Mithat Çoruh, Ankara: Haberal Eğitim Vakfı.

Uçar, Gümran (2005): “Yöneticilerde Değer Yargıları”, Akademik Bakış Dergisi, Sayı 9, , sayfalar 178-196, Kırgızistan.

Ulukanoğlu, Ceren (2001): “Toplam Kalite Yönetimi ve Kaizen Felsefesi”, “İş, Güç” Endüstri İlişkileri ve İnsan Kaynakları Dergisi, Cilt 3, Sayı 2, Hakemli e-dergi, http://www.isgucdergi.org/?p=arc_view&ex=70&inc=arc&cilt=3&sayi=2&year=2001 (08.05.2008).

Ünsar, Sinan (2007): “Liderlik ve Liderlik Davranışı Üzerine Yapılan Bir Çalışma”, Trakya Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, Cilt 9, Sayı 2, Edirne.

Wang, Te-Wei (2004): “From General System Theory to Total Quality Management”, Journal of American Academy of Business, March 2004, Volume 1, Number 2, pp. 394-400, Cambridge.

Williams, David (1997): “Hastane Yönetim İlkeleri”, *Hastane Yöneticiliği*, Editörler, Osman Hayran, Haydar Sur, İstanbul: Nobel Kitapevi.

Yamamoto, Hiromi (2003): “New Public Management: Japon’s Practice”, IIPS-Institute for International Policy Studies, Tokyo, Japan, IIPS Policy Paper, 293E, January, Çeviren, M. Akif Özer, http://www.icisleri.gov.tr/_icisleri/TurkIdareDergisi/UpLoadedFiles/A%C3%96zer%20125-156.doc (02.01.2009)

Yanmaz, Ömer, “Kalite Ödül Sistemleri”, <http://www.omeryanmaz.com/kaliteodul.htm> (03.07.2008).

Yapıcı, Mehmet (2004): “Toplam Kalite Yönetimi” Üniversite ve Toplum Bilim Eğitim ve Düşünce Dergisi, Mart 2004, Cilt 4, Sayı 1

<http://www.universite-toplum.org/text.php3?id=176> (29.04.2008)

Yatkın, Ahmet (2004): *Toplam Kalite Yönetimi*, Ankara: Nobel Yayın Dağıtım, 2. Baskı.

Yeşilbaş, Mehmet (2007): “Toplam Kalite Yönetimi Bir Çıkış Yolu Mu, Hakim İdeolojilerin Yeni Hizmetkarı Mı?”, *Türk İdare Dergisi*, Sayı 456, Eylül.

Yıldız, Gültekin; Ardıç, Kadir (1999): “Eğitimde Toplam Kalite Yönetimi”, *Bilgi*, 1999/1, sf. 73-82

<http://www.tkgm.gov.tr/turkce/dosyalar/diger%5Cicerikdetaydh244.pdf> (29.04.2008).

Yılmaz, Candeğer (1997): “Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Yönetiminde 3 Yıl (1994-1997)”, *ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Yayınları*, No: 151, İzmir.

http://ekutup.dpt.gov.tr/program/2008_programi.pdf, (15.08.2008), DPT 2008 Yılı Programı, 18 Ekim 2007 gün ve 26674 sayılı resmi gazetede yayımlanan 15 Ekim 2007 gün ve 2007/12701 sayılı 2008 yılı programının uygulanması, koordinasyonu ve izlenmesine dair Bakanlar Kurulu Kararı eki, sayfalar 214-221.

EKLER

EK-1 HASTALARA UYGULANAN ANKET SORULARI

Cinsiyetiniz () Bayan () Bay

Yaşınız () 15-24 () 25-34 () 35-44 () 45-54 () 55 ve üstü

Yetiştirdiğiniz yer () Köy () İlçe () İl () Büyükşehir

Eğitim durumunuz

() Okuma yazma bilmiyor

() İlkokul

() Okur yazar

() Ortaokul

() Lise

() Üniversite

Gelir Düzeyi

() Gelirim yok () 499 YTL'den az () 500-999 YTL

() 1000-1499 YTL () 1500 YTL'den fazla

Tedavi bakım için hangi sosyal güvenceye sahipsiniz?

() Emekli sandığı () SSK () Bağ-kur () Yeşil kart () Hiçbiri

() Özel Sağlık Güvencesi

| SORULAR | | 1 Çok Kötü | 2 Kötü | 3 Orta | 4 İyi | 5 Çok İyi |
|---------|--|------------------|-----------|-----------|----------|-----------------|
| 1 | Doktorların size olan davranışlarını nasıl değerlendiriyorsunuz? | () | () | () | () | () |
| 2 | Doktorların size ayırdığı zamanı nasıl değerlendiriyorsunuz? | () | () | () | () | () |
| 3 | Hemşirelerin bakım hizmetlerini nasıl değerlendiriyorsunuz? | () | () | () | () | () |
| 4 | Hemşirelerin diğer davranışlarını nasıl değerlendiriyorsunuz? | () | () | () | () | () |
| 5 | Diğer hastane personelinin verdikleri hizmetleri nasıl değerlendiriyorsunuz? | () | () | () | () | () |
| 6 | Diğer hastane personelinin davranışlarını nasıl değerlendiriyorsunuz? | () | () | () | () | () |
| 7 | Hastanenin temizliğini nasıl buluyorsunuz? | () | () | () | () | () |
| 8 | Hastanenin yemek kalitesini nasıl buluyorsunuz? (Bu soruya yatan hastalar cevap verecektir.) | () | () | () | () | () |
| 9 | Hizmet bedellerini nasıl değerlendiriyorsunuz? | () | () | () | () | () |

10. Hastaneye muayene veya yatış için geldiğinizde ne kadar beklediniz?
- Hiç beklemedim
 - 15 dk
 - 30 dk
 - 1 saat
 - 2 saat ve daha fazla
11. Doktorunuzdan hastalığınız ve ilgili diğer konular hakkında yeterli bilgi alabildiniz mi?
- Evet
 - Kısmen
 - Hayır
12. Hastane çalışanları ile ilgili düşünceleriniz olumsuz ise, bu çalışan gruptan beklentileriniz nelerdir?
- Daha fazla ilgi
 - Daha fazla bilgi
 - Güler yüz ve şefkat
 - Hakkaniyet ve eşitlik
 - Hepsi
13. Hastanede değişmesini istediğiniz şeyler nelerdir? (Birden fazla şık işaretlenebilir)
- Yemek kalitesi
 - WC-banyo temizliği ve sıcak su
 - Genel temizlik
 - Doktor, hemşire ve diğer sağlık personelinin fazla olması ve iyi bakım vermeleri
 - Muayene ve tetkik sonuçlarının kısa sürede alınması
14. Daha iyi bir imkânınız olsa idi yine bu hastaneyi tercih eder miydiniz?
- Evet
 - Hayır

EK-2 ÇALIŞANLARA UYGULANAN ANKET SORULARI

Cinsiyetiniz () Bayan () Bay

Kurumda çalışma süreniz () 5 yıldan az () 6-9 yıldan az () 10-14 yıldan az
() 15-19 yıldan az () 20 yıl ve üstü

Eğitim Düzeyiniz

() İlköğretim () Lise () Ön Lisans () Lisans () Yüksek lisans ()
Doktora

Görev alanınız

() Doktor (Hekim) () Asistan (uzmanlık öğrencisi) () Sağlık teknisyeni ()
Hemşire
() İdari personel

| SORULAR | | 1 Kesinlikle Katılmıyorum | 2 Katılmıyorum | 3 Kararsızım | 4 Katılıyorum | 5 Kesinlikle Katılıyorum |
|---------|--|---------------------------------|-------------------|-----------------|------------------|--------------------------------|
| 1 | Hastanemizdeki yöneticiler kaliteyi geliştirme konusunda çaba göstermektedirler. | () | () | () | () | () |
| 2 | Yöneticiler çalışanların kararlara katılımına özen göstermektedirler. | () | () | () | () | () |
| 3 | Çalıştığım birimde öğrenme ve beceri geliştirmeye yönelik çalışmalar yapılmaktadır. | () | () | () | () | () |
| 4 | Çalıştığım birimde düzenli olarak performans değerlendirme yapılmaktadır. | () | () | () | () | () |
| 5 | Göstermiş olduğum performans sonucu hak ettiğim ödül (erken terfi, parasal ödül, takdir edilme, değer verilme vb.) alabiliyorum. | () | () | () | () | () |
| 6 | Hastanede personel arasında iletişim sorunu yoktur | () | () | () | () | () |
| 7 | Hastanede bölümler arasında iletişim sorunu yoktur | () | () | () | () | () |
| 8 | Hastanede yenilikçi fikirler özendirilmekte ve sürekli gelişmeye zemin hazırlanmaktadır. | () | () | () | () | () |
| 9 | İş ve süreçlerde sıfır hataya önem verilmektedir. | () | () | () | () | () |
| 10 | İş ve süreçlerdeki gelişmeler sürekli rapor edilmektedir. | () | () | () | () | () |
| 11 | Çalıştığım birimde müşteri (hasta) tatminine önem verilmektedir. | () | () | () | () | () |
| 12 | Hastanede dış müşteri (hasta) kadar, iç müşteri (çalışanlar) tatminine de önem verilmektedir. | () | () | () | () | () |
| 13 | Hastanede yapılan hataların ve potansiyel kalite problemlerinin nedenleri araştırılmaktadır. | () | () | () | () | () |
| 14 | Hastanede yapılan hataların ve potansiyel kalite problemlerinin tekrarlanmaması için çözümler | () | () | () | () | () |

| | | | | | | |
|----|---|-----|-----|-----|-----|-----|
| | geliştirilmektedir. | | | | | |
| 15 | Hastaların çalıştığım birimde aldıkları hizmetten memnun olduğunu düşünüyorum. | () | () | () | () | () |
| 16 | Her bölümden temsilciler alınarak kalite geliştirme takımları oluşturulmaktadır. | () | () | () | () | () |
| 17 | Her bölümden temsilciler alınarak periyodik toplantılar yapılmaktadır. | () | () | () | () | () |
| 18 | Çalıştığım birimde olmaktan genel olarak memnunum. | () | () | () | () | () |
| 19 | Çalıştığım birimde alınan kararlarda etkin olduğumu düşünüyorum. | () | () | () | () | () |
| 20 | Kariyer ve/veya kişisel kalitemi artırma konusunda çalıştığım birim bana yardımcı olmaktadır. | () | () | () | () | () |
| 21 | Hastanemizdeki genel temizlik hizmetlerini yeterli buluyorum. | () | () | () | () | () |
| 22 | Hastanede faaliyet alanımla ilgili herhangi bir konuda karar alınırken görüşüm alınıyor. | () | () | () | () | () |
| 23 | Hastanemizde uygulanan hizmet içi eğitimleri yeterli buluyorum. | () | () | () | () | () |

24. Size göre, hastanenizde, hastaların sağlık hizmetleri konusunda karşı karşıya kaldığı sorunlar nelerdir? (Birden fazla işaretleme yapılabilir).

- Kötü ve yetersiz hizmet
- İlgisizlik
- Hastane çalışanının tanıdığına öncelik veren kayırma yapması
- Uzayan kuyruklar
- Kaynak israfı,
- Kötü yönetim
- Diğer (Belirtiniz).....