

**T.C.**  
**MUĞLA ÜNİVERSİTESİ**  
**SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ**  
**İŞLETME ANABİLİM DALI**

**SAĞLIK BAKANLIĞINA BAĞLI HASTANELERDE TOPLAM KALİTE YÖNETİMİ**  
**UYGULAMALARINDA KARŞILAŞILAN ENGELLER VE BİR ARAŞTIRMA**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**Hazırlayan**  
**HÜLYA ŞAHİN**

**Danışman**  
**PROF.DR. TUNCER ASUNAKUTLU**

**HAZİRAN, 2012**  
**MUĞLA**

T.C  
MUĞLA ÜNİVERSİTESİ  
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ  
İŞLETME ANABİLİM DALI ADI


HÜLYA ŞAHİN

Sosyal Bilimler Enstitüsünde  
“Yüksek Lisans”  
Diploması Verilmesi İçin Kabul Edilen Tezdir.

Tezin Enstitüye Verildiği Tarih : 25.06.2012

Tezin Sözlü Savunma Tarihi : 04.06.2012

Tez Danışmanı : Prof. Dr. Tuncer ASUNAKUTLU 

Jüri Üyesi : Doç. Dr. Ercan Baldemir 

Jüri Üyesi : Yrd. Doç. Dr. Saffet Ocak 

Enstitü Müdürü : Prof. Dr. Namık Kemal ÖZTÜRK

HAZİRAN, 2012

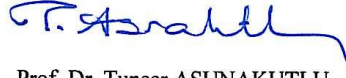
MUĞLA

## TUTANAK

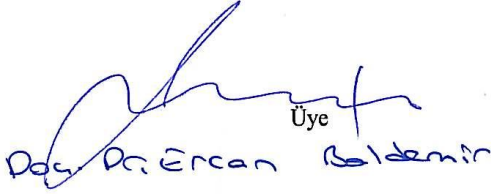
Muğla Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü'nün 23.05/2012 tarih ve 553/5 sayılı toplantısında oluşturulan jüri, Lisansüstü Eğitim-Öğretim Yönetmeliği'nin 24/5 maddesine göre, İşletme Anabilim Dalı Yüksek lisans öğrencisi Hülya Şahin'in "Sağlık Bakanlığına Bağlı Hastanelerde Toplam Kalite Yönetimi Uygulamalarında Karşılaşılan Engeller ve Bir Uygulama" adlı tezini incelemiş ve aday ...04.../ ...06.../ .....2012.. tarihinde saat 16:00 'da jüri önünde tez savunmasına alınmıştır.

Adayın kişisel çalışmaya dayanan tezini savunmasından sonra 20 dakikalık süre içinde gerek tez konusu, gerekse tezin dayanağı olan anabilim dallarından sorulara verdiği cevaplar değerlendirilerek tezin basarılı olduğuna ~~kararı~~ ile karar verildi.

Tez Danışmanı



Prof. Dr. Tuncer ASUNAKUTLU



Doç. Dr. Ercan Baldemir  
Üye



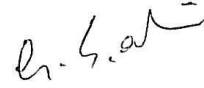
Yrd. Doç. Dr. Saffet Ocak.  
Üye

## YEMİN

Yüksek lisans tezi olarak sunduğum “Sağlık Bakanlığına Bağlı Hastanelerde Toplam Kalite Yönetimi Uygulamalarında Karşılaşılan Engeller ve Bir Araştırma” adlı çalışmanın, tarafımdan bilimsel ahlak ve geleneklere aykırı düşecek bir yardıma başvurulmaksızın yazıldığını ve yararlandığım eserlerin Kaynakça’da gösterilenlerden olduğunu, bunlara atıf yapılarak yararlanmış olduğumu belirtir ve bunu onurumla doğrularım.

25/06/2012

Hülya ŞAHİN



TEZİN YAZAR

YÜKSEKÖĞRETİM KURULU DOKÜMANTASYON MERKEZİ  
TEZ VERİ GİRİŞ FORMU

YAZARIN

MERKEZİMİZCE DOLDURULACAKTIR.

Soyadı: ŞAHİN

Adı : HÜLYA

Kayıt No:

TEZİN ADI

Türkçe : "Sağlık Bakanlığına Bağlı Hastanelerde Toplam Kalite Yönetimi Uygulamalarında Karşılaşılan Engeller ve Bir Araştırma"

Y. Dil : "The Barriers Which are Encountered During Total Quality Management Practices in Hospitals Under The Ministry of Health and a Research"

TEZİN TÜRÜ: Yüksek Lisans

Doktora

Sanatta Yeterlilik

0

0

TEZİN KABUL EDİLDİĞİ

Üniversite : Muğla Üniversitesi

Fakülte : İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi

Enstitü : Sosyal Bilimler Enstitüsü

Diğer Kuruluşlar :

Tarih : 04.06.2012

TEZ YAYINLANMIŞSA

Yayınlayan :

Basım Yeri :

Basım Tarihi :

ISBN :

TEZ YÖNETİCİSİNİN

Soyadı, Adı : Asunakutlu, Tuncer

Ünvanı : Prof. Dr.

TEZİN YAZILDIĞI DİL : Türkçe

TEZİN SAYFA SAYISI:215

**TEZİN KONULARI :**

1. Toplam Kalite Yönetimi
2. Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi
- 3.Sağlık Bakanlığına Bağlı Hastanelerde Toplam Kalite Yönetimi

**TÜRKÇE ANAHTAR KELİMELER :**

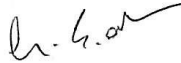
1. Kalite
2. Toplam Kalite Yönetimi
3. Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi

**İNGİLİZCE ANAHTAR KELİMELER:**

1. Quality
2. Total Quality Management
3. Total Quality of Health Services

- |   |   |
|---|---|
| 1- Tezinden fotokopi yapılmasına izin vermiyorum                            | O |
| 2- Tezinden dipnot gösterilmek şartıyla bir bölümünün fotokopisi alınabilir | O |
| 3- Kaynak gösterilmek şartıyla tezin tamamının fotokopisi alınabilir        | O |

Yazarın İmzası :



Tarih : 25/06/2012

## ÖZET

Toplam kalite yönetimi, etkili bir şekilde uygulandığında çok olumlu sonuçlar veren bir sistem olarak, genel bir kabul görmektedir. Ancak, gerek sağlık hizmetlerinin komplike yapısı, gerekse Sağlık Bakanlığına bağlı hastanelerin kamu kurumları olmasından kaynaklanan özel durumlar nedeniyle TKY uygulamaları sırasında birtakım güçlüklerle karşılaşmaktadır. Sağlık Bakanlığına bağlı hastanelerde TKY uygulamalarının önünde engel oluşturan bu durumlara rağmen maliyetleri düşürmek, verimi ve kaliteyi artırmak, hasta, çalışan memnuniyetini en üst düzeye çıkarmak gerekmekte ve deneyimler bunun başarılabilceğini göstermektedir.

Bu çalışmada Sağlık Bakanlığına bağlı hastanelerde TKY uygulamaları sırasında karşılaşılan engeller konu edilmiştir. Çalışma üç bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde TKY ile ilgili kavramsal açıklamalar, ikinci bölümde sağlık hizmetlerinde TKY uygulamaları ve uygulamalar sırasında karşılaşılan engellerle ilgili açıklamalar yer almaktadır. Çalışmanın üçüncü bölümünde ise Muğla Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde yürütülen anket çalışması, hastane yönetimi ile yapılan görüşmeler yoluyla elde edilen bulgular ve bunlara ilişkin değerlendirmeler yer almaktadır.

Sonuç olarak; Araştırmanın yapıldığı Muğla Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde TKY uygulamaları sırasında birtakım engellerle karşılaşıldığı bulgulanmıştır. Bu engellerin en başında gelen konular; Çalışanların TKY uygulamaları için motivasyonunun sağlanmasına ilişkin sorunlar ve hastane çalışanları tarafından, çalışan memnuniyetine önem verilmediğinin düşünülmesidir. Hastane yönetimi de diğer işlerin yoğunluğu nedeniyle motivasyon konusunda sistematik bir uygulamanın sağlanamadığını belirtmiştir. Yönetim, genel olarak çalışan memnuniyetine önem verilmeye çalışıldığını, ancak beklentilerin karşılanması konusunda imkanların yetersiz kaldığını ifade etmişlerdir.

**Anahtar Kelimeler:** Kalite, Toplam Kalite Yönetimi, Sağlık Hizmetlerinde Kalite, Hastanelerde Toplam Kalite Yönetimi.

## ABSTRACT

Total quality management is generally accepted as a system that have very positive results when effectively administered. However, numbers of the difficulties are encountered in the practice of TQM because of the special circumstances arising from the complicated structure of the health services and hospitals as public institutions that are under the Ministry of Health. Although, these conditions constitute an obstacle to TQM in these hospitals, to reduce costs, to improve efficiency and quality, to maximize employee and patient satisfaction should be needed. Experience shows this can be achieved.

The barriers which are encountered during TQM practices in hospitals under the Ministry of Health are the subject of this study. Work consists of three parts. A conceptual explanation about TQM is the first part of the study, and the second section provides information about TQM practices in health care, and obstacles encountered during applications. In the third section involves the survey conducted in Muğla University Training and Research Hospital, the findings obtained through interviews with hospital management, and assessments related to all these documents.

As a result, it is found that there are several obstacles which are faced during TQM practices in the the Mugla University Training and Research Hospital. The issues at the top of these obstacles are problems regarding the provision of employee motivation for TQM practices by hospital staff. Also, the hospital staff thinks that the attention to employee satisfaction is not enough. This is another important obstacle. The hospital management states that they can't perform the systematic application about satisfaction because of the intensity of other responsibilities. Management, in general, states that they are trying to give attention to employee satisfaction. They also expressed that the facilities, in the hospital, are insufficient to meet the expectations.

Key words: Quality, Total Quality Management, Health Care Quality, Total Quality Management in Hospitals.



## ÖNSÖZ

Toplam kalite yönetimi, günümüzde tüm dünyada rekabet ve pazar üstünlüğüne sahip olmak isteyen işletmelerin uyguladığı bir yönetim modeli olarak yaygınlaşmıştır. İşletmelerde etkili bir yönetim, insan odaklı yaklaşıma dayalı TKY ile sağlanabilmektedir.

Sağlık hizmetlerinin insan hayatıyla doğrudan ilgili olması ve bu hizmetlerde ortaya çıkacak aksaklıkların geri dönüşü çoğu kez mümkün olmayan olumsuz sonuçlar doğurması sağlık hizmetlerinde kalite yönetimini gerekli kılmaktadır. Dünyada sağlık hizmetlerinin kalitesi konusunda hassasiyet her geçen gün artmaktadır. Ülkemizde de sağlık hizmetlerinin kalitesini iyileştirme çalışmalarına artan bir ilgi vardır. Birçok sağlık kuruluşunda TKY çalışmaları sürdürülmektedir. SB'na bağlı hastanelerde de TKY çalışmaları bakanlığın desteği ile yaygınlaşmaktadır. SB, hastanelerde TKY konusuna özel bir önem vermekte, bu konuda sistemli çalışmalar yürütmektedir.

Bu çalışmada, Sağlık Bakanlığına bağlı hastanelerde TKY uygulamaları sırasında karşılaşılan engeller ortaya konmaya çalışılmış, bu kapsamda Sağlık Bakanlığı Muğla Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde bir araştırma yürütülmüştür.

Lisans, Yüksek Lisans dönemim ve tez çalışmam boyunca, bana destek olan, emek harcayan tez danışmanım, değerli hocam, Sayın Prof. Dr. Tuncer Asunakutlu'ya, bana zaman ayırdığı ve katkılarını esirgemediği için Sayın Kemal Yüce Kutucuoğlu'na, üzerimde emeği olan tüm hocalarıma, değerli mesai arkadaşlarıma, aileme, dostlarıma ve çalışmam boyunca anlayışlı davranan, çocuklarım Burak ve Beyzanur'a sonsuz teşekkür ederim. Her koşulda yanımda olan ve özellikle eğitimim konusunda sonsuz destekçim, canım babam, İhsan Şahin'e ayrıca teşekkür etmek isterim.

## İÇİNDEKİLER

ÖZET.....	I
ABSTRACT.....	II
ÖNSÖZ.....	III
İÇİNDEKİLER.....	IV
TABLOLAR LİSTESİ.....	VII
EKLER LİSTESİ.....	IX
KISALTMALAR LİSTESİ.....	X
GİRİŞ.....	1

## BİRİNCİ BÖLÜM TOPLAM KALİTE YÖNETİMİ

1.1. KALİTE KAVRAMI.....	5
1.1.1. Kalite Kavramının Tarihsel Gelişimi .....	6
1.1.1.1. Muayene Aşaması.....	10
1.1.1.2. Kalite Kontrol Aşaması .....	11
1.1.1.3. Kalite Güvence Aşaması.....	12
1.1.1.4. Toplam Kalite Aşaması .....	14
1.1.2. Kalite Tanımları .....	15
1.2. TOPLAM KALİTE YÖNETİMİ.....	18
1.2.1. Toplam Kalite Yönetimi Tanımları .....	19
1.2.2. Toplam Kalite Yönetiminin Dünyada ve Türkiye’de Gelişimi .....	22
1.2.3. Toplam Kalite Yönetiminin Temel İlkeleri .....	26
1.2.3.1. Üst Yönetimin Liderliği ve Sorumluluğu .....	27
1.2.3.2. Müşteri Odaklılık.....	28
1.2.3.3. Sürekli Gelişim .....	30
1.2.3.4. Tam Katılım.....	32
1.2.3.5. Ölçmeye, Verilere, İstatistiklere Dayalı Yaklaşım .....	35
1.2.3.6. Önlemeye Dönük Yaklaşım.....	37
1.2.3.7. Toplumsal Sorumluluk .....	38

1.2.4. Hizmet Sektöründe Toplam Kalite Yönetimi .....	39
1.2.4.1. Hizmet Kavramı, Tanımı ve Kapsamı .....	42
1.2.4.2. Hizmetleri Özgün Kılan Özellikler .....	44
1.2.4.3. Hizmetlerin Sınıflandırılması.....	45
1.2.4.3.1. Hedef Pazara Göre Sınıflandırma .....	46
1.2.4.3.2. Hizmet Üreticisine Göre Sınıflama.....	46
1.2.4.3.3. Hizmet Alıcısına Göre Sınıflama.....	47
1.2.4.3.4. Ürün veya Hizmete Bağımlılığına Göre Sınıflama.....	47
1.2.4.3.5. Mülkiyete Göre Sınıflama.....	47
1.2.4.4. Hizmet İşletmeleri.....	48
1.2.4.5. Hizmet İşletmelerinde Toplam Kalite Yönetimi Uygulamaları.....	50
1.2.4.6. Hizmet Kalitesinin Ölçümü .....	52
1.2.5. Kamuda Toplam Kalite Yönetimi Uygulamaları.....	55
1.2.5.1. Kamu Kuruluşları ve Kamu Hizmetleri .....	58
1.2.5.2. Kamuda TKY Uygulamasının Gerekçeleri.....	59
1.2.5.3. Kamuda TKY Uygulamalarında Karşılaşılan Sorunlar .....	60

## İKİNCİ BÖLÜM

### SAĞLIK BAKANLIĞI'NA BAĞLI HASTANELERDE TOPLAM KALİTE YÖNETİMİ UYGULAMALARINDA KARŞILAŞILAN ENGELLER

2.1. SAĞLIK BAKANLIĞINA BAĞLI HASTANELERDE TOPLAM KALİTE YÖNETİMİ.....	63
2.1.1. Sağlık Hizmetleri, Kapsamı ve Özellikleri .....	65
2.1.2. Sağlık Hizmetleri Sektöründe Sağlık Bakanlığına Bağlı Hastaneler.....	70
2.1.3. Sağlık Hizmetlerinde Kalite.....	80
2.1.4. Sağlık Bakanlığına Bağlı Hastanelerde TKY'nin Gelişimi .....	85
2.1.5. Sağlık Bakanlığına Bağlı Hastanelerde TKY'ye Geçiş Aşamaları.....	97
2.1.5.1. Değişiklik İhtiyacının Hissedilmesi .....	99
2.1.5.2. Mevcut Durumun Tespit Edilmesi .....	99
2.1.5.3. Değerlendirme ve Problem Çözme .....	101
2.1.5.4. Uygulama .....	101

2.1.5.5. Eğitim .....	102
2.1.5.6. Motivasyon.....	103
2.1.5.7. Kalitede Sürekli İyileştirme .....	103
<b>2.2. SAĞLIK BAKANLIĞINA BAĞLI HASTANELERDE TKY</b>	
<b>UYGULAMALARINDA KARŞILAŞILAN ENGELLER.....</b>	<b>104</b>
2.2.1. Çalışanlarla İlgili Engeller .....	106
2.2.2. Üst Yönetimle İlgili Engeller .....	112
2.2.3. Kaynaklar ve Alt Yapı ile İlgili Engeller .....	114
2.2.4. Yönetim ve Organizasyon Yapısı ile İlgili Engeller .....	116
2.2.5. Örgüt Kültürü ile İlgili Engeller.....	118
2.2.6. Kalite Ölçüm Standartları ile İlgili Engeller .....	119
2.2.7. Diğer Engeller .....	121
<b>ÜÇÜNCÜ BÖLÜM</b>	
<b>SAĞLIK BAKANLIĞINA BAĞLI HASTANELERDE TOPLAM KALİTE</b>	
<b>YÖNETİMİ UYGULAMALARINDA KARŞILAŞILAN ENGELLER</b>	
<b>ÜZERİNE BİR ARAŞTIRMA</b>	
3.1. ARAŞTIRMANIN AMACI.....	124
3.2. ARAŞTIRMANIN KAPSAMI .....	125
3.3. ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ.....	125
3.3.1. Anket Formunun Oluşturulması.....	126
3.3.2. Verilerin Analizi.....	128
3.4. ARAŞTIRMANIN BULGULARI VE YORUMLAR.....	129
3.4.1. Muğla Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesinin Tanıtılması .....	129
3.4.2. Demografik Bulgular .....	131
3.4.3. Faktör Analizi.....	135
3.4.4. Frekans Analizi .....	142
3.4.5. Görüşme Bulguları .....	159
<b>DEĞERLENDİRME VE SONUÇ .....</b>	<b>163</b>
<b>KAYNAKLAR .....</b>	<b>168</b>
<b>EKLER.....</b>	<b>179</b>

## TABLOLAR LİSTESİ

<b>Tablo 1.</b> Türkiye’de Yıllara ve Kurumlara Dağılımına Göre Hastanelere Müracaat Eden Hasta Sayısı.....	79
<b>Tablo 2.</b> 2011 Yılı Merkezi Değerlendirme Özet Tablo .....	96
<b>Tablo 3.</b> Ankete Katılanların Cinsiyete Göre Dağılımları .....	131
<b>Tablo 4.</b> Ankete Katılanların Eğitim Seviyesine Göre Dağılımları .....	132
<b>Tablo 5.</b> Ankete Katılanların Meslek Gruplarına Göre Dağılımları.....	132
<b>Tablo 6.</b> Ankete Katılanların Yaş Gruplarına Göre Dağılımları .....	133
<b>Tablo 7.</b> Ankete Katılanların Sağlık Sektöründe Çalışma Sürelerine Göre Dağılımı... ..	134
<b>Tablo 8.</b> Ankete Katılanların Muğla Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Çalışma Sürelerine Göre Dağılımı .....	134
<b>Tablo 9.</b> KMO ve Barlett Küresellik Testi Sonuçları.....	136
<b>Tablo 10.</b> Rotasyona Tabi Tutulmuş Faktör Matrisi .....	137
<b>Tablo 11.</b> Adlandırılmış Faktör Matrisi .....	139
<b>Tablo 12.</b> Faktörlerin Ortalamaları, Medyanları ve Standart Sapmaları .....	140
<b>Tablo 13.</b> Çalışanları TKY Uygulamaları İçin Motive Edecek Ödüllendirme Sistemlerinin Etkin ve Adil Şekilde İşlemesi.....	145
<b>Tablo 14.</b> Çalışanları TKY Uygulamaları İçin Motive Edecek Ödüllendirme Sistemlerinin Bulunması .....	146
<b>Tablo 15.</b> Hastanede TKY’nin Önemli Unsurlarından Olan Çalışan Memnuniyetine Gereken Önemin Verilmesi.....	147
<b>Tablo 16.</b> Hastanede Alınan Kararlarda Politik Baskılar ve Kayırmacılığın Etkisinin Bulunmaması .....	148
<b>Tablo 17.</b> Hastanede İş Tanımlarının Net Yetki ve Sorumluluk Alanlarının İsbetli Olarak Belirlenmiş Olması.....	148
<b>Tablo 18.</b> Hastanedeki Yönetim Yapısının TKY’nin Temel Gerekliliklerinin Uygulanması İçin Elverişli Olması .....	149
<b>Tablo 19.</b> Hastanede Üst Yönetim ile Çalışanlar Arasında İletişimin Sağlanabilmesi... ..	150

<b>Tablo 20.</b> Hastanedeki Organizasyon Yapısının TKY'nin Temel Gerekliliklerinin Uygulanması İçin Elverişli Olması .....	150
<b>Tablo 21.</b> Hastanede Problemlerin Çözümü İçin Gerekli Alanlarda Ekip Çalışmasının Yürütülmesi.....	151
<b>Tablo 22.</b> Hastanede TKY Uygulamalarında Çalışanların Görüşlerinin Yönetim Tarafından Dikkate Alınması ve Değerlendirilmesi .....	152
<b>Tablo 23.</b> Hastanede TKY Uygulamalarının Sadece Üst Yönetimin Yönlendirmesi ve İstekleri İle Şekillenmesi .....	153
<b>Tablo 24.</b> Çalışanların TKY'nin Faydaları ve Uygulama Süreci Konusunda Yeterince Bilgilendirilmesi .....	154
<b>Tablo 25.</b> Doktorların TKY Uygulamalarına Katılımı.....	155
<b>Tablo 26.</b> Hastanede Birimler Arası İletişimde Herhangi Bir Sıkıntının Bulunmaması. ....	155
<b>Tablo 27.</b> Çalışanların TKY'ye Yeterli İlgiyi Göstermesi .....	156

**EKLER LİSTESİ**

Ek 1 Sağlıkta Performans ve Kalite Yönergesi.....	180
Ek 2 Anket Formu.....	191
Ek 3 Görüşme Soruları.....	196
Ek 4 Görüşme Notları.....	197
Ek 5 Frekans Analizi Tabloları.....	207

**KISALTMALAR LİSTESİ**

ADSM: Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi

AMA: American Marketing Association (Amerikan Pazarlama Birliği)

BS: British Standarts

AQAP: Allied Quality Assurance Publications (Endüstriyel Kalite Teminatı Seviye Belgesi)

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

EKG: Elektrokardiyografi

EOQC: European Organization for Quality Control (Avrupa Kalite Kontrol Organizasyonu)

GATT: General Agreement on Tariffs and Trade (Ticaret ve Gümrük Tarifeleri Genel Anlaşması)

GSMH: Gayri Safi Milli Hasıla

HHKS: Hastane Hizmet Kalite Standartları

IHF: Uluslararası Hastaneler Federasyonu

IMF: International Monetary Fund (Uluslararası Para Fonu)

IOM: Institute of Medicine

ISO: International Standart Organization

İKK: İstatistiksel Kalite Kontrol

JCAH: Joint Commission on Accreditation of Hospitals

JCAHO: Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations

JCI: Joint Commission International

JIS: Japan Industriel Standarts (Japon Sanayi Standartları)

JIT: Just in Time

KALDER: Kalite Derneği

KK: Kalite Konseyi

KOBİ: Küçük ve Orta Büyüklükteki İşletmeler

MSB: Milli Savunma Bakanlığı

NATO: North Atlantic Treaty Organization

SB: Sağlık Bakanlığı

SGK: Sosyal Güvenlik Kurumu



SPSS: Statistical Programme for Social Sciences

SSK: Sağlık ve Sosyal Sigortalar Kurumu

TKY: Toplam Kalite Yönetimi

TSE: Türk Standartlar Enstitüsü

TÜSİAD: Türk Sanayicileri ve İşadamları Derneği

WB: World Bank (Dünya Bankası)

WHO: World Health Organization



## GİRİŞ

Küreselleşme nedeniyle ortaya çıkan yoğun rekabet ortamında, işletmelerin sürdürülebilir rekabet için demografik, ekonomik, sosyal, teknolojik, çevresel göstergeleri göz önünde tutmaları kaçınılmazdır. İletişim araçlarının çokluğu, çeşitliliği, eğitim imkanlarının genişlemesi, eğitim düzeyindeki artış, çevresel duyarlılığın artması gibi hızlı değişimler iş yaşamını da etkilemektedir (Kalyan, 2008: 10-11). Bu rekabet ortamında işletmelerin rekabet üstünlüğü sağlayabilmesi için “kalite” önemli bir konu olmuştur (Mucuk, 2005: 175). Tüketiciler günümüzde yalnızca ürün ve hizmetin sahip olduğu özelliklere değil, üretim süreci, ekonomik olması, işletmenin değerleri, ilkeleri, ürün veya hizmetin sunumu, çevreye olan etkisi, topluma katkısı gibi kriterlere uygunluğuna da önem vermektedir. Tüm bu faktörler, kalite kavramına bütünsel bir bakış açısını gerekli hale getirmiştir.

1950’li yıllarda Amerika’da doğup Japonya’da gelişme imkanı bulan TKY, insan odağıyla birlikte, rekabet önceliği ve kaliteyi de hedeflemektedir. TKY, insanı her işin, sistemin ve yönetimin merkezine alan bir yönetim yaklaşımıdır. TKY’de her süreç insan odaklı planlanır ve uygulanır (Tekin, 2006: 96)

Üretim ve diğer hizmet sektörlerinde TKY uygulamalarındaki başarılı sonuçlar sağlık hizmetleri sektörünü de harekete geçirmiş ve 1980’li yıllardan başlayarak özellikle gelişmiş ülkelerde hastanelerde TKY’ye geçişte hızlı bir yayılma gerçekleşmiştir. Ülkemizde de sağlık hizmetlerinin kalitesini iyileştirme çalışmalarına artan bir ilgi vardır. Birçok sağlık kuruluşunda TKY çalışmaları sürdürülmektedir. Devletin hizmet sunumunda önemli yere sahip olması, kalite çalışmalarına ilgi göstermesine neden olmuştur. Bu dönemde ve sonraki yıllarda hastaneler aynı zamanda kalite yönetimi ile ilgili belge almaya teşvik edilmiştir (Kısa, 2007: 217). Sağlık Bakanlığı TKY’nin hastanelerin bünyelerine yerleştirilebilmesi için 30 Ekim 2001 tarihinde “Yataklı Tedavi Kurumları Kalite Yönetimi Hizmet Yönergesi”ni yürürlüğe koymuştur.

Tez çalışmasının “Sağlık Hizmetlerinde Kalite” başlığı altında yer verilen bazı araştırma örneklerinde de görüldüğü gibi TKY uygulamaları, kalite, maliyet, tatmin gibi konularda hastanelerin ve çalışanların performansına olumlu katkılarda bulunmaktadır (Çatalca, 2003: 27). TKY, etkili bir şekilde uygulandığında çok olumlu sonuçlar veren bir sistem olarak, literatürde yerini almaktadır.

TKY uygulamalarında ortaya çıkan sorunlar kalite konusundaki yanlış düşünceler, toplam kalitenin anlaşılması ve uygulanmasında yapılan yanlışlar ve eksikliklerden kaynaklanmaktadır. Bunlar, TKY felsefesinin etkili olarak çalışmasını engellemekte ve uygulamalarda başarısızlığa neden olmaktadır (Ertuğrul, 2004: 99). Kamuya bağlı hastanelerde TKY uygulamalarında, hastanelerin diğer hizmet işletmelerinden farklı ve özel konumlarından kaynaklanan bazı sorunlar ve kamu kuruluşları olması nedeniyle, kamu sektörünün yapısından kaynaklanan bir dizi engeller söz konusudur. Sağlık Bakanlığı’na bağlı hastanelerde TKY uygulamalarının önünde engel oluşturan bu güçlüklerle rağmen maliyetleri düşürmek, verimi ve kaliteyi artırmak, hasta ve çalışan memnuniyetini en üst düzeye çıkarmak gerekmektedir, tecrübeler bunun başarılabilceğini göstermektedir (Hayran ve Uz, 1998: 159).

Bir süredir TKY, SB tarafından da desteklenerek hastanelerde yaygın şekilde uygulanmaktadır. Bu çalışma, Sağlık Bakanlığı Muğla Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesinde TKY uygulamaları sırasında karşılaşılan engelleri, çalışanların ve yöneticilerin görüşlerini alarak belirlemek ve bu engellerin aşılmasını sağlayacak çözüm önerileri geliştirmek amacıyla hazırlanmıştır. Çalışma üç bölümden oluşmaktadır.

Çalışmanın birinci bölümünde TKY ile ilgili kavramsal açıklamalara yer verilmiştir. Bu kapsamda, kalite ve TKY ile ilgili tanımlamalar, geçmişten günümüze kalite çalışmalarının tarihsel süreci, TKY’nin ortaya çıkışı ele alınmış ve ayrıca Dünyada ve Türkiye’de TKY’nin gelişimi, TKY’nin temel ilkeleri, hizmet

sektöründe ve kamuda TKY uygulamaları konularında detaylı açıklamalar yapılmıştır.

Çalışmanın ikinci bölümü, sağlık hizmetlerinin, hastanelerin ve özellikle SB'na bağlı hastanelerin tanıtılması, sağlık hizmetlerinde kalite kavramı ve gelişimi, SB'na bağlı hastanelerde TKY uygulamaları ve SB'na bağlı hastanelerde TKY uygulamaları sırasında karşılaşılan engeller konularına ayrılmıştır.

Çalışmanın son bölümünde, Sağlık Bakanlığı Muğla Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde TKY uygulamaları sırasında yaşanan engelleri belirlemek ve bu engellerin aşılabilmesi için çözüm önerileri geliştirmek amacıyla gerçekleştirilen araştırmaya yer verilmiştir. Araştırma kapsamında hastane çalışanlarına anket uygulanmış, ayrıca hastane yöneticileri ile de görüşmeler yapılmıştır. Anket çalışması sonucu elde edilen veriler istatistiksel metotlarla analiz edilmiş, analiz sonuçları tablolar halinde sunulmuştur. Son olarak anket ve görüşmeler sonucunda elde edilen bulgular, araştırmacının gözlemleri ve literatürde yer alan kavramsal açıklamalar ışığında yorumlanarak, değerlendirilmiştir.

## BİRİNCİ BÖLÜM

### TOPLAM KALİTE YÖNETİMİ

Dünya’da ve Türkiye’de teknoloji, iletişim, ulaşım ve ekonomi alanlarındaki hızla artan gelişmeler küreselleşmeyi, dolayısıyla her alanda yoğun bir rekabeti beraberinde getirmiştir. İşletmelerin sürdürülebilir rekabet gücü için demografik, ekonomik, sosyal, teknolojik, çevresel göstergeleri göz önünde tutmaları kaçınılmazdır. İletişim araçlarının çokluğu, çeşitliliği ve hızlılığı, eğitim imkanlarının genişlemesi, eğitim düzeyindeki artış, çevresel duyarlılığın artması iş yaşamına da yansımaktadır. Bu gelişmeler ve değişimler iş yaşamını etkileyen, değişimi sürekli kılan temel güçlerdir. Bu güçler etkisini gelecek yıllarda da artarak sürdürecektir. Yeni fikirleri hızla özümsemek, bilgi akışını hızlandırarak yeni fırsatları değerlendirmek işletmeler için önemlidir (Kalyan, 2008: 10-11).

Gümrük duvarlarının kaldırılması, genel olarak dış ticarete korumacılığın azalması bunlarla bağlantılı olarak uluslararası ticaretin canlanması hem iç hem de dış pazarlarda işletmeleri yoğun bir rekabet zeminine çekmiştir. Ekonomik sınırların bir ölçüde ortadan kalkmaya başlamasıyla, mal ve hizmetlerin dolaşımının artmasının rekabet üzerinde çok büyük etkileri olmuş, bu gelişmeler işletmelerin yönetimini giderek zorlaştırmıştır. Böyle bir rekabet ortamında işletmelerin iç ve dış pazarlarda rekabet üstünlüğü sağlayabilmesi için giderek önemi artan, adeta kilit rol üstlenen konu “kalite” olmuştur (Mucuk, 2005: 175).

Toplam kalite yönetimi felsefesi, sadece üretim sektöründe değil, bir organizasyonun ve yönetimin söz konusu olduğu her durumda geçerlidir ve uygulanabilir. Hizmet sektörü, dünya ekonomisinde büyük ağırlığa sahip olmasına ve en fazla istihdam sağlayan sektör olmasına rağmen, TKY uygulamalarında üretim sektörünün gerisinde kaldığı görülmektedir. Bununla birlikte hizmet sektöründe de TKY uygulamaları giderek ağırlık kazanmaktadır (Boz, 2007: 100).

Yönetim biliminin önemli konularından biri olan kalite, uzun zamandır gündemde olmasına rağmen, hala popüler bir konudur ve hem teorik alanda hem de uygulama alanında güncelliğini korumaktadır (Demirci, 2008: 13). 1950’li yıllarda Amerika’da doğup Japonya’da gelişme imkanı bulan toplam kalite yönetimini anlayabilmek için kalite kavramının ve günümüze kadar yaşadığı gelişimlerin açıklanması gerekir.

### **1.1. Kalite Kavramı**

Kalite kavramı hemen her sektörde, her yönetim seviyesinde, her fonksiyonda sık kullanıldığı için, herkes tarafından bilindiği sanılan, günlük yaşamda da sıklıkla duyulan bir kavramdır. Yaygın olarak kullanılmasına ve güncel önemine rağmen, kalite kavramı, iş dünyasında çok az kurum tarafından gerçek anlamında değerlendirilmektedir.

Kalite kavramı, kişiye ve zamana göre değişmektedir. Ürün ve hizmetler günün şartlarına ve tüketici isteklerine uygun olmalıdır. Sahip olunan ürünün sağlam olması, kullanım ömrünün uzun olması, pahalı olması bir zamanlar kaliteyle özdeşleşmişti. Şimdi ise ürünün uzun süre kullanımından çok, kullanıldığı süre içinde sağladığı fayda, kalite göstergesi sayılmaktadır. 1960 yılının Ford marka aracı, büyük kasası, sağlamlığı ve genişliğiyle en kaliteli ürün sayılmaktaydı. Tüketicilerin o yıllardaki istek ve beklentilerini karşılamaktaydı. Günümüzde ise aynı aracı kaliteli olarak nitelendirmemiz mümkün değildir. Çünkü günümüzün şartları ve istekleri değişmiştir. Artık kalite ile ilgili tüm faaliyetlerin insanlar tarafından etkilendiği görülmektedir. İşletmeler de değişen tüm şartları takip etmek hatta yönlendirmek zorundadır (Demirci, 2008: 13).

Kalite kavramı, insanların ve organizasyonların mükemmel sonuç elde etme isteğinden doğmuştur. Kalite, sınırları günden güne genişleyen bir kavramdır. Kalite kelimesi Latince kökenli “Qualis” kelimesinden türemiştir. Bu kelime, Latince bir şeyin nasıl oluştuğu anlamına gelir. İngilizcede ise kalite kelimesi, mülk, durum, hal, şekil ve nitelik anlamlarındadır (Pınar, 2007: 39).

Kalite, artık yaşamın her alanında yer alan bir kavramdır. İster üretim, ister hizmet sektöründe olsun, kalite; sürekli gelişen, kimi zaman yaratılan, kimi zaman da ulaşılmak istenen bir kavramdır (Demirci, 2008).

Kalite, üretimin başlamasıyla doğmuş bir kavramdır. Önceleri sadece ürünlerle ilgili kalite tanımlamaları yapılırken, hizmet sektörünün oluşmasıyla hizmet kalitesi kavramı ortaya çıkmıştır. Bununla birlikte kaliteli ürünlerin pahalı olması tüketiciler tarafından normal kabul edilirken, günümüzde tüketiciler, kaliteli ürünleri ucuza almak istemektedirler. Kalite kavramı, günümüzde sadece ürün ve hizmetlerle ilgili değil yaşamın her alanında; davranış kalitesi, yaşam kalitesi, süreç kalitesi şeklinde yer almaktadır. Ayrıca tüketiciler günümüzde ürün ve hizmetin sahip olduğu özelliklere değil, üretim süreci, ekonomik olması, işletmenin değerleri, ilkeleri, ürün veya hizmetin sunumu, çevreye olan etkisi, topluma katkısı gibi kriterlere uygunluğuna da önem vermektedir. Tüm bu faktörler, kalite kavramına bütünsel bir bakış açısını gerekli hale getirmiştir. İnsanların seçiciliğinin ve taleplerinin artarak devam ettiği göz önünde tutularak, kalite, tüm organizasyonların ve hatta bireylerin rekabet gücünün temel koşulu olmayı sürdürecektir. Dolayısıyla kalite konusunu tüm kurum ve kuruluşlar önemle ve öncelikle ele almak zorundadırlar. Ayrıca konuya bütünsel ve çok yönlü yaklaşmalıdırlar (Gökçümen, Yenersoy, Saraloğlu ve Koçak, 1999: 24-25).

### **1. 1. 1. Kalite Kavramının Tarihsel Gelişimi**

Kaliteli üretim ve kaliteli hizmet anlayışı insanlık tarihi kadar eskidir (Doğan, 2003: 163). İnsanlık tarihinin başladığı andan itibaren insanlar kaliteye önem vermişlerdir. Kalite kavramının tarihsel gelişimi, sanayi öncesi ve sanayi sonrası şeklinde iki dönemde incelenebilir. Sanayi öncesi dönemle ilgili bilgiler çok eski çağlara kadar uzanmaktadır (Taptık, 1998: 176).

İnsanoğlunun kalite konusuna verdiği önem tarihin eski çağlarına kadar izlenebilmektedir. Eski Mısır'dan, Roma ve Yunan uygarlıklarından günümüze kadar ulaşan eserlerin yapımında kullanılan bilgiler, bu eserlerin yapımında getirilen



standartlar günümüzdeki kalite anlayışının temellerinin dolaylı olarak da olsa antik çağlarda oluşturulduğunun göstergesidir (Şimşek, 2007: 377). Görkemli Mısır piramitlerinin, klasik Yunan sanat eserlerinin ve Romalıların yaptıkları köprüler ve su kemerlerinin kusursuzluğu ve dayanıklılığı eski çağlarda da kalitenin sağlanması için bilinçli bir çaba harcandığını göstermektedir (Gencel, 2001: 171).

İnsanlık tarihinde kalitenin sağlanması ile ilgili çalışmaların yapıldığının bir göstergesi, Juran tarafından tespit edilen ve M.Ö. 1450'de Thebes'de yazılmış olan bir logodaki resimlerdir. Bu logoda bir taş kesici ve taş kesicinin yaptığı işi garanti altına almak için ölçüm yapan bir gözlemci bulunmaktadır. O zamanlarda yapılan işlerin kalitesinin teminini izlemek için faaliyetlerde bulunulduğu bu logodan anlaşılmaktadır.

MÖ 2150 tarihli ünlü Hammurabi Kanunlarındaki bazı maddelerde de kalitenin sağlanması ve üretimdeki ve hizmetteki hatalı sonuçlara uygulanacak yaptırımlarla ilgili ifadeler rastlanmaktadır (Seyran, 2010: 231). Hammurabi Kanunlarında kalite ile ilgili sayılabilecek bazı maddeler şunlardır:

- 218. Madde: Bir doktor operatör bıçağı ile derin bir yarık açarsa ve hastayı öldürürse doktorun elleri kesilir.
- 229. Madde: Bir inşaatçı herhangi bir kişi için bir bina inşa eder ve bu binayı uygun bir şekilde yapmazsa ve onun inşa ettiği bina yıkılıp, sahibini öldürürse, inşaatı yapan öldürülür.
- 230. Madde: Eğer bina, ev sahibinin oğlunu öldürürse, inşaatı yapanın da oğlu öldürülür.
- 231. Madde: Bina, sahibinin kölesini öldürürse, binayı yapan evin sahibine köle için bir köle ödeme yapar.
- 232. Madde: Binanın bir kısmı harap olursa, binayı yapan harap olan kısmın tümünü tazmin eder ve kendi imkanlarıyla evi yeniden inşa eder.
- 233. Madde: Bir kişi başkası için bina yapıyorsa, bina henüz tamamlanmamış olsa bile, duvarı devrilmişse inşaatı yapan kişi kendi imkanlarıyla duvarı daha sağlam bir şekilde yapmalıdır.

- 235. Madde: Tekne inşa eden bir kişi birisi için bir tekne yaparsa ve tekneyi sıkı yapmazsa ve aynı yıl içerisinde tekne denize açıldığında hasar görürse, tekneyi yapan kişi tekneyi alır ve tekneyi kendi imkanlarıyla sağlamlaştırır. Sağlam tekneyi tekne sahibine geri verir.
- 237. Madde: Bir kişi bir gemici ve onun teknesini kiralarsa ve onu mısır, yağ, hurma ve benzeri uygun yiyeceklerle doldurursa, ancak gemicinin dikkatsizliğinden gemi batarsa ve taşıdıkları harap olursa o zaman gemici hem enkaz haline gelen gemiyi hem de içindekileri tazmin etmelidir (Seyran, 2010: 231).

Sanayi devrimi öncesinde üretim, evlerde veya küçük ve dağınık üretim birimlerinde yapılmaktaydı. Bu dönemde kalite belli bir plana dayalı olmadan işi yapan tarafından kontrol edilmekteydi (Ertuğrul, 2004: 25). Sürekli üretimin olmadığı ve sipariş üzerine az sayıda üretimin yapıldığı dönemlerde kaliteyle ilgili sorunlar ürünü veya hizmeti sunanla, ürün veya hizmeti alan arasında yüz yüze ilişkilerle çözümlenmekteydi (Gençyılmaz ve Zaim, 1999: 10-12).

Usta-çırak ilişkisinin gelişmesiyle birlikte 13. yüzyılda çıraklık ve esnaf loncaları kurulmaya başlamıştır. Bu dönemde ustalar, hem çıraklar için eğitici görevi hem de yapılan işlerin kalitesini gözetleyen muayene elemanı görevini üstlenmişlerdir (Topçu, 2005: 283).

Osmanlı İmparatorluğu döneminde 13.yüzyıldan 18. yüzyıla kadar varlığını sürdüren Ahilik teşkilatı, her türlü üretim konusunda kalitenin sağlanması için çalışmıştır. Bu teşkilat ülke topraklarının tümünü kapsayacak şekilde yaygınlaşmıştır. Ahilik teşkilatında eğitime de büyük önem verilmiştir. Çıraklar, belirli prensiplere göre eğitimden geçirilmiştir. Ahilik prensipleri ve uygulamaları incelendiğinde günümüzde geçerli kalite kavramının temel prensipleriyle paralellik gösterdiği görülmektedir. İşinde ve hayatında doğru ve güvenilir olmak, hakka hukuka riayet etmek, insanların işlerini içten ve güleryüzlü yapması, maiyetindeki ve hizmetindekileri koruyup gözetmek, alimlerle dost olup danışmak, bu prensiplerden bazılarıdır (Seyran, 2010: 232-233). Osmanlı döneminde 2. Bayezit tarafından

çıkarılan kanunlarda da ticaret hayatında birtakım standartlar belirlenmiştir (Şimşek, 2007: 378).

James Watt'ın 1763 yılında buhar makinesini bulmasıyla gerçekleşen sanayi devrimiyle üretimde büyük artışlar meydana gelmiştir (Akdemir, 2009: 237). Sanayi devrimi, 18. yüzyılın sonlarında İngiltere'de başlamış, ardından Avrupa ve Amerika'da yayılmıştır. Sanayi devriminden sonra organizasyonların sayısı ve büyüklükleri artmış, yapıları daha karmaşık bir hale gelmiş ve faaliyet alanları genişlemiştir (Seyran, 2010: 233). Küçük ölçekli üretim birimleri ve el sanatları bir çatı altında toplanmış ve üretim atölyelerde yapılmaya başlanmıştır (Ertuğrul, 2004: 25). ABD'de Frederic Winslow Taylor iş planlamasını işçilerin ve gözlemcilerin elinden alıp, endüstri mühendislerine vererek, bilimsel yönetimin öncülüğünü yapmıştır. Taylor, Midvale Çelik İşletmeleri'nde işçilikten yöneticiliğe yükselmiş bir mühendistir. Taylor, 1911 yılında yayınlanan "Bilimsel Yönetimin İlkeleri" adlı eserinde gözlemlerine ve yapmış olduğu çalışmalara dayanan saptamalarını aktarmıştır (Akdemir, 2009: 237).

Taylorizm adı verilen sisteme göre işleri sistemli ve rasyonel hale getirmek üretimin artmasını sağlamaktadır. Taylor, işleri adım adım planlamıştır. Buna göre, işin gözlemlenmesi, işin sadeleştirilmesi, gerekli adımların belirlenmesi, gereksiz adımların kaldırılması üretimi hızlandırmaktadır. Taylor'un ileri sürdüğü düşüncelerin temelini işletme yöneticilerinin, işçilerin işlerini kontrol etmelerinin zorunlu olduğu fikri oluşturmuştur. Taylor sistemi temelde planları çeşitlendirerek üretimi arttırmayı hedeflerken kalite konusunda da etkili olmuştur (Seyran, 2010: 234-235). Seri üretimin getirdiği monotonluk işçilerin yeteneklerinin körelmesine neden olmuş ve işçilerin kalite üzerindeki etkinlikleri azalmıştır (Gençyılmaz ve Zaim, 1999: 10-12).

1907 yılında Henry Ford, üretim sisteminde yeni gelişmelere yol açacak montaj bandı ile seri üretim sistemini bulmuştur. Bu sistemde üretim faaliyetleri ucuz ve niteliksiz işçilerin yapabileceği daha küçük ve basit işlere bölünmüştür. Bu gelişme ile işçilerin üretim esnasında iyi ve kötü ürünleri birbirinden ayırt edebilecekleri bir

yapının oluşması sağlanmıştır. Bunun sonucunda kalite kontrol üretimin bir parçası haline gelmiştir (Seyran, 2010: 234-235).

Kalite kavramının tarihsel gelişimini dört aşamada incelemek mümkündür. Bunlar:

- Muayene aşaması.
- Kalite kontrol aşaması.
- Kalite güvence aşaması.
- Toplam kalite aşaması.

#### **1.1.1.1. Muayene Aşaması**

Sanayi devriminden sonra, üretim miktarının artmasıyla kaliteyle ilgili kavramlar gelişmeye başlamıştır. Taylorist üretim modelleri ve Henry Ford'un seri üretim sağlayan montaj hattı yaygınlaştıkça, karmaşık işler sadeleştirilmiş ve düşük maliyetle kaliteli ürün üretimi sağlanmıştır. Bu sürecin sonucu olarak, üretimin sonunda kötü ürünler iyi ürünlerden ayrılmaya başlamıştır (Uluçınar, 2000: 1).

1900'lü yılların başında üretim birimlerinin büyümesiyle faaliyetlerin kalite kontrolü ustabaşilar tarafından gerçekleştirilmiştir. İşlerin takibi ve denetimi ustabaşilar tarafından sağlanmıştır. 1. Dünya Savaşı sırasında üretim sistemlerinin daha karmaşık bir hale gelmesi ve her ustabaşının kontrolü altındaki işçi sayısının artması nedeniyle kontrol yapmak zorlaşmıştır. Bunun sonucu olarak organizasyonlarda kalite kontrolü yapacak muayene birimleri oluşturulmuştur (Ertuğrul, 2004: 26-27). Böylece sanayide ilk defa muayenecilik mesleği ortaya çıkmıştır. Muayene elemanları üretime katılmayıp, sadece yapılan işleri kontrol ederek hataları tespit etmekle görevlendirilmişlerdir (Uluçınar, 2000: 1). Bu aşamada tüketiciye hatalı ürünlerin ulaşması engellenerek tüketici korunmuş, ancak üretici açısından bazı sıkıntılar doğmuştur. Üretim sonucunda yapılan muayenede hatalı bulunan ürünler üretici için zarar oluşturmuştur. Bu açıdan üreticiyi de koruyan bir sistemin gerekliliği ortaya çıkmıştır (Akın, 2001: 10).

Üretim miktarlarının artması da yüzde yüz muayeneyi olanaksız hale getirmiştir. 2. Dünya Savaşı sırasında kalite kontrolün yetersiz kalması nedeniyle bazı alet ve silahlarda meydana gelen arızalar ve yetersizlikler sonucunda birçok kişi ölmüş, sakat kalmış ve hatta bazı savaşlar kaybedilmiştir. Bu sakıncaların ortadan kaldırılması amacıyla kalite kontrol aşamasına geçilmiştir (Ertuğrul, 2004: 27).

### **1.1.1.2. Kalite Kontrol Aşaması**

Seri üretimde üretim miktarlarının çok fazla olması yüzde yüz muayeneyi imkansız hale getirince farklı kalite kontrol yöntemleri üzerine araştırmalar yapılmıştır. 1924 yılında Dr. Walter Shewhart, Bell Laboratuvarları'nda seri üretim ortamında kalitenin ekonomik yollarla kontrolünü sağlayan istatistiksel kalite kontrol uygulamalarını gerçekleştirmiştir. Bu yöntem, giderek yaygınlaşan kitle üretiminin kalite kontrol ihtiyacını karşılamak üzere ABD, İngiltere gibi birçok sanayi ülkesinde kullanılmaya ve yayılmaya başlamıştır.

Yüksek miktarda üretilen ürünlerin tamamının kontrol edilmesi mümkün olmadığından, İstatistiksel kalite kontrol yöntemi ile işletmelerde muayene, test etme, gözlem, örneklem alma yoluyla toplanan verilerden istatistiksel çıkarım yapılarak, tüm üretim kitlesinin kalitesi hakkında bilgi edinilmiş, bu şekilde İKK yöntemi işletmelere önemli katkılar sağlamıştır. İKK yönteminin amacı, işletmede üretilen ürün ve hizmetlerin planlanan kalite amaçlarına uygunluğunun kontrol altına alınmasıdır. Başlangıçta ürün kontrolüne ağırlık veren İKK, 2.Dünya Savaşı'nın ardından süreçler üzerinde de çalışılarak İstatistiksel Süreç Kontrolü yönünde gelişmeye başlamıştır (Şimşek, 2007: 379). Bu dönemde muayene işlemi son kontrolden ara kontrollere ve giriş kontrolüne kadar genişletilmiştir.

Shewhart'ın Western elektrik şirketinde yapmış olduğu analizler toplam kalitenin en önemli temellerindedir. Shewart, çeşitli veriler toplamış, bunları analiz etmiş, yorumlamış ve çözüm teknikleri geliştirmiştir. Shewart'ın yaklaşımına göre kalite, öznel bir olgu olmaktan çıkıp, matematiksel olarak ölçülebilir bir hale

gelmiştir. Shewhart, kaliteyi değiştiren özel ve genel nedenlere bağlı hataları ortaya koymaya yarayan yöntemler geliştirmiştir. Hataların değişkenlikten kaynaklandığı belirlenmiştir. Kalitesizliğin kaynağında önlenmesinin gerekliliği anlaşılmış, bunun sağlanabilmesi için de üretim sürecindeki değişkenliğin azaltılması önerilerek, yöntemler oluşturulmuştur.

Kalite çalışmalarında istatistiksel yöntemlerin etkin bir şekilde kullanılması değişkenliklerin azaltılmasında, hataların önlenmesinde ve sürekli iyileştirmenin sağlanmasında faydalı olmaktadır. İKK döneminde standartlar geliştirilmeye başlanmış ve tüketiciyi korumaya yönelik ilk adımlar atılmıştır (Akın, 2001: 11-16; Bakan, 2004: 322).

### **1.1.1.3. Kalite Güvence Aşaması**

Üretim süreçlerinin karmaşık hale gelmesi, kontrolcüler ve karar alanlar arasında koordinasyon ve geri besleme sistemlerinin oluşturulmasını zorunlu hale getirmiştir. Bunun sonucunda kalite güvencesi anlayışı ortaya çıkmıştır. Böylece kalitenin kontrolü, tasarım aşamasından başlayarak ara girdiler, işlem içi ve son çıktı aşamalarını izlemek suretiyle kalite yönetimine doğru geliştirilmiştir (Şimşek, 2007: 379).

Ürün veya hizmetin ortaya çıkışında her aşamada kaliteye önem verilirse kaliteli ürün ve hizmet gerçekleşir. Kalite güvencesi yaklaşımı hammaddelerin ve parçaların temininden üretilen ürünün müşteriye sunulması ve sonrasında yürütülecek faaliyetlere kadar tüm aşamalarda kalitenin sağlanabilmesi için her faktörün her aşamada değerlendirilmesini gerekli kılmaktadır. Üretilen ürünlerde aranılan özelliklerin sağlanabilme derecesinin doğru yöntemlerle ölçülebilmesi kalite güvencesinin önemli bir göstergesidir. “Ölçemediğinizi yönetemezsiniz” ifadesi bu konunun hassasiyetini ortaya koymaktadır. Kalite yarışında ölçülmesi gerekli görülen nitelikleri ölçebilen işletmeler daha başarılı olacaktır (Kovancı, 2001: 11).

İkinci Dünya Savaşı'ndan sonra ürün kalitesinin iyileştirilmesi gerekliliği bu konuda çalışmaların artmasına neden olmuştur. Üretimden gelen ürünleri kabul veya reddetme yetersiz bir sistem haline gelmiştir. Savaş ortamında, hayati önem taşıyan malzeme partisinin reddedilmesinin büyük sıkıntı yaratacağı açıktır. Bu nedenle gelen malzemelerin hepsinin kabul edilebilir nitelikte olmasını sağlamak, asıl amaç haline gelmiştir. Bunun sağlanması da 'kalite güvencesi' olarak ifade edilmiştir (Efil, 1996: 8).

Kalite güvencesi, ISO 8402 (ISO: International Standart Organisation) kalite sözlüğünde, ürün ya da hizmetin kalite için belirlenmiş özellikleri karşılamaya yönelik yeterli güveni sağlayacak planlı ve sistematik faaliyetlerin tümü olarak tanımlanır. Kalite güvencesi, müşterinin hatalı hiçbir ürün almamasını garanti etmek anlamını taşır ve bu ürün kontrolü ile değil üretim sürecinin kontrolü ile sağlanır.

Öncelikle yaygın olarak askeri alanda kullanılan kalite güvenliği sistemleri AQAP (Allied Quality Assurance Publications) adı altında NATO üyesi ülkeler tarafından kullanılmıştır. AQAP, Milli Savunma Bakanlığı tarafından verilen, "Endüstriyel Kalite Teminatı Seviye Belgesi" demektir. Kalite güvencesinin sadece askeri alanda değil, günlük hayatın her alanında kullanılması çalışmaları ilk olarak İngiltere'de gerçekleşmiştir. BS 5750 standartlar serisi hem hükümet hem de birçok şirket tarafından kabul gören bir kalite güvence sistemi olmuştur. Kalite güvencesi konusundaki gelişmeler, ticaretin ve rekabetin boyutlarının artması, Japonya'nın büyük bir hızla gelişmesi, International Standart Organization (ISO) tarafından 1987 yılında ISO 9000 Serisi Kalite Güvence Sistemi Standartları'nın yayınlanmasını sağlamıştır. Bu standartlar serisi kuruluş içi ve dışında güvenli bir kalite sistemi oluşturmak ve bir anlamda TKY uygulamalarına altyapı hazırlamak için gerekli olan bir kalite yönetim modelidir.

Kalite kontrol ile kalite güvencesi arasındaki en önemli fark, kalite kontrolün ürün ya da hizmet, kalite güvencesinin ise süreç odaklı olmasıdır. Kalite güvencesi sistem üzerinde gerçekleştirildiği için kaliteyi sağlamaya dönüktür. Yani reaktif değil proaktiftir. İşlem yapıldıktan sonraki sonuçlara değil, işlemin doğru yapılmasına

yöneliktir. Kalite güvence sistemi TKY'ye geçişin başlangıcı olarak kabul edilebilir (Akın, 2001: 16-25).

#### **1.1.1.4. Toplam Kalite Aşaması**

Kalite kavramının gelişim sürecinde son aşama olan toplam kalite, günümüzde bir yönetim modeli olarak, tüm dünyada rekabet ve pazar üstünlüğüne sahip olmak isteyen işletmelerin yaşama bilincini oluşturmaktadır (Akın, 2001: 26).

Feigenbaum'un ileri sürdüğü toplam kalite kontrolü kavramı, işletmede kalite kontrolün sadece bir bölümün sorumluluğu olmayıp, tüm organizasyonu ilgilendiren bir konu olduğunu ifade etmiştir. Ürün kalitesinin oluşumunda kalite departmanı kadar diğer departmanların da sorumluluklarının bulunduğu, sadece üst yönetimin değil, en alt kademedeki vasıfsız işçi dahil tüm işletme çalışanlarının kalite sorumluluğunu üstlenmesinin gerekliliği, faaliyetlerin bu bilinçle gerçekleştirilmesi görüşünü savunmuştur. Toplam kalite anlayışı, öncelikle üst yönetimin kabul ederek, benimsemesi, daha sonra tüm çalışanların bu konuda yeterli eğitimden geçirilerek bilgilendirilmesi ve kalitenin oluşumunda herkesin rol alması gerektiği düşüncesi ile geliştirilmiştir (Ertuğrul, 2004: 27).

Toplam kalite kontrolde işletmenin bütün faaliyetlerinin kalite odaklı olarak oluşturulması gerekmektedir. Tüm faaliyetler kalite odaklı olarak düzenlenip, uygulandığında kalite, müşteri istek ve beklentilerine uygun şekilde kusursuz olarak sağlanabilmektedir. Bu sayede üretimi gerçekleştirilecek olan ürün ya da hizmetlerin müşteri gözünde güvenilirliği ve dolayısıyla kalite güvencesi de sağlanmış olmaktadır. Toplam kalite kontrol, müşteriler tarafından ihtiyaç duyulan güvenilirlik isteklerinin karşılanması için bir çabadır (Bayrak ve Göncüoğlu, 2001: 52).

Günümüzdeki toplam kalite yönetimi anlayışı toplam kalite kontrolü kavramından olgunlaşarak ortaya çıkmıştır. TKY'nin kökeni 2. Dünya Savaşı'ndan Sonra Japonların sanayileşme ve kalkınma hamlelerinin ilk dönemlerine kadar uzanmaktadır. Deming ve Juran'ın ABD'nin sınırları dışında süreç kontrolü, kalite



yönetimi ve istatistiksel kalite kontrol gerçeğini yayma çalışmaları 1940'lı yılların ilk dönemlerine rastlamaktadır. Bu kavramlar ABD'de geliştirilmiştir. Ancak bu kavramları uygulayanlar ve benimseyenler Japonlar olmuştur (Şimşek, 2007: 380).

Toplam kalite yönetimi konusuna sonraki bölümde yer verileceğinden, burada kalite sürecinin son halkası olarak yer almaktadır.

### **1.1.2. Kalite Tanımları**

Tarihsel süreçte kalite kavramı, değişen önemiyle birlikte varlığını sürdürmüş, özellikle 2. Dünya Savaşı'ndan sonra kaliteli üretim ve hizmetin önemi artmıştır. Kalite kavramı, olumlu anlamlarla yüklüdür. Kalite, en genel ifade ile hedefe ya da gerçekleştirilmesi istenen amaçlara uygunluk derecesidir. Bu amaçların farklılığı dikkate alındığında standart bir kalite tanımına ulaşmak zorlaşmaktadır. Ancak, tüm kalite tanımlarının odak noktalarının zamana ve ihtiyaçlara göre farklılık gösterdiği görülmektedir (Muluk, Burcu ve Danacıoğlu, 2000: 5).

Yönetim ve organizasyon bilimi içerisinde çeşitli düşünürler ve uzmanlar kalite kavramını literatürde çeşitli şekillerde tanımlamışlardır. Kalite kavramının standart bir şekilde açıklanamamasının nedenlerinden biri, hizmet ve üretim gibi farklı sektörler, müşteri ve üretici, satıcı gibi farklı gruplar ve üretim, tüketim gibi farklı durumlar için farklı kalite algılarının olmasıdır. Kalitenin çok boyutlu olması, kalitenin farklı yönetim fonksiyonlarını farklı şekillerde etkilemesi, kalite kavramının değişik şekillerde uygulanması kalite tanımlamalarındaki çeşitliliğin diğer nedenleridir (Pırnar, 2007: 38-39).

Geleneksel anlamda kalite, standartlara uygunluk şeklinde tanımlanmaktadır. Ancak günümüzde kalite kavramı, dar kalıplardan çıkarak esnek ve dinamik bir hale gelmiştir. Bu özelliğiyle kalite kavramı, stratejik bir yönetim aracı olarak kullanılmaya başlamıştır. Modern kalite kavramı ise, bir ürün veya hizmetin ihtiyaçları ve beklentileri karşılayabilme kapasitesi şeklindedir. Bu tanımlardan yola çıkıldığında, kalite kavramının temel özelliği, bir ürün veya hizmetten yararlananların

memnuniyetine ve tatminine yönelik önemli nitelikleri kendisinde toplamasıdır (Şimşek, 2002: 15).

Kalite, bir işletmenin sunduğu ürün ve hizmetlerin mükemmel olma ve üstünlük derecesini ifade etmektedir. Bu üstünlük hem dayanıklılık, kullanıma uygunluk gibi fiziksel özellikleri hem de tüketici memnuniyetinin soyut özelliklerini kapsamaktadır (Mucuk, 2005: 175). Kalite, birçok farklı unsurun etkisi altındadır ve literatürde çeşitli tanımlamalar yapılmıştır:

- Juran'a göre kalite; *“mükemmellik arayışına sistematik bir yaklaşımdır. Kalite, kullanıma uygunluktur”*.
- P.Crosby'ye göre kalite; *“şartlara uygunluktur ve kaliteyi geliştirmek için azim, eğitim ve uygulama gibi üç temel aşamaya sadık kalmak gerekmektedir”*.
- Dr. K. İshakawa'ya göre kalite; *“en ekonomik, en kullanışlı ve her zaman tüketiciyi tatmin eden ürünün üretilmesidir”* (Muluk vd., 2000: 4-5).
- Gerald M. Weinberg'e göre kalite; *“kişiye göre algılanan değerdir”*.
- Feigenbaum'a göre kalite; *“kullanılmakta olan ürün veya hizmetin müşterinin beklentilerine yanıt verebilmesini sağlayan, pazarlanabilir, üretim ve bakım karakteristiklerinin toplamıdır”*.
- Japon Sanayi Standartları'na (JIS) göre kalite; *“ürün veya hizmeti ekonomik bir yoldan üreten ve tüketici isteklerine yanıt veren bir sistemdir”*.
- Bir ürün veya hizmetin direkt veya dolaylı olarak belirtilen ihtiyaçları gidermeyi sağlayan özelliklerinin tümüdür (Pınar, 2007: 39-40).
- Türk Standartlar Enstitüsü'ne (TSE) göre kalite; *“bir ürünün veya hizmetin ihtiyaçları karşılama yeteneklerine dayalı özelliklerin tümüdür”* (Sarıkaya, 2003: 2).
- Deming'e göre kalite; *“bir ürün veya hizmetin düşük maliyetle müşteri ihtiyaçlarını karşılayacak standartlarda ve güvenilirlikte olmasıdır”*.
- Taguchi'ye göre kalite; *“bir ürünün kullanıma sunulmasından sonra, karşılaşılan hataların azlığıdır”* (Şimşek ve Nursoy, 2004: 97).

- Avrupa Kalite Kontrol Organizasyonu'na (EOQC) göre kalite; *“bir ürün veya hizmetin tüketicinin isteklerine uygunluk derecesidir”*.
- Uluslararası Standardizasyon Organizasyonu (ISO) tarafından 1986 yılında yayınlanan ISO 8402 standardında kalite, *“bir ürün veya hizmetin belirlenen ya da olabilecek ihtiyaçları karşılama becerisine dayanan özelliklerinin ve karakteristiklerinin toplamıdır”* (Bozkurt, 1995: 173).
- Amerikan Kalite Kontrol Derneği'nin tanımına göre kalite; *“bir ürün veya hizmetin belirli ihtiyaçları karşılayabilme yeteneklerini ortaya koyan özelliklerin tümüdür”* (Şimşek, 2007: 376).
- Kalite, çalışma şartlarında mutlu olup, yaptığı işten gurur duyan insanların ürettiği ürün veya hizmetlerin tüketiciyi memnun etmesidir (Muluk vd., 2000: 7).
- Kalite, müşterilerin ihtiyaçlarını ve mantıklı beklentilerini kusursuz ve devamlı olarak karşılayabilecek ürün ve hizmetleri en ekonomik şekilde sunmaktır (Kovancı, 2001: 3)

Kalite tanımlarında ortak noktalar, ürün, hizmet, ihtiyaç, tüketici veya müşteri olarak belirtilebilir. Tanımların tümü dikkate alındığında kalitenin özellikleri aşağıdaki gibi sıralanabilir:

- Kalite, tedbirdir. Sorunlar ortaya çıkmadan önce çözümlerini belirler, ürün ve hizmetin kusursuz gerçekleşmesini sağlar.
- Kalite, müşteri tatminidir. Ürün veya hizmetin ne kadar iyi olduğu konusundaki son kararın verdiği memnuniyettir.
- Kalite, verimliliklidir. İşleri yapabilmek için gerekli eğitimi almış, ihtiyaç duyduğu malzeme ve talimatlarla desteklenen, karar verme sürecine katılan çalışanlarla elde edilir.
- Kalite, esnekliktir. Talepleri karşılamak için değişimi kabul etmek ve bu konuda istekli olmaktır (Özer ve Özdemir, 2007: 6)
- Kalite, etkili olmaktır. İşleri zamanında ve doğru olarak yapmaktır.
- Kalite, programlı olmaktır.
- Kalite bir süreçtir. Süregelen bir gelişmeyi kapsar.

- Kalite bir yatırımdır. Uzun vadede işleri ilk seferde eksiksiz yapmak hataları sonradan düzeltmekten daha ucuzdur.
- Kalite, kusursuzluk arayışına sistematik bir yaklaşımdır (Muluk vd., 2000: 6-7).

## 1.2. Toplam Kalite Yönetimi

Bir pazarlama stratejisi olarak “Üretileni satmak” anlayışı günümüzde yerini “Müşteri ihtiyaç ve beklentilerine göre üretmek” anlayışına bırakmıştır. Bu durumda sürdürülebilir rekabet üstünlüğü sağlamanın önemli koşullarından biri, müşteri memnuniyetini sağlamaktır. Müşteri istek ve beklentilerinin karşılanabilmesi için, müşteri ihtiyaçlarına ve beklentilerine uygun ürün ve hizmetlerin, düşük maliyetle kaliteli ve hızlı bir şekilde sunulması gerekmektedir. Günümüzde küresel rekabetin temel hedefi müşteridir. Değişen müşteri istek ve ihtiyaçlarına göre üretim yapan, hizmet sunan ve müşteri memnuniyeti için çaba gösteren işletmeler rekabet avantajına sahip olacaktır. Yönetim alanında bu gelişmeleri takip etmek ve gereken adımları atmak işletmeler açısından artan rekabetçi ortamda varlıklarını sürdürebilmek ve başarılı olmak için ön koşuldur (Şimşek, 2007: 375-376).

Müşterilerin seçenekleri, istek ve beklentileri artmakta, hatalara karşı gösterdikleri hoşgörü azalmaktadır. Müşteriler artık, standartlara uygun, beklentileri karşılayan ve hatta aşan ürün ve hizmetleri, topluma, çevreye saygılı, müşteri memnuniyetine önem veren, satış sonrası hizmet sağlayan, çalışanlarını tatmin etmiş, güler yüzlü işletmelerden sağlamak istemektedir (Boz, 2007: 100).

Son yıllarda yönetim alanında önemli değişimler yaşanmıştır. Bu değişimlerin en önemlisi toplam kalite yönetimidir. İşletmelerde etkili bir yönetim, insan odaklı yaklaşıma dayalı TKY ile sağlanabilir. TKY, müşteri memnuniyetini hedefleyen, müşteriye daha iyi ve kaliteli ürün ve hizmeti sunmak için rekabeti öngören çağdaş bir yönetim metodu olarak sürekli gelişmiştir. TKY, insan odağıyla birlikte rekabet önceliği ve kaliteyi de hedeflemektedir. TKY, insanı her işin, sistemin ve yönetimin

merkezinin alan bir yönetim yaklaşımıdır. TKY’de her süreç insan odaklı planlanır ve uygulanır (Tekin, 2006: 96).

Tarih boyunca üretim artışı ve bilimsel, teknolojik gelişmelere paralel olarak, bir yandan kalite geliştirme, diğer yandan yönetim geliştirme çalışmaları süregelmiştir. Bu iki süreç birbiriyle etkileşim içinde bulunmuşlar ve günümüzde “Toplam Kalite Yönetimi” noktasında buluşmuşlardır. Bu bakımdan TKY hem kalite yönetimini, hem de yönetimin kalitesini bir bütün olarak ifade eden bir sentezdir.

TKY, başlangıçta Japonlar’ın ortaya attığı fikirlere dayanmasa da, başarılı uygulamaları ve uygulama sırasında geliştirdikleri yöntem ve teknikler nedeniyle ‘Japon Modeli’ olarak da adlandırılmaktadır. TKY’nin batıda yaygınlaşması 1980’li yıllardadır. Ülkemizde de yaklaşık aynı dönemlerde başlayan TKY uygulamaları, üretim, hizmet ve giderek kamu sektöründe de yaygınlaşmaktadır (Gökçümen vd., 1999: 31).

“Yönetimde başarının yeni yolu” olarak da nitelendirilen, TKY, Adrian Wilkonson’a göre, sanayi ve bilgisayar devriminden sonra üçüncü devrim olarak da kabul edilmektedir (Ersen, 1997: 21). TKY, sürekli gelişen kalite kavramı üzerine kurulan, felsefesi ve çeşitli esaslarıyla işletmelerin ihtiyaçlarını karşılayan, değişime elveren bir sistem olarak algılanmalıdır (Demirci, 2008: 17).

### **1.2.1. Toplam Kalite Yönetimi Tanımları**

TKY, kalite üzerinde yoğunlaşarak, müşteri ve çalışanların tatmini ve sürekli iyileştirme için tüm çalışanların katılımına dayanan bir yönetim modelidir. Bu modelin başarıyla uygulanabilmesi için, üst düzey yöneticilerin işin içine sürekli ve etkili olarak girmesi ve tüm çalışanlara sürekli eğitim verilmesi gerekmektedir. Ayrıca müşteri ve çalışanların ihtiyaç ve isteklerinin tam olarak karşılanması gerekmektedir (Tekin, 2006: 97).

Masaiki İmai TKY'yi, bir örgütte her düzeyde performansın iyileştirilmesine yönelik, tamamıyla bütünleşmiş çabalarla, yöneticiden işçiye kadar tüm çalışanları kapsayan düzenli faaliyetler dizisi olarak tanımlamıştır (Ersen, 1997).

TKY, kaliteyi işletmede çalışan tüm bireylere yayan ve onları bundan sorumlu tutan bir sistem olarak karşımıza çıkmaktadır. TKY, doğru üretimi ilk seferde yapmayı ve bunu her defasında tekrarlamayı hedefleyen, işletmenin bir bütün olarak etkinliğini sağlamayı, esnekliğe ulaşmasını ve rekabet gücünü arttırmayı hedefleyen bir yöntemdir. TKY, aslında bir düşünce tarzı, bir yönetim felsefesidir. Burada sürekli gelişme ve iyileşme amaçlanmaktadır. TKY'de önemli olan belli bir takım teknikleri alıp, uygulamak değil, her şeyden önce tutum ve inançlarda bir değişiklik oluşturarak, müşteriye ön plana almaktır. Bunun için de tüm çalışanların sürece dahil edilmesi gerekmektedir.

TKY, bir sistem olarak, işletmenin teknik, sosyal ve finansal yönünü dikkate alıp, müşteri memnuniyetini ön plana çıkararak ve değişimlere göre esnek bir yapıyı öngören, bir tarz olarak karşımıza çıkmaktadır. TKY için, kalite anlayışındaki gelişmelere paralel olarak, işletmelerde insan ve yönetim konusundaki gelişmeleri dikkate alıp, bunları birleştiren sistemdir, denebilir (Paksoy, 2007: 567-568).

TKY'deki "toplama" kelimesi, işletmede bütün düzeylerdeki ve tüm fonksiyonlardaki çalışanların katılımını, 'kalite' kelimesi müşteri ihtiyaç ve beklentilerinin tam olarak karşılanmasını, 'yönetim' kelimesi de, kalite yönetim süreçleri boyunca kalite sonuçlarının izlenmesini, kaliteli ürün ya da hizmet için gerekli tüm koşulların sağlanmasını ifade etmektedir. TKY, katılımcı ve destekleyici bir yönetim, optimum kalite maliyetleri ile müşterilere en ileri seviyede kalite güvencesi verebilen, işletmedeki ticari, finansal, teknik ve beşeri kaynakları en iyiye ulaştırma yolundaki faaliyetlerin koordinasyonu ve yönlendirilmesi olarak tanımlanabilmektedir (Bayrak ve Göncüoğlu, 2001: 65; Ertuğrul, 2004: 85).

A. Feigenbaum'un tanımına göre, TKY, bir işletmede ürün ya da hizmet üreten grupların kalite düzeyini koruma, arttırma ve geliştirme çabalarını, müşteri tatminini

sağlayacak şekilde bir araya getirmeye yönelik etkin bir sistemdir. İşletmedeki tüm fonksiyonların müşterinin tam tatminine yönelik olarak, kalitenin sağlanması, sürdürülmesi ve geliştirilmesi amacıyla entegre edilmesidir. TKY, her işin bir defada ve eksiksiz olarak, sıfır hata ile yapılmasını ve müşterinin yüzde yüz tatmin edilmesini öngörür. Müşterinin beklemediği, rekabete dayalı olarak geliştirilen, yaratılan kalite, sonradan müşterinin beklediği mecburi kaliteye dönüştüğünde hedefler de yükseltilmiş olur. Bu durumda yeniliği ilk keşfeden işletme onu tekrar geliştirmek, diğer işletmeler de bu yeniliğe ayak uydurmak veya yeni buluşa başka bir buluşla cevap vermek zorunda kalacaklardır (Demirci, 2008: 18-19).

TKY, bir işletmede herkesin katılımı ile süreçlerin, ürünlerin ve hizmetlerin sürekli iyileştirilmesi suretiyle, iç ve dış müşteri kalite ihtiyaçlarının karşılanması ve müşteri tarafından tanımlanan kaliteyi ürün ve hizmet yapısında oluşturmaya çalışan bir yönetim biçimidir.

TKY, dar anlamda ürün ve hizmet kalitesini geniş anlamda ise kurum, örgüt ya da organizasyon kalitesini sürekli olarak iyileştirmek için, organizasyonda yapılması gereken tüm çabaları ifade etmektedir. “Kalite yönetimi” kelimelerinin başına “toplam” kelimesinin eklenmesinin nedeni, organizasyonel performansı ve verimliliği artıracak tüm alanlarda kalitenin geliştirilmesinin amaçlanmasıdır. TKY, “ Kaliteli ürün ve hizmet pahalı olur” algısını değiştiren ve yüksek kalitenin düşük maliyetlerle sağlanabileceğini öngören bir yaklaşımdır.

Genel bir tanımla, TKY’yi bir işletmede üretilen ürün ya da hizmetlerin, işletme süreçlerinin ve çalışanların sürekli iyileştirme ve geliştirilmesi yolu ile en düşük toplam maliyet düzeyinde, önceden belirlenmiş olan müşteri ihtiyaç ve beklentilerinin tüm çalışanları katılımı ile karşılanarak, işletme performansının iyileştirilmesi stratejisi olarak ifade edilebilir (Ertuğrul, 2004: 86).

TKY, kar amaçlı kuruluşlarda rekabet avantajı sağlayıp, karlılığı arttırırken, kamu kuruluşları gibi kar amacı gütmeyen kuruluşlarda da hizmet kalitesinin yükseltilmesi yoluyla, kaynakların etkin ve verimli olarak, rasyonel bir şekilde

kullanılmasını sağlamaktadır. Çünkü bu kuruluşlar için hizmet sunma, varlıklarının temel nedenidir (Mucuk, 2005: 176).

### **1.2.2. Toplam Kalite Yönetiminin Dünya’da ve Türkiye’de Gelişimi**

TKY, Amerika’da ortaya atılan bir sistem olmasına rağmen, gerekli ilgiyi görmemiş, bunun yerine batı ile rekabete hazırlanan Japonya’da işletmelerin hızla benimsediği, sürekli gelişme (kaizen) diye adlandırdıkları ve Japonya’nın başarısının temeli olan sistem haline gelmiştir. Önceleri yalnızca üretimde ve ürün geliştirmede kullanılan sistem, giderek bir hayat tarzı olmaya başlamış, devlet yönetiminde dahi kullanılmıştır (Ersen, 1997: 23).

1950’li yıllarda Japonya’da, 1980’li yılların başında ABD’de, 1980’li yılların ikinci yarısında Avrupa ülkelerinde ve 1990’lı yılların başında da Türkiye’deki işletmelerin büyük bir kısmı TKY’ye ilgi duymuşlardır (Kovancı, 2001: xiii).

TKY’nin temelleri 1950’li yıllarda Deming’in Japonya’da verdiği seminerlerle atılmıştır. 1951 yılında Japonya’da ilk ulusal kalite ödülü ‘Deming Ödülü’ adı altında verilmeye başlanmıştır. Juran ve Feigenbaum’un yönetimle ilgili düşünceleri, 1960’larda Japonya’da İshikawa’nın kalite çemberleri faaliyetleri ile birleşince toplam kalite anlayışının oluşumu sağlanmıştır. TKY’nin uygulamada başarıya ulaşmasında Japonya’daki grup dayanışması ve Japonların kültürel özellikleri önemli rol oynamıştır (Demirci, 2008: 17).

Japon işletmeleri, çalışanlarının fikirlerine ve görüşlerine değer vermektedir. Japonya’da çalışanların terfileri kıdem esasına göre yapılmaktadır. Uzmanlaşmaya önem verilmemektedir. İşletme çalışanlarının rotasyon yoluyla çeşitli birimlerde çalışması sağlanarak, herhangi bir konuda değil fakat, yıllar içinde işletmenin bütününde uzman olması sağlanmaktadır. Böylece çalışanların işletme ile ilgili sorunlara geniş bir perspektiften bakabilmesi mümkün olmaktadır. Bu durum TKY’deki tam katılım anlayışına uygunluk göstermektedir. Ömür boyu istihdam Japon iş kültürünün en önemli özelliklerindedir. Çalışanlar arasında olumsuz



rekabeti önlemek amacıyla takım çalışmaları teşvik edilmektedir. Bu etkenler göz önünde tutulduğunda Japonya, insana değer veren yaklaşımıyla TKY'yi başarıyla uygulayan bir ülke konumuna gelmiştir. Kültürel özelliklerinin etkisiyle Japonlar, batı kaynaklı konuları kendi kültürleriyle birleştirmeyi ustalıkla başarmıştır.

Yıllar itibarıyla TKY'nin olgunlaşma süreci şu şekilde ifade edilebilir (Yenersoy, 1997: 19-20):

- 1931 Shewart: İstatistiksel Kalite Kontrol
- 1940 Standford Seminerleri (ABD)
- 1950 Deming'in Seminerleri (Japonya)
- 1951 Deming Kalite Ödülü (Japonya)
- 1952 Kalite Kontrol Dergisi (Japonya)
- 1954 Juran: "Kalite Yönetimin Sorumluluğudur".
- 1957 Feigenbaum: Toplam Kalite Kontrol
- 1960 Taguchi: İstatistiksel Deney Tasarımı
- 1961 İshikhawa: Kalite Çemberleri
- 1969 Kobe Stell: Kalite Fonksiyonunun Yayılması
- 1970 Shingo: Poka-Yoke (Hata önleme yaklaşımı)
- 1970 Taguchi: Kalitesizliğin, Optimum Değerden Sapma Maliyeti
- 1976 Ohno: Toyota Tam Zamanında Üretim Sistemi (JİT)
- 1980 Taguchi: Robust Design (Sağlam ve Ucuz Tasarım)
- 1987 ABD Ulusal Kalite Ödülü
- 1988 AB'nin ISO 9000 Standartlarını Kabulü
- 1990 Sonrası Toplam Kalite Felsefesi

Japonya 1970'li yıllarda ürünleriyle pazar ortamını sarsmaya başlayınca, rekabet üstünlüğünü tekrar ele geçirmek isteyen bazı Amerikan şirketleri, başta Ford ve General Motors olmak üzere, "Japon yapabiliyorsa biz neden yapmayalım" sloganıyla ülke çapında bir hareket başlatmıştır. Bu hareketi besleyen düşünce; "Rakibe karşı başarılı olmak için onun kullandığı silahı kullanmak" tır (Yenersoy, 1997: 19-20). ABD'de kalite gelişim süreci işletmelerde sürekli olarak yukarıdan

aşağıya (topdown) şekillenmiştir. İşletmelerde yalın organizasyon yapıları tercih edilmiş, ürünlerde ise fonksiyonellik ve sağlamlık ön plana çıkmıştır (Ersen, 1997: 33-34).

Toplam kalite konusunda Avrupa'daki gelişmelerde öncülüğü Danimarkalı Claus Möller üstlenmiştir. Avrupa ülkeleri insana değer vererek, ürün ve hizmetlerde estetiğe önem vererek rekabet yarışında önemli bir yer edinmişlerdir. 1987'de merkezi Cenevre'de bulunan Uluslararası Standardizasyon Örgütü (ISO) tarafından geliştirilip yayınlanan uluslararası nitelikteki ISO 9000 standartları serisi, Avrupa Birliği tarafından 1988'de benimsenmiştir. ISO standartları Kanada, ABD ve Japon kalite standartlarının incelenmesi sonucu oluşturulmuştur. Ayrıca, Avrupa Kalite Yönetimi Vakfı tarafından Avrupa Kalite Ödülü başlatılmıştır. ISO'nun, ISO 9000 ve çevre ile ilgili ISO 14000 serisi standartları olduğu gibi, sosyal sorumlulukla ilgili SA 8000 standartları da geliştirilmiştir (Ersen, 1997: 32-36; Mucuk, 2005: 178).

ISO halen 135 ülkeden uluslararası standart kuruluşlarının katılımıyla faaliyetlerini sürdürmektedir. Her ülkeden bir üye ve her üyenin bir oy hakkı bulunmaktadır. ISO standardizasyon alanının Birleşmiş Milletleri olarak kabul görmektedir. ISO uluslararası mal ve hizmet değişimini hızlandırmak, entelektüel, bilimsel, teknolojik ve ekonomik faaliyetlerde işbirliğini geliştirmek amacıyla faaliyet göstermektedir. Farklı ülkelerde ve bölgelerde benzer teknolojiler için geliştirilen farklı standartlar uluslararası ticarete teknik engeller oluşturabilmektedir. ISO kalite yönetim standartları ve diğer ürün standartları gibi uluslararası kabul görmüş standartlar hazırlayarak, uluslararası ticaretin önündeki bu tip teknik engelleri ortadan kaldırmayı amaçlamaktadır. ISO bu yaklaşım ve amaçları doğrultusunda uluslararası ticaret ve sanayinin sağlıklı bir şekilde yürütülmesi açısından önemli işleve sahip bir uluslararası örgüttür. TSE, ISO'nun üyesi ve Türkiye'deki tek temsilcisidir. TSE, ISO'nun standart hazırlama çalışmalarına TSE bünyesinden ve sanayiden uzmanlarla katılmakta ve katkıda bulunmaktadır (Gökmen, 2001: 8-9).

TKY, çalışanları ortak bir hedefe yönlendiren bir örgüt iklimi oluşturarak rekabet üstünlüğü sağlamayı hedefleyen bir sistemdir. Dünyada Sony, Toyota,

Nissan, Brisa, Netaş, IBM gibi birçok işletme TKY'yi uygulayarak başarıya ulaşmıştır (Tekin, 2006: 100).

ISO 9000 standartları bünyesinde bulunan kalite güvence modelleri uyarınca, kalite sistem belgelendirme çalışmalarına ülkemizde ilk kez 1990 yılında başlamıştır. Ülkemizde 1990 yılından bu yana çeşitli kamu kurumları ve özel sektördeki birçok üretim ve hizmet işletmesi TKY sistemini uygulamışlardır (Kovancı, 2001: xiv). TSE, ISO 9000 ve ISO 14000 serisinden standartların 1992'de kabulünden sonra, bunların yaygınlaştırılmasına çalışmaktadır.

TKY uygulamalarına paralel olarak 1991 yılında daha çok büyük işletmelerin çabalarıyla Kalite Derneği 'KALDER' kurulmuştur. Dernek, başarılı kuruluşların deneyimlerini ortaya çıkararak, ülkede mükemmellik arayışının yaygınlaşmasını sağlamak amacıyla "Uluslararası Kalite Ödülü" uygulamasına öncülük etmiştir. KALDER, Türk Sanayicileri ve İşadamları Derneği (TÜSİAD) ile ortaklaşa olarak her yıl en kaliteli üretim sürecine sahip işletmeye verilmek üzere, 1993 yılında Ulusal Kalite Ödülü uygulamasını başlatmıştır. Ödülü, 1993'te BRİSA kazanmış ve daha sonra sırasıyla TUSAŞ, NETAŞ, KORDSA, ARÇELİK ve ECZACIBAŞI VİTRA kazanmışlardır. Türkiye'de büyük ödüle ek olarak, "KOBİ Kalite Ödülü", "Başarı Ödülleri" ve "Teşvik Ödülleri" eklenmiş, ayrıca işletmeler dışında kamu sektörü ve sivil toplum kuruluşları kategorilerinde de ödüller verilmeye başlanmıştır (Mucuk, 2005: 178).

Türkiye'de TKY, özellikle yabancı ortaklı işletmelerin etkisiyle yayılma şansı bulmuş, 1990'ların ortalarına doğru uygulama sonuçlarının görülmeye başlanmasıyla, hem çalışma hayatının hem de akademik çevrelerin ilgi odağı haline gelmiştir.

Küreselleşmenin getirdiği rekabete dayanamayan Türk şirketleri ve kendilerine konan kotaları delmeye çalışan gelişmiş ülkelerin büyük şirketleri, bir menfaat birliği içerisinde birleşmeye başlamışlardır. Özellikle Japon ve Amerikan şirketleriyle birleşen Türk şirketleri, ortaklarının da yardımıyla TKY'nin temel ilkelerini öğrenmeye ve uygulamaya başlamışlardır. Uzmanları tarafından uygulamaya konan

sistem kısa sürede olumlu sonuçlar göstermiştir. Bunun en güzel örneği BRİSA'dır. Sabancı Holding'e bağlı olan Lassa, Japon Bridges Stone şirketiyle birleşmiş, BRİSA adını almıştır. Japonlarla birlikte adım adım TKY tekniklerini uygulamaya başlayan BRİSA, 1993 yılında TÜSİAD-KALDER ödülünü, 1996 yılında da Avrupa Kalite Ödülü'nü kazanarak, Türkiye için gurur kaynağı olduğu gibi, Türkiye'de TKY'nin başarıyla uygulanabileceğini de göstermiştir (Ertuğrul, 2004: 113-114).

Türkiye'de TKY uygulamaları, batı dünyasında gözlenen yönetim düşüncesindeki değişime paralel olarak, fakat gecikmeyle başlamış ve bu gelişmede batıda olduğu gibi, uluslararası standartlaşma hareketinin etkisi önemli düzeyde olmuştur. ISO'nun geliştirmiş olduğu kalite geliştirme standartlarının yaygınlaşması TKY'nin önemini daha da arttırmıştır. Çünkü, ISO 9000 kalite geliştirme standartları Avrupa'da TKY'ye geçmenin bir ön şartı olarak kabul edilmiştir. Bunun nedeni söz konusu standartların etkili bir yönetim sisteminin nasıl kurulup, dökümanete edileceğini ve nasıl sürdürülebileceğini göstermesi, yani TKY'nin iskeleti konumunda olmasıdır. Bu açıdan ISO 9000 ve TKY birbirini tamamlayan iki uygulama olarak kabul edilmişlerdir (Kıngır, 2006: 234-235).

### **1.2.3. Toplam Kalite Yönetiminin Temel İlkeleri**

İşletmelerde büyük bir rekabet gücü ve üstünlüğü sağlayan TKY, ancak tüm ilkeleri benimsenip, uygulanırsa, başarılı olabilmektedir. İşletmelerde geçerli olan yönetim anlayışı, organizasyon, yöntem ve sistemleri kapsayan bu ilkeler, odak noktası olarak insanı almaktadır (Şimşek, 2002: 34). TKY ilkelerinin çoğu, kalite konusunda dünyaca ünlü öncü uzman bilim adamları Deming, Juran, Crosby, Feigenbaum, İshikava tarafından ortaya atılmış olup, yer yer farklılıklar göstermelerine rağmen, temelde birbirlerine benzemektedirler (Mucuk, 2005: 177).

TKY'ye göre yönetilmek istenen işletmelerde işletmenin kendine özgü özelliklerine göre farklı uygulamalar söz konusu olabilmektedir. Üzerinde hiçbir irdeleme yapılmadan, işletmeye uyarlanmadan, kopya edilmeye kalkılan örnekler

işletmenin yapısına uymayacağından benimsenemez ve göstermelik çalışmalar şeklinde kalırlar. İşletmenin yapısına uygun olarak geliştirilen sistemlerin, uygulanan yöntemlerin TKY'nin dayandığı temel ilkelere uygun olması önemlidir. Bu ilkelerin tam anlamıyla özünsenmesi ve sistemlerin bu anlayışla geliştirilmesi gerekmektedir (Gökçümen vd., 1999: 33). TKY'nin temel ilkeleri birbirini tamamlayıcı nitelikte olup, bunlardan birinin eksikliği, TKY uygulamalarının performansını önemli ölçüde olumsuz etkileyebilmektedir (Şimşek, 2007: 386). TKY'nin temel ilkeleri şunlardır:

### **1.2.3.1. Üst Yönetimin Liderliği ve Sorumluluğu**

İşletme ve yönetimle ilgili kararların alınması, gelişmelerin takip edilmesi ve bunların işletmeye taşınması yöneticilerin temel görevidir. TKY, esasen yöneticilerin kararıyla başlayan bir değişerek gelişimdir. Yönetimin bağlılığı ve öncülüğü olmadan değişim ve gelişim gerçekleştirilemez. Bu nedenle tüm yöneticilere TKY konusunda önemli görevler düşmektedir. Özellikle tepe ve orta düzey yöneticilerin daha duyarlı olması gerekmektedir.

Deming ve kalite öncülerinin belirttikleri gibi, toplam kalite süreci tepe yönetiminden başlamalıdır. Temel değişiklikler astlardan ya da orta düzey yöneticilerden gelirse, üst yönetim uygun görmeyebilir. TKY'nin ilk aşaması üst yönetimin felsefe ve davranışlarını geliştirip, değiştirmektir. Üst kademedan alt kademeye akışın sağlanmasında orta düzey yönetim önemli rol oynar. Ayrıca alt kademede yapılan kalite çalışmalarından üst yönetimi haberdar etmek de yine orta düzey yönetimin sorumluluğudur.

Sağlıklı ve başarılı bir iyileştirme programının başlatılması ve sonuçlandırılması için üst yönetimin kalite konusunda yeterli bilgiye ve donanıma sahip olması gerekmektedir. Ayrıca üst yönetimden birinin bu işi sahiplenmesi gerekmektedir. TKY çalışmalarında üst yönetim başından sonuna kadar yeterli oranda bağlılık göstermelidir. Uygulamada karşılaşılan sorunların çözümünde üst yönetim çalışanları yalnız bırakmamalı, desteğini çalışanlara hissettirmelidir (Kıngır, 2006: 49-50).

TKY uygulamalarının, başarılı olabilmesi için demokratik liderlik tarzı benimsenmelidir. Çünkü demokratik lider, her çalışanın grup faaliyetlerine maksimum katılımını sağlamaya, işletme içi gerilim, çatışma ve dirençleri azaltmaya çalışır. Sorumluluğu alt kademelerle paylaşır. Böyle bir ortamda katılımcı yaklaşımların önemi ve yararları ortaya çıkmaktadır (Ersen, 1997: 41-42).

TKY'ye geçiş, işletmede var olan tüm alışkanlıkları ve süreçleri etkileyecektir. Böylesi büyük bir değişim karşısında çalışanların farklı tepkiler vermeleri ve değişime direnç göstermeleri olağandır. Bu noktada üst yöneticilerin, bu yeni gelişmeleri çalışanlara açıkça anlatmaları ve bu yeni sistemi benimsemeleri sağlanmalıdır. Tüm yöneticilerin bu konuda kararlı davranmaları ve ortak hareket etmeleri şarttır (Şimşek, 2002: 36).

TKY'nin başarısında üst yönetimin bağlılığı ve desteği çok önemlidir. Çünkü, sadece üst düzey yöneticiler, işletmenin yeni becerileri kazanması için gerekli zaman ve para kaynaklarını harekete geçirebilir, örgüt kültürünü stratejik olarak değiştirebilir ve kalite iyileştirmeyi örgütsel bir strateji haline getirebilirler.

TKY'nin uygulanması olağanüstü enerji, sabır ve beceri gerektirir. Kalite için etkili liderlik şarttır. Kaliteye liderlik etmek için gerekli olan liderlik özellikleri şunlardır: Vizyon sahibi olmak, sosyal sorumluluk taşımak, belirsizliği yönetebilmek, değişim ajanı olmak, insan yönelimli olmak, bilgi paylaşımına açık olmak, müşterilerin değerlerinden hareket etmek, yeniliğe bağlılık, görünür olmak, eğitim ve öğretime önem vermek, desantralizasyon ve yetki devrine isteklilik, kendini tanımak (kişisel olarak güçlü ve zayıf yanlarını değerlendirmek ve iyileştirmek) (Doğan ve Kaya, 2004: 67).

### **1.2.3.2. Müşteri Odaklılık**

Müşteri odaklılık, TKY'nin en önemli ilkelerinden biridir ve müşteri beklentileri ve ihtiyaçlarının anlaşılması, bu beklenti ve ihtiyaçları karşılayacak ürün ve hizmetlerin sunulması için gerekli çalışmaların yapılması anlamına gelir.

İşletmeler sürekli olarak değişen müşteri beklentilerini karşılayabilmek için, rakiplerinden daha hızlı gelişmek ve daha büyük bir pazar payını yakalamak durumundadır (Sarıkaya, 2003: 25).

Müşteri odaklılık kavramı, “Kaliteyi müşteri belirler” ifadesi ile de açıklanabilir. Bu ilke TKY ilkeleri içerisinde uygulanması en zor olan, ancak uzun dönemde işletmelere en çok faydayı sağlayacak olan ilkedir. Müşterilerin teknolojik, ekonomik ve diğer nedenlerle sürekli değişen istek ve ihtiyaçlarının takip edilmesi, talep edilen kalite, fiyat ve teslim ölçülerine bağlı olarak bu istek ve ihtiyaçların karşılanması TKY’nin temel hedefidir. Burada sözü geçen müşteri kavramı sadece işletmenin sunduğu ürün ya da hizmetleri satın alan dış müşterilerden ibaret değildir. TKY, iç müşteri kavramını da gündeme getirerek, müşterilere bir bütün olarak bakılmasını sağlamakta, müşteri tatmini hedeflerini, işletme dışında olduğu kadar işletme içinde de gerçekleştirmektedirler.

İç müşteri kavramı ile anlatılmak istenen işletme çalışanları ve işletme bölümleridir. Çalışanların yaptıkları işi devrettikleri kişi veya bölümleri, müşteri olarak görmeleri ve ‘kalite, müşteri tatminidir’ ilkesi doğrultusunda hareket etmeleri gerekir. İç müşterilerin istek ve ihtiyaçlarının belirlenmesi, dış müşterilere göre daha kolaydır. Çünkü iç müşterilerle görüşme ve fikir alma imkanı mevcuttur (Şimşek, 2002: 34-35). Dr.Ishikawa, 1950 yılında çalıştığı bir çelik fabrikasında kalite çalışmalarını tüm çalışanlara benimsetmek için “Bir sonraki süreç müşterimizdir” prensibini ortaya atmıştır. Günümüzde bu prensip, Japon yönetim anlayışının önemli bir temel taşı haline gelmiştir. Bu prensip, tüm çalışanları bir sonraki sürece kalitesiz mal göndermemek konusunda dikkatli olmaya yöneltmiştir (Ertürk, 2009: 169).

Dış müşteri olarak nitelendirilen müşteriler ise, bir ürün ya da hizmetten kaliteli olması şartıyla, en yüksek faydayı sağlamak isteyen kişilerdir. İç müşterilerin ürettiklerini tüketen dış müşterilerle olan ilişkilerde müşteri istek ve ihtiyaçlarını doğru olarak anlamak, bunun için müşterilerle iletişim kurmak, bu iletişim sürecinde esnek davranmak gerekmektedir. Alınan bilgilerin ölçülmesinden sonra gerekli

değerlendirmeleri yaparak, düzeltmeler yapmak yoluyla sıfır hataya ulaşmak esastır. Bu şekilde sınırsız müşteri memnuniyetine ulaşılabilir (Ersen, 1997: 25-26). Tatmin olmuş bir müşterinin izlenim ve duygularını 20 kişiye, tatmin olmamış bir müşterinin ise 40 kişiye duyurduğu bilinmektedir (Doruk, 2002: 77).

İşletmelerin önem vermesi gereken bir başka konu, dış müşteri memnuniyetinin iç müşteri yani çalışan memnuniyetinden geçtiğidir. İşletmeler ürün ve hizmet kalitesine önem vererek dış müşteri memnuniyetini sağlarken, iç müşterilerinin de kendi iş ilişkilerinde aynı memnuniyeti yaşamasını sağlamalıdır. Müşteri istek ve ihtiyaçlarının belirlenmesi için pazar araştırmaları yapılmaktadır. Ürünün kalitesinin arttırılması için pazar araştırması sonuçları değerlendirilerek Ar-Ge çalışmaları ile ürün ya da hizmetin tasarımlarına yansıtılması gerekmektedir. Bu süreçte kritik nokta müşteri taleplerine ilişkin doğru ve yeterli bilgi edinilmesi, yani yeterli pazar araştırması yapılmasıdır (Ersen, 1997: 25-26).

### **1.2.3.3. Sürekli Gelişme (Kaizen)**

Japonların uyguladıkları Kaizen yaklaşımı, Kai (değişim), ve zen (daha iyi) kelimelerinden türetilen bir hayat felsefesini ifade etmektedir. Değişikliklerin birikerek zaman içinde önemli gelişmeler sağlayacağına inanılmaktadır.

Batı endüstrisi değişim ve gelişim için araştırma-geliştirme faaliyetleri yürütmektedir. Yeni bir buluş gerçekleştiğinde, bu yenilikle eski standartlar ortadan kaldırılarak yeni standartlar oluşturulmakta ve yeni bir çalışma düzenine geçilmektedir. Geleneksel üretimden robot teknolojisine geçiş buna örnek gösterilebilir. Buluşçuluk yaklaşımı ani ve büyük sıçramalar şeklinde bir değişiklik yaratmakta bu nedenle de gerek araştırma safhasında gerekse uygulamaya geçişte büyük yatırımlar gerektirmektedir. Değişikliğin gerçekleşmesi AR-GE departmanı çalışanlarının yeteneğine ve teknik bilgi birikimine bağlıdır. Kaizen yaklaşımında ise eski sistem bir anda ortadan kaldırılmaz. Mevcut düzende yapılan birtakım uyarlamalar ile büyük yatırımlar gerektirmeyen küçük değişiklikler yapılmaktadır. Bu durumda standartlar da yavaş yavaş değişir. Değişim, laboratuarlarda değil, bizzat işi



yapanlar tarafından atölyede, ofiste gerçekleştirilmekte, böylece çalışanların yaratıcılığını kullanmalarına fırsat tanınmış olmaktadır. Ayrıca, bireysel çabaların birleşmesiyle, daha çok ekip çalışmasından güç alınmaktadır. Değişim, çalışanların katkısı ve önerisiyle gerçekleştiği için benimsenmesi ve sahiplenilmesi kolay olmaktadır (Yenersoy, 1997: 80-82).

Sürekli gelişme (kaizen) kavramı, gerek iş hayatı gerekse birey ve toplum hayatında, sürekli olarak gelişmenin ve daha iyiye doğru yönelişin gerekliliği üzerinde durmaktadır. İşletme içinde de herkes için geçerli bir kavramdır. Kaizen, gelişmenin her zaman mümkün olmayacak şekilde sıçramalarla değil, düzenli ve küçük adımlar yoluyla sağlanabileceğini ifade eder. Başarıda süreklilik kazanan küçük adımların önemi büyüktür. Kaizende hedef, belirli bir standardı yakalamak değil, ulaşılan seviye ne olursa olsun, o seviyeyi sürekli olarak geliştirmektir. Yüksek bir kalite seviyesine ulaşarak, rakipleri geride bırakmak, her zaman bu durumun devam edeceği anlamına gelmez. Çünkü, bir süre sonra rakipler de aynı kaliteyi sağlayacaktır. Bu nedenle rekabet gücünü yitirmemek için işletmelerin, sürekli gelişmede olmayı hedeflemeleri gerekmektedir.

Kaizen, sonuç odaklı değil süreç odaklı bir yaklaşımdır. Her süreçte çalışanlara düşen görev, kendi yaptıkları işi daha iyi nasıl yapabileceklerini, geliştirebileceklerini düşünmek ve projelendirmektir. Sürekli gelişmeyi örgütün iyileştirme çabaları olarak ele aldığımızda başlangıç noktası, iyileştirmeye duyulan ihtiyacın fark edilmesidir. İhtiyaç bir problemin fark edilmesi ile ortaya çıkar. Problem yoksa iyileştirmeye ihtiyaç da yoktur. Mevcut durum ile yetinmek kaizenin en büyük düşmanıdır. Dolayısıyla kaizen, problemlerin bilincinde olmayı öngörür ve problemleri tanımlayabilmek için gerekli ipuçlarını sağlar. Bir kez tespit edilen problemler hızla çözümlenmelidir. Kaizen, aynı zamanda bir problem çözme yöntemidir. Sürekli gelişmenin yararları şu şekilde özetlenebilir:

- İşletmedeki tüm faaliyetlerde bir canlılık meydana gelir.
- İşletmede amaç birliği sağlanır.
- Çalışanların bilgi ve beceri düzeyi yükselir.

- Çalışan motivasyonu artar.
- Etkileşim halindeki birimlerin ortak problemleri, kısa sürede ve kalıcı olarak çözümlenir.
- Üretim ve diğer temel rekabet unsurları, daha hızlı bir gelişme gösterir (Şimşek, 2002: 36-37; Ersen, 1997: 83-84).

Sürekli gelişme, bir dinamizmi ve sürekli bir arayışı ifade etmektedir. Gelişme sürekli ve sonu olmayan bir yolculuktur. Mükemmellik arayışı ve sıfır hatanın temelidir. Sürekli gelişmede hataları kimin yaptığından çok, hataların oluş nedenlerini araştırıp bunları ortadan kaldırmak hedeflenir. Sürekli gelişme toplam kalite yönetiminin en temel faaliyetidir. Bireylerin sürekli olarak kendilerini yenileme ve geliştirme isteği, Japon kültürünün önemli motivlerinden biri olan kaizen anlayışı çalışma hayatına da yansımıştır. Kaizen, TKY'nin gelişmesine katkıda bulunan kültürel faktörlerin başında gelmektedir (Demirci, 2008: 34-36). Kaizen yönteminin başarısında Japonların kültürlerinden gelen bazı özellikleri, batı yöntem ve teknikleriyle güçlendirerek kullanmaları önemli rol oynamaktadır (Yenersoy, 1997: 82).

#### **1.2.3.4. Tam Katılım**

TKY'nin yapılan tanımlarında yer alan tam katılım ilkesi, işletmedeki tüm departmanların ve bütün süreçlerin kaliteyi oluşturma, geliştirme ve sürekli iyileştirme çalışmalarını kabul etmesi, desteklemesi ve bizzat katılmasıdır. Müşteri ile işletmenin üst yönetimi arasında bir zincir halkası olarak tanımlanabilecek kalitenin, her halkasının ana amacının yüksek kaliteyi sağlamak olması ve halkalar arasında etkin bir iletişimin var olması gerekmektedir. İyi bir iletişim sisteminin yokluğu ve eksik katılımın olduğu işletmelerde toplam kaliteden bahsetmek mümkün değildir. TKY ancak tüm ilkeleriyle birlikte uygulanırsa başarıya ulaşabilmektedir.

TKY'de tam katılım, üst yönetimin düşünüp, astın bu düşüncelere katkıda bulunarak uygulamaya gitmesini değil, işletmedeki her çalışan için hem düşünmenin hem de uygulamanın birleştirilmesini hedeflemektedir (Bayrak ve Göncüoğlu, 2001:

91-94). TKY’de çalışanlar pasif katılımcılar değil aktif problem çözücü ve uygulayıcılardır. Çalışanların bir misyonu olduğu ve her birinin yaptığı işin önemli olduğu inancı yerleşmelidir (Demirci, 2008: 29).

Katılımcılığın desteklendiği işletmelerde üst yönetim, özellikle kararlara katılmanın etkili bir şekilde gerçekleştirilebilmesi için, yetki devrine sıcak bakan, demokratik bir yönetim tarzı sergilemekte, çalışanlar ise aldıkları yetkiler, sorumluluklar ve katıldıkları kararlar ile motive olmuş bir şekilde verimli olarak çalışmaktadırlar. Bu durum, işletmelerin organizasyon yapılarında yukarıdan aşağıya doğru zorlama ile değil, aşağıdan yukarıya doğru gelecek bir katılma isteği ve gönüllülük ile sağlanabilir (Bayrak ve Göncüoğlu, 2001: 93). Bir plandan etkilenen tüm bireyler ve birimler, o planın geliştirilme ve uygulanma sürecine dahil edilmelidirler. Bu şekilde süreci çok daha iyi anlayabilirler (Şimşek, 2007: 386).

Çalışanların aktif olarak TKY programına gönüllü katılımını sağlamak için gerekli hususlar şunlardır (Demirci, 2008: 30) :

- Çalışanların TKY hakkında eğitilmesi, TKY’ye geçiş sürecine dahil edilmesi, süreç hakkında bilgilendirilmesi,
- Açık bir görev ve amaç tanımı,
- Sürekli öğrenme ve öğretme ortamı yaratılması,
- Yönetime katılma,
- Etkin iletişim,
- Kendi kendini denetleme,
- Çeşitli ödüllendirme mekanizmaları.

Etkin bir katımcılık için iyi bir iletişim ağının ve doğru bilgi akışının işletmede var olması gerekmektedir. İşletmedeki sorunlara çözüm bulmak isteyen çalışanların istedikleri işletme içi ve dışı verilere kolaylıkla ulaşabilmeleri gerekmektedir. Bölümler arasında etkili bir iletişim ve bilgi akışıyla bölümler arasındaki kopukluklar giderilmektedir. Ayrıca, işletmenin tüm kademelerinde çalışanlara çeşitli alanlarda

sürekli eğitim ve kendini geliştirme programlarının uygulanması gerekmektedir. Eğitime yapılan harcamalar verimlilik artışı olarak geri dönmektedir.

Tam katılımın sağlanabilmesi, bireylerdeki hata yapma korkusunun giderilmesi, motivasyon, takım ve grup olarak karar alma imkanı tanınması ile mümkün olmaktadır. Geliştirilecek ödüllendirme mekanizmaları ile katılımın sürekliliği sağlanabilmektedir. Maddi ödüllerin yanında verilecek onursal ve tanınmayı sağlayacak ödüller gibi motive edici unsurlar, TKY anlayışının yerleştirilmesinde önemli faydalar sağlar (Bayrak ve Göncüoğlu, 2001: 91-92). Unutulmamalıdır ki, kurumun sahip çıkmadığı çalışan, kuruma sahip çıkmaz.

TKY’de ekip çalışmaları kalite ekipleri ve kendini yöneten ekiplerle gerçekleştirilir. Kalite ekibi, iyileştirme çalışmaları yapmak için aynı sahada çalışanların gönüllü olarak oluşturdukları ekiptir. Japonlar kalite ekiplerine, “kalite çemberleri” demektedir, ülkemizde de “sorun çözme ekipleri”, “iyileştirme ekipleri”, “kalite kontrol çemberleri” gibi ifadeler kullanılmaktadır.

Kalite ekiplerinin çalışmalarından aşağıdaki yararların elde edilmesi amaçlanır (Sarıkaya, 2003: 26):

- Kalite, verimlilik ve iletişimde iyileştirme,
- Katılımcı çalışanların sorun çözme becerilerinin ve kişisel becerilerinin geliştirilmesi,
- Çalışanların işe olan ilgilerinin arttırılması ve işlerine sahip olmalarının sağlanması,
- Bireyler, gruplar ve bölümler arası ekip çalışması ve yardımlaşmanın gelişmesi,
- Çalışan-yönetim ilişkisinin gelişmesi sonucu ekip çalışmasına olan bağlılığın artması,
- Performans ölçülerinin geliştirilmesine çok sayıda insanın dahil olması ile mazeretçi ve yöneticilerin daha fazla veriye sahip olması,
- Çalışanların tanınmaları için bir temel oluşturması.

Çalışanların katılımı sayesinde görünüşte birbirine zıt iki amaca ulaşılmış olur. Birincisi; işletmenin amaçlarını maksimum seviyede gerçekleştirmesidir. İkincisi ise; çalışanların menfaatlerinin maksimize edilmesinin yanında kişisel kalitenin yükseltilmesidir. İşletme çapında ve toplam kavramlarının ifade ettiği anlam budur.

Çalışanlar, katılımcı bir ortamda değişim sürecine müdahil oldukları için direnç göstermemekte ve hedeflere yönelik çalışmalarda daha iyi motive olmaktadır. Yönetime katılmanın diğer bir önemli yönü de işletme içinden, çalışanlardan gelen baskıdır. Toplumun genel refah düzeyi, entelektüel seviye, bilime ve sanata duyulan ilgi ile yönetime katılım baskısı arasında yüksek bir ilişki bulunmaktadır. Günümüzde çalışanlar, kendilerini ilgilendiren her türlü kararın görüşülmesine ve sonuçlandırılmasına aktif olarak katılıp, düşüncelerini ifade etmek, sürece dahil olmak istemektedirler. Yönetilenlerin bu tutum değişikliğinin başlıca nedeni, kültür düzeyi ve bilgi seviyesi yükselen bireylerin, başkaları tarafından yönetilen bir araç, durumunda olmak istememeleridir (Kıngır, 2006: 56; Akın, 2001: 78).

#### **1.2.3.5. Ölçmeye, Verilere, İstatistiklere Dayalı Yaklaşım**

Doğru kararlar almanın, doğru ve etkin işler yapmanın birinci şartı, gerçeğe ve bilgiye sahip olmaktır. Tahminler, varsayımlar bilgiye, verilere dayandırılmadıkça önemsiz ve tehlikelidir. Çünkü, yanlış kararlarla, yanlış işler yapılmasına neden olarak, işletmeleri hedeflerinden başka yönlere sürüklerler. Gerçeğin ve bilginin sistematik olarak kullanılması, çalışmaların etkinliğini artırır (Gökçümen vd., 1999: 54-55).

TKY'nin üzerinde önemle durduğu konulardan biri de verilerle çalışmaktır. Veriler, gerçekleri ifade eder. Özellikle kalite gibi soyut özellikleri olan bir olgunun incelenmesinde somut veriler, yani ölçümler çok önemlidir. Çünkü ölçülemeyeni yönetmek ve geliştirmek mümkün değildir. İşletmenin her düzeyinde ve her fonksiyonunda performansın geliştirilmesi, ürün veya hizmetin kalitesinin geliştirilmesi amacıyla yapılan mevcut durumun belirlenmesi, mevcut durumun

uygun olup olmadığının kanıtlanması, gerçekleşen iyileşmenin tanımlanması, iyileşme sürecinin yönetilmesi, gelişmelerin izlenmesi gibi birçok faaliyeti gerçekleştirebilmek için verilere ihtiyaç vardır. Veriler ise ölçüm yoluyla elde edilir.

Ölçüm yoluyla elde edilen verilerin değerlendirilmesi için de istatistik biliminden yararlanılmalıdır. Çünkü, ölçümle elde edilen bilgilerin yapısında mutlaka bir değişkenlik vardır. Örneğin, hatalar değişkendir. Bu değişkenlik istatistikten yararlanarak incelenebilir, hata nedenleri bulunabilir, nedenler ortadan kaldırılabilir, neyin normal neyin anormal olduğu konusunda fikir yürütülebilir (Yenersoy, 1997: 83-84).

Ölçüm ve verilerden yararlanmada ilk adım, olguları gözden geçirmektir. Sonraki adım, olguları verilere dönüştürmektir. Son adım, verileri analiz etmek için istatistiksel yöntemlerden yararlanmaktır. Bir yönetici, veriler ve istatistiksel yöntemlerden yararlanmayıp, kendi deneyim, sezgi ve cesaret duygusuna güveniyorsa, işletmesinin teknolojik yetersizliğini kabul ediyor demektir (Akın, 2001: 73). Gelecek için doğru kararlar alabilmek, etkili planlar yapabilmek, geçmiş veriler ve bunların sonuçlarının doğru değerlendirilebilmesi ile mümkün olmaktadır. Bu bilgiler ışığında yapılması gerekenler şunlardır (Gökçümen vd., 1999: 55):

- Öncelikle yönetim, yanlış bilgi üretimine yol açacak tavırlardan kaçınmalıdır. Kimse çekindiği için bilgi vermekten kaçınmamalıdır. Doğru bilgiler, olumsuz da olsa saklanmamalıdır.
- Suçlu aranmamalı, çözüme odaklanmalıdır.
- Yöneticiler, ölçme, değerlendirme için gerekli araç gereç ihtiyacı için kaynak ayırmalıdır.
- Bilgi kaynakları ulaşılabilir ve etkin olarak yönetiliyor olmalıdır.
- Süreçler ve performans kriterleri belirlenmeli, ölçümler yapıp, veriler toplanmalıdır.
- Çalışanlar ve yönetim veri, veri toplama, veri analizi ve istatistik teknikler konusunda eğitilmelidir.

### 1.2.3.6. Önlemeye Dönük Yaklaşım

Toplam kalite modelinin temelinde hataları ayıklamak yerine, hata yapmamak yaklaşımı yatmaktadır. Sanayide kalite evrimi de son muayene ile başlamış, tasarımda kalite aşamasına ulaşmıştır. Hataları önlemeye dönük yaklaşım, planlamanın doğru ve etkin yapılması şeklinde özetlenebilir. Her yönü ile iyi düşünülmüş kapsamlı ve titiz bir planlama çalışması ile sonradan oluşabilecek hataların büyük bir kısmı ortadan kaldırılabılır. Tüm hata kaynaklarını tahmin etmek mümkün değilse bile, olası durumlara önceden hazırlanmak, tamamen hazırlıksız yakalanmaya kıyasla büyük avantaj sağlar (Kıngır, 2006: 64-65).

Hataları olduktan sonra düzeltmek yerine, hata yapmamaya özen göstermek, yapılan hatalardan ders çıkararak tekrarlanmasını önlemek toplam kalite anlayışının önemli ilkelerindendir (Gökçümen vd., 1999: 54). Bunun en güzel ifadesi “Yangını söndürmek bir işe yaramaz, önemli olan yangının tekrar çıkmamasını sağlamaktır” şeklindedir. Yangını söndürmek, Taylor döneminin “İş kontrol edilir, hata varsa düzeltilir veya ayıklanır” şeklindeki reaktif anlayışını sembolize etmektedir. Oysa, TKY’de önemli olan, kalitenin üretilmesidir. Bu nedenle hataların kaynağına inmek, nedenlerini bulmak, bir daha ortaya çıkmamasını sağlamak gerekir. Bu yaklaşım ise proaktif bir yaklaşımdır. Kalite, ancak bu şekilde elde edilebilir ve geliştirilebilir (Yenersoy, 1997: 78-79).

Hata kaynaklarının tanımlanabilmesi için geçmiş verilerin iyi değerlendirilmesi önemlidir. Bu nedenle süreçlere ait veriler düzgün olarak toplanmalı ve analiz edilmelidir. Hata kaynakları ve nedenleri belirlenip, uygun çözümler üretilince hatalar önlenir. Genellikle bir hata kaynağı ortadan kaldırıldığında başka hataların da ortadan kalktığı veya azaldığı gözlenir. En azından onların tanımlanması kolaylaşır (Gökçümen vd., 1999: 54). Sıfır hata, işini yapan herkesin ilk seferinde doğru olarak işlerini yapması anlayışına dayanır. Sıfır hata, sadece son ürünle ilgili değildir. Ara süreçlerde oluşup, düzeltmeler gerektirecek kusurları olmayan bir ürünün üretilmesiyle

de ilgilidir. Bu yüzden her süreç, kendisinden sonra gelen sürece hatasız çıktı sunmak zorundadır.

Sıfır hata programında eğitim önemli bir rol oynamaktadır. Sıfır hatanın her süreçte o sürecin gerektirdiği bilgileri iyi bilen kişilerce gerçekleştirilmesi mümkün olabilmektedir. Sıfır hataya, hataların oluşmasına zamanında izin vermeyen, üretimin veya hizmetin tüm safhalarını bilen, bilgili insanlarla ulaşılabilir. Süreçleri geliştirebilecek, hatasız çalışabilecek insanlara gelişen teknikler konusunda sürekli eğitim verilmesi gerekmektedir (Demirci, 2008: 24-25). Önlemeye dönük yaklaşım sayesinde (Kıngır, 2006: 66);

- Hatalar oluşmadan önlenir.
- Hatalı ürünlere geçit verilmediği için, iskarta ek işçilik gibi maliyetler söz konusu olamamaktadır.
- Hatalı ürünler yüzünden işletme imajı zedelenmemiş olur.
- Hatasız ürünler sayesinde pazar payı ve rekabet avantajı sağlanmış olur.

### **1.2.3.7. Toplumsal Sorumluluk**

TKY'nin esas aldığı toplumsal sorumluluk veya topluma olumlu katkı sağlamak, ilkesi, içinde yaşadığımız çevreye ve topluma karşı duyarlı olmayı gerektirmektedir. Kaynakları tükenmiş, ekolojik dengeleri bozulmuş bir dünyada ve değerlerini kaybetmiş, eğitimsiz, sağlıksız, haklarından sorumluluklarından habersiz bir toplum içinde yaşamak kimsenin arzu edebileceği bir durum değildir. Dünyanın ve toplumun tükendiği noktada artık hiçbir kurum ve kuruluşun varlığından söz edilemez. Bu nedenle çevreye ve topluma karşı duyarlı olmak ve olumlu katkıda bulunmak bireylerin olduğu gibi işletmelerin de sorumluluğudur (Gökçümen vd., 1999).

Günümüzde toplum, işletmelerin çevreyi korumasını, güvenli ürünler ve hizmetler sunmasını, çalışanlarına adil davranmasını, tatminkar bir ücret vermesini, müşterilere karşı dürüst olmasını, eğitim ve sanata katkıda bulunmasını ve toplum



sorunlarına çözümde yardımcı olmasını istemektedir. Ancak tüm bu istekler işletmeler için gelirlerini azaltıcı etmenlerdir.

İşletmeler toplumun bir parçasıdır. İşletmeyi ekonomik ve sosyal çevresi ile ilgili olarak verdiği kararlardan ve bunların ortaya çıkaracağı sorunlardan ayrı tutmak mümkün değildir. Aynı zamanda yöneticiler işletmenin, pay sahiplerinin ve toplumun çıkarlarının uyuştugu birçok alan bulabilirler. Örneğin, bir çimento fabrikası maliyeti yüksek olduğu için yakın çevresindeki havayı kirleten fabrika bacasına filtre takmıyorsa, sonuçta toplum kadar kendi ortaklarına ve çalışanlarına da zarar verecektir. Kirlenmiş bir çevrede ortakların, yöneticilerin, çalışanların, müşterilerin ve kredi verenlerin hepsi tehlikededir.

İşletmeler doğal çevre ile ilgili olarak, katı, sıvı, toz veya gaz atıklarını çevrenin etkilenmeyeceği şekilde değerlendirmeli, mümkünse geri dönüşümü sağlayacak sistemler kurmalıdır. Toplum sağlığını koruyucu önlemler alarak, bu konuda ilgili sağlık kuruluşlarına destek vermeli, eğitim kurumlarına, spor ve sanat etkinliklerine katkıda bulunmalıdır. Satış sonrası hizmetleri ile müşteri tatminini sağlamalı, tüketicinin korunması ile ilgili her türlü önlemi almalıdır. İşletmeler ve yöneticileri tüm bu etkinlikleri gerçekleştirirken, sahip oldukları gücü kötüye kullanmamalı, iş etiği, meslek etiği gibi davranışsal standartları korumalıdır (Ülgen ve Mirze, 2007: 455-456).

#### **1.2.4. Hizmet Sektöründe Toplam Kalite Yönetimi**

TKY, sadece üretim sektörü için değil, bir organizasyonun ve yönetimin söz konusu olduğu tüm kuruluşlar, örgütler için geçerlidir ve uygulanabilir. Hizmet sektörü, dünya ekonomisinde en büyük ağırlığa sahip olmasına ve en fazla istihdam sağlayan sektör olmasına rağmen, TKY uygulamalarında üretim sektörünün gerisinde kaldığı görülmektedir (Boz, 2007: 100).

Ülke ekonomileri tarım, sanayi ve hizmetler olmak üzere temelde üç ana sektöre dayalıdır. Ülke ekonomilerinde hizmet sektörünün payı giderek artmaktadır. Gelişmiş

ülkelerde ulusal gelirin %70'i hizmet sektöründen sağlanmakta ve hizmet sektöründe gözlenen verimlilik artışındaki hız, diğer sektörleri geride bırakmaktadır. GATT istatistiklerine göre, ABD ekonomisinde hizmet sektörünün toplam ekonomi içindeki payı %66, İsveç ve Hollanda'da sırası ile %62 ve %55'tir. Buna paralel olarak, hizmet sektöründe çalışan sayısında ve bu sektöre giren işletme sayısında büyük artışlar olmaktadır. Türkiye'de de milli gelir artışına paralel olarak, hizmet sektörü hızla gelişmektedir (İslamoğlu, 2008: 312).

ABD'de 1900'lü yılların başında 10 çalışandan 3'ü hizmet sektöründe çalışırken, 1950'lerde 10 çalışandan 5'i, günümüzde ise 10 çalışandan yaklaşık 8'i hizmet sektöründe çalışmaktadır. Diğer sanayileşmiş ülkelerde de toplam iş gücünün büyük bir oranı hizmet sektöründe çalışmaktadır (Boz, 2007: 105).

Türkiye'deki duruma bakılacak olursa; Dış Ticaret Müsteşarlığı'nın 2004 yılı verilerine göre, tarımın ekonomideki ağırlığı %12.9, sanayinin ekonomideki ağırlığı, %18.9, hizmetlerin ekonomideki ağırlığı ise %68.2'dir (Özer ve Özdemir, 2007: 8-9).

Eskiden, dünyanın en zenginleri listesinde yer alanlar, oto ya da çelik üreticileri, petrol devleri ya da mali kurum sahiplerinden oluşmakta iken Forbes dergisinin düzenlediği listeye göre günümüzde zenginler servetlerini kitle iletişim ya da bilgisayar hizmetlerinden sağlamaktadır (İslamoğlu, 2008: 312).

Sanayi devriminden sonra üretimin artmasına paralel olarak refah ve gelir seviyesindeki yükseliş, hizmet sektörünün her geçen gün daha fazla önem kazanmasına neden olmuştur. Ekonomilerin gelişmişlik düzeyi açısından incelendiğinde, güçlü ve gelişmiş ekonomilerde hizmet sektörünün ağırlığının artmakta olduğu görülmektedir. Hizmet sektörünün gelişmesi, ekonomide istihdam, yatırım ve girişimcilik fırsatları yaratmaktadır. Hizmet sektörünün gelişmiş olduğu ekonomilerde bu gerekçelere bağlı olarak, toplumun yaşam standardı da yükselmektedir (Özer ve Özdemir, 2007: 2).

İş dünyasında ve sosyal yaşantıdaki bir dizi değişimler hizmet sektörünün gelişmesinde itici bir güç olmuştur. Uzmanlaşma ve gelişen teknolojinin hizmet sektöründe hızla kullanılmaya başlaması bu sektörün gelişmesini ve verimliliğini arttırmaktadır. Kadınların çalışma hayatına katılımındaki artış, çalışma saatlerinin azalması, tatillerin artması, insanların spora, tatile ve diğer sosyal faaliyetlere daha çok zaman ve para ayırmaya başlamaları, tüm kötümser tahminlere karşın, toplum refahındaki yükseliş, hizmet sektörünün hızlı bir biçimde gelişmesini sağlamıştır (İslamoğlu, 2008: 312). Gelişmiş ekonomik hayatın aksamadan sürdürülebilmesi, karmaşık ve yoğun şehir hayatının daha düzenli hale getirilebilmesi ve kolaylaştırılması, hizmet sektörünün sağlayacağı hizmetlere bağlı hale gelmiştir.

Hizmet sektörünün gelişmesiyle birlikte verimlilik artırıcı çalışmaların yapılması da kaçınılmazdır. Ancak, hizmet işletmeleriyle ilgili bilimsel çalışmalar üretim sektörünün gerisinde kalmaktadır. Bunun en önemli nedeni, üretim işletmeleri için geliştirilen teori ve yaklaşımların, teknik ve uygulamaların hizmet işletmeleri için de uygulanabileceğinin varsayılmasıdır. Halbuki hizmetler, ürünlerden oldukça farklı niteliklere sahiptir. Bu farklılıklar, hizmet işletmelerinin yönetimini de farklılaştırmaktadır (Dinçer, 1996: 284). Aynı zamanda da hizmet kalitesi kavramını daha karmaşık hale getirmektedir. Bu nedenle hizmet işletmelerinde kalite yönetimi konusuna daha fazla önem verilmesi gerekmektedir.

Hizmetin daha sonra değineceğimiz, soyutluk, önceden denenemezlik, stok edilememe, üretim ve tüketimin eşzamanlı oluşu gibi kendine has nitelikleri nedeniyle hizmet işletmelerinde müşteri memnuniyeti güçleşmektedir. Tüketicinin eğitim düzeyi, sosyo-ekonomik durumu, ruhsal yapısı gibi faktörler müşteri memnuniyetinde hizmet kalitesi açısından önemli belirleyicilerdir. Bunların yanında hizmet kalitesinin sağlanmış olması, maliyetlerin düşürülmesini sağlamaktadır. Kaliteli hizmet, kaliteli çalışanlar ve sürekli hizmet içi eğitimi ile de bağlantılıdır (Küçükaltan, 2007: 69).

### 1.2.4.1. Hizmet Kavramı, Tanımı ve Kapsamı

20. yüzyılda yaşanan bilgi devrimi ile birlikte teknolojiye, sosyal hayatta ve ekonomide meydana gelen değişimler, sanayi toplumlarını, sanayi ötesi toplumlara dönüştürmekte ve sanayi çağı da yerini bilgi çağına bırakmaktadır. Bu değişimle birlikte, çağı yakalamış ülkeler de ekonomik yapıda ürün temelinden hizmet temeline dönüşmektedir. İçinde bulunduğumuz çağın bazı kaynaklarda hizmet çağı olarak adlandırılmasının temel nedeni, ekonominin odağında meydana gelen bu değişimdir (Özer ve Özdemir, 2007: 2).

İnsanla doğrudan ve dolaylı olarak ilgili her konuda hizmetten söz edilebilir. Dolayısıyla çok değişik türde ve nitelikte hizmetle karşılaşmaktadır. Hizmetteki bu çeşitlilik tüm hizmet türlerini kapsayacak bir tanım yapılmasını zorlaştırmaktadır. Amerikan Pazarlama Birliği (AMA), hizmeti; “Pazara sunulan, veya ürünlerin satışına bağlı olarak sağlanan faaliyet, fayda ve doyumlar.” şeklinde tanımlamaktadır. Bu tanım hizmetin üründen farklı özelliklerini tam olarak belirlemediği için, pek açık değildir.

Daha dar kapsamlı bir tanıma göre, hizmet; “Ayrı ayrı tanımlanabilen, başka bir mal veya hizmetin satışına bağlı olmaksızın ve ihtiyaç giderici olarak sunulan, soyut etkinliklerdir.” görüldüğü gibi bu tanım ürünlere bağlı hizmetleri kapsamamıştır.

Kotler ise hizmeti; “Bir grubun diğerine sunabileceği, özellikle soyut ve herhangi bir şeyin mülkiyetini gerektirmeyen bir faaliyet ve yarar.” şeklinde tanımlamıştır. Kotler’e göre hizmet fiziki bir ürüne bağlı olabilir veya olmayabilir (Dinçer, 1996: 285).

Klasik ekonomistlerden Adam Smith, hizmeti; “Maddi çıktısı olmayan faaliyetler.” olarak tanımlarken, Alfred Marshall ise; “Üretildiği anda tüketilen faaliyetler.” olarak tanımlamıştır. Vargo ve Lusch’un tanımı ise; “Uzmanlaşmış yeteneklerin, beceriler, bilgi birikimi, eylemler, süreçler ve performanslar aracılığıyla başka bir birey ya da bireyin kendisinin yararı için uygulanmasıdır” şeklindedir. Bu

tanımlar irdelenecek olursa şu özelliklerin ön plana çıktığı görülmektedir (Özer ve Özdemir, 2007: 10-11-12):

- Bir tarafın yaptığı işler ya da eylemler ile diğerine bir fayda sağlaması ve karşı tarafın ihtiyacını gidermesi.
- Bu eylemlerin belli bir bilgi birikimi ve beceriye dayanması.
- Yapılanın bir iş, eylem olması nedeniyle büyük ölçüde soyut nitelik taşıması.
- Mal ve hizmetlerin genelde iç içe girmiş olması.
- Hizmetlerin eylemler, süreçler ve etkileşimler sonucu ortaya çıkması.
- Hizmetlerin anında tüketilen üretimler olması.
- Hizmetlerin maddi çıktılarının olmaması

İnsan ihtiyacını gideren ve fiziki olmayan her faaliyetin hizmet olarak nitelendirilmesi daha doğrudur. Çünkü bir başkasının ihtiyacını gidermek için gerçekleştirilen bir faaliyette, o faaliyetin herhangi bir ürüne bağlı olup olmaması hizmetin niteliğini değiştirmemektedir. Ancak, herhangi bir ürüne bağlı olarak sunulan faaliyetin hizmet olarak nitelendirilebilmesi için belirli bir fiyatının olması ve ayrıca satışa sunulması gerekmektedir. Aksi halde malı tamamlayan bir işlem olarak değerlendirilir.

Bu açıklamalara göre hizmet; “Bir başka insanın ihtiyacını gidermek için, belirli bir fiyattan satışa sunulan, ve herhangi fiziki bir ürünün mülkiyetini gerektirmeyen faaliyet ve yararlar” şeklinde tanımlanabilir (Dinçer, 1996: 286).

Hizmetlerin kendi başına bir çalışma alanı olduğu fikri yakın geçmişe dayanmaktadır. Shostack (1977) ile başlayan, hizmetlerin ayrı bir çalışma alanı olarak ele alınması gerektiği düşüncesi ile ürünlerin pazarlanması ile hizmetlerin pazarlanması arasında farklılıklar olduğu, hizmetlere ilişkin ayrı bir literatür oluşması gerektiği ortaya konulmuştur. Bu, hizmetler açısından önemli bir dönüm noktası olmuş ve hizmetlerle ilgili, gerek akademik, gerek uygulamaya dönük pek çok gelişme bu sayede ortaya çıkmıştır. Bugün, dünyada yaşanan dönüşüm, yeni çağın, bilgi, iletişim ve hizmet çağı olarak adlandırılmasına neden olmakta ve çağın

gereklere hizmetlerin yeniden sorgulanması zorunluluğunu beraberinde getirmektedir (Özer ve Özdemir, 2007: 23).

#### 1.2.4.2. Hizmetleri Özgün Kılan Özellikler

Ürün ve hizmetlerdeki temel farklılık, ürünlerde mülkiyetin söz konusu olmasıdır. Ürünler fiziki olarak alınıp, satılırlar, stoklanırlar ve ihtiyaç duyulan herhangi bir zamanda tüketilebilirler. Hizmetlerde ise bu özelliklere rastlanamaz. Hizmetlerin ayırt edici özellikleri şöyle sıralanabilir (İslamoğlu, 2008: 313-314; Dinçer, 1996: 286-287; Özer ve Özdemir, 2007: 219-23):

- Hizmetler soyut özellik taşırlar. Hizmet, davranışlarla ortaya konulabilen bir faaliyettir ve fiziki bir boyutu bulunmamaktadır. Hizmet, bir performans ve bir çabadır. Ölçülemez ve tanımlanamaz. Soyut olmaları nedeniyle hizmetler, bölünemezler. Kendisini oluşturan ve anlam veren unsurlarıyla bir bütündür. Hizmetler bölünemedikleri için ürünlerde olduğu gibi küçük parçalar halinde alınıp, denenemezler. Örneğin, bir sigorta poliçesi belli bir süreyi kapsar, bir saç traşını küçük miktarlara bölmek söz konusu olamaz.
- Hizmet, hizmeti üretenden ayrılamaz. Hizmetler üretildiği anda tüketilirler. Hizmeti sunanlar hizmetin bir parçasıdır. Bu nedenle benzer iki hizmetin kalitesini, hizmeti sunan çalışanın kalitesi belirler. Hizmeti üretenele, tüketen arasında yakınlık ve yüz yüze ilişki gerekir. Hizmet sektörü, emek yoğun bir sektördür. Araç, gerecin hizmet üretiminde katkısı bulunmakla beraber, insan faktörü, hizmet kalitesinde belirleyici rol oynamaktadır.
- Hizmetler stoklanamazlar. Hizmetin üretimi ve tüketimi eş zamanlı gerçekleşmektedir. Hizmetler çok nadiren ilerideki bir tüketimi karşılamak için önceden üretilebilirler. Bir otel işletmesi için satılmayan yatak, o gece için elde kalmış hizmet anlamına gelir. Dolayısıyla hizmet satışa sunulduktan sonra tüketilmemesi halinde ortaya çıkacak ekonomik kayıplar sonradan telafi edilemez. Ancak günümüzde üretim sektörü de hızla değişen müşteri istek ve tercihleri, teknolojik gelişmeler, stoklama maliyetleri nedeniyle stok seviyelerini düşük tutma eğilimindedirler.

- Hizmet standartlarının oluşturulması güçtür. Hizmetler, birbirinden çok farklıdır. Bazı hizmetlerde standartlaşmaya doğru bir eğilim varsa da pek çok hizmet türü için bu olanaksızdır. Hizmetlerin temel üretim şekli insan faaliyetleriyle gerçekleştiğinden, aynı kişinin üretip, sunduğu hizmetler bile birbirinden farklı olabilmektedir. Bu farklılık, zaman, hizmeti sunan, hizmeti alan, hizmeti sunan ve hizmeti alan arasındaki ilişki, içinde bulunulan koşullar gibi etkenlere bağlı olarak ortaya çıkmaktadır. Bu etkenler, hizmetin kalitesini önceden ve kesin olarak belirlemeyi, hizmeti standartlaştırmayı zorlaştırmaktadır. Tüketici, bir hizmetin niteliğini ancak satın aldıktan, hizmeti tükettikten sonra değerlendirebilir. Hizmetin üretimi tüketimi eş zamanlı gerçekleşmektedir. Hizmetin üretim süreci yüksek oranda görünür niteliktedir. Bu nedenle hataların ve kalite eksikliklerinin saklanması mümkün değildir. Hizmetleri standartlaştırmaya çalışmaktansa, müşteri odaklılık gereği hizmetleri kişiselleştirmek daha uygundur. Bu durumda hizmetlerin değişkenlik özelliği bir avantaja dönüştürülebilir.
- Sunulan hizmetin miktarı ile talep edilen hizmet arasında denge kurmak her zaman işletmenin elinde değildir. Talebin artması halinde hizmet arzı yetersiz kalırken, fazla hizmet arzı talep azaldığında ekonomik kayıplara neden olmaktadır. Hizmet sektörü çok dalgalı bir sektördür. Bu nedenle hizmet süreçleri, müşterilerin isteklerindeki değişimlere hızlı tepki verebilmek için esnek olmalıdır.
- Ürünlerin fiziksel dağıtım kanallarına ihtiyaç duymasına karşın, hizmetler, internet tanıtımları, broşürler, ilanlar gibi çeşitli yollarla tüketiciye ulaşabilmektedirler.

#### **1.2.4.3. Hizmetlerin Sınıflandırılması**

Değişkenleri ve esneklikleri nedeniyle hizmetleri sınıflandırmak pek kolay değildir. Kapsam ve türleri çok değişik olması nedeniyle farklı bakış açılarına göre hizmetler farklı şekillerde sınıflandırılabilir:

### 1.2.4.3.1. Hedef Pazara Göre Sınıflama

Bu sınıflamada hizmetin sunulduğu hedef grubun özellikleri ön plana alınmaktadır. Buna göre hizmetler, üç grupta incelenebilir:

- Birincisi; Kişisel ihtiyaçların karşılanmasına yönelik hizmetlerdir (Dinçer, 1996: 287). Bu hizmetlerde tüketiciler üretim sürecine dahil olmaktadır. Çünkü bu tür hizmetler üretim anında tüketilen hizmetlerdir. Bu hizmetlerin sağladığı fayda tüketiciler tarafından doğrudan algılanır. Sağlık, yolcu taşımacılığı, beslenme ve konaklama hizmetleri bu gruba dahil edilebilir.
- İkincisi; Eşya ile ilgili hizmetlerdir. Fiziksel nesnelerin müşteriler lehine değerini arttırmak için yapılan soyut faaliyetlerdir. Mal taşımacılığı, eşya tamirata, temizlik, araç bakımı gibi hizmetler örnek gösterilebilir.
- Üçüncüsü; Bilgiye dayalı danışma hizmetleridir. Değer yaratmak amacıyla bilgiyi toplama, yönlendirme, yorumlama ve aktarma hizmetleridir. Bu tür hizmetler tüketicilere doğrudan fayda sağlamazlar, ancak, tüketicilerin hayatını kolaylaştırmak yoluyla dolaylı faydaları vardır. Müşteriler üretim sürecine dahil olmayabilirler. Muhasebecilik, bankacılık, danışma, eğitim, sigorta, gazetecilik, hukuk hizmetleri bu tür hizmetlerdir (Özer ve Özdemir, 2007: 13-1).

### 1.2.4.3.2. Hizmet Üreticisine Göre Sınıflama

Bu açıdan hizmetler iki grupta incelenebilir:

- Üretimi insana dayalı hizmetler; Bu gruptaki hizmetler hizmeti sunanın niteliklerine göre üç grupta incelenebilir. Vasıflı elemanların ürettiği hizmetler (doktorluk), yarı vasıflı elemanların ürettiği hizmetler (laborantlık, tamircilik), vasıfsız elemanların ürettiği hizmetler (kapıcılık, kalorifercilik).
- Üretimi aletlere dayalı hizmetler; Bu hizmetler de, tam otomatik aletlere dayalı (otomatik araba yıkama, otomatik satış yapan içecek makineleri), otomatik olmayan ve vasıfsız işgücü gerektiren aletlere dayalı (taksi), uzman



kullanıcılar gerektiren aletlere dayalı (bilgisayarlı tomografi) olmak üzere üç grupta incelenebilir.

#### **1.2.4.3.3. Hizmet Alıcısına Göre Sınıflama**

Bu sınıflamaya göre hizmetler üretim sırasında alıcının orada hazır bulunup, bulunmamasına göre gruplandırılmaktadır:

- Üretim sırasında alıcının varlığının gerekli olduğu hizmetler (doktorluk, danışmanlık).
- Üretim sırasında alıcının varlığının gerekli olmadığı hizmetler (avukatlık, muhasebecilik).

#### **1.2.4.3.4. Ürün veya Hizmete Bağımlılığına Göre Sınıflama**

Buna göre hizmetler, iki grupta incelenmektedir:

- Bağlı hizmetler; Burada araba tamiri, lokantacılık, fotokopi ve bilgisayar bakım hizmetleri gibi bir ürünün satışına bağlı olan hizmetler ve ameliyat öncesi hazırlıklar gibi daha sonra sağlanacak bir hizmete bağlı olan hizmetler söz konusudur.
- Saf Hizmetler; Herhangi bir ürün veya hizmetin üretim veya satışına bağlı olmayan hizmetlerdir.

#### **1.2.4.3.5. Mülkiyete Göre Sınıflama**

Hizmeti sunan işletmelerin mülkiyetinin özel sektöre (lokantalar, kafeler) ya da kamuya ait (okullar, demiryolları, hastaneler) olmasına göre yapılan bir sınıflamadır (Dinçer,1996: 287-288; Küçükaltan, 2007: 32-33).

#### 1.2.4.4. Hizmet İşletmeleri

Sanayi üretimine yönelik işletmelerde ürünün fiziksel gerçeği, işletmenin tanımını ve değerlendirmesini yapabilmek için güçlü bir baz sağlarken, hizmet işletmeleri, hizmetin soyut niteliği nedeniyle böyle bir imkana sahip değildir. Ancak, genellikle hizmet işletmesi denildiğinde akla hizmetin pazarlandığı yerler gelmektedir. Bu tür işletmelere saf hizmet işletmesi denir. Hizmetin herhangi bir ürünle birlikte sunulması, faaliyetlerin odağını oluşturmadığı sürece, hizmet işletmesi niteliğini değiştirmez.

Hizmet işletmeleri, insanların ihtiyaçlarını karşılamak amacıyla, öncelikle hizmet üreten ve satan ekonomik birimlerdir. Çok çeşitli hizmet işletmeleri bulunmaktadır. Hizmetlerin sınıflandırılmasına göre hizmet işletmesi çeşitleri vardır. Ancak, genel olarak, hizmet işletmelerini şu şekilde sınıflandırabiliriz:

- Ağırhama hizmetleri: geçici ikamet ve yiyecek, içecek işletmeleri. Oteller, lokantalar vs.
- Ulaşım ve iletişim hizmetleri: havayolları, demiryolları, karayolları, telekomünikasyon.
- Tamir ve bakım hizmetleri.
- Kamu hizmetleri: altyapı hizmetleri, itfaiye, emniyet.
- Finansal hizmetler: bankacılık, sigortacılık.
- Teknik hizmetler: mühendislik, mimarlık.
- Danışmanlık hizmetleri: hukuk büroları, muhasebecilik, yönetim danışmanlığı.
- Eğlence hizmetleri: sinema, tiyatro, gece kulüpleri.
- Sağlık hizmetleri: hastaneler, sağlık kabinleri, laboratuvarlar, tıbbi görüntüleme merkezleri.

Bunların dışında vakıflar gibi kar amacı gütmeyen toplum hizmeti sunan işletmeler de hizmet işletmeleri içinde yer almaktadır.

Hizmetlerin kendine has özelliklerine bağlı olarak hizmet işletmeleri de sanayi işletmelerine göre bazı farklılıklar gösterir. Hizmetlerin soyut olması ve stoklanamaması nedeniyle envanter yapılamaz. Satış artırma planları yapılacaksa, kapasitesini de arttırmak zorundadır. Genellikle bu değişiklikler uzun zaman gerektirir (Dinçer,1996: 288-292). Hizmet tüketiminin isteğe bağlı oluşu, ürünlere oranla hizmetlerdeki talep artışını kişi başına gelire daha bağımlı hale getirmektedir. Bu nedenle hizmet sektöründe pazar geliştirmenin daha zor olduğu söylenebilir (İslamoğlu, 2008: 316). Hizmet işletmeleri emek yoğun işletmelerdir.

Hizmet işletmelerinin amaçları miktar ve kalite ölçüleriyle sınırlı olarak tanımlanabilir. Hizmet işletmelerinde kalite standartlarını belirlemek oldukça zordur. Çünkü hizmetin müşteriye vereceği doyum öznedir. Örneğin, bir doktorun hastalarının her birine sağlayacağı hizmet miktarını ölçmek kolay değildir ve günlük kapasitesinin tam olarak ne olacağı önceden kestirilemez. Bu nedenlerle hizmet işletmelerinde amaçlar, genellikle kabaca belirlenir.

Hizmet işletmelerinde saydığımız özelliklere bağlı olarak maliyet hesaplamalarının yapılması da oldukça zordur. Bu durum, birim fiyatların belirlenmesini de zorlaştırır.

Hizmet işletmeleri, üreten ile satan arasında doğrudan ilişki gerekli olduğu için çoğunlukla pazara yakındır. Bu durum, hizmet işletmelerine faaliyet alanını kısıtlaması bakımından olumsuz etki ederken, müşteri ve rakiplere yakın olması nedeniyle üstünlükler de sağlamaktadır.

Hizmet işletmeleri sanayi işletmelerine göre göreceli olarak küçüktür ve daha sınırlı bir alanda faaliyet göstermektedirler (Dinçer, 1996: 288-292). Ancak, hizmet işletmeleri de hızla dünyanın değişik bölgelerinde yayılıp, faaliyet göstermeye başlamıştır. Özellikle son yıllarda, ülkemizde faaliyet gösteren yabancı hizmet işletmeleri önemli artış göstermektedir. Reklam, danışmanlık ve hızlı yemek sektörlerinde görülen yabancı tabelalar artmaktadır. Bunun anlamı bu sektörde de

rekabetin arttığı ve işletmelerin büyümeye olan ihtiyaçlarının giderek önem kazanacağıdır (İslamoğlu, 2008: 316).

#### **1.2.4.5. Hizmet İşletmelerinde Toplam Kalite Yönetimi Uygulamaları**

Bir hizmet işletmesinin kendisini farklılaştırmasının belli başlı yollarından biri, sürekli olarak rakiplerinden daha yüksek kalitede hizmet sunmasıdır. Günümüzde pek çok hizmet işletmesi toplam kalite anlayışını benimsemiştir. İşletmeler, hizmet kalitesine önem vermenin daha yüksek satışlara ve kara neden olan bir avantaj sağladığını bilmektedir. Kalite, bir satış geliştirme çabası olarak da algılanmaktadır (Küçükaltan, 2007: 57-58). Hastaneler, süpermarketler, ulaşım şirketleri ve eğitim kuruluşları artan rekabet ortamında müşterilerine bekledikleri hizmeti sunabilmek için TKY' yi alternatif bir yönetim tarzı olarak görmektedirler (Boz, 2007: 106). İşletmeler, hizmet kalitesinin sağlanmasında gerekli olan tüm dinamikleri harekete geçirerek, işletme hedeflerine ulaşma gayretinde olacaklardır (Aydın, 2007: 261).

Hizmet sektöründe çalışanlar ve müşteriler arasında yakın bir ilişki vardır. Toplam kalite, tüm bireylere yayılarak, hem çalışanları, hem de müşterileri sorumlu kılan bir sistem olarak düşünülmelidir. Kaliteyi elde etme hiç bitmeyen, günümüzde bütün hizmet işletmelerinin gerçekleştirmesi gereken bir yolculuktur.

Soyut olan kalite ve hizmet kavramlarını bir araya getiren hizmet kalitesi, işletmenin ve hizmetlerinin tüketicide yarattığı göreceli düşüklük ve yükseklik algısı olarak tanımlanabilir (Küçükaltan, 2007: 57-71).

Hizmet bağlamında kalite, müşteriye doğru hizmeti doğru zamanda ve doğru fiyat ile sunmaktır. Hizmet kalitesi, hizmet işletmesinin müşterilerin isteklerini karşılayabilme yeteneği ya da müşterinin tatmin edilmesi olarak da tanımlanabilir. Müşteri tatmini ise, beklentiler ile gerçek deneyimi arasındaki uyum derecesi olarak ifade edilebilir (Boz, 2007: 102-103).

Hizmet kalitesiyle ilgili tanımların ortak noktası, hizmet kalitesinin tüketicinin beklentilerini karşılamaya yönelik olmasıdır. Hizmet kalitesinde anahtar nokta, müşterilerin hizmet kalitesi beklentilerini aşmaktır. Bu beklentiler, geçmiş deneyimlere, işletmenin imajına, reklamlara, müşterilerin eğitim ve sosyo-ekonomik profiline bağlı olarak oluşmaktadır. Müşterilerin beklentileri, bir ölçüde kişilik yapılarıyla da ilişkilidir. Zor beğenen bir müşteri ile memnun edilmesi daha kolay bir müşterinin kalite beklentisi de farklı olacaktır. Müşteri beklentileri, değişik hizmet sektörlerinde de farklılık gösterir. Örneğin, bankacılık sektöründe müşteri tatmini daha kolay iken, turizm sektöründe çeşitli hizmet bileşenlerinden oluşması nedeniyle daha zordur. Kalite, tüketicinin umduğu ile bulduğunun örtüşmesidir. Müşteri beklentileriyle, hizmet sunanların hizmet beklentileri algılayışları arasında da fark vardır. Kalitenin göstergelerinden biri müşteri sadakatidir. Bu nedenle üreticinin kalite amacı, sıfır hata ise, hizmet sunanların amacı da sıfır müşteri kaybı olmalıdır. Bu da müşteri tatmini ile sağlanabilmektedir.

Hizmet işletmeleri müşterilerin beklentilerini belirlemelidir. Hizmet kalitesini belirlemek, ürün kalitesini belirlemekten daha zordur. Aynı zamanda da maliyetlidir. Bununla birlikte, hizmet yatırımları da sağlanan müşteri sadakati ve artan satışlarla gerçekleşmektedir. Hizmet işletmelerinin çalışanlarına ne sunacaklarını, müşterilerine de ne alacaklarını açıkça belirtmesi önemlidir.

Hizmet işletmelerinde standart bir kalite kavramından bahsetmek oldukça zordur. Hizmetin soyut niteliği, önceden denenemeyişi, yani üretim ve tüketimin eşzamanlı olması müşteri beklentilerini farklılaştırmaktadır. Bu durum, kaliteli hizmet ürettiğini sanan işletmecinin müşteri tatminini sağlayamamasına neden olabilmektedir.

Hizmetin kalitesinde, hizmeti sunan çalışanlar ve araç- gereçler de önemlidir. Çalışanların verdiği hizmetin kalitesi, hizmet sunumunda kullanılan araç-gereci fark etmemizi sağlar. Kullanılan araç-gerecin kalitesi iyi olsa bile, hizmeti sunan kişilerin yeterli eğitimini olmaması veya işini severek yapmaması müşteri tatminini olumsuz etkileyebilmektedir. Eğitimli ve kaliteli çalışanlarla kaliteli hizmet sunumu

sağlanabilmektedir (Küçükaltan, 2007: 57-71). Emek yoğun işletmeler olan hizmet işletmelerinde kalitenin sağlanmasında çalışanlar önemli rol oynamaktadır. Müşterilerle yüz yüze etkileşimde bulunan çalışanların sözleri, davranışları, giyimi, tutumu, konuşma şekli hizmet kalitesinin belirlenmesinde etkili olmaktadır.

### **1.2.5.1. Hizmet Kalitesinin Ölçümü**

Kalitenin ölçülmesi, gerek ürünler gerekse, hizmetler için olsun, hiçbir zaman kolay olmamıştır. Ancak, ürünlerle kıyaslandığında hizmet kalitesinin ölçülmesi daha zor ve karmaşıktır. Hizmetlerin, soyutluk, değişkenlik, ayırt edilememe gibi özelliklerinden dolayı kalite ölçüm standartlarının belirlenmesi güçleşmektedir. Bu zorluklara rağmen, hizmet kalitesinin belirli aralıklarla ölçümü bir gerekliliktir. “Ölçemezsen, geliştiremezsin” ilkesi, kalite seviyesinin ölçülmesinin önemini ifade etmektedir. Hangi alanlarda aksamalar olduğunun tespit edilmesi için de ölçüm yapılması gereklidir. Zayıf yanlar belirlenerek, güçlendirilebilmesi için gerekli adımlar atılacaktır. Kalite geliştirme çabalarının başarısı da ölçüm faaliyetleri sonucunda belirlenebilecektir.

Hizmet kalitesinin ölçülmesine yönelik olarak araştırmacılar tarafından, çok sayıda yöntemin önerilmiş olduğu görülmektedir. Bazı ölçme yöntemlerinin uygulanması ve anlaşılması kolay iken, bazı yöntemlerin ise uygulanması zor ve karmaşık olduğu görülmektedir. Yöntemler sonucunda elde edilen bilgiler de farklılıklar göstermektedir. Bazı yöntemler işletmenin performans seviyesi hakkında bilgi üretirken, bazıları müşteri beklentileri, bunların önem derecesi, hizmet üretim süreçleri hakkında bilgi üretmektedirler. Burada, birbirinden farklı amaçlarla ve yaygın olarak kullanılan ölçüm yöntemlerine değinilecektir.

İşletme yöneticilerinin ve çalışanların bakış açılarıyla işletmelerin hizmet kalitelerinin ölçülebilmelerine yönelik olarak Caruana ve Pitt tarafından geliştirilen nitelik temelli bir ölçek, INTQUAL ölçeğidir. Hizmet işletmelerinde kaliteyi, hizmet güvenilirliği ve hizmet beklentileri yönetimi boyutuyla ölçen bir araçtır. INTQUAL ölçeği, kaliteli hizmet için yönetimin uygulaması gereken içsel faaliyetlere

odaklanmaktadır. Ölçek, hizmet kalitesini ölçmeyi amaçlayan, 17 adet ifadeyi içermektedir. Her ifade için 1’den 7’ye kadar derecelendirme yapılmaktadır. Elde edilen toplam değer, işletmenin hizmet kalite düzeyi hakkında bir fikir vermektedir.

Müşterilerin bakış açılarını temel alan nitel hizmet kalitesi ölçüm araçlarından biri SERVQUAL, en fazla ilgi çeken yöntem olmuştur (Akbaba, 2007: 316-325). Parasuraman, Zeithalm ve Berry tarafından geliştirilen, SERVQUAL modelinde müşteri beklentilerini ve algılarını ölçmek, böylece hizmet kalitesine yönelik kavramsal bir model oluşturmak amaçlanmıştır. Yöneticiler ve müşterilerle görüşmeler yapılarak modele ilişkin veriler toplanmış, ortaya çıkan yargılar “Kavramsal Hizmet Modeli”ni oluşturmuştur (Özkul, 2007: 128).

Modele ilişkin verileri toplamak için 22 sorudan ve dört bölümden oluşan bir anket uygulanmaktadır. İlk bölümde müşterilerin hizmet kalite özelliklerine verdiği önemin derecelendirilmesi amaçlanmaktadır. İkinci bölümde, müşterinin işletme için mükemmeliyet önermesinin gerekliliği, üçüncü bölümde, hizmet alınan işletmenin belirtilen önermeyi taşıyıp taşımadığı, dördüncü bölümde ise katılımıyla ilgili anketin değerlendirilmesinde yararlı olacak bilgiler saptanmaktadır (Küçükaltan, 2007: 60). Böylece müşterilerin hizmetten beklentileri ile hizmeti sunan işletmelerin uygulamaları arasındaki farklar belirlenmektedir. Bu farkları şöyle özetlemek mümkündür:

- Fark 1: Müşteri beklentileri ile yönetim algılaması arasındaki fark.
- Fark 2: Yönetim algılaması ile hizmet kalite standartları arasındaki fark.
- Fark 3: Hizmet kalite standartları ile sunulan hizmet arasındaki fark.
- Fark 4: Sunulan hizmet ile vaat edilen hizmet arasındaki fark.
- Fark 5: Beklenen hizmet ile algılanan hizmet arasındaki fark.

Parasuraman ve arkadaşları fiziksel özellikler, güvenilirlik, heveslilik, güvence ve empati olarak adlandırılan, müşteri beklentileri ile algılamaları arasındaki farkı yedili bir ölçekle ölçen ve hizmet kalitesini belirleyen beş boyut ortaya çıkarmışlardır. SERVQUAL sonuçları, müşteri beklentileri çerçevesinde hizmetin iyi

ya da kötü yanlarını belirlemek amacıyla kullanılmaktadır. SERVQUAL ölçüm aracı, sağlık hizmetleri, otomobil hizmetleri, seyahat, bankacılık gibi geniş bir alanda uygulanmıştır. Bu ölçüm aracının sıklıkla ve geniş bir alanda kullanılmasının nedenleri, yöntemin basit ve anlaşılır olması, hizmet işletmeleri için çok değerli bilgileri düşük maliyetlerle sağlaması ve pek çok araştırma sonuçlarının hizmet kalitesi ölçümünde SERVQUAL'in geçerli bir ölçüm aracı olduğunu desteklemesidir (Özkul, 2007: 128-132).

Birçok araştırmacı SERVQUAL modelini temel alarak, farklı hizmet kalitesi ölçüm araçları geliştirmişlerdir. Bazı araştırmacılar, geliştirdikleri ölçüm araçlarının belirli bir hizmet alanı için daha sağlıklı sonuçlar vereceğini, bazı araştırmacılar da geliştirdikleri araçların SERVQUAL modelinin aksayan yönlerini ortadan kaldıracığını ileri sürmüşlerdir (Akbaba, 2007: 316-325).

Hizmet kalitesinin ölçülmesine yönelik farklı bir yaklaşım, Kritik Olaylar Yöntemidir. Yöntemin ortaya çıkışı, Flaganan'ın 1954 yılında iş performansı ile ilgili kritik gereklilikleri belirlemek amacıyla yaptığı çalışmalara dayanmaktadır. Bununla birlikte, yöntemin algılanan hizmet kalitesinin ölçümünde kullanılmak üzere geliştirilmesi, Bitner, Nyquest, Booms ve Tetreault'un 1980 ve 1990'lı yıllardaki çalışmaları ile olmuştur. Bu yöntem, müşterilerin hizmetten yararlanırken, hizmet verenlerle etkileşimleri esnasında yaşadıkları tatmin edici ya da tatminsizlik yaratıcı deneyimlerin, kritik olayların toplanması ve sınıflandırılmasına dayanmaktadır. Kritik olaylarla ilgili veriler, gözlemler, müşterilerle görüşmeler, formlar yoluyla toplanmaktadır. Daha sonra olaylar, içerik analizi yardımıyla aşama aşama gruplandırılmaktadır.

Hizmet işletmeleri faaliyet gösterdikleri alan için en uygun olan, ihtiyaç duydukları alanlarda veri sağlayabilecek ve kolaylıkla uygulayıp, değerlendirebilecekleri ölçüm yöntemini tercih etmelidirler (Akbaba, 2007: 322-25).



### 1.2.5. Kamuda Toplam Kalite Yönetimi Uygulamaları

Sağlık Bakanlığına bağlı hastanelerde TKY uygulamalarına geçmeden önce, bu hastanelerin kamu kuruluşları olması nedeniyle kamu kuruluşlarında TKY uygulamalarına kısaca değinilecektir.

Ulusal ve uluslararası düzeyde, özel sektörde benimsenmiş TKY uygulamalarının bazı güçlüklerle rağmen kamu kurumlarında da uygulanması mümkündür. Kamu kuruluşlarında TKY uygulamaları, yalnız bu kuruluşlarda etkili ve verimli çözümler üretmek için değil, devletin, devlet ve toplum ilişkisinin ve kamusal alanın yeniden tanımlanmasında da kullanılabilir bütüncül bir felsefedir.

Kamu yönetimi büyük ölçüde siyasal bir çevre ile kuşatılmıştır. Bu yönüyle siyasi etkileşimlere açık bulunmaktadır. Siyasette istikrar ve kalite sağlanabilmesi durumunda kamu yönetiminde kalite daha kolay sağlanabilecektir (Ergun, 1999: 5).

TKY uygulayan kamu kurumları, TKY'nin müşteri odaklılık ilkesine göre hizmet sunacaklardır. Burada müşteri, çoğunlukla vatandaşı temsil etmektedir. Kaynak yönetimi standartlara göre düzenlenmiş ve vatandaş odaklı hizmet sunan bir kamu kurumunun hantal kamu kurumlarıyla farklılığı açık olarak göze çarpar. Kamu kurumlarındaki yoğun bürokratik prosedürler nedeniyle dökümantasyon sistemi zaten uygulanmakta ve kayıtlar tutulmaktadır. Bu yönüyle kamu kurumları özel sektöre göre TKY uygulamalarına daha kolay adapte olabilmektedir. Kamu kurumlarının zorlanabileceği noktalar, özel sektör kuruluşlarının daha yatkın olduğu müşteri odaklılık, sürekli iyileştirme ve etkili kaynak kullanımı olabilir (Işık, 2009: 86-87).

Bilindiği gibi, Weber'in bürokratik örgütlenme modeline dayalı, yönetim anlayışı 1980'lere gelinceye kadar geniş bir uygulama alanı bulmuştur. Geçen yüzyılda, özellikle Sanayi Devrimi öncesinde devletin kamuya yönelik olarak sunduğu hizmetler sınırlıdır. Bu dönemde kamusal hizmetler temelde güvenlik olmak üzere sınırlı ölçüde eğitim, sağlık ve bazı yerel nitelikli hizmetlerden ibarettir. Ancak Sanayi Devrimi ve Fransız İhtilali'nin ardından bir yandan eskiye göre daha aktif

hareketli, hakkını arayan vatandaş profili oluşmuş, diğer yandan da daha yoğun biçimde kamusal etkinliği olan, sosyal ve ekonomik hayatın her alanında varlık gösteren kamu yönetimi anlayışı gelişmiştir. 20. yüzyılın son çeyreğine kadar egemen olan bu anlayışla kamu kurumları çeşitlenmiş, hizmetler tür ve hacim bakımından artmıştır (Bilgiç, 2003: 25-26).

1980’li yıllarla birlikte birçok ülkenin kamu sektöründe gözle görülür değişimler yaşanmaya başlamıştır. Genel anlayışa göre, 1970’li yılların sonlarına kadar kamu sektörü, kendi iç dinamiklerine yönelik olarak çalışan, ekonomik unsurları ön planda değerlendirmeyen, vatandaşların istek ve beklentilerini doğrudan dikkate almayan ve kamu politikalarının oluşumunda diğer aktörlere yeteri kadar söz hakkı vermeyen bir yapı içinde hareket etmekteydi. Ancak 1980’li yıllarla birlikte bazı batılı ülkelerde muhafazakar iktidarların iş başına gelmeleriyle birlikte yeni sağ politikalar gündeme gelmiş ve tüm dünya ülkelerinde kamu sektörlerini az ya da çok etkileyecek bir reform sürecine girilmiştir.

Kamu hizmetlerinin yapı, işleyiş ve sunumlarında önemli değişiklikler gündeme gelmiştir. Neo-liberalizm, yeni kamu yönetimi olarak da adlandırılan bu anlayışın temelinde, özelleştirme, rekabetçi alternatifler, ve pazar temelli bazı yöntemlerle devletin ana fonksiyonunun direk hizmet sunumu olmaktan çıkartılıp, düzenleyici, denetleyici ve yol gösterici bir duruma getirilmesi yatmaktadır (Balcı, 2003: 5-6).

Tüm bu nedenler özel sektör patentli olan TKY’nin kamu yönetiminde de uygulanmaya başlanmasına yol açmıştır. TKY’nin kamu yönetiminde uygulanabilirliği konusunda yönetim bilimi literatüründe iki ana eğilim görülmektedir. Birinci gruptakiler TKY’nin kamuda uygulanabileceğini savunmaktadırlar. Bunlar TKY’nin kamu sektörünün değerlerini ve perspektifini genişleteceğini, kamu hizmetlerini etkinleştirip, kamu yararını arttıracaklarını iddia etmektedirler. Bunun ise TKY’nin kamuya uyarlanmasıyla mümkün olabileceğine işaret etmektedirler. İkinci gruptakiler ise kamu sektörünün özel sektörden amacı ve doğası gereği farklı olduğunu, TKY uygulamalarının kamu yönetiminde başarısız olacağını iddia etmektedirler. Ancak literatürde bu görüşe sahip olanlar küçük bir

orandadırlar. Connor'un 1997'de yaptığı bir indeks taramasında TKY ile ilgili saptanan 6500 makalenin 250 tanesinin doğrudan TKY'nin kamu kurumlarında uygulanması ile ilgili olduğu, bunlardan %90'ının olumlu sonuçlara vardığı tespit edilmiştir.

1980'lerin ikinci yarısından itibaren TKY, başta İngiltere ve ABD olmak üzere Kanada, Avustralya, Yeni Zelanda, Brezilya ve birçok Avrupa ülkesinde giderek artan bir şekilde kamu kurumlarında uygulanmakta ve başarılı sonuçlar alınmaktadır ( Nohutçu, 2003: 231-242).

Günümüzde dünyada yaşanan gelişmelere paralel olarak yaşanan değişimler, ülkemizde de devletin görevlerinde kapsam ve içerik değişikliğine neden olmuştur. Devlet, eskiden sahip olmadığı birtakım yeni görevleri üstlenmek durumunda kaldığı gibi, eskiden beri yapmakta olduğu görevlerin kapsamını genişletmiştir. Devletin yeni sorumlulukları, devletin belli temel değerleri gerçekleştirmedeki rolü hakkında değişen kamuoyunun bir sonucudur. Kamuoyu giderek daha bilinçlenmekte ve vatandaşlar ödedikleri vergilerin karşılığında kamu yönetiminden daha nitelikli hizmet beklemektedirler. Vatandaşlar giderek artan biçimde kalitenin bir hak olarak istenmesi gerektiğini öğrenmektedir. Aynı bilincin, kamu kuruluşlarında ve bu kuruluşların yöneticilerinden başlayarak tüm çalışanlarında da görülmesi gerekmektedir (Ergun, 1999: 5).

1990'lı yıllardan itibaren Türkiye'de kamu sektöründe TKY uygulamalarının başlayıp, giderek artan hızla yayıldığı görülmektedir. Bunu gerisinde yatan nedenler biri, 1980 yılından itibaren Türkiye'de içe dönük "ithal ikameci" ekonomik politikalardan, dışa dönük "ihracat odaklı" liberal politikalara geçiş yapılmış olması, bu süreçte Dünya Bankası (WB), Uluslararası Para Fonu (IMF) gibi uluslararası kuruluşlarında etkisiyle yeniden yapılanma zorunluluğu doğmasıdır. Diğer nedenler ise teknolojik gelişmeler, küreselleşme, uluslararası yoğun rekabet nedeniyle içten ve dıştan gelen talepler olarak çoğaltılabilir.

Türkiye’de kamu sektöründe TKY ilk olarak 1995 yılında yerel yönetimlerde Değirmendere Belediyesi’nde başlamış, bunu Kadıköy, Aydın, Bodrum ve İzmir Büyükşehir Belediyesi takip etmiştir. Merkezi yönetim düzeyinde ise ilk olarak Sanayi ve Ticaret Bakanlığı’nda başlamış, ardından başta Milli Eğitim Bakanlığı, Devlet İstatistik Enstitüsü, Devlet Planlama Teşkilatı, Sosyal Sigortalar Kurumu, Devlet Su İşleri, bazı askeri kuruluşlar ve üniversitelerde olmak üzere hızla yayılmaya devam etmektedir.

TKY’nin kamuda uygulanmasında sorunlarla karşılaşılmasına rağmen, başarılı sonuçlar alınmaktadır. Başarının artabilmesi için Türkiye’de olduğu gibi kurumsal ve yerel uygulamalar yerine, gelişmiş ülkelerde uygulandığı gibi, devlet denetiminde, sistematik ve bütünsel yaklaşımlar gerekmektedir. TKY’nin özel sektörde olduğu gibi, kamuda da örgütlerin verimliliğini, performansını, etkinliğini ve ürün-hizmet kalitesini arttırdığı yadsınamaz bir gerçektir. TKY’nin kamuda başarılı olarak uygulanması ile vatandaş memnuniyeti artacak vatandaş ile devlet arasındaki bağlar güçlenecektir (Nohutçu, 2003: 244-251).

### **1.2.5.1. Kamu Kuruluşları ve Kamu Hizmetleri**

Geçmişten günümüze insan topluluklarının bulunduğu her yerde bir siyasi otoriteye ve buna bağlı olarak zorlayıcı bir güce sahip bir kurum olan devlet toplum hayatını düzenlemek ve toplumun ihtiyaçlarını karşılamak için birtakım kurallar koymuştur. Toplumun ihtiyaçları; yemek, içmek, giyinmek gibi özel ihtiyaçlar ve eğitim, sağlık, ulusal savunma gibi kamu kesimi tarafından karşılanan toplumsal ihtiyaçlardır (Işık, 2009: 86). Günümüzde toplumun kamu hizmetleri konusunda beklentileri yükselmiştir. Kamu hizmetlerinin hacim, çeşit ve miktarı artmış, bu artış ise, kamu hizmetlerinin daha duyarlı ve kaliteli hale getirilmesini zorunlu kılmıştır.

Toplumun ihtiyaçlarını karşılayan özel girişimler tarafından kurulan, temel amacı, kar elde etmek olan özel sektöre karşın, kar amacı gütmeyen kamu düzenini sağlamak ve sürdürmek amacıyla kurulan kuruluşlar da kamu sektörünü oluşturmaktadır. Kamu ve özel sektör kuruluşları arasında bazı temel farklılıklar

bulunmaktadır. Özel sektörde rekabet söz konusu iken, kamuda genellikle tek hizmet sunucu olduğundan rekabetten söz edilemez. Kamu kuruluşlarının en ayırt edici özelliği aşırı bürokrasinin varlığıdır.

Kamu hizmeti, bir kamu kurumunun kendisi tarafından ya da yakın gözetimi altında özel sektör aracılığıyla sağladığı hizmettir. Kamu hizmetlerinin özellikleri şöyle sıralanabilir (Ay ve Gülgün, 1999: 250-255).

- Kamu hizmetlerinde tarafsızlık ve eşitlik esastır.
- Kamu hizmetleri genel, bölgesel, yerel olabileceği gibi belirli bir kesime de yönelik olabilir.
- Kamu hizmetlerinde genelde tek hizmet sunucu vardır.
- Kamu hizmetleri, ücretli olabileceği gibi ücretsiz de sunulabilmektedir.
- Kamu hizmetleri çok çeşitlidir (sağlık, eğitim, güvenlik, bayındırlık gibi).
- Kamu hizmetleri sürekli ve düzenlidir.
- Kamu hizmetleri yasalara ve biçimsel kurallara göre yürütülmektedir.
- Kamu hizmetleri, büyük boyutlu organizasyonları zorunlu kılmaktadır.

#### **1.2.5.2. Kamuda TKY Uygulamasının Gerekçeleri**

Kamuda TKY uygulamalarına geçilmesinin gerekçelerini şu şekilde sıralamak mümkündür (Balcı,1999: 60-76):

Değişimin gerekliliği: Günümüzde yaşanan hızlı değişime kamu sektörünün ayak uyduramayıp, geri kalmış olması, hizmetlerin taleplere cevap verebilecek seviyede olmayışı.

Vatandaşların kamu hizmetlerinin kalitesi hakkındaki endişeleri: Vatandaşların kamu hizmetlerinin kalitesiyle ilgili beklentilerinin artmış olması.

Küçülen bütçeler ve artan tasarruf kaygıları: Kamu sektörünün artan ihtiyaçlara cevap verebilmek için büyümesi sonucu maliyetlerde büyük artışlar meydana

gelmiştir. Sınırlı kaynakların etkin kullanımının sağlanabilmesi TKY ile hizmet kalitesinin artırılması ve maliyetlerin düşürülmesi ile mümkün olabilmektedir (Nohutçu, 2003: 231-242).

Verimliliğin artırılmasının gerekliliği: TKY, ürün ve hizmetlerde kalitenin artırılmasına yönelik düzenlemeleriyle beraber, verimlilik artışını hedefleyen temalar da içermektedir.

Çalışan bağlılığının sağlanabilmesi: TKY'nin çalışanlara yönelik olumlu uygulamaları ile kamudan özel sektöre daha cazip koşullar nedeniyle geçişler önlenilmekte, kamu sektörü de çalışanlar açısından cazip hale getirilebilmektedir (Balcı, 1999: 60-76).

### **1.2.5.3. Kamuda TKY Uygulamalarında Karşılaşılan Sorunlar**

Ürün-hizmet ikilemi: TKY ilk olarak üretim işletmelerine özgü olarak düzenlenmiş ve buna göre şekillenmiş bir tekniktir. Çoğu kamu kuruluşu ise, ürün yerine hizmet sunmaktadır. Bununla birlikte, TKY, hizmet sektöründe de başarıyla uygulanmaktadır.

Müşteri-vatandaş ikilemi: TKY'nin temel ilkelerinden biri müşteri odaklılıktır. Ancak, kamu hizmetlerinden yararlanan vatandaşları müşteri olarak tanımlamak, devletin vatandaşına karşı sorumluluklarını içermemesi ve kamu hizmetlerinin her zaman ücret karşılığında verilmemesi ya da hizmet bedellerinin vergi mükellefleri gibi üçüncü kişiler tarafından karşılanması nedeniyle çok yerinde olmamaktadır. Müşteri ifadesi, vatandaşlar tarafından da olumlu karşılanmamaktadır. Ancak, sonuç olarak hizmetten yararlananların memnuniyeti ve beklentilerinin karşılanması esas olduğundan örneğin; hizmetten yararlananların hastanede hastalar, okulda öğrenciler olarak adlandırılması, kapsamı ve amacı beklentilerin karşılanması olduğu sürece, sonucu değiştirmeyecektir (Nohutçu, 2003: 245-247).

Süreç odaklı ve çıktı odaklı olma ikilemi: TKY, süreç odaklıdır. Ancak, kamu hizmetleri yasalar ve bürokratik kurullarla belirlenen sonuçlar üzerinde yoğunlaşmaktadır. Kamuda süreç odaklı olmanın hedeflerin uzun vadeli olmasını engelleyeceğini öne süren bir kısım eleştirilere rağmen, uzun vadeli amaçlara ulaşabilmek için de süreçlerin analizinin gerekli olması nedeniyle kamu hizmetlerinin de süreç odaklı olarak yürütülmesi mümkündür.

Kamunun yapısından kaynaklanan sorunlar: Kamu kuruluşlarında bürokratik yapı nedeniyle değişime karşı daha fazla dirençle karşılaşmaktadır. Kamu sektöründe yapılan işlerde performans gözetilmemektedir. Kamu kuruluşlarına bütçeden yıllık kaynak ayrılmaktadır. Bu süre içinde hizmet alanların sayısının artması ya da azalması bu kaynağın miktarını değiştirmemektedir. Kamu sektöründe yöneticilerin hareket alanları siyasi ve bürokratik nedenlerle kısıtlıdır (Hayran ve Uz, 1998: 158).

Kamu sektöründe çalışma kültüründen kaynaklanan sorunlar: Bir örgütün kültürü çalışanların davranışlarını belirler. Örgüt kültürü, gelişip, güçlendikçe, davranışlar üzerindeki etkisi artar. TKY uygulanmasına geçilmesi, genellikle yeni bir kültüre geçilmesi anlamına gelmektedir. Kamuda bu kültürel değişim zor olmakla beraber, mümkündür. TKY kültürü geliştikçe kültürel değişimi de sağlayacaktır. Kamuda hiyerarşik yapıda üst kademelerde bulunanlar alt kademelerle yetki ve sorumluluk paylaşımına isteksizdirler (Balcı, 1999: 60-76).

TKY'nin devlet-toplum ilişkilerinde veya kamu hizmetlerinde uygulanmasından temel beklentiler yapısal ve kültürel bir dönüşüme işaret etmektedir. Bunlar, hiyerarşik bir örgüt yapılanmasından ekiplere dayalı bir yapılanmaya, birimler arası sınırlamalardan işbirliği ve iletişimin arttırılmasına, içe dönük bir hizmet anlayışından vatandaşa dönük bir hizmet anlayışına, çalışan değerlemesinde sayısal ölçümlerden performans değerlendirmeye, statükonun korunmasından değişimin hedeflenmesine geçişle gerçekleştirilebilecek dönüşümlerdir. Bütün bunlar TKY ile sağlanabilecek kültür değişimi ile mümkündür.

Bürokratik kültürden, vatandaşların ihtiyaçlarının en iyi şekilde karşılanmasını hedefleyen hizmet kültürüne geçiş sağlanmalı ve bu sürekli hale getirilmelidir. Bürokratik yapıların kültürel dönüşümü basit bir programdan daha fazlasını gerektirmektedir. Böyle köklü dönüşümler uzun süreli sabır ve disiplin sayesinde gerçekleştirilebilirler (Tosun, 1999: 90).

Yeni kamu yönetimi anlayışı, 1980’li ve 1990’lı yıllarda birçok ülkede gerçekleştirilen sağlık sektörü reformlarını da tetiklemiş ve derinden etkilemiştir. Yeni kamu yönetimi anlayışı ve uluslararası aktörlerin teşvik, yönlendirme ve katkılarıyla tüm dünyada kamu sektörü düzeyinde geniş yansımalar bulan yeni yaklaşımlar birçok sektörü olduğu gibi sağlık sektörünü de önemli ölçüde etkilemiştir. Özel sektörün sağlık hizmetlerinde daha fazla rol almaya başlaması, pazar temelli yaklaşımların kamu sistemlerine yansması, devlet- özel sektör ortaklıkları, sağlık alanında rekabetin teşvik edilmesi, daha fazla özerklik ve desantralizasyon sağlanması bu yaklaşımların başlıca örnekleri arasında bulunmaktadır. Verimlilik, kalite, etkililik, müşteri odaklılık, performans yönetimi gibi yeni kamu yönetiminin vurgulamakta olduğu konular birçok ülkede sağlık sistemlerinde uygulamaya konulmuştur (Balcı, 2005: 5-6).

Sağlık hizmetlerinin sunuluş biçimi, ülkelerin sosyoekonomik kalkınmışlık düzeylerini belirleyen en önemli göstergelerdir. Sağlık hizmeti veren kuruluşların kalite yönetimini sistematik olarak gerçekleştirmesi özellikle de TKY’yi sağlık hizmetleri sunumunda esas almaları gerekmektedir (Akgün ve Öztürk, 2002).

İkinci bölümde ülkemizde sağlık hizmeti veren kuruluşlardan Sağlık Bakanlığı’na bağlı hastanelerde TKY uygulamalarının başlangıcına, bu süreçteki gelişmelere, elde edilen sonuçlara değinilecek ve uygulamalar sırasında karşılaşılan engeller üzerinde durulacaktır.



## İKİNCİ BÖLÜM

### SAĞLIK BAKANLIĞI'NA BAĞLI HASTANELERDE TOPLAM KALİTE YÖNETİMİ UYGULAMALARINDA KARŞILAŞILAN ENGELLER

#### 2.1. Sağlık Bakanlığı'na Bağlı Hastanelerde Toplam Kalite Yönetimi

Üretim ve diğer hizmet sektörlerinde TKY uygulamalarındaki başarılı sonuçlar sağlık hizmetleri sektörünü de harekete geçirmiş ve 1980'li yıllardan başlayarak özellikle gelişmiş ülkelerde hastanelerde TKY'ye geçişte hızlı bir yayılma gerçekleşmiştir.

Sağlık hizmetlerinde TKY'ye ihtiyaç duyulmasında rol oynayan sebepler (Çoruh,1994: 2; Asunakutlu, 2004: 27);

- Dünyadaki teknolojik ve ekonomik gelişmelere paralel olarak bireylerin satın alma gücünün artması. Buna bağlı olarak sağlık hizmetlerinde kalite beklentisinin yaygınlaşması,
- Sağlık sektöründe rekabet ortamının oluşmaya başlaması,
- Yasal düzenlemelerdeki değişiklikler (Örneğin, Sosyal Güvenlik Kurumu'na bağlı hastaların istediği yerde tedavi olama serbestliğinin getirilmesi),
- Yüksek kalite-düşük maliyet elde etmek için çözüm yollarına ihtiyaç duyulması olarak gösterilebilir.

Sağlık kurumlarının hizmet sunduğu toplumun sağlık ihtiyaçlarını sağlamaya yönelik plan ve düzenlemelerde hizmeti alanların memnun edilmesini ön planda tutmaları kurumsal başarı ve rekabet edebilme gücü açısından zorunludur. Sağlık kurumları yönetiminin en önemli görevi, topluma verimli ve kaliteli sağlık hizmetleri sunmaktır (Aslantekin, Göktaş, Uluşen ve Erdem, 2005: 57-59).

Küresel düzeyde sağlık eşitsizliklerinin ekonomik, siyasal ve sosyal olmak üzere birçok nedeni bulunmaktadır. Ancak insanların kolay erişilebilir, ekonomik ve kaliteli sağlık hizmeti alma hakları göz ardı edilemez. Ülkemizde vatandaşların

sağlık hizmeti alma hakları anayasa ile güvence altına alınmıştır. Tüm dünyada sağlık hizmetinin erişilebilir, ekonomik ve kaliteli olması konusunda bir duyarlılığa ihtiyaç bulunmaktadır. Dünyada sağlık hizmetlerinin kalitesi konusunda hassasiyet her geçen gün artmakta ve birçok ülkede sağlık alanında ciddi çalışmalar yürütülmektedir (Asunakutlu, 2005: 1).

Ülkemizde de sağlık hizmetlerinin kalitesini iyileştirme çalışmalarına artan bir ilgi vardır. Birçok sağlık kuruluşunda TKY çalışmaları sürdürülmektedir. Sağlık Bakanlığı TKY'nin hastanelerin bünyelerine yerleştirilebilmesi için 30 Ekim 2001 tarihinde “Yataklı Tedavi Kurumları Kalite Yönetimi Hizmet Yönergesi”ni yürürlüğe koymuştur. Sağlık Bakanlığı, kurumlarında yürütülen bu çalışmaların desteklenmesi amacıyla, TKY'nin yerleştirilmesi sürecinde yapılacak olan harcamaların döner sermayeden karşılanması uygulamasını getirmiştir. Ayrıca üst yönetimin TKY konusunda bilgilendirilmesi amacıyla, bakanlık tarafından bölgesel eğitim toplantıları düzenlenmektedir (Kaya, 2004: 68-69).

Sağlık hizmetlerinin kalitesi ile ilgili veriler ülkelerin sosyoekonomik kalkınmışlık seviyelerini belirleyen en önemli göstergelerdir. Bebek ve anne ölüm oranları, doğurganlık oranları, ortalama yaşam süresi, hekim, hemşire, sağlık kurum ve kuruluşlarının sayısı, ortalama sağlık harcamaları gibi veriler toplumların sağlık düzeylerini belirleyen uluslararası göstergelerdir (Aslantekin vd., 2005: 57).

Ülkemizde bu oranlar gün geçtikçe daha iyi seviyelere gelmektedir. Örneğin, 1998 yılında binde 42.7 olan bebek ölüm oranı, 2003 yılında binde 28.5, 2008 yılında binde 17, 2009 yılında binde 13.1, 2010 yılında ise binde 9.9 olarak tespit edilmiştir. Bu oran, Dünya Sağlık Örgütü'nün (WHO: World Health Organization) 1998 yılı raporunda Türkiye'de 2025 yılı için binde 16 olarak tahmin edilmekteydi. Görüldüğü gibi bebek ölüm oranında 2010 yılı itibarıyla beklenenin üstünde bir iyileşme sağlanmıştır (www. sağlık.gov.tr).

Türk sağlık sisteminin önemli hizmet sunum alanlarından biri olarak kamuya ait hastaneler, kamu kurumu niteliği ile değişen ve gelişen şartlar altında faaliyet

göstermektedirler. Başarılı olmaları ve çağın gereklerine uyum sağlayabilmeleri için çağdaş dönüşümleri gerçekleştirecek araçları kullanmaları kaçınılmazdır. Bu kapsamda bir felsefe ve yönetim yaklaşımı olarak kalite yönetimi hastaneler için değişen koşullara uyum sağlamayı kolaylaştıracak bir işleve sahiptir (Asunakutlu, 2005: 3).

### **2.1. 1. Sağlık Hizmetleri, Kapsamı ve Özellikleri**

Sağlık, insan yaşamının sürdürülmesinde, yaşam kalitesinin yükseltilmesinde ve korunmasında özel bir öneme sahiptir. Sağlık hizmeti sunumu, insanların yaşam kalitesini ve mutluluğunu doğrudan etkileyen önemli bir alandır (Asunakutlu, 2004: 12).

Bugün yaygın olarak kullanılan sağlık tanımı WHO'nun kuruluş yasasında yer alan tanımdır. Buna göre, “sağlık, sadece hastalık ve sakatlık halinin olmayışı değil bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik halidir”. Bu tanım sağlık sektörünün hedefi olmakla beraber, erişilmesi ve ölçülmesi güç bir kavramdır (Hayran ve Sur, 1998: 3-4 ).

Ekolojik yaklaşım ise sağlığı; “Kişinin fiziksel, ruhsal ve sosyal açıdan çevreyle olan uyumudur”, şeklinde tanımlamaktadır (Seçim, 1995: 57).

Sepulveda'ya göre; “Sağlık, insan nüfusu ile çevresi arasında durağan olmayan bir denge sürecidir ve dengeden doğan bir dizi belirli ihtiyaç karşılanmadığı takdirde hastalık ve ölüm cezaları ile karşılaşılır” (Sepulveda, 1994: 55).

Sağlık kavramını tanımlamaktan öte, iyi anlayabilmek için sağlığı olumlu yönde destekleyen çeşitli etkenler (sağlık kaynakları) ile olumsuz yönde etkileyen koşullar ve etkenleri (sağlık riskleri) tanımak gerekir. Sağlık hizmetleri, yaşam biçimleri, nüfus ve çevre, sağlık ve iyilik halinin ilişkili olduğu alanlardır. Beslenme, sağlıklı yaşamı etkileyen alışkanlıklar, iş ortamı, sosyal bağlar, sağlık hizmetleri ve sosyal kurumlar, sosyoekonomik yapı, fiziksel kaynaklar, mikro çevre ve makro

çevre şartları olumlu olduğunda sağlığı olumlu yönde destekleyen, olumsuz olduğunda ise risk oluşturan etkenlerdir (Hayran ve Sur, 1998: 3-4).

Sağlık hizmetleri, sağlığı korumak ve geliştirmek, hastalıkların oluşumunu önlemek, hastalananlara imkanların elverdiği en erken dönemde tanı koyarak tedavi etmek, sakatlıkları önlemek, sakatlananlara tıbbi ve sosyal esenlendirici hizmet sunmak ve insanların nitelikli, mutlu ve uzun bir yaşam sürmesini sağlamak için sunulan hizmetlerin bütünüdür. Sağlık hizmetleri sunumunda ideal olan, hastaya mümkün olan en kısa sürede, herkesin ulaşabileceği bir fiyat seviyesinde, güler yüzlü ve şefkatli, bilgilendirici tarzda, tıbbi etik ilkeleri ve eldeki imkanlar çerçevesinde medikal anlamda en iyi hizmeti sunmaktır.

Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun sağlık hizmetlerini; “İnsan sağlığına zarar veren çeşitli faktörlerin yok edilmesi ve toplumun bu faktörlerin etkisinden korunması, hastalıkların tedavi edilmesi, bedeni ve ruhi kabiliyet ve melekeleri azalmış olanların alıştırılması (rehabilitasyon) için yapılan tıbbi faaliyetler” şeklinde tanımlamaktadır. Bu tanıma göre, sağlık hizmetleri (Tengilimoğlu, Akbolat, Işık, 2009: 38; Sözen, 2003: 76; Asunakutlu, 2004: 89)

- Koruyucu sağlık hizmetleri (Çevreye ve kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri),
- Tedavi edici sağlık hizmetleri (Birinci basamak, ikinci basamak ve üçüncü basamak tedavi hizmetleri),
- Rehabilite edici sağlık hizmetleri ( Tıbbi ve sosyal rehabilitasyon hizmetleri),
- Sağlığı geliştirici hizmetler olmak üzere dört grupta toplanabilir.

Sağlık hizmetleri kişisel ya da kurumsal olarak sunulabilir. Gelişmiş ülkelerde üst düzeylerde kurumsallaşma söz konusu olduğundan, sağlık hizmetlerinin kurumlar tarafından sunulması yaygındır. Sağlık hizmetleri kamu ya da özel sektör tarafından sunulan hizmetlerdir. Sağlık hizmetleri sektöründe kar amacı güden ticari kuruluşlar olduğu gibi kar amacı gütmeyen kuruluşlar da yer almaktadır.

Sağlık hizmetleri sunumu birçok meslek grubunun yer aldığı makro bir sistemden oluşmaktadır ve yöneticiler, hizmet sunanlar ve hizmet alanlar olmak üzere üç boyuttan bakıldığında da insan faktörüne odaklanmaktadır. Bu nedenle hizmeti sunarken kaynak ve faaliyetleri kontrol altına almak ve bunu yaparken de verimli, kaliteli, zamanında, ulaşılabilir, süratli ve hatasız hizmet vermek gerekliliği doğmaktadır. Bu ise sağlık hizmeti sunan kurumların çok daha hassas, dengeli, planlı ve özgün yönetilmesini zorunlu kılmaktadır. Bu konuda sağlık kurumlarının uzun yıllardır gösterdiği çaba ve kat ettikleri mesafe kalite kültürünün sağlık alanında da yerleşmesinin gerekli olduğunu birtakım zorluklarına rağmen bu anlayışın uygulanabileceğini göstermektedir (Aslantekin vd., 2005: 61). Sağlık hizmetlerinin diğer hizmet sektörlerinden farkı, sunulan hizmetlerin sağlıklı bireyler tarafından değil, kendini hasta hisseden ve tahammül gücü zayıf kişiler tarafından talep edilmesidir. Sağlık hizmetlerinin bu yönü hizmet sunumunu daha zor bir hale getirmektedir. Sağlık hizmetlerinde henüz istenen seviyeye ulaşmasa da kaliteli hizmet beklentisi yönetim anlayışını da değişime zorlamaktadır (Gürcü, Baştürk ve Yıldız, 2011: 147).

Ülkemizde devlet adına sağlık hizmetlerini yürütme görevi, 1982 yılında yürürlüğe girmiş bulunan Türkiye Cumhuriyeti Anayasası'nın "Sağlık Çevre ve Konut" başlığını taşıyan 56. maddesi ve 1983 yılında yayımlanan 181 Sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile Sağlık Bakanlığı'na verilmiştir. Anayasanın söz konusu 56. maddesi şu şekildedir:

Herkes, sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahiptir. Çevreyi geliştirmek, çevre sağlığını korumak ve çevre kirlenmesini önlemek devletin ve vatandaşların ödevidir.

Devlet, herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak; insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi artırarak, işbirliğini gerçekleştirmek amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenler.

Devlet, bu görevini kamu ve özel kesimlerdeki sağlık ve sosyal kurumlarından yararlanarak, onları denetleyerek yerine getirir.

Sağlık hizmetlerinin yaygın bir şekilde yerine getirilmesi için kanunla genel sağlık sigortası kurulabilir.

Türkiye’de özel veya kamu kesiminden herhangi bir kurum, sağlıkla ilgili faaliyet gösterecekse, Sağlık Bakanlığı’nın kontrol alanına girmektedir. Bakanlık gerekli gördüğü hizmetleri kendi organları vasıtasıyla yürütebileceği gibi, diğer kuruluşlara bu iş için izin verebilir ya da işbirliğine gidebilir. Ayrıca vazgeçilmez bazı sağlık ihtiyaçları için gereğinde kendisi ithal etme yoluna gidebilir veya ithal izni verebilir (Sur, 1998: 229).

Sağlık hizmetleri, hizmet kavramı için geliştirilmiş tüm özelliklere sahip olmakla beraber, bazı farklı özelliklere de sahiptir. Sağlık ekonomisinin ayrı bir bilim dalı olarak ortaya çıkmasına neden olan faktörlerin başında, sağlık hizmetlerinin diğer hizmetlerden farklılıkları yer almaktadır. Bu özellikler şöyle sıralanabilir (Tengilimoğlu vd., 2009: 39; Asunakutlu, 2005: 3; Sözen, 2003: 78):

- Sağlık hizmetleri tüketimi rastlantısaldır; Sağlık hizmeti talebinin nerede, ne zaman ve hangi miktarda ortaya çıkacağı kolayca öngörülemez. Hastanın hastalık riskine bağlı olarak yapacağı harcamalar belirsizdir.
- Sağlık hizmetinin ikamesi yoktur; Sağlık hizmetleri parasal değeri daha az olan bir hizmet alanı ile değiştirilemez. Bazı kültürlerde alternatif tıp ya da geleneksel tedavi yöntemlerine başvurulmakta ise de bunlar sağlık hizmetlerinin yerini dolduramaz.
- Sağlık hizmeti ertelenemez; Özellikle akut ve kişiye acı veren durumlarda sağlık hizmetlerinin ertelenmesi mümkün değildir. Bu nedenle sağlık hizmetleri kesintisiz olarak yürütülmektedir.
- Sağlık hizmetlerinin niteliği ve niceliğini hizmetten yararlananlar değil hizmeti sunan sağlık görevlileri, çoğunlukla hekimler belirler; Sağlık hizmetleri uzun bir eğitim dönemi sonunda uzmanlık kazanmış, sürekli eğitimle kendini geliştirebilen kişilerin bileceği karmaşıklıkta konulardır. Dolayısıyla hizmeti alanlar aldıkları ya da almaları gereken hizmetin içeriği ile ilgili değerlendirmede bulunamazlar. Ancak teknik konular dışında kalan hizmetleri değerlendirebilirler.

- Sağlık hizmetlerinden yararlananların davranışları irrasyonel olabilmektedir; Sağlık hizmetlerinden yararlananların sağlık hizmetleri hakkındaki bilgisinin sınırlı olması irrasyonel bazı davranışlara neden olabilmektedir. Bunun yanında psikiyatri hastaları ya da acil vakalar gibi durumlarda hastalar rahatsızlıklarını ifade edemeyecek halde dahi olabilmektedirler.
- Sağlık hizmetinden sağlanan tatmin ve kaliteyi önceden belirlemek zordur; Bu belirsizlik hizmetin sonuçlarını etkileyen önceden kontrol edilemeyen birçok faktörün bulunmasına da bağlıdır. Bir ilaç aynı kişiye daha önce defalarca uygulanmasına rağmen en son uygulamada alerjik reaksiyona neden olabilmektedir. Sağlık hizmetlerini talep edenler başta hekim ve sağlık çalışanlarına güven duymak zorundadırlar. Buna karşılık sağlık hizmetlerini sunanlar için uyulması gereken ahlaki ve sosyal standartlar vardır. Toplumun bilinçlenmesi, sigorta ve sosyal güvenlik kuruluşlarının denetimi, sektörde gelişen rekabet, mesleki kuruluşların, sivil toplum kuruluşlarının artması hem ahlaki hem sosyal standartların gelişmesini ve yerleşmesini dolayısıyla hasta memnuniyetinin artmasını sağlamaktadır.
- Sağlık hizmetlerinin bir bölümü toplumsal nitelik taşımaktadır; Özellikle koruyucu sağlık hizmetleri, bağışıklama, salgın hastalıklarla mücadele tüm toplumun yararı için yerine getirilmektedir. Bu tip hizmetler kişilerin istekli olmasına bakılmaksızın verilmektedir. Çünkü muhtemel olumsuz sonuçlardan tüm toplum etkilenebilmektedir.
- Diğer Özellikler; Sağlık hizmetleri ileri teknoloji gerektirdiğinden yüksek maliyetlidir. Sağlık hizmetlerinin hedef kitlesi çok geniştir. Bir insanın hayatı boyunca hiç ihtiyaç duymadığı bazı hizmet alanları bulunabilmektedir. Ancak, toplumun tamamı yaşamının bazı dönemlerinde ya da daha sıklıkla sağlık hizmetlerine ihtiyaç duymaktadır. Sağlık hizmetleri hata ve belirsizliklere izin vermemektedir. Çünkü diğer birçok hizmetlere göre hataların telafisi çok daha zordur ve bazı durumlarda mümkün olmamaktadır. Sağlık hizmetlerinin niteliği diğer sektörleri de etkiler. Örneğin, enfeksiyon hastalıklarının yaygın olduğu ülkelerde turizm sektörü bu durumdan olumsuz etkilenir.

Sağlık hizmetlerinin yararı sadece bireysel olabildiği gibi toplumsal da olabilmektedir. Örneğin, bir kişinin bulaşıcı hastalıklara karşı aşılınması o kişiyi hastalıklardan korumasının yanında bulaşıcı hastalığın ortaya çıkıp, yayılmasını engellemesi nedeniyle de toplumu bulaşıcı hastalıklardan korumuş olacaktır. Ancak kişiler genellikle bireysel yararı olan sağlık hizmetleri için harcama yapma eğilimindedirler. Toplum yararına verilen sağlık hizmetleri için ise başkalarının harcama yapmasını beklerler. Ancak sağlık hizmetlerinin ne tümüyle özel harcamalarla ne de tümüyle devlet tarafından yapılan harcamalarla finanse edilmesi mümkün değildir (Hayran, 1998: 49).

Sağlık hizmetlerinin finansmanı tamamen pazar şartlarına terk edilmeyen bir konu olup her devleti yakından ilgilendirmektedir. Özel sektör için çekiciliği olmayan toplum yararına verilen sağlık hizmetleri ağırlıklı olarak yoksul toplum kesimleri için önemlidir. Devletin müdahalesinin olmadığı durumlarda ise dengeler yoksul toplum kesimlerinin aleyhine değişmektedir. Sağlık hizmetlerinde kamu ve özel kesimin rolünün ne olması gerektiği konusunda geçerli tek bir formül bulunmamakla birlikte, her ülke kendi ekonomik, sağlık ve kültürel gerçeklerine uygun bir yapıyı oluşturmak durumundadır. Ancak hemen tüm gelişmiş ülkelerde devletin sağlık alanında etkili bir şekilde bulunduğu, düzenleyici ve denetleyici rolünün yanı sıra sağlık hizmetlerinin finansmanında başrolü oynadığı dikkati çekmektedir. Kanada, Almanya, İngiltere ve İsveç gibi sanayileşmiş ülkelerde hastanelerin %50 ve daha yüksek oranda kamuya ait olduğu görülmektedir. Farklı olarak, Japonya'da hastanelerin %80'i özel sektöre aittir (Hayran, 1998: 50-58).

### **2.1.2. Sağlık Hizmetleri Sektörü'nde Sağlık Bakanlığı'na Bağlı Hastaneler**

Birinci basamak sağlık hizmetleri hastaların sisteme ilk giriş yeri olması açısından önemli olmakla birlikte, günümüzde hastaneler, hizmet ettikleri toplumlara temel ve gelişmiş sağlık hizmetlerini sundukları ve aynı zamanda hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde sağlık harcamalarının en büyük kısmının ayrıldığı kurumlar olmaları nedeniyle büyük bir öneme sahiptirler. Bundan dolayı hastaneler,



verimlilik, eşitlik ve kalite gibi hedeflere ulaşmayı amaçlayan sağlık sektöründe reform çalışmalarının önemli bir ayağını oluşturmaktadırlar (Aslantekin vd., 2005: 59).

Sağlık hizmetlerini sunumunda önemli yeri olan hastaneler, Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği'ne göre, "Hasta ve yaralıların, hastalıktan şüphe edenlerin ve sağlık durumlarını kontrol ettirmek isteyenlerin ayaktan veya yatarak izleme, muayene, tanı, tedavi ve rehabilite edildikleri aynı zamanda doğum yapılan kurumlar" olarak tanımlanmaktadır (Sözen, 2003: 99). Dünya Sağlık Örgütü (WHO) ise hastaneleri; "Müşahade, teşhis, tedavi ve rehabilitasyon olmak üzere gruplandırılabilir sağlık hizmetlerini sunan, hastaların uzun veya kısa süreli tedavi gördükleri kuruluşlar." olarak tanımlamaktadır (Tengilimoğlu vd., 2009: 129).

Dünya'da kurulan ilk hastanelerin, gerçekte tıbbın değil, dinlerin etkisiyle ortaya çıktığı söylenebilir. Yirminci yüzyılın başlarına değin hastaneler, genellikle fakir ve yardıma muhtaç kişilerin hasta oldukları zaman başvurdukları ve genellikle ölünceye kadar barındıkları yerler olarak kabul edilmişler ve fonksiyonlarını bu şekilde sürdürmüşlerdir (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2010: 122).

Yirminci yüzyılın başlarında, anestezinin bulunması, cerrahinin geniş biçimde uygulanmasını sağlamış, bunun yanı sıra bakteriyoloji alanındaki gelişmeler bulaşıcı hastalıklara karşı üstünlük kurulmasına imkan vermiştir. Tıp alanındaki gelişmeler, hastanelerdeki ölüm oranlarının hızla düşmesinde etken olmuş ve 20. yüzyılın başlarına kadar pek önemli kuruluşlar olarak kabul edilmeyen hastanelerin toplumdaki rolleri tümüyle değişikliğe uğramıştır. Artık hastaneler, insanların hasta olduklarında güvenle başvurabildikleri kurumlar haline gelmişlerdir. Böylece yüzyıllar boyunca, kiliselerin, hayır kurumlarının, hayırseverlerin ve devletin yardımıyla çalışmalarını sürdüren hastaneler, toplumların sağlık harcamalarının büyük bir bölümünü tüketen, toplam sağlık çalışanının büyük bölümünü istihdam eden sosyoekonomik kompleksler haline gelmişlerdir (Alpugan, 1995: 157).

Hastaneler, hizmet üretim kapasitesi ve sağlık harcamaları bakımından, sağlık sisteminin en önemli alt sistemidirler. Hastanelerin misyonuna göre değişmekle birlikte dört temel amacı bulunmaktadır. Bunlar (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2010: 114):

- Tedavi hizmetleri,
- Koruyucu ve geliştirici sağlık hizmetleri,
- Eğitim,
- Araştırmadır.

Hastanelerin fonksiyonel yapısı; klinikler, poliklinikler ve eczane gibi hizmetleri kapsayan **tıp hizmetleri**, hastanın yatırıldıktan sonra bakımıyla ilgili hizmetleri kapsayan **hemşirelik hizmetleri**, diyetisyen, laboratuvar, röntgen teknisyenleri, sosyal hizmet uzmanı, psikolog, fizyoterapistlerin sunmuş olduğu **paramedikal hizmetler**, otel ve lokantacılık hizmetleri ile idari ve mali hizmetleri kapsayan **destek hizmetleri** olmak üzere dört grupta incelenebilmektedir (Sözen, 2003: 103-104). Bu hizmet gruplarının faaliyetleri birbirleriyle yüksek oranda etkileşim halindedir. Bu nedenle hastanelerde kaliteli hizmet sunumu, tüm bu hizmet birimlerinin işbirliği ve uyum içinde çalışması ile sağlanabilir.

Organizasyon açısından hastaneler şu özellikleri taşımaktadır (Tengilimoğlu vd., 2009: 133) :

- Hastaneler birer hizmet organizasyonudur.
- Hastaneler karmaşık yapıda, açık-dinamik sistemlerdir.
- Hastaneler matriks yapıda faaliyet gösteren organizasyonlardır.
- Hastaneler 24 saat kesintisiz hizmet veren organizasyonlardır.
- Hastaneler çalışanlarının önemli bir kısmı bayanlardan oluşan organizasyonlardır.

Hastaneler çeşitli ölçütlere göre sınıflandırılmaktadır. Bu ölçütlerin başlıcaları şunlardır (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2010: 115; Tengilimoğlu vd., 2009: 138-143; Menderes ve Ersoy, 1993: 61):

- Mülkiyet esasına göre hastaneler; Kamu hastaneleri (Sağlık Bakanlığı, üniversiteler, Milli Savunma Bakanlığı, Belediyeler), özel hastanelerdir (Özel kişi ve kuruluşlar, dernek ve vakıflar, yabancılar, azınlıklar).
- Büyüklüklerine göre hastaneler; Hastanelerin büyüklüğünü belirlemede kullanılan en yaygın ölçüt yatak sayısıdır. Yatak sayısına göre hastaneler 25, 50, 100, 200, 400, 600, 800 ve üstü yatak kapasiteli hastanelerdir. Özel hastaneler için 25, kamu hastaneleri için 50 yatak kapasitesi alt sınırdır.
- Hastaların kalış süresine göre hastaneler; Buna göre, genellikle hastaların yarıdan fazlasının 30 günden az kaldığı hastaneler akut bakım hastaneleri, uzun dönemli bakım gerektiren hastaların kaldığı, genellikle hastaların yarıdan fazlasının 30 günden fazla tutulduğu hastaneler kronik bakım hastaneleri olarak sınıflandırılmaktadır.
- Eğitim statüsü bakımından hastaneler; Eğitim hastaneleri ve eğitim amaçlı olmayan hastanelerdir.
- Akreditasyon durumuna göre hastaneler; Hastanelerin akreditasyon durumuna göre akredite edilen ve edilmeyen hastaneler olmak üzere sınıflandırma yapılmaktadır.
- Dikey bütünleşme basamaklarındaki konumuna göre hastaneler; Genellikle ayaktan tanı ve tedavi hizmetleri sunan poliklinik temelli birinci basamak hastaneler, genel bölümleri olan ve kısa süreli tedavi veren ikinci basamak hastaneler, gelişmiş teknolojik donanıma sahip, birinci ve ikinci basamakta tedavi edilemeyen hastalara hizmet veren üçüncü basamak hastanelerdir.
- Verdikleri hizmet türüne göre hastaneler; Genel hastaneler ve özel dal hastaneleri olmak üzere iki grupta toplanmaktadırlar. Genel hastaneler, her türlü acil vaka, yaş cinsiyet ayrımı gözetmeksizin bünyesindeki uzmanlık dallarıyla ilgili hastaların kabul edildiği hastanelerdir. Özel dal hastaneleri ise, cinsiyet (kadın ve çocuk hastaneleri) ve hastalık türleriyle (onkoloji, lepra, göğüs hastalıkları hastaneleri gibi) sınırlı hizmet veren hastanelerdir.

Hastane yönetimi; Hastane amacına yönelik olarak hizmet unsurlarını verimli, ekonomik ve uyumlu bir biçimde harekete geçiren, bu iş yapılırken bilimsel yönetim tekniklerini kullanan, yeni bilgi ve beceriler gerektiren, işin yapılmasına yönelik olarak çeşitli fonksiyonları kapsayan bir bilim, sanat ve özelleşmiş bir yönetim alanıdır. Hastanelerin sağlık hizmetlerinin özelliklerinden kaynaklanan farklılıklarına rağmen, hastane yönetimini işletmecilik biliminden ayrı tutmak mümkün değildir. Hastaneler, hizmetlerini eksiksiz yerine getirebilmek için etkili bir yönetime sahip olmak zorundadırlar. Hastane yönetimi, genel yönetimin bir çeşididir ve planlama, programlama, bütçeleme, kadrolama, yürütme, kontrol gibi fonksiyonları kapsar (Asunakutlu, 2004: 16).

Hastaneler yönetilmesi en zor kuruluşlar arasında yer almaktadır. Bunun nedenleri (Asunakutlu, 2004: 26);

- Hizmet konusunun insan sağlığı olması nedeniyle hataların sonuçlarının çok ciddi zararlara yol açabilmesi,
- Hastanelerde çok sayıda farklı meslek grubunun bir arada çalışması,
- Tıp teknolojisinin sürekli değişmesi,
- Hastanelerde yıl boyu 24 saat kesintisiz hizmet sunulmasının zorunluluğu,
- Sağlık hizmetlerinde birinci basamak sağlık hizmetlerinin etkin kullanılmaması, sevk zincirinin işlememesi sonucu, sağlık hizmetlerinin hastane ağırlıklı yürütülmesi ve hastanelerin iş yükünün fazla olması,
- Sağlık hizmetlerin pahalı olması olarak gösterilebilir.

Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelerin işleyiş ve organizasyonu 13.01.1983 tarihinde Resmi Gazete'de (No: 17927) yayınlanarak uygulamaya konulan Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği ile düzenlenmiştir. Bu yönetmeliğin temel amacı, yataklı tedavi kurumlarında sunulan çeşitli hizmetlerin uygulama esaslarını,

çalışanların görev, yetki ve sorumluluklarını belirlemek bunun yanı sıra modern çağın gereklerine, ülke gerçeklerine uygun, hızlı, kaliteli, ekonomik bir hastane işletmeciliği sağlamaktır. Yataklı tedavi kurumlarının değişen şartlara uygun olarak çalışmasını sağlamak amacıyla bu yönetmelikte sürekli değişiklikler yapılmaktadır. (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2010: 184). Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastaneler, üniversite hastaneleri, diğer kurumlara bağlı hastaneler ve özel hastanelerin formal organizasyon yapıları genelde birbirine yakındır. İnfomal yapıları bakımından kısmen farklılıklar bulunmaktadır (Sözen, 2003: 101).

Sağlık hizmetlerinin organizasyonu ve yürütülmesinde ülke genelinde Sağlık Bakanlığı, merkez teşkilatının en üst kademesinde yer almaktadır. Bakanlığın altında, illerde valiliklere bağlı il sağlık müdürlükleri ve müdürlüklerin altında da hastane başhekimlikleri bulunmaktadır. Başhekimlik, Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği'ne uygun olarak tedavi hizmetleri ve bu hizmetlerle ilgili diğer hizmetlerden sorumlu ve yetkili kılınmıştır.

Şekil: 1 Sağlık Bakanlığı'na Bağlı Hastanelerin Dış Organizasyonu



Kaynak: Tengilimoğlu vd. Sağlık İşletmeleri Yönetimi. Nobel. 2009. Ankara.

Matriks bir organizasyon yapısına sahip olan hastanelerde, başhekim, hastane müdürü ve başhemşire ile birlikte hem hastanenin genel yönetim hizmetlerini yürütmekte hem de kendisine doğrudan bağlı diğer birim ve alanların yönetim ve denetim görevini yerine getirmektedir (Özgen, 1999: 73).

Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelerde servis, laboratuvar şef ve uzmanları, baş eczacı, başhemşire, hastane müdürü gibi doğrudan başhekime bağlı amirler bulunmaktadır. Bu amirler, servis veya birimlerinin tertip, düzen ve verimli çalışması, temizlik işleri ve bakımı gibi hizmetlerin ilgili yönetmeliğe uygun olarak yürütülmesinden, sorumlu oldukları çalışanlarının görevlerini zamanında ve en iyi şekilde yapmasından, bu kişilerin eğitiminden doğrudan başhekime karşı sorumludurlar. Doğrudan başhekime bağlı olmayanlar ise, bağlı buldukları birinci derecedeki amirlerine, daha aşağı kademedekiler ise, kendinden önce gelen bir üst amire karşı sorumludurlar (Tengilimoğlu vd., 2009: 146-147).

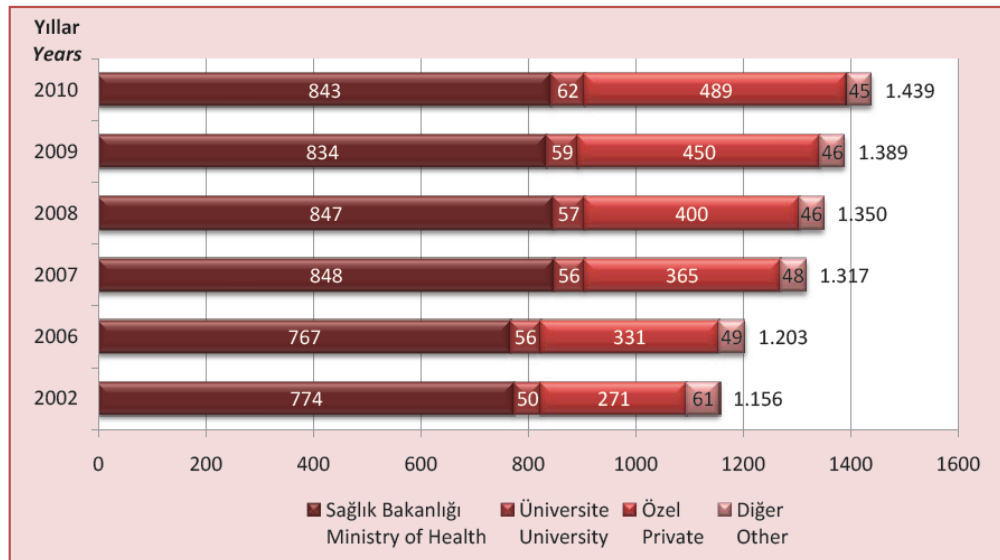
Türk sağlık sektöründe aktörler, kamu, yarı kamu, özel kurumlar ile dernek ve vakıflardan oluşmaktadır. Kamu kesiminde Sağlık Bakanlığı, Milli Savunma Bakanlığı, üniversiteler ve belediyeler hizmet sunumunu gerçekleştirmektedir. Kızılay ve vakıflara bağlı sağlık kuruluşları, kar amaçlı özel hastaneler ile azınlık ve yabancılara ait hastaneler de sağlık hizmeti sunmaktadır. Dolayısıyla sağlık hizmetlerinde kamu kesiminin bu kapsamlı ve ağırlıklı sağlık hizmeti sunumuna, özel sektör de ayakta ve yataklı tedavi hizmetleri ile katkıda bulunmaktadır. Sağlık hizmetlerinde sevk zincirine uyulmaması, birinci basamakta tedavi edilebilecek hastaların ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarına müracaat etmesi nedeniyle Sağlık Bakanlığı ve üniversite hastanelerine yoğun talep bulunmaktadır.

19.02.2005 tarihinde 5283 sayılı yasa ile MSB, üniversite ve bazı belediyelerin elinde bulunanlar hariç tüm kamu hastane, dispanser ve diğer sağlık tesisleri SB'na devredilmiştir. Bu kapsamda 146 hastane ve 225 dispanser SB'na devredilmiştir. Böylece SB'nın sağlık hizmeti sunumu alanındaki büyüklüğü daha da artmıştır. 2005 yılı sonu rakamlarına göre SB, toplam 14.053 kuruluşla (hastaneler,

sağlık ocakları, köy sağlık evleri, semt poliklinikleri, ana çocuk sağlığı ve aile planlaması merkezleri, verem savaş dispanserleri vs.) Türkiye çapında çok farklı alanlarda sağlık hizmeti sunmaktadır. SB dışında üniversite hastaneleri de güçlü bir hizmet sunum kapasitesine sahiptir (Tengilimoğlu vd., 2009: 108-119; Balcı, 2005: 79-81).

Türkiye’de hastanelerin kurumlara ve 2002’den itibaren yıllara göre dağılımı aşağıdaki grafikte görülmektedir.

**Grafik:1 Türkiye’de Yıllara ve Kurumlara Dağılımına Göre Hastane Sayısı<sup>1</sup>**



Kaynak: 2010 Sağlık İstatistikleri Yıllığı

<http://www.saglik.gov.tr/TR/dosya/1-772577/h/saglikistatistikleriyilligi2010.pdf?ret=0>

Grafikte de görüldüğü gibi, 2010 yılı itibarıyla Türkiye’de toplam hastane sayısı; 1439, SB’na bağlı hastane sayısı; 843, üniversite hastaneleri sayısı; 62, MSB

<sup>1</sup> Diğer hastanelere dahil edilen MSB hastanelerinin sayısı 42’dir. Yine diğer hastanelere dahil edilen yerel idarelere ait belediye hastaneleri ve diğer kamu kuruluşlarına ait hastane sayısı 2010 yılı itibarıyla 3’tür. Bu 3 hastaneden yerel idarelere ait olan hastaneler Ankara’da Belediye Hastanesi, İstanbul’da Darülaceze Hastanesi, İzmir’de Eşrefpaşa Belediye Hastanesidir. Karşılaştırılabilir olması amacıyla 2002 yılı için 120 olan SSK hastane sayısı, SB hastane sayısına dahil edilmiştir.

ve diğerk kamu kuruluşlarına bağılı hastane sayısı; 45, özel hastane sayısı ise 489 dur. Buna göre sektörde kamu hastaneleri özel sektör hastanelerine oranla daha geniş bir yer tutmakla beraber geçmiş yıllara göre aradaki fark azalma eğilimindedir. SB'na bağılı hastanelerdeki sayı olarak artış, 2002 yılından 2010 yılına kadar olan dönemde 69 iken, aynı dönemde özel sektör hastanelerindeki sayı olarak artış, 218'dir.

SB hastane sayısının toplam hastane sayısına oranı 2002 yılında yaklaşık olarak %67 iken, 2010 yılında bu oran, %58'e gerilemiştir. Buna karşın, özel hastane sayısının toplam hastane sayısına oranı, 2002 yılında yaklaşık olarak %23.4 iken, 2010 yılında bu oran, %33.9'a yükselmiştir. Burada da görüldüğü gibi, SB hastanelerinin toplam hastaneler içindeki yeri %9 oranında azalırken, özel hastanelerin toplam hastaneler içindeki yeri %10.5 oranında artış göstermiştir.

Özel sektör hastaneleri giderek artan sayısı ile sağlık hizmetleri sektöründe varlık alanını genişletmiştir. Özel sektör hastane sayısındaki bu artışın yasal düzenlemelerde yapılan değişiklikler ile SGK'ya bağılı hastaların istediğı yerde muayene olma serbestliğinin getirilmesi ile ilintili olduğu düşünülebilir. Çünkü, bu düzenleme ile özel sektöre ait hastanelere olan talep, artış göstermiştir.

Sektörün yapısı ile ilgili değerlendirme yapılabilecek verilerden biri olan hastane müracaat sayısı da 2002'den itibaren yıllara ve kurumlara dağılımına göre aşağıdaki tabloda gösterilmiştir.



**Tablo:1 Türkiye’de Yıllara ve Kurumlara Dağılımına Göre Hastanelere Müracaat Eden Hasta Sayısı<sup>2</sup>**

	2002	2006	2007	2008	2009	2010
<i>Sağlık Bakanlığı Ministry of Health</i>	109.793.128	189.422.137	209.630.370	216.723.712	228.279.139	235.172.924
<i>Üniversite University</i>	8.823.361	12.588.872	15.025.079	18.290.800	19.364.865	20.098.754
<i>Özel Private</i>	5.697.170	15.529.416	24.485.650	38.688.313	47.618.186	47.712.540
<i>Toplam Total</i>	124.313.659	217.540.425	249.141.099	273.702.825	295.262.190	302.984.218

Kaynak: 2010 Sağlık İstatistikleri Yıllığı

<http://www.saglik.gov.tr/TR/dosya/1-772577/h/saglikistatistikleriyilligi2010.pdf?ret=0>

Tabloya göre ülkemizde toplam hastane müracaat sayısı 2002 yılında 124.313.659 iken, 2010 yılında 302.984.218’e ulaşmıştır. Buna göre ülkemizde toplam hastane müracaat sayısı 2002 yılından 2010 yılına kadar yaklaşık olarak %243 oranında artmıştır. SB hastanelerine müracaat oranı, 2002 yılından 2010 yılına kadar olan dönemde yaklaşık olarak %215 artmış, buna karşın özel hastanelere müracaat oranı 2002 yılından 2010 yılına kadar olan dönemde yaklaşık olarak %840 oranında artış göstermiştir. Bu tabloda da özel sektör hastanelerinin sağlık hizmetlerinde giderek artan oranda varlık alanını genişlettiği gözlenmektedir.

Özel sektöre ait hastane ve hasta müracaat sayılarındaki bu gelişmelere rağmen, sektörün hakimi tartışmasız Sağlık Bakanlığı’dır. Üniversite hastaneleri de sektörde üçüncü sırada fakat diğer hastanelere göre önemli bir oranda paya sahip olarak varlığını sürdürmektedir.

<sup>2</sup> MSB hastaneleri dahil değildir. Diğer kamu kuruluşları ve yerel idarelere bağlı az sayıda hastane, özel hastaneler içerisinde gösterilmiştir. Karşılaştırılabilir olması amacıyla 2002 yılı için 43.561.287 olan SSK hastanelerine müracaat eden hasta sayısı, SB hastaneleri müracaat eden hasta sayısına dahil edilmiştir.

Bu verilerden yola çıkarak, Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelerde yapılacak iyileştirme çalışmalarının Türkiye'de sağlık sistemine büyük ölçüde olumlu etkide bulunacağı öne sürülebilir.

### **2.1.3. Sağlık Hizmetlerinde Kalite**

Toplumsal ihtiyaçların değişmesi, işletmelerin ürettiği ürün ve hizmetlerin niteliğinin ya da tümüyle işletmenin kendisinin değişmesini gerektirmektedir. Günümüzde her alanda yaşanan bu hızlı değişim, sağlık hizmetlerini de etkilemektedir. Sağlık hizmetlerinin doğrudan insan hayatıyla ilgili olması ve meydana gelebilecek hataların geri dönüşünün çoğu kez mümkün olmaması sağlık hizmetlerinde kaliteyi kaçınılmaz kılmaktadır (Aslantekin vd., 2005: 57-59).

Harvard Üniversitesi araştırmacıları tarafından 1991 yılında yapılan bir araştırmada, ABD'de her yıl 80.000 kişinin tıbbi özensizlik ve dikkatsizlik sonucu hayatını kaybettiği, kötü ve özensiz bakımın da sağlık kuruluşlarına ilave yükler getirdiği saptanmıştır. Buradan da anlaşıldığı gibi, sağlık sistemindeki birtakım finansal, organizasyonel ve operasyonel aksaklık ve düzensizlikler hem maliyetleri yükseltmekte, hem de hasta tatmini ve çalışanların hizmet kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir (Altınöz, Esen, Bilgin, Karçaaltıncaba ve Kahyaoğlu, 2009: 319).

Sağlık hizmetleri kalitesinin tarihsel süreç içinde birçok tanımı yapılmış ve bu tanımlar, tanımı yapanın bakış açısı ve yaklaşımına göre, farklı bir kavramı ele almıştır. Sağlık hizmeti kalitesini tıbbi faaliyetler açısından ele alan bir tanıma göre sağlık hizmetlerinde kalite; bir hastalık ya da durumun bir fonksiyonu olarak bireyin sağlık durumunda meydana gelebilecek bir gerilemeyi en azından durduracak ya da iyileştirme sağlayacak bir biçimde belli faaliyetlerin yerine getirilmesidir (Aslantekin vd., 2005: 60).

Çatalca'nın (2003) aktardığına göre, sağlık hizmetlerinde kalitenin öncülerinden biri olan Avedis Donabedian'a göre tıbbi bakımın kalitesi; bakım sürecinin tüm safhalarında yarar ve zarar dengelerini göz önüne aldıktan sonra

beklenen maksimum hasta iyiliğini ifade etmektedir. Diğer bir tanıma göre yüksek kaliteli tıbbi bakım; Hastanın mümkün olan en yüksek fonksiyonel ve psikososyal iyileşmeye erişmesini mümkün kılan bilimsel ya da teknik unsurlar ile kişiler arası iyi ilişkilerin bileşkesi olarak kabul edilir. Burada performans ve standartlar önem kazanmaktadır. Bu nedenle;

- Performans değerlendirme ve ölçme,
- Performansın standartlara uygunluğunu belirleme,
- Standartlara uygun olmayan performansı iyileştirme üzerinde durulması gereklidir (Çatalca, 2003: 8).

Sağlık hizmetlerinde kalitenin amacı, sağlık hizmetlerinin yararlarını ve kaynakların etkililiğini arttırmaktır. Donabedian, sağlık hizmetlerinde kalitenin açıklanması zor bir kavram olmakla birlikte, sağlık hizmetlerinin kaliteli olup olmadığını birçok yönden ortaya koyan yedi özelliğinin bulunduğunu öne sürmüştür. Bunlar (Tengilimoğlu vd., 2009: 393; Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2010: 456):

- Etkenlik; Etkenlik, mevcut bilimsel bilgiler çerçevesinde ve mevcut olanaklarla sağlık hizmeti talep edenlere sağlanacak maksimum yararı ifade eder.
- Etkililik; Etkililik ise hastaların sağlık durumunda gerçekleştirilen veya gerçekleştirilmesi beklenen somut gelişmelerdir. Bir sağlık hizmeti hastanın sağlık durumunda olumlu değişiklik sağlamış ise etkili kabul edilebilir, hastanın sağlık durumunda değişikliğe yol açmayan hizmetlerin diğer özellikleri iyi olsa bile kaliteli hizmet olarak kabul edilmesi mümkün değildir.
- Verimlilik; Sağlık hizmetlerinin kalitesinde öncelikli olarak hizmetin etkili olması üzerinde durulmalıdır. Ancak yönetsel rasyonalite açısından verimlilik de hizmetin devamlılığının sağlanabilmesi ve sınırlı kaynakların etkin kullanımını açısından önemli bir kavramdır. Sağlık hizmetlerinde verimlilik, aynı sonucu veren, eşit derecede etkili iki hizmetten düşük maliyetli olanın tercih edilmesini ifade eder.

- Uygunluk; Sağlık hizmetlerinin fayda ve maliyetleri arasında optimum dengenin sağlanmasıdır.
- Kabul edilebilirlik; Sağlık hizmetlerinin hastalar ve yakınlarının değerleri, istekleri ve beklentileriyle uyumlu olmasını ifade eder. Bu noktada hasta memnuniyetini sağlamaya dönük faaliyetler sağlık hizmetleri kalitesinde önemli bir yere sahiptir.
- Yasallık; Sunulan sağlık hizmetlerinin hukuki normlara ve toplumun değerlerine uyumlu olmasını ifade eder.
- Hakkaniyet; Hizmet sunumu ve kullanımı sırasında hizmet alanlar arasında ayırım gözetmeksizin en etkili sağlık hizmetinin sunulması ve bireylerin elde ettiği faydanın eşit olmasıdır. Sağlık hizmetleri kalitesi açısından önemli olan bu durum, sağlık hizmetlerinin tarihi boyunca etik kurullarla da vurgulanmış bir konudur.

Hastanelerde TKY çalışmaları, teşhis, tedavi ve bakım süreçleri ile doğrudan ilişkilidir. Sağlık kuruluşlarının bir yandan bilimsel norm ve standartlara uygun teşhis ve tedavi prosedürleri uygulaması (teknik kalite), diğer yandan hizmet sunum süreçlerinde hastaların beklenti ve isteklerine cevap vermesi (tedavi sanatı) gerekmektedir (Aslantekin vd., 2005: 63). Vincent K. Omachonu tarafından 1990 yılında geliştirilen sentezci yaklaşıma göre sağlık hizmetlerinin bu iki yönü şu şekilde formüle edilmektedir: Sağlık Hizmetleri Kalitesi = Teknik Kalite + Tedavi Sanatı.

Sağlık hizmetlerinde teknik kalitenin değerlendirilmesinde kullanılan yaklaşımlardan en önemlisi, Donabedian tarafından geliştirilen ve üç ögeyi içeren Yapı-Süreç-Sonuç yaklaşımıdır. Bu yaklaşımda yapı faktörü; Hizmet sunan sağlık kurumunun fiziksel kaynakları (bina, donanım, teknoloji, sermaye), insan kaynakları ve niteliği, sağlık kurumlarının organizasyonel yapısını ifade eden özelliklerini içermektedir. Süreç faktörü; Hastanın muayenesi, hastaya tanı konması ve uygun tedavi planının oluşturulması faaliyetlerini içermektedir. Sonuç faktörü ise; Sunulan sağlık hizmetlerinin hastaların ve toplumun sağlık durumu üzerinde oluşturduğu etkiyi ifade etmektedir (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2010: 453-455).

Sağlık hizmetleri birçok faktörden etkilenmektedir. Bu faktörler şunlardır (Hayran ve Uz, 1998: 164):

- Kaynak kullanımı ve dağılımı politikaları,
- Hastane-toplum sağlık ve bireysel bakım hizmetlerinin nitelik ve niceliği,
- Genel sağlık politikaları,
- Halka karşı duyulan sorumluluklar,
- Halkın sağlık konusundaki bilgi, tutum ve uygulamaları,
- Sağlık sektörü dışındaki sektörlerin sağlığa yaklaşımları,
- Ulusal ve uluslararası etkiler,
- Basın.

Tıbbi hizmet kalitesi denildiğinde hastane ortamının uygunluğu, estetiği, çalışanların davranışları, bilgi-işlem sistemleri, teknolojik donanım, bekletilmeme, bilgilendirme gibi birçok olgu akla gelir. Bunlarla birlikte hastaların temel beklentisi olan teşhis, tedavi ve bakımın doğruluğu şüphesiz bu olguların en önemlileridir. Diğer koşullar sağlandığı halde yanlış teşhis, tedavi ve bakımın uygulandığı sağlık sistemlerinde kaliteden söz edilemez. Teşhis, tedavi ve bakım hizmetlerinde poliklinik, klinik, laboratuvar, ameliyathane, acil servis gibi hizmetler birbiriyle sıkı bir ilişki içindedir. Bu nedenle, tıbbi hizmetleri yürüten doktor, hemşire ve diğer sağlık çalışanları ile idari ve destek hizmetlerini sağlayan birimlerin kollektif bir şekilde çalışmaları ile kaliteli hizmet sunumu sağlanabilir. Kalite çalışmaları kalite ile ilgili olan herkesin işidir. Kalite çalışmalarını kalite birimi yürütsün, biz hastalarımıza bakarız, anlayışı TKY anlayışına ters düşmektedir. Sağlık hizmetlerinin sunanlar, sağlık hizmetlerinden yararlananlar ve sağlık hizmetlerinde yararlananların haklarını savunan kuruluşlar her geçen gün kaliteyle daha çok ilgilenmektedir (Mutlu, 1998: 184; Asunakutlu, 2004: 2).

Hipokrat'tan günümüze kadar geçerliliğini koruyan tıp biliminin ilk ve en temel öğelerinden biri, "Primum non nocere" ( Önce zarar verme) ilkesidir. Bu ilke doğrultusunda kurgulanan sağlık hizmeti sunumu, öncelikle hastaların ve sağlık

çalışanlarının güvenliğine odaklanmaktadır. Institute Of Medicine (IOM) tarafından 1999 yılında Amerika'da yayınlanan raporlar ile sağlık hizmeti sunumunda tıbbi hatalar ve kalite dikkate alınması gereken en önemli iki sorun olarak ortaya konmuştur (Güden, Öksüzkaya ve Çetinkara, 2011: 109).

ABD'de 1992 yılında P. Eubanks tarafından yapılan bir araştırmada, 781 hastanenin tepe yöneticilerinden %58.5'i hastanelerinde TKY ve sürekli iyileştirme programlarının bulunduğunu, böyle bir programı olmayan hastanelerin tepe yöneticilerinin %84.6'sı ise bir sonraki mali yılda böyle bir programa başlamayı planladıklarını belirtmişlerdir. Yine ABD'de 1993 yılında yürütülmüş olan başka bir çalışmada ise, 3303 hastanenin %69'unda TKY ve sürekli iyileştirme programlarının bulunduğu tespit edilmiştir. Araştırma sonuçlarına göre TKY uygulayan hastanelerde uygulamayan hastanelere göre daha fazla iş tatmini sağlanmakta, insan kaynakları ve finansal sonuçlar açısından daha olumlu etkiler algılanmakta, maliyet tasarrufu sağlanmakta ve hastalarla ilgili istatistikî verilerde anlamlı iyileşmeler saptanmaktadır. Yine aynı yıl büyük bir tıp merkezinde 5000 çalışan üzerinde yapılan bir anketin sonuçlarına göre:

- TKY'ye katılımın çalışanlarda daha yüksek iş tatminine neden olduğu,
- Örgütsel iklimin daha olumlu hale geldiği,
- TKY felsefesinin temel ilkelerine daha güçlü bir bağlılık yarattığı tespit edilmiştir.

Araştırma örneklerinde de görüldüğü gibi TKY uygulamaları, kalite, maliyet, tatmin gibi konularda hastanelerin ve çalışanların performansına olumlu katkılarda bulunmaktadır (Çatalca, 2003: 27).

### **2.1.4. Sağlık Bakanlığı'na Bağlı Hastanelerde Toplam Kalite Yönetiminin Gelişimi**

Sağlık sektörünün çok dinamik bir yapıya sahip olması kalitenin sağlanmasında zorluklara neden olmaktadır. Tedavi hizmetlerinin sürekli artmasının yanı sıra, hızlı bir teknolojik değişim yaşanmaktadır. Demografik değişiklikler sağlık hizmetlerinin sağlanmasındaki dengeyi değiştirmektedir. Bunlara ilaveten halkın beklentileri de sürekli artmaktadır (Tengilimoğlu vd., 2009: 392).

Hastaneler, artık yatak doluluk oranını arttırmak amacıyla değil, verimi arttırmak, maliyetleri düşürmek, varlığını devam ettirebilmek ve hastalara daha kaliteli sağlık bakım hizmeti verebilmek amacıyla çözümler araştırmakta ve yeni anlayışlar geliştirmeye çalışmaktadırlar. Sağlık hizmetlerinde TKY uygulamaları, hastanelerin kendi yetersizliklerini tanıma, tanımlama ile hizmetin kalitesini geliştirmek için uygulanacak olan politika ve stratejileri belirlemeye yöneliktir (Aslantekin vd., 2005: 62-63).

Hastanelerde TKY uygulamaları ile ortaya çıkacak olumlu gelişmelerden bazıları şöyle sıralanabilir (Tengilimoğlu vd., 2009: 399):

- Çalışanlar arasındaki ilişkilerin daha olumlu hale gelmesi.
- Hasta memnuniyetinin artması.
- Hastane enfeksiyonu oranının düşmesi.
- Hastanelerde klinik ve idari yönden daha kaliteli hizmet sunulması.
- Sağlık çalışanlarının (iç müşterilerin) sağlık hizmeti sunarken daha kaliteli bir destek hizmeti almalarının sağlanması.
- Hasta ve çalışan güvenliğinin sağlanması.
- Tıbbi hata oranının azalması.

Sağlık hizmetlerinde kalitenin sağlanması ile ilgili çalışmalar çok eskilere dayanmaktadır. MÖ 2000'de Mısır papirüslerinde belgelenen tıbbi uygulama standartları, MÖ 1100'de Chou hanedanının, doktorların mesleğini uygulamaya

geçmeden önce bir sınavı geçmelerini istemesi ve doktorlara yapılan ödemeleri hasta sonuçlarına göre belirlemesi sağlık hizmetleri alanında kalitenin sağlanması amacıyla yapılan ilk düzenlemeler olarak sayılabilir. MÖ 5. yüzyılda Hipokrat'ın yazılı mesleki davranış kuralları oluşturması, MS 1000'de İran'da tıbbi uygulama yapanların bilgilerinin sınavla değerlendirilmesinin istenmesi tarihteki kalite yaklaşımlarına örnek olarak verilebilir (Kaya, 2005: 19).

Ondokuzuncu yüzyılın başlarında modern hemşireliğin kurucusu kabul edilen Florence Nightingale, İngiltere'de hastane hizmetlerinin iyileştirilmesi ile ilgili çalışmalar yapmıştır. Bu çalışmalar, sağlık hizmetlerinde kalite çalışmalarının başlangıcı olarak kabul edilmektedir (Kaya, 2005: 19).

Dünya savaşlarından sonra, sorunları barışçı yollarla çözmek, savaş çıkmasını önlemek gibi insani amaçlarla uluslararası bazı organizasyonlar kurulmuştur. Bunlardan biri de Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), World Health Organization (WHO)'dur. WHO, 1946 yılında New York'ta toplanan uluslararası bir sağlık konferansında kurulmuştur. WHO Anayasası, 1948 yılında çeşitli ülkeler tarafından imzalanarak yürürlüğe girmiştir. Türkiye, 1949 yılında 5062 sayılı yasa ile WHO'ya üye olmuştur (Sözen, 2003: 98).

Dünyada toplumsal sağlık anlayışıyla, yatay programlarla ve topluma en yakın yerlere hizmet götürebilmek amacıyla çok önemli politikalar geliştirilmiştir. Dünya bu yaklaşımı 1978 yılında Temel Sağlık Hizmetleri Uluslararası Konferansı'nda Alma-Ata Bildirisi olarak benimsemiş ve tüm ülkeler sağlık politikalarını "Temel Sağlık Hizmetleri" yaklaşımıyla yeniden düzenlemek üzere taahhütte bulunmuşlardır. Dünyada sağlık hizmetleri konusunda hassasiyet her geçen gün artmaktadır. İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi ve WHO tarafından en temel unsurları ortaya konulan sağlık sektöründe kaliteye yönelik standartlarda çitanın yükseltilmesi bütün insanlık için son derece önemlidir. Bu kapsamda WHO, 1977 yılı asamblesinde "Herkes İçin Sağlık" parolasıyla sağlık hizmetlerinin kalitesinin geliştirilmesi, sağlık hizmetlerinin eşit ve güvenli olarak sunulması amacıyla 21 hedef belirlemiştir (Bozkurt vd., 2011: 165-166).



Sağlık hizmetlerinde kalite çalışmalarında ABD öncü konumundadır. ABD’de sağlık hizmetlerinde kaliteye yönelik çalışmaların ilk çıkış noktası, 1913 yılında hasta bakım kalitesi ve güvenilirliğin işlenmesi ve denetlenmesi amacıyla standartların geliştirilmesidir. Bu çalışmaların devamında, 1951 yılında ABD’ de kalite konusunda, kar amacı gütmeyen önemli bir kuruluş, Joint Comission on Accreditation of Hospitals (JCAH) kurulmuştur. Bu kuruluşun adı sağlık sektöründe daha geniş bir alanda hizmet sunabilmesi amacıyla 1989 yılında “Joint Comission on Accreditation of Health Care Organisations (JCAHO) olarak değiştirilmiştir.

JCAHO, dünyada daha kaliteli ve daha güvenli sağlık hizmeti verebilmek için standartlar ve programlar geliştirmektedir. Kuruluş, sağlık çalışanları için hizmet sunumu sırasındaki riskleri azaltmaya temel oluşturacak akreditasyon standartları oluşturmuştur. Bu standartlar, kalite iyileştirme ve hasta güvenliğine yönelik, risk yönetimi ve kaynak yönetimi programlarını içine almaktadır. Akreditasyon, bir sağlık kuruluşunun önceden belirlenmiş ve yayınlanmış standartlara uygunluğunun herkesçe kabul gören tüzel bir kişilik tarafından değerlendirip, onaylandığı resmi bir süreçtir. Akreditasyon kararı 2-3 yılda bir yapılan değerlendirmeler sonucunda verilir. Hastanelerde kalitenin sürekli iyileştirilmesine gösterilen ilgi nedeniyle JCAHO 1994 yılında akreditasyon standartlarını TKY ilkeleri paralelinde yeniden düzenlemiş, eğitim ve danışmanlık hizmetlerine ağırlık veren programlar hazırlamıştır. Halen dünyadaki en büyük akreditasyon kuruluşu, JCAHO’dur. Kuruluş, akreditasyon belgesi almak için başvuran sağlık kuruluşlarını değerlendirmelerini yaparak belgelendirmektedir. Ülkemizde de bazı özel hastaneler JCAHO tarafından akredite edilmişlerdir (Yusufoğlu, 2008: 30; Joseph ve Mayers: 14).

Sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi amacıyla 1929 yılında uluslararası sivil toplum örgütü olan Uluslararası Hastaneler Federasyonu (IHF) kurulmuş ve yüzden fazla üye ülke tarafından desteklenmiştir. Kuruluş, dünya çapındaki hastane ve sağlık hizmeti organizasyonlarının birliği olarak hastane ve sağlık organizasyonları

arasında işbirliği, iletişimin geliştirilmesi, özellikle hasta güvenliğinin geliştirilmesi ve hizmet yetersizliği olan çevrelerde sağlık çalışmalarının teşviki alanlarında çalışmalar yapmıştır (Çatalca, 2003: 26; Bozkurt vd., 2011: 165-166).

ABD’de TKY’nin sağlık hizmetlerinde uygulanabilmesine yönelik olarak 1987 yılında 21 hastanede TKY çalışmaları başlamıştır. “National Demonstration Project” (Ulusal Demonstrasyon Projesi) adı verilen bu çalışmalardan elde edilen veriler 1990 yılında “Sağlığı Tedavi Etmek” adlı kitapta yayınlanmıştır. Bu veriler sonucunda TKY’nin sağlık hizmetlerinde de başarılı olabileceği görülmüş ve şu tespitlerde bulunulmuştur (Kaya, 2005: 45; Yusufoglu, 2008: 58-59):

- TKY araçları sağlık hizmetlerinde de uygulanabilir.
- Sağlık bakım hizmetlerini iyileştirmede çapraz fonksiyonlu ekipler önemlidir.
- Kalite iyileştirme yöntemlerini kullanmak ilgi çekicidir.
- Kötü kalitenin özellikle sağlık hizmetlerinde maliyeti çok yüksektir.
- Doktorların TKY çalışmalarına katılımını sağlamak zordur.
- Eğitim TKY için önemli bir ihtiyaçtır.
- Klinik olmayan süreçler daha çok ilgi çeker.
- Endüstride olduğu gibi sağlık hizmetlerinde de kalite iyileştirmenin kaderi her şeyden önce üst yönetimin elindedir.

Dünya Sağlık Raporu 2006’nın girişinde dünyadaki sağlık eşitsizliklerine değinilmiştir. Bu durum, dünyanın sosyoekonomik yönden farklı iki ülkesi olan, Japonya ve Sierra Leone’de dünyaya gelmiş iki kız çocuğunun doğumundan ölümüne değin sağlık durumu ve sağlık hizmetlerinden yararlanma imkanlarıyla ilgili karşılaştırmalar yapılarak çarpıcı bir şekilde ifade edilmiştir. Dünyadaki sağlık eşitsizliklerini gidermek amacıyla sağlık hizmetlerinin tüm dünyada eşit, kaliteli ve güvenilir bir biçimde sunulması temel hedefler olarak gösterilmiştir (Aydın vd., 2009: 15).

Ülkemizde de sağlık hizmetlerinin kalitesini iyileştirme çalışmalarına artan bir ilgi vardır. Ülkemizde sağlık hizmetlerinde 1980’li yıllardan sonra, özellikle hastanelerde TKY hızlı bir yayılma göstermiştir. Özel hastaneler, kalite çalışmalarına kamu hastanelerinden çok önce başlamıştır. Bu çalışmalar özellikle yurt dışından hasta kabul eden hastanelerde öncelikle geri ödeme kurumları ile anlaşma yapılabilmesi amacıyla ve kalite çalışmalarının kurumsal gelişim ile rekabete yönelik faydaları nedeniyle başlatılmıştır. Ülkemizde 1995 yılından sonra özellikle SSK’ya bağlı hastanelerde TKY ile ilgili ciddi ve yaygın çalışmalar başlatılmıştır. Bunu SB’na bağlı hastanelerdeki TKY çalışmaları izlemiştir.

Devletin hizmet sunumunda önemli yere sahip olması, kalite çalışmalarına ilgi göstermesine neden olmuştur. Bu dönemde ve sonraki yıllarda hastaneler aynı zamanda kalite yönetimi ile ilgili belge almaya teşvik edilmiştir. En yaygın tercih edilen Kalite Yönetim Sistemi ISO 9001: 2000 ve ISO 9001: 2008 standartları olmuştur. 2007 yılı itibarıyla 68 sağlık kuruluşu ISO belgesi almıştır. (Bozkurt vd., 2011: 166; Çıraklı ve Sayım, 2009: 355-356). Sağlık hizmetlerinde standart kavramı, belirli hastalıkların tedavisi ile ilgili olarak, üzerinde mesleki olarak uzlaşmaya varılmış, gerçekleştirilebilir, ölçülebilir ve arzulan başarı düzeyi olarak tanımlanmaktadır. Her standart birden fazla kriteri içerir ve bu kriterler incelenerek standartlara uyulup, uyulmadığına karar verilir. Bu standart şartlarını etkin olarak uygulamak, sağlık kuruluşlarına ciddi iyileştirmeler yapma fırsatı vermiş, sağlık kuruluşlarına büyük katma değer sağlamıştır (Kısa, 2007: 217; Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2010: 459).

Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü bünyesinde 1998 yılında “Kalite Yönetimi Şube Müdürlüğü” kurulmuştur. Şubenin amacı, bakanlığa bağlı hastanelerdeki hizmet sunumu ile ilgili vizyon, misyon ve ilkeleri belirlemek, hizmet alanları, insan kaynakları, hasta memnuniyeti, maliyet ölçümleri, hasta hakları, akreditasyon, hizmet kalitesi vb. çalışmalar ile sağlık alanındaki değişim ve gelişmeler doğrultusunda hizmetlerin standardize edilmesi ve TKY felsefesinin Sağlık Bakanlığı hastanelerine profesyonel bir yaklaşımla adaptasyonunu ve kurumsal değişimi sağlamaktır (Kaya, 2004: 67).

Sağlık Bakanlığı, hastanelerde uygulanacak kalite kriterlerini geliştirmek, ülkemizdeki hastanelerde uygulamak ve Ulusal Sağlık Akreditasyon Sistemi kurmak amacıyla Joint Comission International (JCI) ile çalışmalar başlatmıştır. Bu çalışmalar kapsamında bakanlıkça hazırlanan ve 30 Ekim 2001 tarihinde yürürlüğe girmiş ve tüm valiliklere gönderilmiş bulunan “Yataklı Tedavi Kurumları Kalite Yönetimi Hizmet Yönergesi” ile özellikle bakanlığa bağlı hastanelerde kaliteyi geliştirirken, performans, etkinlik ve verimliliğin ölçümü ve artırılması amaçlanmıştır. Böylece TKY anlayışının kurum bünyelerine yerleştirilmesi çalışmalarına resmen başlanmıştır. Bu yönerge zaman içinde geliştirilip değiştirilerek, “Sağlıkta Performans ve Kalite” yönergesi adını almıştır. (Çıraklı ve Sayım, 2009: 355-356; Kaya, 2004: 67-68).

Sağlık Bakanlığı, 2002 yılı genel seçimlerinden sonra, “Sağlıkta Dönüşüm Programı”nı başlatmıştır. Bu program, tüm nüfusu kapsayan bir sosyal güvenlik sisteminin kurulmasını ve devletin tüm vatandaşlara temel sağlık hizmetlerini sunmakla sorumlu olduğunu ifade etmektedir. Sağlık Bakanlığı tarafından, Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın amaçları, sağlık hizmetlerinin etkili, verimli ve hakkaniyete uygun bir şekilde organize edilmesi, finansmanının sağlanması ve sunulması olarak açıklanmıştır. Sağlıkta Dönüşüm Programının Temel İlkeleri şunlardır (Tengilimoğlu vd., 2009: 103):

- İnsan merkezlilik
- Sürdürülebilirlik
- Sürekli kalite gelişimi
- Katılımcılık
- Uzlaşmacılık
- Gönüllülük
- Güçler ayrılığı
- Desantralizasyon
- Hizmette rekabet

Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın sekiz bileşeninden biri, nitelikli ve etkili sağlık hizmetleri için kalite ve akreditasyondur. Buna göre; Sağlık sektöründe hizmetin kabul edilebilirliği ve standardı, en az kullanılan sarf malzemesi, tanı ve tedavinin kalitesi kadar önemlidir. Hizmet biriminin belli standartlara uygunluğu tek başına yeterli değildir. Hizmet sunum süreci ve elde edilen çıktılar değerlendirildiği bir mekanizmanın kurulması gereklidir. Ulusal Kalite ve Akreditasyon Kurumu kurulması planlanmakta ve gelişmiş ülkelerdeki örnekleri gibi faaliyet göstermesi amaçlanmaktadır. Kurum, sağlık sonuçlarını ölçmek için sistemler geliştirecek ve sonuç ölçümlerini sağlık hizmet sunucularına performans göstergeleri oluşturmak amacıyla kullanacaktır. Ayrıca, sağlık hizmetleri sunumunda etik değerlerin korunabilmesi amacıyla güçlü bir yaptırım yetkisi olan bir etik kurul oluşturulması planlanmaktadır (Tengilimoğlu vd., 2009: 106).

Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın temel amaçlarından biri olan kaliteli sağlık hizmetlerinin sağlanabilmesi amacıyla "Sağlıkta Performans ve Kalite Yönergesi" yayınlanmış yönerge zaman içinde revizyona tabi tutulmuştur. Halen yürürlükte olan Sağlıkta Performans ve Kalite Yönergesi, 01.03.2011 tarihli 9489 sayılı yönergedir (Ek 1). Sağlık kurum ve kuruluşlarında kalite geliştirme uygulamalarında temel mevzuatı bu yönerge oluşturmaktadır. Yönergenin birinci bölümünde amaç, kapsam, dayanaklar ve tanımlar, ikinci bölümünde il performans ve kalite koordinatörlüğü kalite yönetim biriminin oluşturulması, bunların görev ve sorumlulukları, üçüncü bölümünde kurum katsayıları, dördüncü bölümde kuruluş katsayıları, beşinci bölümünde ise kurumsal performans katsayıları ve diğer hükümler üzerinde durulmaktadır. Yönerge, SB'na bağlı olmak üzere, birinci basamak sağlık kuruluşları ile ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarını (entegre ilçe hastaneleri hariç) ve diğer sağlık hizmeti sunan kurumları kapsamaktadır. Yönergenin birinci maddesinde, yönergenin amacı aşağıda gibi ifade edilmiştir:

Bu yönergenin amacı; sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi, kaliteli ve verimli sağlık hizmet sunumunun sağlanması için sağlık kurum ve kuruluşlarının kurumsal performansının ölçülmesine yönelik olarak ölçülebilir ve karşılaştırılabilir performans, kalite ve diğer kriterler ile hizmet sunum şartlarının belirlenmesi, halkın görüşlerinin bu sürece yansıtılması suretiyle kurumsal performans katsayısının

tespitine ve hizmet sunumu açısından belgelendirilmesine ilişkin usul ve esasları düzenlemektir ([www.performans.saglik.gov.tr](http://www.performans.saglik.gov.tr)).

Sağlık Bakanlığı merkez ve taşra teşkilatlarında TKY ile ilgili çalışmaların koordinasyonunu sağlamak üzere bir müsteşar yardımcısı başkanlığında tüm birim amirlerinin katılımıyla 12.01.2004 tarihinde “Kalite Konseyi” kurulmuş ve kalite çalışmalarını planlamak, organize etmek ve yürütmekle görevlendirilmiştir (Kaya, 2004: 69; Hastane Hizmet Kalite Standartları, 2011: 3-7).

Hastanelerde kalite yönetimi belgelendirme sistemi olarak yaygın şekilde kullanılan ISO 9000, tıbbi süreçleri tam olarak içermediğinden sağlık çalışanları, özellikle doktorlar tarafından tam olarak benimsenememiştir. Bu bağlamda özellikle tıbbi hizmetlerde dünyada olduğu gibi ülkemizde de akreditasyon standartlarının gerekliliği ortaya çıkmaktadır. (Aslantekin vd., 2005: 62). 2005 yılında kamu hastanelerinde hayata geçirilen Kurumsal Performans ve Kaliteyi Geliştirme çalışmasının en önemli parametresini kalite kriterleri oluşturmaktadır. 100 sorudan oluşan kalite kriterleri, 2007 yılı başında yapılan revizyonla 150 soruluk bir set halini almıştır. 10.04.2007 itibarıyla Sağlık Bakanlığı’na bağlı 795 hastanenin 367’sinin “İç Hizmet Yönergesi” onaylanmış, 120’si ise “Kalite Yönetimi Sistem Belgesi” almıştır.

Sağlık Bakanlığı tarafından, 23.11 2007 tarihinde "Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı" adı ile müstakil bir daire kurulmuştur. Kuruluş onayında yer aldığı üzere belirtilen iş ve işlemler için Başkanlık bünyesinde beş şube müdürlüğü oluşturulmuştur (Aydın vd., 2009: 7).

2008 yılında yapılan revizyonda ise, 150 sorudan oluşan kalite kriterleri tamamen revize edilerek, hem yapısal, hem dizayn hem de metodolojik açıdan yeniden düzenlenmiştir. Kalite kriterleri “Hizmet Kalite Standartları” adını alarak, toplam 354 standart ve yaklaşık 900 alt bileşenden oluşan bir set halini almıştır. 2009 yılında özel hastane ve üniversite hastanelerine yönelik 388 standart ve 1450 alt bileşenden oluşan “Özel Hastane Hizmet Kalite Standartları” hazırlanarak

yayınlanmıştır. Son olarak 2011 yılında, Sağlık Bakanlığı Performans Yönetimi Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı tarafından SB hastanelerini, üniversite hastanelerini ve özel hastaneleri kapsayan, Hastane Hizmet Kalite Standartları (HHKS) yayınlanmıştır. Yayında, Hastane Hizmet Kalite Standartlarının pek çok uzman tarafından, ulusal ve uluslararası kaynaklar doğrultusunda farklı kurumsal yapılanmalar, sorunlu alanlar ve ülke koşulları dikkate alınarak oluşturulduğu belirtilmektedir. Değerlendiricilerin, hastane kalite temsilciliklerinin, farklı çevrelerden çeşitli uzmanların geri bildirimlerinin, görüş ve önerilerinin değerlendirilerek, başkanlığın edindiği tecrübe ile birleştirilerek HHKS'ye ulaşıldığı ifade edilmektedir.

Dünyada çeşitli ülke örnekleri incelendiğinde, sağlık hizmetlerinin kalitesinin artırılmasına yönelik çalışmaların daha çok ulusal kalite ve akreditasyon sistemleri üzerinden yürütülmekte olduğu görülmektedir. Ülkelerin sağlık sistemlerinin ihtiyaçları, öncelikleri, farklı beklentileri ve uluslararası akreditasyon sistemlerinin getirdiği mali yükler gibi nedenler dünyada pek çok ülkenin sağlıkta ulusal bir kalite sistemi kurmasına yol açmıştır. Sağlıkta ulusal kalite sistemine sahip ülkeler arasında İngiltere, Kanada, Fransa, Danimarka gibi gelişmiş ülkeler bulunduğu gibi, Tayland, Mısır, Hindistan, Kırgızistan ve Malezya gibi gelişmekte olan ülkeleri de görmek mümkündür.

Hastane Hizmet Kalite Standartlarının oluşturulmasında, hasta odaklı, hastalara yönelik sağlık hizmeti kalitesine katkı sağlayacak, sağlık sisteminde sürekli kalite gelişimini teşvik edecek, net standartların sağlanması temelinde hastanelerin objektif, sistematik değerlendirilmesini sağlayacak, hastalar için sağlık hizmetlerinde tutarlılık ve hakkaniyet sağlayacak kriterleri içermesi amaçlanmıştır (Bozkurt vd., 2011: 167).

Hastane Hizmet Kalite Standartları, sağlık kurumları arasında hizmet standardizasyonunda yakınlık sağlamak, kurumlar arası deneyimi paylaşmaya zemin hazırlamak ve ulusal akreditasyon sistemini kurmak amacıyla kamu ve üniversite hastaneleri ve özel hastaneleri kapsayacak şekilde hazırlanmıştır. Bu standart setleri içinde hastaneler, ağız ve diş sağlığı merkezleri ile 112 acil hizmetlerinin her biri için

ayrı ayrı oluşturulmuş kriterler bulunmaktadır. HHKS, ülkemize özgü olmakla birlikte uluslararası çalışmaların sentezini de bünyesinde barındırmaktadır. Geliştirilen standartların hastanelerde uygulanabilirliğini ve anlaşılabilirliğini değerlendirmek amacıyla farklı illerden, farklı hastane türlerinden ve farklı sektörlerden 24 hastanede pilot çalışmalar yürütülerek, standartların geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Bu çalışmalar çerçevesinde poliklinik, laboratuvar, görüntüleme, ameliyathane, klinikler, diyaliz üniteleri, acil servis, ambulans hizmetleri, eczane, enfeksiyon kontrolü, hasta ve çalışan güvenliği, kurumsal hizmet yönetimi, hastane bilgi sistemi, hasta kayıtları, arşiv, tesis yönetimi ve güvenlik, depolar, mutfak, çamaşırhane, morg birimlerinin çalışmalarına yönelik esaslar belirlenmiştir. Bu çerçevede hasta ve çalışan memnuniyeti anketleri düzenlenmekte ve sonuçları değerlendirilmektedir. (Aydın vd., 2009; Hastane Hizmet Kalite Standartları, 2011: 3-7).

Sağlık Müdürlükleri'nde İl Performans ve Kalite Koordinatörlüğü, hastanelerde ise, performans ve kalite birimleri kurulmuş, SB'na bağlı kurumsal bir yapı oluşturulmuştur. Sağlık Bakanlığı'na bağlı kurumlarda kurumsal performans değerlendirmeleri Hizmet Kalite Standartları esas alınarak, İl Performans ve Kalite Koordinatörlükleri veya Sağlık Bakanlığı değerlendiricileri tarafından 2009 yılına kadar dörder aylık üç dönem halinde yapılmakta iken, 2009 yılından itibaren 6 aylık iki dönemde gerçekleştirilmektedir. Değerlendirmeler sonucunda her standarda karşılık puanlamalar yapılmaktadır. Hastaneler böyle bir değerlendirme ile ulusal ölçekte standartların ne kadarını karşılayabildiklerini görmektedirler. Standartlar hastanelerin sınıflandırılması açısından da işlevsel olabilmektedir (Aydın vd., 2009: 17).

Yukarıda da sözü edildiği gibi, Sağlık Bakanlığı tarafından 2006 yılından beri kamu hastanelerinde belirli periyotlarla Hizmet Kalite Standartları (HKS) değerlendirmeleri yapılmaktadır. Sağlık kurumlarında verilen hizmetin kalitesini belirleyen denetimler sonucunda elde edilen verilerle "Hizmet Kalite Katsayıları" hesaplanmaktadır. Söz konusu katsayılar 0 ile 1 arasında değerlerden oluşmaktadır. İstanbul ilinde İlyas Bozkurt vd. tarafından 2011 yılında 51 kamu hastanesinde



yapılan bir araştırmada 2006-2009 yıllarına ait Hizmet Kalite Katsayıları sonuçları retrospektif olarak incelenmiştir. Bu dönemde söz konusu 51 hastanede toplam 9 Hizmet Kalite Standartları değerlendirilmiştir. Araştırmada katsayıların incelenmesi suretiyle istatistiksel veriler elde edilerek kurumların kalite süreçleri açısından durumlarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır. 2006 yılı ile karşılaştırıldığında 2009 yılı itibarıyla tüm kamu hastanelerinde Hizmet Kalite Katsayılarında %25.7'lik artış görülürken; Devlet Hastanelerinde %35.9'luk, Eğitim ve Araştırma Hastaneleri'nde %15.5'lik artış olduğu görülmüştür.

Eğitim ve Araştırma hastanelerinin ortalama puanlarının 0.77 ile başlayıp 0.89'a çıktığı, Devlet hastanelerinin ortalama puanlarının ise 0.64 ile başlayıp, 0.89'a çıktığı görülmüştür. 2006-2009 yılları arasında Hizmet Kalite Katsayıları ortalamalarındaki artış incelendiğinde, Devlet Hastaneleri'nin (%35.9) Eğitim ve Araştırma Hastaneleri'ne (%15.5) göre iki kat fazla artış gösterdiği görülmüştür. Bunun nedeni olarak, Eğitim ve Araştırma Hastanelerinin Devlet Hastaneleri'ne göre daha karmaşık yapıya sahip olmalarının değişikliklere adaptasyonu daha yavaş ve zor bir hale getirmesi düşünülmüştür. Sonuç olarak, İstanbul'daki kamu hastanelerinde yapılan Hizmet Kalite Standartları değerlendirmeleri sonuçları söz konusu hastanelerde sağlık hizmetleri kalitesi açısından olumlu yönde gelişmeleri işaret etmektedir (Bozkurt vd., 2011: 173).

Sağlık Bakanlığı, HHKS çerçevesinde belgelendirme çalışmalarını sürdürmesi nedeniyle, 24.01.2012 tarihinden itibaren TSE ile olan, TSE EN ISO 9001: 2008 belge sözleşmesini karşılıklı olarak feshetmiştir. Sağlık Bakanlığı tarafından, HHKS esas alınarak 26 Ekim 2011 tarihinde kamu hastaneleri, özel hastaneler ve ADSM'lerde başlatılan merkezi değerlendirme süreci 13 Ocak 2012 tarihinde tamamlanmıştır. Değerlendirmeler, Performans Yönetimi Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı bünyesinde kurulan Merkezi Değerlendirme Komisyonu yönetiminde İl Performans ve Kalite Koordinatörlükleri değerlendiricileri tarafından yürütülmüştür. Tüm hastaneler merkezi değerlendirme sonuçları ve buna ilişkin detayları Kurumsal Kalite Sistemi üzerinden kendilerine verilecek şifreyle görebileceklerdir. Bu süreçle ilgili bilgi, Sağlık Bakanlığı Performans Yönetimi Kalite Geliştirme Daire

Başkanlığı'nın internet sitesinde paylaşımına açılmaktadır. Ayrıca kamu hastanelerinin değerlendirme sonuçlarının resmi yazıyla İl Sağlık Müdürlüklerine il bazında gönderileceği de duyurulmuştur. Aşağıda Sağlık Bakanlığı'nın merkezi değerlendirme süreci ile ilgili özet bilgilerin yer aldığı tabloya yer verilmiştir ([www.performans.saglik.gov.tr](http://www.performans.saglik.gov.tr)) :

Tablo: 2 2011 Yılı Merkezi Değerlendirme Özet Tablo

2011 Yılı Merkezi Değerlendirme Özet Tablo	
26 Ekim 2011-13 Ocak 2012	
Parametre	Sayı
Değerlendirme Yapılan İl	81
Değerlendirme İş Günü	50
Değerlendirilen Özel Hastane	430
Değerlendirilen Kamu Hastanesi	344
Değerlendirilen ADŞM	116
Toplam Değerlendirilen Kurum	890
Değerlendirmeye Katılan Değerlendirici	379
Değerlendirmeye Katılan Ekip Sorumlusu	96

Kaynak: [www.performans.saglik.gov.tr](http://www.performans.saglik.gov.tr)

Tabloda görüldüğü gibi, Sağlık Bakanlığı kapsamlı bir merkezi değerlendirme çalışması gerçekleştirmiştir.

Hastane üst yönetiminin TKY konusunda bilinçlendirilmesi için yapılan ilk eğitim toplantısı, 11-12 Nisan 2002 tarihinde İzmir'de düzenlenmiştir. Bu toplantıya İzmir, Manisa, Muğla, Kütahya, Balıkesir, Denizli, Uşak, Çanakkale ve Aydın illerindeki hastanelerden hastane başhekimisi, hastane müdürü ve döner sermaye saymanları olmak üzere toplam 332 kişi katılmıştır. TKY hakkında bilinç oluşturmak amacıyla başka eğitim toplantıları da düzenlenmiştir.

Sağlık Bakanlığı tarafından Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi adı altında üç toplantı düzenlenmiştir. Sağlık Bakanlığı'nın sağlık hizmetlerinde kalite çalışmaları kapsamında, Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü,

Sağlık Bakanlığı Performans Yönetimi Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı tarafından Sağlıkta Performans ve Kalite adında hakemli bilimsel bir dergi yayınlanmaktadır. Derginin üçüncü sayısı 11.01.2012 tarihinde yayınlanmıştır ([www.performans.saglik.gov.tr](http://www.performans.saglik.gov.tr)).

Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı biriminin 19 Mart 2012 tarihinden itibaren, 663 sayılı kanun hükmünde kararname ile oluşturulan yeni bir yapılanma sonucu varlığı sona ermiş ve SB merkez teşkilatı bünyesindeki Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü çatısı altında “Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı” kurulmuştur ([www.kalite.saglik.gov.tr](http://www.kalite.saglik.gov.tr)).

Sağlık Bakanlığı'nın tüm bu faaliyetleri incelendiğinde, bakanlık tarafından sağlık hizmetlerinde kalite konusuna büyük önem verildiği ve bu konuda geniş çapta çalışmalar yürütüldüğü gözlenmektedir.

### **2.1.5. Sağlık Bakanlığı'na Bağlı Hastanelerde TKY'ye Geçiş Aşamaları**

Tüm kurumlarda olduğu gibi, hastanelerde de kalite yönetiminin etkin bir şekilde uygulanması yoğun çaba ve emek gerektirmektedir. Özellikle ilk zamanlarda amaç ve hedeflerin belirlenmesi, uygulama planlarının tanımlanması, eğitim analizlerinin yapılması ve izlenmesi için geniş zaman ayrılması ve bu konulara önem verilmesi gerekmektedir (Aslantekin vd., 2005: 61).

Sağlık hizmetlerinde kalite yönetiminde takip edilecek tek bir teknik veya yaklaşım yoktur. Her kurum ve organizasyon kendi içinde yapacağı değerlendirmelerin ışığında kurum yapısına, çalışanların ve kaynakların özelliklerine, yönetim biçimine, içinde bulunduğu çevreye göre kendisine en uygun olan bir yöntem veya yöntemlerin bileşimini seçip, uygulamalıdır. Kaliteyle ilgili yaklaşımlar günü birlik, geçici veya ek bir iş gibi değil, diğer yönetsel işlevlerin temel bir parçası olarak ele alınmalıdır (Hayran ve Uz, 1998: 172).

Hastanelerde TKY uygulamaların başlamadan önce üst yönetim ve çalışanların TKY konusunda bilgi edinmeleri gerekmektedir. TKY uygulamalarına başlandığında kurumun içinde bulunduğu çalışma ve yaşam tarzında önemli değişikliklerin meydana geleceğinin tüm yönetim kadrosu tarafından bilinmesi ve kabullenilmesi gerekmektedir. Çünkü, TKY köklü yapısal ve zihinsel değişiklikleri gerektirmektedir. Kurumda çalışanların TKY sistemini kavramaları sağlanmalı, getireceği yeni yaklaşımlarla kurum fonksiyonlarının iyileştirilmesini amaçladığı ifade edilmelidir. Üst kademe yöneticileri yeni uygulamayı desteklediklerini her fırsatta davranışları ile göstermelidirler (Çoruh,1995: 3).

Sağlık hizmetlerinin sunumunda değişimi gerçekleştirmek için şu üç soruya cevap aramak gerekmektedir:

- Sağlık hizmetini nasıl sunulmaktadır?
- Sunulan sağlık hizmeti nasıl değerlendirilmektedir?
- Sunulan sağlık hizmeti nasıl daha iyi duruma getirilebilir?

Kalite yönetimi, aslında bir eylemler bütünüdür. Her bir eylem diğer bir eylemi tetikler, sistemin tamamının başarısında ya da başarısızlığında rol oynar. Kaliteyi sağlama, güvence altında tutma ve kaliteyi sürekli geliştirme rastlantılarla değil, sistemli çalışmalarla gerçekleşebilmektedir. Kurumların değişiklik yaratma hızı ve başarısı uygulamalarda bazı bileşenlerin bir araya getirilmesi ve her bileşenin teker teker ve birlikte ele alınmasına bağlıdır. TKY'nin başlangıç aşamasında dikkate alınması gereken faktörler şunlardır (Aslantekin vd., 2005: 61):

- Güçlü bir organizasyon şemasının oluşturulması.
- Kuruma özgün yorum.
- Kesin ve bağlayıcı yöntemlerin kullanılması.
- İletişim.
- Değişimin dikkatle izlenmesi.
- Kurum kültürünün TKY ekseninde şekillenmesi.

TKY uygulamalarının başarılı olabilmesi için, çalışmaların belli bir plan ve sistematik içerisinde gerçekleştirilmesi ve bekleme bilmek gerekmektedir. Çünkü, TKY uygulamalarının sonuçları kısa sürede ortaya çıkmayabilir. TKY'nin bünyesinde enformasyon ve analiz, stratejik planlama yönetimi, diyalog ve uzlaşmaya dayalı karar alma gibi unsurlar mevcut olduğundan işe bu tekniklerden yararlanarak başlanmalıdır (Kıngır, 2006: 234). Hastanelerde TKY'nin hayata geçirilebilmesi için, bazı aşamalar vardır. Uygulamada bu aşamaların bir rehber olarak takip edilmesi yararlı olmaktadır.

#### **2.1.5.1. Değişiklik İhtiyacının Hissedilmesi**

Bir organizasyonda kalitenin artırılmasına yönelik değişikliklerle ilgili çalışmaların ilk adımı değişiklik ihtiyacının hissedilmesidir. Bu ihtiyacın ışığında tek tek birimlerde veya hastane genelinde çalışanlarla birlikte kaliteli sağlık hizmetinin ne olduğu, ne olması gerektiği ve bunu sağlamak için neler yapılabileceğinin belirlenmesi konularının tartışıldığı toplantılar düzenlenir. Böylece yapılacak değişiklikler için farkındalık oluşturulur ve çalışanların yapılacak değişikliklere hazırlanması sağlanır (Hayran ve Sur, 1997: 126-127). Hastane üst yönetimi tarafından resmi olarak, ulaşılmak istenen kalite düzeyini gösteren amaç ve hedefleri içeren kalite politikası belirlenmelidir. Belirlenen hastane kalite politikası, tüm çalışanların ve hizmet alanların anlayacağı bir şekilde düzenlenmeli ve herkese panolar, broşürler gibi araçlarla duyurulmalıdır. Üst yönetimin kalite politikasına sadık kalması astlarına model olması açısından önemlidir. Kalite politikasının belirlenmesinin ardından, uzun vadede kalite devamlılığını sağlayan stratejik planlar hazırlanır (Atmacan, 1999: 50).

#### **2.1.5.2. Mevcut Durumun Tespit Edilmesi**

Bir hastanede etkin ve verimli çalışan TKY sistemi tasarlayabilmek için öncelikle mevcut sistemin çok iyi tanınması gerekir. Sistem analizi yapılarak;

hastanenin yapısı, mevcut yönetim şekli, bilgi akışı, tüm süreçler, iyileştirilmesi gereken süreçler ve eğitim ihtiyaçları belirlenir (Sarp, 2011: 21).

Tüm hastane çalışanlarının katıldığı detaylı toplantılarda tüm süreçlerin ve beklenen çıktılarının belirlenmesi ve bunlarla ilgili sorunların ortaya çıkarılmasına çalışılır. Birçok disiplinin temsil edildiği bu toplantılarda olaylara farklı bakış açılarıyla yaklaşarak, yanlış anlamaların ortadan kaldırılması, sorunların daha iyi anlaşılması sağlanmış olur. Böylece, belki de o zamana kadar hiç görüşleri sorulmayan, dikkate alınmayan, hatta görüşlerini ifade etmesi engellenen çalışanların yönetimle ilgili kararlara aktif katılımı gerçekleşmiş olur. Tam katılımın sağlanması TKY'nin önemli bir ilkesidir (Hayran ve Uz, 1997: 127). Doktorların sisteme erken adapte olabilmesi için ilgi alanlarına dönük konulardan başlayarak kurumsal iyileştirme çalışmalarına katkıları sağlanmalıdır.

Klinik yönetimini ilgilendiren bu çalışmaların yanında kurumun genelini ilgilendiren maliyetler, yatak işgal oranları, toplam hastane giderleri gibi alanlarda mevcut durum tespit edilmelidir (Çoruh, 1994: 3).

Mevcut ve ileride sağlanacak kalite düzeyinin ve ölçülebilmesi için öncelikle standartların belirlenmesi gerekir. Standartlar aynı şartlarda kabul edilebilir ve kabul edilemez kalite düzeyi arasındaki sınırı çizerler. Belirlenecek olan standartlar, ulusal sağlık hedefleri ve standartlarıyla paralel, bölgenin veya kurumun sahip olduğu şartlara uygun, özel durumlara uygulanabilen, bilimsel, gerçekçi, anlaşılır, uygulanabilir, ulaşılabilir, ölçülebilir olmalıdır. Ayrıca belirlenecek olan standartlar, değişen şartlara ve zamana adapte olabilmelidir, uygulamalarda boşluk bırakmayacak şekilde geniş kapsamlı olmalıdır. Standartların oluşturulması sürecinde çalışanların görüşlerine de başvurulmalıdır.

Standartların belirlenmesinin ardından bu standartlarla ilgili kriterler belirlenir. Kriterler, bir faaliyet ya da hizmetin kalitesinin ölçülebilir terimlerle kıyaslanmasının

ifadesidir. Her ne kadar sağlık hizmetleri kalitesinin ölçümü için tek bir kalite indeksi olmasa da belirlenen kriterlerle sağlanan bilgiler kalite düzeyi hakkında gerekli bilginin toplanmasını sağlayabilecektir. Belirlenen kriterlere göre ölçümler yapılarak hastanenin mevcut kalite düzeyi tespit edilir. Ölçümler sırasında objektif olunmalıdır (Hayran ve Sur, 1998: 170). Daha önceki bölümde de değinildiği gibi, ülkemizde Sağlık Bakanlığı, tüm kamu, üniversite hastaneleri ve özel hastaneleri kapsayan Hastane Hizmet Kalite Standartlarını belirlemiştir. Hastaneler için bu standartlara dahil olan kriterler, kalite düzeyinin belirlenmesinde yardımcı olmaktadır.

### **2.1.5.3. Değerlendirme ve Problem Çözme**

Yapılan mevcut durum tespitinin ardından, mevcut uygulamalardaki kalite düzeyi ile ulaşılmak istenen kalite düzeyi arasındaki farklılıklar ortaya konulmalıdır. Değerlendirme toplantılarına hastane çalışanlarının geniş katılımının sağlanması ve her birimden, her kademedeki çalışanın toplantılarda temsil edilmesi gereklidir (Sarp, 2011: 22). Değerlendirme çalışmaları kapsamında hasta ve çalışan memnuniyetinin ölçülmesi için çalışmalar yapılmalıdır. Bu çalışmalar, görüşmeler, anketler, dilek ve şikayet kutuları gibi araçlar kullanılarak yapılmaktadır. Hasta ve çalışan memnuniyeti belirli periyotlarla ölçülüp, değeriendirilerek, gerekli değışikliklerin sağlanması için çalışmalar yapılmalıdır. TKY'nin gerektirdiği değışikliklerin gerçekeşebilmesi için örgüt kültürünün TKY ekseninde yeniden yapılandırılması, yöneticilerin lider, destekleyici, koordinatör rollerini benimsemeleri gerekmektedir (Atmacan, 1999: 92).

### **2.1.5.4. Uygulama**

Mevcut durumun tespit edilmesi ve yapılan değeriendirmeler sonucunda gerçekeştirilmek istenen kalite iyileştirme çalışmalarını planlamak, yürütmek ve sonuçlarını izlemek amacıyla Kalite Konseyi kurulmalıdır. KK, hastane üst yönetimi ve TKY'ye katkıda bulunacak kişilerle birlikte ortak kararlar alırlar. İyileştirme

çalışmalarına geçilmeden önce kapsamlı bir eylem planı hazırlanmalıdır. Bu çerçevede, kalite organizasyon yapısı oluşturulur, çalışanların görev ve sorumlulukları, iş akış şemaları ve prosedürler düzenlenir. İletişim sisteminin oluşturulması da TKY'ye geçişte önemli bir basamaktır. Gazeteler, bültenler, ilan panoları, hastaneye sonradan gelen çalışanlara uygulanan uyum programları, düzenlenen toplantılar, broşürler kullanılan iletişim kanallarından bazılarıdır. Ekip çalışmalarının organize edilmesi gerekir. TKY uygulamalarının vazgeçilmez parçası olan kalite çemberleri kurulmalı, kalite çemberleri için gerekli alt yapı oluşturulmalıdır (Atmacan, 1999: 62).

Bu aşamada hastanelerde bağımsız birimler olarak kalite birimleri kurulmalıdır. Kalite birimleri kurulma aşamasında, vizyon sahibi, gelişime açık ve eğitim destekli çalışanların bir araya getirilmesiyle oluşturulmalıdır. Kalite yönetim birimleri işlevsel olmalıdır (Güden vd., 2011: 120).

#### **2.1.5.5. Eğitim**

TKY'nin başarısı çalışanların eğitimine bağlıdır. TKY uygulamalarında, kalite kavramları, istatistik teknikleri, kalite yöntemleri gibi konularda tüm çalışanların eğitilmesi gerekmektedir. Çalışanlar kendi işlerine yönelik fonksiyonlarla birlikte kalite geliştirme konusunda bilgilendirilmelidirler. Hastanelerde TKY ile ilgili eğitimlerin en önemli amacı, kaliteli sağlık hizmetlerinin standartlarının ve ilkelerinin öğretilmesidir. Ayrıca sağlık hizmetlerinde kalitenin artırılabilmesi için son gelişmeler ışığında mesleki eğitimlerin de verilmesi gereklidir. Hastanelerde sağlık hizmetlerinin kaliteli, verimli, zamanında ve ekonomik bir şekilde yerine getirilebilmesinde en önemli etken olan çalışanların eğitimi sürekli olmalı ve eğitim için kaynak ayrılmalıdır (Atmacan, 1999: 62).



### **2.1.5.6. Motivasyon**

TKY çalışmalarında çalışanların katılımını sağlamak için çalışanların motivasyonu önemlidir. Ödüllendirme başarıyı artırır. Sosyal etkinlikler veya para ödülleri gibi motivasyon araçlarından yararlanılabilir. Motivasyon amaçlı ödüllendirmeler adil olarak yapılmalıdır (Sarp, 2011: 21-22).

### **2.1.5.7. Kalitede Sürekli İyileştirme**

TKY'nin temel ilkeleri gereği mevcut kalite düzeyinin belirlenmesi ve değerlendirmeler sonucunda yapılan uygulamaların ardından, bu kalite düzeyinin sürekli iyileştirilmesi için problemleri belirleme ve çözme yöntemlerine ekip anlayışı içinde sıfır hata temel hedefinde başvurulmalıdır. Mevcut standart ve kriterlerin gözden geçirilerek, ulaşılan yeni kalite seviyesine göre, daha da geliştirilerek yeniden düzenlenmesi gerekir. Böylece, sürekli bir şekilde hizmet kalitesi geliştirilmiş olacaktır. Sağlık hizmetlerinde birimlerden birinde ortaya çıkan iyi sonuçlardan yola çıkarak bu sonuca ulaşılmasını sağlayan kaynaklar ve süreçler belirlenerek aynı uygulamaların diğer alanlara yaygınlaştırılması ve bunun sürekli hale getirilmesi sağlanmalıdır (Asunakutlu, 2004: 89).

Bu aşamalar hem kendi içinde hem de bütünün parçaları olarak belli bir amaca ulaşmak üzere bir sarmalın halkalarını oluşturmaktadır. Hastanenin durumuna, ihtiyaçlarına ve kaynaklarına göre aşamalar öncelik sırasında yer değiştirebilirler (Hayran ve Uz, 1998: 171).

## 2.2. Sağlık Bakanlığına Bağlı Hastanelerde Toplam Kalite Yönetimi Uygulamalarında Karşılaşılan Engeller

TKY, etkili bir şekilde uygulandığında çok olumlu sonuçlar veren bir sistem olarak, literatürde yerini almaktadır. Bununla ilgili bazı araştırma sonuçlarına önceki bölümlerde yer verilmiştir. Ancak başarı örnekleri dışında TKY'yi uygulamada başarısızlıkla karşılaşan birçok kurum ve kuruluş olduğu da bilinen bir gerçektir.

TKY uygulamalarında ortaya çıkan sorunlar kalite konusundaki yanlış düşünceler, toplam kalitenin anlaşılması ve uygulanmasında yapılan yanlışlar ve eksikliklerden kaynaklanmaktadır. Bunlar, TKY felsefesinin etkili olarak çalışmasını engellemekte ve uygulamalarda başarısızlığa neden olmaktadır. Bu şekildeki uygulama hataları maliyet artışlarına ve daha da önemlisi TKY sisteminin geçerliliği konusunda güvensizliğe yol açmaktadır. Bunun sonucunda da umulan beklentilere ulaşılamaması ve TKY'den kopuş gerçekleşmektedir (Ertuğrul, 2004: 99).

Kalitenin iyileştirilmesi amacına odaklanma TKY'nin başarısını artırır. TKY ile ilgili karşılaşılan engeller, iyileştirme araçlarının niteliklerinden değil, yapılan çalışmaların kalite yönetimine ilişkin etkin ve sürekli organize edilmemesinden kaynaklanmaktadır. Herhangi bir yönetim yaklaşımında olduğu gibi TKY, bazı yerlerde diğerlerinden daha iyi çalışır ve bazı insanlara doğru gelirken, diğerlerine doğru gelmeyebilir (Kıngır, 2006: 234-235).

TKY kültürünün yerleşmesi gereken süre, organizasyonların büyüklüğüne ve mevcut kültüre göre değişmektedir. Sadece TKY yönünde bir kültürel değişim, 3-7 yıl gibi bir sürede gerçekleşebilmektedir. TKY'nin tüm yararlarının sağlanabilmesi için TKY uygulamalarının başlamasından sonra en az 3-5 yıl geçmesi gerekmektedir. TKY felsefesi tam olarak anlaşılmadan ve gerekli alt yapı oluşturulmadan sistemin uygulamaya konulması başarısızlıkla sonuçlanacaktır. TKY'nin başarılı olabilmesi

için başarıyı engelleyen faktörlerin belirlenip ortadan kaldırılması gerekmektedir (Yusufoğlu, 2008: 64-65).

Kaliteyi sağlık hizmetlerinin yönetiminin doğal bir parçası olarak ele alan stratejiler, hem sistemin her kademesindeki yöneticilerin tam katkı ve katılımı, hem de sahada hizmeti bizzat sunan çalışanların bu işi sahiplenmesiyle engelsiz bir şekilde yürütülebilir. Bu nedenle ideal olan; yukarıdan veya merkezden yönlendirilmiş genel stratejiler doğrultusunda aşağıdan yukarıya doğru gelişen hizmet sunumu ile klinik şefleri, sorumlu hemşireler gibi orta düzey yöneticilerin yetkilerinin artırılmasının uyum içinde bir arada yürütülmesidir (Hayran ve Uz, 1998: 172).

Kamuya bağlı hastanelerde TKY uygulamalarında hastanelerin önceki bölümlerde de değindiğimiz diğer hizmet işletmelerinden farklı ve özel konularından kaynaklanan bazı sorunlar ve kamu kuruluşları olması nedeniyle, kamu sektörünün yapısından kaynaklanan bir dizi engeller söz konusudur. Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelerde TKY uygulamalarının önünde engel oluşturan bu güçlüklerle rağmen maliyetleri düşürmek, verimi ve kaliteyi artırmak, hasta, çalışan memnuniyetini en üst düzeye çıkarmak gerekmekte ve tecrübeler bunun başarılabilceğini göstermektedir (Hayran ve Uz, 1998: 159). Hastanelerde TKY uygulamaları sırasında karşılaşılan, engel olarak nitelenebilecek durumlardan en önemlileri aşağıdaki ana başlıklar altında toplanabilir (Asunakutlu, 2004: 33; Şimşek, 2002: 115; Genç ve Halis, 2002: 100; Bhat ve Rajashekhar, 2009: 263; Tengilimoğlu vd., 2009: 398) :

- Çalışanlarla ilgili engeller
- Üst yönetimle ilgili engeller
- Kaynaklar ve altyapı ile ilgili engeller
- Yönetim ve organizasyon yapısı ile ilgili engeller
- Örgüt kültürü ile ilgili engeller

- Kalite ölçüm standartları ilgili engeller
- Diğer engeller

### **2.2.1. Çalışanlarla İlgili Engeller**

TKY ancak tüm unsurlarıyla birlikte uygulanırsa başarılı olabilecek bir sistemdir. Çalışanlar TKY'nin en önemli unsurlarındandır. Dolayısıyla TKY sürecinde çalışanlarla ilgili yaşanan sorunlar sistemin başarısız olmasına neden olacaktır.

TKY uygulamaları sırasında çalışanlarla ilgili yaşanan sorunların en önemli kaynağı, yetersiz ya da yanlış eğitim olarak gösterilebilir. Deming'in TKY ile ilgili felsefelerinden olan "İşyerlerinin eğitim yeri olması", eğitimin kalite geliştirme programlarındaki önemini ortaya koymaktadır. Eğitim çalışanlar ve yöneticiler için, performansı yükseltmek amacıyla ihtiyaç duyulan bilgi ve becerilerin kazandırılmasıdır. Kaliteli hizmet ancak iyi eğitim almış çalışanlar tarafından sağlanabilir. Bunun yanında çalışanların TKY konusunda eğitilmesi de çok önemlidir. Kalite konusunda ortaya çıkan sorunlar bir dereceye kadar teknik, ekonomik ve işgücü imkanları ile giderilebilse de genel olarak istenen hedefe ulaşmada temel faktör eğitilmiş işgücüdür. Eğitimler planlı ve sistematik olarak gerçekleştirilmeli, eğitim ihtiyaçları belirlenmeli, eğitim için yeterli kaynak ayrılmalı, eğitim için zaman ayrılmalı, eğitime katılım sağlanmalı, eğitimler içerik ve eğitimcinin yetkinliği açısından yeterli olmalı ve eğitim sonuçları sistematik olarak izlenip değerlendirilmelidir. Kalite konusunda verilecek eğitimler çeşitli amaçlara hizmet edebilir (Şimşek, 2002: 129-186):

- Kurumun yeni vizyon ve değerlerinin tanıtılması,
- Kalite politikası ve hedeflerin açıklanması,
- Değişime olan direncin azaltılması,

- Kalite teknik ve yöntemlerinin öğretilmesi,
- Müşteri ihtiyaç ve beklentilerinin anlaşılması,
- Çalışanların bilgi ve becerilerinin geliştirilmesi.

Önceden bilgilendirilme değişim karşısında duyulan kaygıyı azaltmaktadır. Yeni anlayışı uygulamak ve çalışanların bu anlayışa uygun davranmaları isteniyorsa, önce çalışanların TKY'ye geçişte yeni sistem hakkında bilgilendirilmesi, eğitilmesi gerekmektedir. Çalışanlar yeni kural ve uygulamaları nedenleriyle birlikte anlar ve önemli olduğuna inanırlarsa daha rahat ve verimli çalışırlar. Böylece TKY'nin çalışanlar tarafından benimsenmesi ve desteklenmesi sağlanacaktır. Ayrıca çalışanlar, TKY hakkında yeterli bilgiye sahip olduklarında TKY ile ilgili konulara ilgi göstereceklerdir ve TKY uygulamalarına gönüllü olarak katılacaklardır. (Genç ve Halis, 2006: 103). Eğitimler için uygun zaman ve mekanın seçilmesi, eğitimcilerin yetkin ve eğitimlerin içerik açısından ihtiyaçlara cevap verebilecek yeterlilikte olması eğitimlere katılımın sağlanabilmesi açısından önemlidir. Aksi takdirde hastane ortamındaki yoğun çalışma temposunda sağlık çalışanlarının eğitimlere katılımı güçleşebilmektedir. Sağlık çalışanlarının bireysel düzeyde, ekip düzeyinde ve hastane genelinde gerçekleştirilen eğitimlere katılımı özendirilmelidir (KalDer, 2003: 17). Kamu kuruluşlarının birçoğunda çalışanların bilgi ve becerilerini arttırmaya dönük eğitim yetersizdir. Düzenlenen eğitimlerle çalışanların TKY'yi kavramaları sağlanmalı, TKY'nin getirdiği yeni yaklaşımlarla kurum fonksiyonlarının iyileştirilmesinin amaçlandığı anlatılmalıdır (Çoruh, 1994: 3).

Hastanelerde TKY uygulamalarında karşılaşılan önemli engellerden biri de hastane çalışanlarında ek görevlere ve yeniliklere gösterilen isteksizliktir. Bu sorun, yeni uygulamalara kapalılık, değişime direnç ve yönetsel içreklik biçimlerinde ortaya çıkmaktadır. Kamu hastanelerindeki çalışma ortamı çalışanların yeniliklere açık olmasını engellemektedir. Bu sorunun giderilmesi için katılımcılığı ve kurumsal aidiyeti arttırıcı tedbirler almak ve takım çalışmalarını teşvik etmek gerekmektedir (Asunakutlu, 2004: 102).

TKY'nin kurulması, uygulanması ve sürekliliğinin sağlanması planlı ve sistematik değişimle mümkündür. Ancak değişim tepkilere yol açabilmekte ve dirençle karşılaşabilmektedir. Direnci ortaya çıkaran nedenler çoğunlukla yeterince bilgilendirilmeme, iş yükünün artacağı endişesi, çalışanların kendilerinden beklenenin ne olduğunu bilmemeleridir. Değişim sürecinde tepkileri önlemek, değişime süreklilik kazandırmak için değişime gösterilen tepkilerin nedenlerinin belirlenmesi, çalışanların değişim hakkında bilgilendirilmesi, değişimin yavaş yavaş gerçekleştirilmesi ve eski uygulamaları tamamen kaldırmak yerine iyi olan uygulamaların devam etmesini sağlamak gerekmektedir (Ertuğrul, 2004: 100; Çatalca, 2003: 35-36).

Kaliteyle ilgili sorunları çalışanlarla birlikte tespit edip, çözüm yolları aramak, paketler halinde hazırlanmış kalite programlarının uygulanmasını sağlamaya çalışmaktan çok daha başarılı sonuçlar verecektir. Çalışanların çalışma alanlarından başlamak, kalite kavramını tartışmak, çalışanların kalite yönetime geçiş sürecine dahil olmasını sağlamak ve uygulamada karşılaştıkları problemler üzerinde çalışmak sağlık hizmetlerinde kalite yönetiminin kendiliğinden gelişmesini ve zamanla kalite artışını sağlayacak temel adımlardır. Uygulamada karşılaşılan problemlerin kalite yönetim sistemi nedeniyle çözülmeye başladığını gören çalışanların kalite yönetimine güveni ve desteği sağlanmış olacaktır.

Çalışanların farklı çalışma alanlarını veya farklı hastaneleri ziyaret etmeleri hem yeni bilgi ve beceriler kazanma, yeni yaklaşımlar ve deneyimlerle tanışma hem de kendi görev ve sorumluluklarını yeniden gözden geçirme açısından yararlı olacaktır. Kendi gelişimlerini de sağlayacağına inandıkları sürece bir hastanedeki her kademe ve disiplindeki çalışan içinde bulunduğu kurumun gelişmesi için gayret gösterecektir (Hayran ve Uz, 1998: 172). Çalışanların kurum içi konferanslar, törenler ve toplumsal projeler yoluyla kuruma aidiyet duygusu geliştirilmelidir (Kalder, 2003: 17).

Çalışanların başarılarının fark edildiğini hissettirmek ve değerlendirmek çalışanları motive etmektedir. Başarıların önünü tıkayan en önemli neden, yapılanların görmezden gelinmesidir. Kişilerin aynı başarıları tekrar etmeleri isteniyorsa, doğru yapılanlar desteklenmelidir. Belirlenen hedefler doğrultusunda parasal ve parasal olmayan ödül, teşvik sistemi oluşturulmalı ve adil bir şekilde uygulanmalıdır. “Pekiştirilmiş davranışlar tekrar edilir” bu konuda önemli bir psikolojik prensiptir. Başarıların takdir edilmesi, çalışanları motive edecek ve başarı yönelimli davranışların tekrarını sağlayacaktır (Genç ve Halis, 2006: 105). Çalışanların önerilerinin yönetim tarafından değerlendirip uygulamaya geçirilmesi de önemli bir motivasyon etkenidir (Şimşek, 2002: 117).

TKY’ye göre çalışanların verimli olabilmesi için güvenli, rahat bir iş ortamının sağlanması gerekmektedir. Hastane çalışanları sürekli olarak sağlıklarına yönelik mesleki risklerle karşı karşıyadırlar. Sağlık çalışanları çalışma ortamında sıcak, soğuk, gürültü ve nem gibi fiziksel faktörlere maruz kalabilmektedirler. Ayrıca kullanılan kimyasal maddeler alerjik hastalıklara, bazı akciğer hastalıklarına, hatta kansere neden olabilmektedir. Laboratuvar çalışmalarında kullanılan asitler ve diğer kimyasal maddeler buna örnek gösterilebilir. Benzer şekilde radyoloji birimi çalışanları da radyasyon nedeniyle risk altındadır. Sağlık çalışanları, bulaşıcı hastalıklar, hasta bakımı sırasında, ağır yükler taşınması, uzun saatler ayakta kalma, nöbet sistemi nedeniyle uzun saatler uykusuz kalma, yorgunluk, daima ölüm, yaralanma gibi olumsuz olaylarla karşı karşıya kalma, ruh hali genelde kötü olan hastalarla sürekli iletişim halinde olmak gibi olumsuz koşullarda hizmet sunmaktadırlar. Bu koşullarda sağlık çalışanlarından iyi performans alınabilmesi ve TKY’nin de öngördüğü gibi, rahat, güvenli bir iş ortamı oluşturulabilmesi için tüm risk faktörlerinin belirlenerek en aza indirilmesi için gerekli önlemler alınmalıdır. Bu konuda çalışanlara da eğitimler verilmelidir. TKY kapsamında hastanelerde koruyucu ekipman kullanımı, enfeksiyon kontrolü, çalışan sağlığı taramaları gibi uygulamalar yaygınlaşmaktadır (Atmacan, 1999:120).

TKY'nin sağlık sektöründe başarıya ulaşabilmesi için doktorların katılımının sağlanması şarttır. Doktorların tıbbi hizmetlerde lider ve birinci derecede sorumlu kişi olmaları nedeniyle TKY'nin başarılı bir şekilde uygulanabilmesi, diğer çalışanların katılımının sağlanabilmesi için doktorların sisteme dahil olması ve TKY uygulamalarında sürükleyici rol oynaması gerekir. Doktorların kalite konseylerinde, eğitim ekiplerinde ve kalitenin sürekli iyileştirilmesi amacıyla çalışan kalite çemberlerinde yer almaları sağlanmalıdır (Aslantekin vd., 2007: 68; Tengilimoğlu vd., 2009: 398-399). Hastanelerde TKY uygulamaları sırasında karşılaşılan en önemli sorunlardan biri olarak doktorlarının katılımının sağlanamaması gösterilmektedir (Atmacan, 1999: 105).

Hastanelerde teşhis, tedavi ve bakım hizmetlerinin önemli bir kısmı doktor ve hemşireler tarafından yürütülmektedir. İdari ve mali hizmetlerin yapısı TKY'nin esneklik, ekip yaklaşımı ile sorun çözme ve kalite iyileştirme uygulamalarında kolektif bir çalışmaya uygun olmasına karşılık doktorların teşhis ve tedavi hizmetlerinde bireysel otorite ve sorumluluk, esnek olmayan planlama ve uygulama anlayışları vardır. Amaç hastanın tedavisidir ve bu konudaki birincil sorumlu doktordur. Bu nedenle bu alan hastane yöneticileri tarafından kontrol edilememekte, doktorlar kendi planları doğrultusunda kliniklerini yönetmektedirler (Çoruh, 1994: 3).

Doktorların TKY'ye karşı dirençlerinin aşılabilmesi için bu direncin nedenlerinin iyi analiz edilmesi gerekmektedir. Her yenilikte olduğu gibi TKY uygulamalarında da bazı dirençlerle karşılaşılması doğaldır. Geleneksel yapıları gereği doktorlar, otonom çalışmaya alışmış ve hastalarına karşı kendilerini direk sorumlu hisseden bir meslek grubudur. Bununla beraber doktorlar felsefenin doğruluğuna inandıklarında mesleki yapıları ve birikimleri nedeniyle uygulamayı en üst düzeyde başarıya ulaştırabilmektedirler. Doktorların TKY'nin kendilerine aşağıdaki yararları sağlayacağına inanmaları gerekir (Yusufoğlu, 2008: 75; Tengilimoğlud., 2009: 399):



- Mesleki uygulamalarda daha fazla özerklik sağlayabileceklerdir.
- Hastane işleyişinde daha güçlü bir etkiye sahip olabileceklerdir.
- Hastaları hastaneden memnun ayrılacaklardır.
- Sağlık hizmeti verirken daha kaliteli bir destek hizmeti alacak, daha iyi koşullarda hizmet sunabileceklerdir.
- Refere edilen ve kurumu seçen hasta sayısı artacaktır.
- Hastanede hem klinik hem de idari yönden kaliteli hizmet sunumu sağlanacaktır.
- İşler düzenli yürüdüğünden hastalara ayıracak daha çok zamanları olacaktır.

Doktorların TKY'ye katılımını ve adaptasyonunu sağlamak için ilgi alanlarına dönük konulardan başlayarak kurumsal iyileştirme çalışmalarına katkıları sağlanmalıdır. Hastanenin değişik uzmanlık dallarında görev alan klinik şefleri kendi alanlarında sıklıkla karşılaştıkları komplikasyon ve benzeri olayların (anestezi sonrası komplikasyon yüzdeleri, ameliyat tehirleri, hastaların başka bir servise nakil olma yüzdeleri, sezeryan ameliyatlarının yüzdeleri, ameliyat öncesi teşhis ilişkileri, patoloji sonuçları, ölüm oranları, yanlış tetkik sonuçları vb.) sebep ve sonuçlarını izleyerek, daha önceki verilerle kıyaslama yapması klinik fonksiyonlarda iyileştirme sağlayabileceklerdir (Çoruh, 1994: 3).

TKY'nin başarılı bir şekilde uygulanmasında doktorların katılım ve katkılarının sağlanması amacıyla aralarında liderlik rolünü üstlenebilecek bir doktorun seçilmesi, klinik işleyiş süreçleriyle ilgili ölçümlerin yapılabilmesi için doktorlardan sağlanan verilerden yararlanılması, zamanında bir geri bildirim mekanizmasının oluşturulması ve doktorların önerilerinin alınması son derece önemlidir (Tengilimoğlu vd., 2009: 398).

### 2.2.2. Üst Yönetimle İlgili Engeller

TKY uygulamalarına başlandığında kurumun içinde bulunduğu çalışma ve yaşam tarzında önemli değişikliklerin meydana geleceğinin tüm yönetim kadrosu tarafından bilinmesi ve kabullenilmesi gerekmektedir. Üst yönetim yeni uygulamayı desteklediğini her fırsatta davranışları ile göstermelidir. Üst yönetimden bu konuda gelen bilgi ve direktifler yeterince açık olmalıdır (Kıngır, 2006: 236; Çoruh, 1994: 3). TKY'nin başarısında üst yönetimin bağlılığı ve desteği çok önemlidir. Çünkü, sadece üst düzey yöneticiler, işletmenin yeni becerileri kazanması için gerekli zaman ve para kaynaklarını harekete geçirebilir, örgüt kültürünü stratejik olarak değiştirebilir ve kalite iyileştirmeyi örgütsel bir strateji haline getirebilirler.

Hastanelerin TKY'ye hazırlık durumlarının değerlendirilmesi, üst düzey yöneticilerin TKY'ye karşı tutumlarının değerlendirilmesiyle başlamalıdır. Aksaray'daki Sağlık Bakanlığı'na bağlı sekiz devlet hastanesinde yöneticiler arasında yapılan bir araştırmada yöneticiler Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelerde TKY uygulamaları önünde en önemli engeller olarak sırasıyla eğitim eksikliği, çalışan sayısının yetersiz olması ve maddi yetersizlikleri görmektedir. Ayrıca, TKY'yi sağlık hizmetlerinde geçici bir heves olarak görmedikleri, gelişmeye devam edeceğini düşündükleri, TKY'nin sağlık hizmetleri kalitesini yükseltecek bir yönetim aracı olduğuna inandıkları ve kalitenin herkesin sorumluluğu olduğunu kabul ettikleri tespit edilmiştir. (Doğan ve Kaya, 2004: 76).

Hastanelerde üst yönetimde çoğunlukla tıp alanında eğitim almış, işletmecilik konusunda fazla bilgisi olmayan başhekimler bulunmaktadır. Başhekimler, hastaneleri yönetirken kendi tecrübelerine dayalı olarak hareket etmektedirler. Bu durumda hastanelerde TKY uygulamalarında konunun uzmanı olan danışmanlardan yardım alınması uygulamaların başarısı için yararlı olmaktadır. Ancak danışmanlar bu konuda yardımcı ve yol gösterici konumundadırlar. TKY'yi uygulayacak olan

yine kuruluşun yöneticileri ve çalışanlarıdır (Kıngır, 2006: 237; Türkmen, 1996: 150).

İleri görüşlü liderlik anlayışı TKY uygulamalarında üst düzey yönetim için vazgeçilmez bir unsurdur. Sistemin başarısının önündeki en büyük engel, ileri görüşlü lider kadrosunun bulunmaması durumudur (Tengilimoğlu vd., 2009: 398). Üst yönetim açısından TKY uygulamalarına engel olarak gösterilebilecek diğer durumlar şöyle sıralanabilir (Arkış, 1997: 6):

- TKY'yi gelip geçici bir akım olarak görmek,
- Astların görüşlerine önem vermemek,
- Yetki devrinden kaçınmak,
- Çalışanlarla yeterli iletişim kurmamak,
- Verilere ve analizlere göre değil kendi kanaatlerine göre karar almak,
- Bilgi paylaşımı ve işbirliğine kapalı olmak,
- Kuruluştaki alt düzey çalışanlara değer vermemek ve onlarla konuşma selamlaşma gibi ikili ilişkilere girmekten kaçınmak,
- Astlara güvenmeyerek her işi detaylı olarak kontrol etmeye çalışmak,
- Kendi aldığı kararlara uymamak,
- Hataların nedenlerinden çok, hataları yapan çalışanlara odaklanmak.

Üst yönetim iyileştirme çalışmalarında aktif bir şekilde rol almalı, yetkilendirme, yaratıcılık ve yenilikçilik konularında önderlik etmelidir. Üst yönetim, erişilebilir olmalı, çalışanları aktif bir şekilde dinlemeli ve yanıtlamalıdır. (Kalder, 2003: 15). Yönetimin, hastanede alınacak kararlarda politik etkilerden uzak, adaletli, objektif bir tutum sergilemesi önemlidir. Hastane genelinde kararlar, TKY ilkeleriyle çatışmamalıdır.

TKY, hastane yöneticileri tarafından yalnızca kalite koordinatörlüğünün gerçekleştirilmesi gereken faaliyetler olarak algılanabilmektedir. Oysa TKY uygulamalarında üst yönetimin kalite çalışmalarını bir ast yöneticiye devrederek sorumluluktan kaçmaması gerektiği vurgulanmaktadır.

Devlet hastanelerinde merkez teşkilatı tarafından belirlenen kararlar çerçevesinde hastanede günlük faaliyetlerin yürütülmesi yetkisi başhekime verilmiştir. Hastanelerde başhekime bağlı müdür ve müdür yardımcıları bulunmasına rağmen, hastanedeki her türlü idari, teknik ve tıbbi faaliyetlerle başhekimler bizzat ilgilenmektedirler. Bu nedenle başhekimler TKY uygulamalarına yeterince vakit ayıramamaktadır (Atmacan, 1999: 102).

TKY'ye destek veren bazı yöneticiler kriz dönemlerinde desteklerini çekerek, yetki devretmek yerine merkezi yönetim anlayışına dönmektedirler. Bu tutum, astların yöneticilere olan güvenini kaybetmelerine, yetki ve sorumlulukları konusunda belirsizliğe neden olmaktadır (Türkmen, 1996: 151).

### **2.2.3. Kaynaklar ve Altyapı ile İlgili Engeller**

Hizmet üretimi maliyetinin çok yüksek olduğu sağlık sektöründe maliyet-fayda- etkililik çerçevesi dikkate alınarak sağlık hizmetlerini yürütmek gereklidir (Çoruh, 1994: 3).

Özel hastanelere nazaran kamu hastanelerinin en önemli sorunlarından biri de işgücü planlamasının doğru yapılmaması, atamaların hastanelerin ihtiyaçları ve isteklerine göre değil, Sağlık Bakanlığı'nın takdirine göre yapılmasıdır. Bu durumda hastaneler ihtiyaçları doğrultusunda sayı ve nitelikte değil, bazı birimlerde şişirilmiş, bazı birimlerde ise eksik çalışanlarla işleri yürütmek zorunda kalmaktadır. Bunun yanında teknik eğitim almış sağlık çalışanları hastane içerisinde sekreterlik, genel

idari hizmetler gibi birimlerde görevlendirilerek işgücünün hastane içerisinde dağılımının dengesiz olmasına ve işgücü israfına neden olunmaktadır. Bu koşullarda hastanelerde TKY uygulamalarının başarılı bir şekilde yürütülmesi beklenemez. Bu durumda TKY'nin anlaşılması ve uygulanması için gerek eğitimler gerekse faaliyetler için yeterli zaman ayıramayacaktır. Hastanelere işgücü alımı ve planlamasında hastanelerin ihtiyaçlarının göz önünde bulundurulması gereklidir. (Atmacan, 1999: 104).

Hastanelerde hizmet kalitesi ile ilgili verilerin toplanmasını sağlayacak bilgi işlem sistemleri altyapısının yeterli olması gerekmektedir. Bu konuda kamu hastaneleri oldukça gelişmiş durumdadır. Kamu hastanelerinin birçoğunda otomasyon sistemleri kurulmuş ve yaygınlaştırılmıştır.

Ülkemizde hastane işletmeciliğinde optimal bir hastane mimarisi bulunmamaktadır. Dolayısıyla fiziki alt yapının yeterli olmadığı bir ortamda TKY uygulamaları başarılı bir şekilde yürütülemeyecektir (Şahin, 2006: 3).

Kamu hastanelerinde yöneticiler çoğu zaman kendi görüşleri dışında belirlenmiş bir bütçe ile TKY uygulamalarını yürütmeye çalışmaktadırlar (Hayran ve Uz, 1998: 159). Ülkelerin sağlığa verdiği önemin en temel göstergeleri, genel bütçeden sağlık için ayırdıkları pay ile ulusal gelir içindeki sağlık harcamaları oranıdır. GSMH içerisinde sağlık harcamalarının payı gelişmiş ülkelerde %13'e kadar çıkmakta ve %6-13 arasında değişmektedir. Sağlık harcamalarının GSMH içerisindeki payı orta gelir düzeyindeki ülkelerde %2.6-5.4, düşük gelir düzeyindeki ülkelerde ise %2-4.2 arasında bulunmaktadır. Orta gelir düzeyindeki ülkeler arasında gösterilen Türkiye'de ise sağlık harcamalarının GSMH içerisindeki payı 2009 yılı itibarıyla %5'tir. Bu oran Türkiye'de sağlık harcamalarına GSMH'dan ayrılan payın düşük olduğu şeklinde yorumlanmaktadır ([www.kahip.org/haberler\\_tr.html](http://www.kahip.org/haberler_tr.html)).

Genel finansman sorunlarının yanı sıra hastaneler özelinde merkezi finansal idare yapısı içinde yönetilmeleri nedeniyle karşılaşılan sorunlar bulunmaktadır. Hastane bütçeleri merkezi idare tarafından belirlenmekte, yıl içinde karşılaşılan acil durumlar karşısında merkezle mutabakat sağlanmadan hareket edilememektedir. Bu sorunların giderilmesi için merkezi yapı yerine desantralize yapının oluşması gerekmektedir. Desantralizasyon, sorumluluk ve görev Sağlık Bakanlığı'nda kalmak koşuluyla hastanelerin yetkilerini arttırılması olarak tanımlanabilir (Atmacan, 1999:117). Sağlık Bakanlığı bu kapsamda “Kamu Hastaneler Birliği Projesi” adı altında çalışmalar yürütmektedir.

#### **2.2.4. Yönetim ve Organizasyon Yapısı ile İlgili Engeller**

Birçok kamu kuruluşunda olduğu gibi, hastanelerde de idari yapı, merkeziyetçi ve katı bir yönetim uygulaması içinde verilen talimatların tam olarak yerine getirilmesini istemektedir (Çoruh, 1994: 3). Farklı uzmanlıklardaki çalışanlar arasındaki ilişkilerin yönetilmesinde dikey yönetim yapısının kullanılması TKY uygulamalarında engel teşkil etmektedir. Avrupa'da TKY uygulayan ve geçiş aşamasında olan hastaneler öncelikle birimler arasında işbirliğini sağlamak amacıyla hiyerarşik yapıdaki kademeleri azaltma yoluna gitmişlerdir. TKY uygulamalarının başarılı olabilmesi için aşırı merkeziyetçi yapıdan uzaklaşılması ve daha yatay yönetim tarzlarının benimsenmesi gerekmektedir (Çoruh, 1995: 24).

Kamuya bağlı hastanelerde iş tanımları yapılmış, yetki ve sorumlulukları düzenlenmiş çok sayıda farklı meslek mensubu yer almakta ve her meslek gurubu kendi yetkilerini kullanma konusunda tutucu davranmaktadır. Diğer yandan sağlık hizmetleri sunumu birebir ilişki gerektirdiğinden bireysellik ön plana çıkmakta ve TKY için gereken işbirliği ortamı sağlanamamaktadır. Ayrıca geleneksel hiyerarşik yapılanmaya bağlı olarak statü olarak daha üst düzeyde bulunanların daha fazla yetkili ve baskın olmaları, statüyü korumak için TKY'nin getirdiği değişimlere kapalı olmaları söz konusudur (Hayran ve Uz, 1998: 159).

Mevcut organizasyon ve yönetim yapısı korunarak bu yapının üzerine kalite sisteminin oturtulmaya çalışılması, hastanelerde TKY uygulamalarının önündeki engellerden biridir. Ülkemizde sağlık hizmetlerinin yapısı incelendiğinde özellikle doksanlı yıllarla birlikte gerek kamu otoriteleri, sağlık hizmeti sunumu sürecindeki çalışanlar ve sendikalar gerekse akademisyenler tarafından bu yapının değişimini gerekli kılan kalite ve verimlilik sorunları ortaya konmaktadır. Şahin'e göre (2006), Ülkemiz hastane işletmeciliğinde, optimal bir hastane yönetim ve organizasyon yapısı ve optimal bir hastane kültürü bulunmamaktadır.

Bir yönetim felsefesi olarak TKY, yatay bir organizasyon yapısı, liderlik, sürekli eğitim, iç ve dış müşteri beklentilerine odaklanma gibi klasik yönetim anlayışından çok farklı özellikleri savunan bir yapı öngörmektedir. Kamu hastanelerindeki hiyerarşik örgütsel yapı, kalitenin bireysel bir sorumluluk olduğu düşüncesi, negatif bürokrasi geleneği, yetersiz ödüllendirme ve motivasyon, politik baskılar ve kayırmacılığın yönetsel kararları etkilemesi, çalışanların aşırı otonomi beklentisi ve farklı meslek gruplarının çatışma eğiliminde olması hastanelerde TKY uygulamalarını güçleştirmektedir (Şahin, 2005: 3).

Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelerde hastane yönetimi yalnızca tıp eğitimi alan, fakat işletme ve yönetim eğitimi almayan başhekimler tarafından yürütülmektedir. Özgen ve Öztürk tarafından 1992 yılında yapılan "Türkiye'de devlet Hastanelerinin Yönetim ve Organizasyon Yapısını Verimlilik Açısından İnceleyen Bir Araştırma" adlı araştırmada uzman hekimler başhekimlik pozisyonuna getirildiklerinde mesleki yönden olumsuz etkilendiklerini ve bu görev süresi boyunca meslekleriyle ilgisiz işlerle uğraştıklarını ifade etmişlerdir. Burada iki olumsuz durum söz konusudur; ilk olarak, hekimler uzmanlık dalları dışında istihdam edilerek kaynak israfına neden olunmakta, ikinci olarak ise hastane yönetiminin çağdaş yönetim anlayışına göre yürütülmemesi ve verimsizlik sorunlarının ortaya çıkmaktadır.

Hastane yöneticileri seçilirken en iyi doktorların en iyi yöneticiler olabileceği, ayrıca doktorkluktan yöneticiliğe geçiş sürecinin normal olduğu ve bu sürecin yoğun eğitim gerektirmeyen bir dönüşüm olduğu düşüncesi TKY uygulamalarını baştan olumsuz etkileyecektir. Doktorların sahip oldukları teknik bilgilerle yönetime katılması önemli, ancak yönetimi tek elden yürütmesi yeterli değildir (Atmacan, 1999:105; Özgen ve Öztürk, 1995: 35).

### **2.2.5. Örgüt Kültürü ile İlgili Engeller**

TKY sisteminin kurum kültürü ile bütünleşmesi sistemin başarısı için son derece önemlidir. Bir yönetim stratejisi olarak TKY'nin amacına ulaşabilmesi ve engelsiz uygulanabilmesi için, kurum kültürüne şekil veren yönetim sisteminin TKY ile aynı çizgide olması sağlanmalıdır. TKY sürecinde iyiye ulaşma kavramı bulunmamalı, daima daha iyiyi hedefleyen bir düşünce tarzı kurum kültürüne yerleştirilmelidir. Hasta memnuniyeti kurum kültürünün önemli bir odak noktası haline getirilmelidir (Kıngır, 2006: 235; Ertuğrul, 2004: 100; Tengilimoğlu vd., 2009: 399).

Hastaneler sürekli değişen dinamik bir çevrede hizmet vermektedirler. Her gün gelişen ve yenilenen teşhis ve tedavi yöntemlerinin yanı sıra bu teşhis ve tedavilerde kullanılan teknoloji de sürekli değişmektedir. Bu nedenlerle hastane çalışanlarını sürekli kendilerini yenilemeleri ve geliştirmeleri gerekmektedir. Sağlık hizmetlerinin bu dinamik yapısı değişime açık bir örgüt kültürünü zorunlu kılmaktadır. TKY'nin amacı olan sürekli gelişme, dinamik bir örgüt kültür yapısı ile sağlanacaktır (Atmacan, 1999: 123).

Kamu kurumlarındaki merkezîyetçi ve katı yapı nedeniyle birimler arasında bilgi alışverişi oldukça kısıtlıdır. Birçok TKY uygulama girişimi iletişim sorunları nedeniyle başarısızlıkla sonuçlanmıştır. Zayıf iletişim kurum içinde verimliliği düşürmekte, strese ve güvensizliğe neden olmaktadır (Çoruh, 1994: 3). TKY'nin



başarılı olabilmesi için kurum içi iletişim kültürü yaygınlaştırılmalıdır. Bunun için; İletişim ihtiyaçlarının belirlenmesi, bu ihtiyaçlara dayalı iletişim politikalarının ve planların geliştirilmesi, yukarıdan aşağıya, aşağıdan yukarıya ve yatay iletişim kanallarının oluşturularak, kullanılması sağlanmalıdır. Kurum içindeki başarılı uygulamaların ve bilgi birikiminin paylaşılması için uygun ortamlar oluşturulmalıdır (Kalder, 2003: 17).

TKY, ekip çalışmaları ile sürekli yenilikler ve gelişmeler getirmeyi amaçlamaktadır (Çoruh, 1994: 3). Profesyonel ekiplerle hastane içinde TKY felsefesi yayılmalıdır. Başarıya ulaşmak için ekip çalışması ön planda tutulmalıdır. Bu ekipler içinde farklı fonksiyon gruplarında çalışanlar ve üst düzey yöneticiler bulunmalıdır (Tengilimoğlu vd., 2009: 398).

Sağlık çalışanları yüksek teknik ve yoğun eğitim geçmişine sahip olsalar da yapmaları gereken işlerin kapsamı bazı kurallar ve yönetim tarafından belirlenmiştir. Bazen sağlık çalışanları çalıştıkları kurumun değerlerini ve amaçlarını göz ardı ederek kendi iş bilgi sistemlerine ve davranış kalıplarına göre çalışmayı tercih ederler. Bu durum uzmanlık alanları arasında çatışmaya neden olur. Bu çatışma ise TKY uygulamalarına engel olmaktadır (Atmacan, 1999: 196).

### **2.2.6. Kalite Ölçüm Standartları ile İlgili Engeller**

Sağlık kuruluşlarında değişik fonksiyonlarda hizmet veren her birimin çalışmalarının sonuçlarının izlenmesi ve fonksiyonları iyileştirme yönünde önlemler alınması gerekmektedir (Çoruh, 1994: 3).

Sağlık hizmetleri bireysel ve kişiye özel hizmetlerdir. Bir doktorun aynı teşhisi koyduğu hastalara uyguladığı tedavi yöntemleri farklılık gösterirken, farklı doktorların aynı hasta üzerindeki teşhis ve tedavi yöntemleri de farklılıklar

gösterebilmektedir. Sağlık çalışanları tarafından hasta bakım süreçleri rutin bir iş olarak görülmemekte ve rutin çıktılara uygulanabileceği düşünülen istatistiksel kontrol metotlarının sağlık hizmetlerinde kullanılmayacağı, her hastanın özel bir süreç olarak kabul edilmesi gerektiği görüşleri TKY'nin ölçmeye, verilere ve istatistiklere dayalı yönetim anlayışıyla bağdaşmamaktadır (Atmacan, 1999:113).

Hastanelerde akreditasyon; Hizmet sunumu için belirlenmiş standartlara uygunluğun, alanlarında uzman dış denetçiler tarafından değerlendirildiği bir sistem olarak ifade edilebilir. Akreditasyon uygulamalarının yaygın olduğu ülkelerde hastaneler akredite olabilmek için kendi durumlarını değerlendirip, hazırlıklarını yaptıktan sonra akreditasyon kuruluşuna başvurmakta, akreditasyon kurulu tarafından hastanenin büyüklüğüne ve sunulan hizmetlere göre inceleme ekipleri oluşturularak, hastanenin belirlenmiş olan standartlara uygunluk derecesi tespit edilerek hastanenin akreditasyon statüsü belirlenmektedir (Hoşgeçin, 1997: 17)

Hastanelerde TKY uygulamaları başladığında sağlık hizmetlerine yönelik ulusal hizmet kalite standartları bulunmamaktaydı. Uluslararası akreditasyon ise hem maliyetli olması hem de ulusal koşullara uygun olmaması nedeniyle tercih edilmemekteydi. Bu nedenle hastanelerde kalite yönetimi belgelendirme sistemi olarak yaygın şekilde kullanılan ISO 9000 standartları uygulanmaktaydı. Bu standartlar, tıbbi süreçleri tam olarak içermediğinden sağlık çalışanları, özellikle doktorlar tarafından tam olarak benimsenememiştir. Bu nedenlerle özellikle tıbbi hizmetlerde dünyada olduğu gibi ülkemizde de akreditasyon standartlarının gerekliliği ortaya çıkması üzerine, 2005 yılından itibaren Sağlık Bakanlığı tarafından Hastane Hizmet Kalite Standartları oluşturma çalışmaları başlatıldı. Önceki bölümlerde bu sürece daha ayrıntılı olarak değinilmiştir. Bu çalışmaların sonucunda 2011 yılında, Sağlık Bakanlığı Performans Yönetimi Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı tarafından SB hastanelerini, üniversite hastanelerini ve özel hastaneleri kapsayan, “Hastane Hizmet Kalite Standartları” yayınlanmıştır. Yayında, Hastane Hizmet Kalite Standartları'nın pek çok uzman tarafından, ulusal ve uluslararası kaynaklar doğrultusunda farklı kurumsal yapılanmalar, sorunlu alanlar ve ülke

koşulları dikkate alınarak oluşturulduğu belirtilmektedir. 2006 yılından itibaren Sağlık Bakanlığı tarafından özel hastaneler, Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastaneler ve üniversite hastaneleri belirli periyotlarla bu süreç içinde geliştirilen kriterlere göre değerlendirilmektedir. Böylece hastanelerde TKY uygulamaları kapsamında elde edilen sonuçların değerlendirilmesi, sağlık hizmetlerinde hizmet kalite standartları bulunmaması konusundaki TKY uygulamalarının önündeki engelin kaldırılması amaçlanmaktadır (Aydın vd., 2009: 7).

### **2.2.7. Diğer Engeller**

Kalite hedefleri uzun vadeli hedeflerdir ve bazen özellikle işletmelerin ekonomik sorunları olduğunda kısa vadeli hedeflerle çakışırlar (Yusufoğlu, 2008: 64-65). Bazı durumlarda TKY'nin bir kısım araçları tek başına amaç olarak algılanmaktadır. Örneğin, yalnızca kalite çemberlerini hayata geçirmeye çalışmak veya kalite belgesi almayı yeterli görmek TKY'nin yerleşmesini ve uygulanmasını olumsuz etkileyecektir. Araç odaklı olma asıl amacın önüne geçecek ve uygulama çalışmaları istenen düzeye gelemeyecektir (Genç ve Halis, 2006: 104). TKY uygulamalarında amaç ve misyonların belirlenmesinde mevcut durum analizinin ve ileride gerçekleştirilecek fonksiyonların planlanmasının, açık ve herkes tarafından anlaşılabilir uygun hedef ve amaçların belirlenmesinin sistemin engelsiz yürütülebilmesi için büyük önemi vardır. TKY'nin başarısı, tepkisel kararlar yerine yönetim tarafından başlangıç aşamasında her alanda ayrıntılı planlama ile mümkün olabilmektedir (Tengilimoğlu vd., 2009: 398).

TKY, ciddi bir kültürel değişimi gerektirmektedir. Bu nedenle uygulamaya başlamadan önce mevcut durum iyice analiz edilmeli, süreçler ve organizasyona özel durumlar belirlenmelidir. Bu konularda kapsamlı çalışmalar yapılmadan TKY uygulamalarını kopya etmeye çalışmak uygulamaların başarısız olmasına neden olacaktır. TKY, uzun dönemli yatırım, bağlılık ve çaba gerektirir. Böyle bir değişim ve dönüşüm sürecine yeterli durum analizi yapılmadan yanlış başlangıç yapmak,

zincirleme etki ile diğer yanırları da beraberinde getirecektir (Genç ve Halis, 2006: 102).

Kamuda maliyetleri artırmadan kaliteyi iyileltirmenin mümkün olmadığı ileri sürölmektedir. Buna göre, politik etkilerle atanan kamu yöneticilerinin rekabetten ve ödüllendirmeden yoksun olarak, özel sektör yöneticileri kadar yönetsel kararlar konusunda özgürlüğün olmadığı bir yapıda, çoğu zaman kendi görüşleri dışında belirlenmiş bir bütçe ile beklentileri birbirinden çok farklı insan gruplarına kaliteli hizmet sunması oldukça güçtür. Bu gibi nedenlerle TKY'nin doğası gereği kamu kuruluşları için uygun olmadığı ve kamu kuruluşlarının da doğası gereği TKY uygulamaları için uygun olmadığı şekilde görüşler bulunmaktadır. Bu güçlüklerle rağmen maliyetleri düşürmek, verimi ve kaliteyi artırmak, hasta, çalışan memnuniyetini en üst düzeye çıkarmak gerekmekte ve tecrübeler bunun başarılabilceğini göstermektedir (Hayran ve Uz, 1998: 159).

TKY'nin bazı organizasyonlarda sağladığı başarılarla dair anlatılan hikayeler TKY'yi cazip kılmaktadır. Ancak TKY uygulamaları için gerekli olan çabalar azımsanır, faydaları abartılır ve sistemin yerleşmesi için gereken süre dikkate alınmazsa beklentiler boşa çıkabilir, maliyet ve emek kaybına neden olabilir. TKY'nin her türlü sorun ve verimsizlik için tek çare olarak görülmesi de yanlış beklentilere ve yanlış kararlara neden olabilmektedir. Bu durumda da başarısızlık kaçınılmazdır.

Düşük beklentilere sahip olmak, TKY ile yapılacak değişikliklerin her zaman olduğu gibi yeni birtakım sıradan durumlardan olduğuna inanmak, TKY'nin önünde önemli bir engel olarak çabaları olumsuz etkileyecektir. Küçük hedeflere ulaşmak için sistemin değişmesine gerek yoktur. Sistem değişmeden de biraz daha fazla çaba harcanarak buna ulaşılabilir. Hedefler yüksek tutulduğunda var olan durum ve prosedürlerin tamamen gözden geçirilmesi ve büyük ölçüde değiştirilmesi gerekmektedir. Değişimi bu kadar tedricen sunmak, işlerin her zamanki gibi gittiği şekilde görülmesine neden olur (Genç ve Halis, 2006: 102).

TKY uygulamalarının başarısının önündeki en büyük engellerden biri, çok kısa sürede çarpıcı sonuçlar beklenmesi ve bu gerçekleşmediğinde TKY'ye olan inancın yitirilmesidir. Bu konuda Aksaray'daki Sağlık Bakanlığı'na bağlı sekiz devlet hastanesinde yöneticiler arasında Doğan ve Kaya tarafından 2004 yılında yapılan "Aksaray'daki Sağlık Bakanlığı Hastane Yöneticilerinin Toplam Kalite Yönetimi Konusundaki Algıları" adlı araştırmada yöneticiler "TKY hastanelerin kalite problemlerine hızlı bir çözümdür" ifadesine büyük oranda katılmışlardır. Aynı araştırmada TKY'den beklenen sonuçların ne kadar sürede alınacağı konusundaki soruya yöneticiler arasında %46.2'si 1-2 yıl, %34.6'sı ise 11 ay ve daha kısa olacağı cevabını vermişlerdir. TKY konusunda aşırı heyecana kapılarak her şeyi çok kısa sürede değiştirmeye çalışmak ve bu amaçla birçok komite veya takım kurarak problemleri çözmeye çalışmak, gerekli olan kültür değişimini sağlamadıkça başarı getirmeyecektir. TKY günden geceye gerçekleştirilecek bir değişim değildir. TKY hızlı çözümleri değil uzun dönemli çözümleri araştırır ve problemlerin yeniden oluşumunu önlemeye odaklanır (Doğan ve Kaya, 2004: 78).

**ÜÇÜNCÜ BÖLÜM**  
**SAĞLIK BAKANLIĞINA BAĞLI HASTANELERDE TOPLAM**  
**KALİTE YÖNETİMİ UYGULAMALARINDA KARŞILAŞILAN ENGELLER**  
**ÜZERİNE BİR ARAŞTIRMA**

**3.1. Araştırmanın Amacı**

Üretim ve diğer hizmet sektörlerinde uygulanan ve başarılı sonuçlar elde edilen TKY, 1980’li yıllardan itibaren özellikle gelişmiş ülkelerde sağlık hizmetlerinde ve hastanelerde yaygın bir şekilde uygulanmaya başlanmıştır (Çoruh,1994: 2). Aynı yıllarda ülkemizde de öncelikle özel hastaneler ve bazı kamu hastaneleri TKY çalışmalarına ilgi duymuşlardır. 1995 yılından itibaren öncelikle SSK hastanelerinde ardından SB’na bağlı hastanelerde de TKY’ye geçiş süreci başlamıştır.

Bu çalışmanın temel amacı; Muğla Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nde TKY uygulamaları sırasında karşılaşılan engelleri çalışanların ve yöneticilerin görüşlerini alarak belirlemek ve bu engellerin aşılmasını sağlayacak çözüm önerileri geliştirmektir. Çalışmada TKY uygulamalarında karşılaşılan engeller incelenmiştir. Bu amaçla hastane çalışanlarına anket uygulanmış, hastane üst yönetimi ile görüşmeler yapılmıştır. Araştırmada kullanılan anket formu Ek 2’de yer almaktadır. Anket ve görüşmeler yoluyla hastane çalışanları ve hastane üst yönetiminin hastanede TKY uygulamalarının başarıya ulaşmasını engelleyen faktörlere ilişkin görüşlerine ulaşılmaya çalışılmıştır. Bu görüşler ışığında söz konusu engellerin incelenmesi ve bu engelleri ortadan kaldırmaya yönelik çözüm önerilerinin geliştirilmesi amaçlanmıştır.

### 3.2. Araştırmanın Kapsamı

Araştırmanın evreni, SB'na bağlı hastaneler olup, bu çalışmanın evreni, Muğla Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesidir. Muğla Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde 812 aktif çalışan olup, bunlar; 12 profesör doktor, 20 yardımcı doçent doktor, 91 uzman doktor, 17 pratisyen doktor, 284 hemşire, 112 ebe, 40 laboratuvar teknisyeni, 25 röntgen teknisyeni, 33 idari memur, 42 hizmetli, 11 tıbbi sekreter, 20 anestezi teknisyeni, 22 toplum sağlığı teknisyeni, 7 eczacı, 3 fizyoterapist, 5 psikolog, 2 sosyal hizmet uzmanı, 2 biyolog ve 64 diğer çalışanlardan oluşmaktadır. Diğer çalışanlar arasında tıbbi teknolog, şoför, gassal, diyetisyen, çocuk gelişimi, ayniyat saymanı gibi birçok meslek mensubu bulunmaktadır.

Araştırmada, Muğla Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi çalışanları arasından 300 kişiye anket formu dağıtılmış, ancak 260 anket formu doldurulmuştur. Anket çalışması, 2012 yılı Şubat ayını kapsayan bir dönemde gerçekleştirilmiştir. Anketlerin çalışanlarla yüz yüze görüşülerek doldurulması sağlanmıştır. Bu anket formlarından 3 tanesi, soruların eksik ve yanlış doldurulmuş olması nedeniyle analize dahil edilememiş, analizler 257 anket formu üzerinde gerçekleştirilmiştir. Anketlerin geri dönüş oranı %89'dur. Anketler meslek gruplarının hastanedeki sayılarına göre orantılı olarak dağıtılmaya çalışılmış, anketlerde farklı meslek gruplarının görüşlerinin yansıtılması amaçlanmıştır. Ayrıca hastane başhekimisi, başhemşire, müdür yardımcısı, iki kalite yönetim direktörü ile görüşmeler yapılmıştır. Araştırma, Muğla Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi ile sınırlı tutulmuştur.

### 3.3. Araştırmanın Yöntemi

Araştırmada temel olarak "Nicel Araştırma Yöntemi" kullanılmıştır. Veri toplama aracı olarak anket tekniği kullanılmıştır. Anketlerin uygulanması için hastane başhekimisi, hastane müdürü ve başhemşireden izin alınmıştır. Bunun yanı sıra hastane yöneticileri ile de görüşmeler de yapılmıştır. Hastane başhekimisi,

başhemşire, müdür yardımcısı, iki kalite yönetim direktörü ile görüşülmüştür. Görüşmelerde yöneticilere anket soruları temel alınarak hazırlanan görüşme soruları yöneltmiştir (Ek 3). Görüşme sonuçları değerlendirilerek çalışanlara uygulanan anket sonuçları ile karşılaştırma yapmak amaçlanmıştır. Böylece hastanede TKY uygulamalarında karşılaşılan engeller farklı açılardan, daha objektif olarak değerlendirilmeye çalışılacaktır.

### 3.3.1. Anket Formunun Oluşturulması

Anket formunun hazırlanmasında TKY ile ilgili kaynaklar taranmıştır. Yataklı Tedavi Kurumlarında Toplam Kalite Yönetimi adlı araştırmada kullanılan, hastanelerde TKY uygulamaları sırasında karşılaşılan temel sorunları içeren, 14 ifade ile gerçekleştirilen önceliklendirme çalışmasından yararlanılmıştır (Asunakutlu, 2004). Araştırmada kullanılacak anket soruları için bir ön çalışma olarak 25 hastane çalışanı arasında bu ifadelerle önem derecesine göre 14'ten başlayarak puanlar vermeleri istenmiş, öne çıkan sorunları içeren ifadeler belirlenmiştir. Ardından da ilgili konuda Atmacan tarafından 1999'da yapılan bir araştırmada uygulanmış olan anket çalışmasından yararlanılmış, son olarak literatürde yer alan hastanelerde TKY uygulamalarında karşılaşılan engeller taranarak bir anket formu oluşturulmuştur. Oluşturulan anket formu deneme amacıyla 30 hastane çalışanına uygulanmıştır (Atmacan, 1999). Anket verileri demografik sorular kapsam dışı tutularak, SPSS 14 paket programında güvenilirlik analizine tabi tutulmuş, güvenilirlik düzeyi Cronbach's Alpha'ya göre 0,909 olarak saptanmıştır. 30 kişilik grupta uygulanan 30 soruluk anket formuna, anketi dolduran çalışanların geri bildirimleri dikkate alınarak bazı düzenlemeler yapılmış, anket 32 sorudan oluşan son şeklini almış, çoğaltılarak uygulanmıştır (Ek 2). Tüm veriler elde edildikten sonra anket verilerine tekrar güvenilirlik analizi uygulanmış, 257 kişiye uygulanan 32 soruluk anket formunun güvenilirliği Cronbach's Alpha'ya göre 0,910 olarak saptanmıştır.

Güvenilirlik kavramı, bir test ya da ankette yer alan soruların birbirleri ile olan tutarlılığını ve kullanılan ölçeğin ilgilenilen sorunu ne derece yansıttığını ifade eder.



Güvenilirlik, elde edilen ölçümler üzerindeki yorumlar ve daha sonra ortaya çıkabilecek analizler için bir temel teşkil eder. Güvenilirlik Analizi (Reliability Analysis), ölçmede kullanılan testlerin, anketlerin ya da ölçeklerin özelliklerini ve güvenilirliklerini değerlendirmek üzere geliştirilmiş bir yöntemdir. Güvenilirlik Analizi prosedürü ile toplam skorların (puanların) söz konusu olduğu Likert, Q tipi vb., ölçeklerin güvenilirliğini belirleyen katsayılar hesaplanır ve ölçekte yer alan sorular arasındaki ilişkiler hakkında bilgi elde edilir. Bu araştırmada, Güvenilirlik Analizinde kullanılan modellerde Alfa ( $\alpha$ ) Modeli (Cronbach Alpha Coefficient) kullanılmıştır. Bu yöntem, ölçekte yer alan k sorunun homojen bir yapı gösteren bir bütünü ifade edip etmediğini araştırır. Ağırlıklı standart değişim ortalamasıdır ve bir ölçekteki k sorunun varyansları toplamının genel varyansa oranlanması yolu ile elde edilir. 0 ile 1 arasında değer alan bu katsayı (Cronbach) Alfa katsayısı olarak adlandırılır. Alfa ( $\alpha$ ) katsayısına bağlı olarak ölçeğin güvenilirliği aşağıdaki gibi yorumlanır (Kalaycı, 2009: 403-405):

- $\leq \alpha < 0.40$  ise ölçek güvenilir değildir,
- $0.40 \leq \alpha < 0.60$  ise ölçeğin güvenilirliği düşük,
- $0.60 \leq \alpha < 0.80$  ise ölçek oldukça güvenilir,
- $0.80 \leq \alpha < 1.00$  ise ölçek yüksek derecede güvenilir bir ölçektir.

Buna göre araştırmada kullanılan ankete ait Güvenilirlik Analizi sonucu elde edilen 0,910 alfa katsayısı ölçeğin yüksek derecede güvenilir olduğunu göstermektedir.

Anketin ilk kısmında demografik sorulara yer verilmiştir. Bunlar; cinsiyet, yaş, sağlık sektöründe çalışma yılı, araştırmanın yapıldığı hastanede çalışma yılı, eğitim durumu ve meslek grubu ile ilgili verileri toplamayı amaçlayan sorulardır. Anketin ikinci kısmı, hastanelerde TKY uygulamalarının problemsiz ve engelsiz yürütülebilmesi ile ilişkilendirilen 32 ifadeden oluşmaktadır. Ankette beşli likert ölçeği kullanılmıştır. Hastane çalışanlarından her bir ifadeye katılım derecelerine

göre 1. tamamen katılıyorum, 2. katılıyorum, 3. kararsızım, 4. katılmıyorum, 5. kesinlikle katılmıyorum cevaplarından birini vermeleri istenmiştir. Daha sonra katılımcılardan ankette yer almayan, hastanelerde TKY'nin problemsiz ve engelsiz yürütülebilmesi ile ilgili olduğunu düşündükleri diğer durumları belirtmeleri istenmiştir. Anketin başlangıcında objektif ve gerçeği yansıtan veriler elde edilmesi amacıyla bir bilgi notuna yer verilmiştir.

### **3.3.2. Verilerin Analizi**

Anketin örnekleme uygulanması sonucu elde edilen veriler, SPSS 18.0 (Statistical Programme for Social Sciences / Sosyal Bilimler İçin İstatistik Programı) ile analiz edilmiştir. Elde edilen 257 anket formunun her birine 1'den başlayarak numaralar verilmiş ve veriler SPSS paket programına aktarılmıştır. Yapılan analizlerle öncelikle tanımlayıcı istatistik tekniklerinden yararlanılarak örneklemin demografik dağılımı belirlenmiştir. Ardından faktör analizi yapılarak benzer ifadeler gruplanarak faktörler belirlenmiştir. Faktörlerin aritmetik ortalamaları, medyanları ve standart sapmaları hesaplanmıştır. Ayrıca, ankette yer alan tüm ifadeler frekans analizine tabi tutulmuştur. Ankette yer alan 27, 28 ve 29. sorular diğer ifadelerden farklı olarak olumsuz ifadeler içermesi nedeniyle ters sorulardır. Bundan dolayı veriler SPSS programına aktarılırken 27, 28 ve 29'uncu soruların cevapları ters olarak girilmiş (cevap 1 ise 5, 2 ise 4 gibi), analizler bu şekilde gerçekleştirilmiştir. Ancak frekans analizleri yapılırken söz konusu sorular cevaplandığı şekilde değerlendirilmişlerdir. Anketin sonunda yer alan katılımcıların eklemek istedikleri diğer durumlara verilen cevaplar tek tek anket formları incelenerek belirlenmiş, ankette yer almayan, farklı ifadeler sıralanmıştır. Ayrıca, hastane yönetimi ile yapılan görüşme notları düzenlenmiş, yöneticilere göre hastanelerde TKY uygulamalarının önünde engel olarak görülen durumlar belirlenerek, anket sonuçları ile karşılaştırma yapılarak değerlendirilmiştir.

### 3.4. Araştırmanın Bulguları ve Yorumlar

#### 3.4.1. Muğla Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin Tanıtılması

Hastane, 1927'de Muğla il merkezinde 50 yatak kapasitesi ile hizmete başlamıştır. Guraba Hastanesi ve Memleket Hastanesi isimleri altında faaliyet göstermiş, 1954 yılında Muğla Devlet Hastanesi adı altında SB'na bağlanmıştır. Zamanla yatak kapasitesi ek binalarla genişletilerek, 1994 yılında 400 yatak kapasitesine ulaşmıştır. 2006 yılında Menteşe Devlet Hastanesi (eski SSK hastanesi) ile birleşmiştir. 2011 yılında Muğla Üniversitesi ile yapılan bir protokol ile Muğla Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi adı altında 501 yatak kapasitesi ile Muğla il merkezindeki tek kamu hastanesi olarak sağlık hizmeti sunmaktadır.

Muğla Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 24 saat hizmet veren acil servis, 8 laboratuvar, 7 radyoloji ünitesi, ameliyathaneler, 28 klinik, bu kliniklere bağlı hizmet veren poliklinikler, dahiliye, reanimasyon, koroner, yenidoğan ve cerrahi yoğun bakımlar, sağlık kurulu, kan merkezi, kemoterapi, talasemi tedavi, diyaliz, endoskopi, evde bakım hizmetleri, odyometri, beslenme ve diyetetik üniteleri ve diğer bir çok ünitesi ile yatarak ve ayakta sağlık hizmeti sunmaktadır.

Muğla Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin misyonu “Mevzuat doğrultusunda, etik ilkelere bağlı, insana ve çevreye saygılı, nitelikli sağlık hizmeti vermek” olarak belirlenmiştir. Hastanenin vizyonu ise şu şekilde ifade edilmiştir: “Hasta ve çalışan memnuniyeti, hasta ve çalışan güvenliği kavramlarını kurum kültürü olarak benimseyip, hasta haklarını ön planda tutarak, ileri tıbbi, teknolojik ve idari uygulamalar ile uluslararası standartlarda hastane hizmeti veren, güvenilir, kaliteli, verimli ve tercih edilen bir hastane olmak”.

Araştırmanın kapsamı bölümünde hastane çalışanlarının meslek gruplarına göre sayıları verilmiştir. Bu sayılar, hastane personel şefliği bölümünden alınan 02.04.2012 tarihinde güncellenmiş personel bilgileri tablosunda personellere meslek gruplarına göre tahsis edilmiş kadrolar ile karşılaştırıldığına hastanenin kadrolarının yüksek oranda dolu olduğu görülmüştür. Ülke geneli göz önünde tutulduğunda meslek gruplarına ayrılan kadroların yüksek oranda dolu olması hastane açısından olumlu bir tablodur.

Hastanede 2003 yılında TKY uygulamalarına başlanmış, 2007 yılında kalite birimi kurulmuştur ([www.mugladh.com](http://www.mugladh.com)). Kasım 2007'de TSE tarafından denetime tabi tutulmuş, 2008 yılında TSE EN ISO 9001-2000 Kalite Belgesi almıştır. Ayrıca SB tarafından Hizmet Kalite Standartları esas alınarak 2009'a kadar olan dönemde 4'er aylık, 2009'dan sonra 6'şar aylık periyodlarla denetimlere tabi tutulmuştur. Sağlık Bakanlığı değerlendiricileri tarafından en son 2010 yılında yapılan HKS katsayısı 0.80'dir (Söz konusu katsayı, 0 ile 1 arasında değerler almaktadır). Muğla Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde halen kalite yönetimi çalışmalarına devam edilmektedir.

Dünyada sağlık hizmetlerinde kalite yönetimi çalışmaları 1900'lü yılların başında başlamış, 1950 yılında sağlık hizmetlerinde kalite yönetimi uygulamalarını standardize etmek amacıyla uluslararası bir akreditasyon kuruluşu olan, JCAH kurulmuştur (Yusufoğlu, 2008: 30). Ülkemizde ise hastanelerde TKY uygulamaları 1980 yılından sonra öncelikle yurt dışından gelen hastalarla ilgili olarak sigorta şirketleri tarafından tanınma kaygısının da etkisiyle özel hastanelerde başlamıştır. Ardından 1995 yılından itibaren, SSK hastanelerinde, kalite yönetimi çalışmalarına başlanmıştır. SB'na bağlı hastanelerde de takip eden yıllarda TKY uygulamaları yürütülmüştür. 1998 yılında SB bünyesinde Kalite Yönetimi Şube Müdürlüğü kurulmuştur (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2010: 459). Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi 1997 yılında TKY çalışmalarına başlamış, 1998 yılında ISO 9001: 1994 versiyonu kalite belgesini almıştır ([www.ztb.gov.tr](http://www.ztb.gov.tr)). Bu hastane Türkiye'de ilk kalite belgesi alan ve EFQM başarı ödülü alan kamu hastanesi

olma özelliği taşımaktadır. Ayrıca, ülke genelinde ilk hasta hakları birimi de bu hastanede kurulmuştur. Sağlık hizmetlerinde, özellikle hastanelerde kalite yönetimi çalışmalarının başlangıç süreci göz önüne alındığında, araştırmanın yapıldığı Muğla Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesinde kalite yönetimi çalışmalarına daha geç başlandığı söylenebilir.

Hastanenin tanıtımı ile ilgili bilgiler hastanenin resmi internet sitesinden, kalite birimi ve personel şefliğinden edinilmiştir.

### 3.4.2. Demografik Bulgular

Ankette yer alan örneklemin demografik durumunu belirlemeye yönelik sorular frekans analizine tabi tutulmuştur. Analiz sonucu elde edilen bulgular aşağıdaki gibidir.

**Tablo: 3 Ankete Katılanların Cinsiyete Göre Dağılımları**

	Frekans	Yüzde	Geçerli Yüzde	Birikimli Yüzde
Geçerli Erkek	73	28,4	28,5	28,5
Kadın	183	71,2	71,5	100,0
Toplam	256	99,6	100,0	
Cevapsız	1	,4		
Toplam	257	100,0		

Araştırmada yer alan hastane çalışanlarının %28,5'i erkek, %71,5'i kadındır. Hastaneler kadınların ağırlıklı olarak çalıştıkları kuruluşlardır. Hastane çalışanlarının büyük çoğunluğunu hemşireler ve ebeler oluşturmaktadır. Son yıllarda erkekler arasında da tercih edilmeye başlanmasına rağmen, hemşirelik büyük oranda

kadınların yürüttüğü bir meslektir. Buna diğer meslek gruplarındaki kadınlar da dahil edildiğinde hastanelerde kadın çalışan sayısı erkeklere oranla oldukça fazladır.

**Tablo: 4 Ankete Katılanların Eğitim Seviyesine Göre Dağılımları**

		Frekans	Yüzde	Geçerli Yüzde	Birikimli Yüzde
Geçerli	İlköğretim	4	1,6	1,6	1,6
	Lise	23	8,9	9,2	10,8
	Önlisans	121	47,1	48,2	59,0
	Lisans	66	25,7	26,3	85,3
	Lisansüstü	37	14,4	14,7	100,0
	Toplam	251	97,7	100,0	
Cevapsız		6	2,3		
Toplam		257	100,0		

Örneklemin eğitim seviyesine göre dağılım; %1,6 ilköğretim, %9,2 lise, %48,2 önlisans, %26,3 lisans, %14,7 lisansüstü şeklindedir. Örneklemin eğitim seviyesine göre dağılımının önlisans ve lisans gruplarında yoğunlaştığı görülmektedir. İlköğretim mezunu çalışanlar çok küçük bir grubu oluşturmaktadır.

**Tablo: 5 Ankete Katılanların Meslek Gruplarına Göre Dağılımları**

		Frekans	Yüzde	Geçerli Yüzde	Birikimli Yüzde
Geçerli	Doktor	33	12,8	12,8	12,8
	Hemşire	120	46,7	46,7	59,5
	Sağlık memuru	16	6,2	6,2	65,8
	Sağlık teknisyeni	38	14,8	14,8	80,5
	Genel idari hizmetler çalışanı	19	7,4	7,4	87,9
	Diğer	31	12,1	12,1	100,0
	Toplam	257	100,0	100,0	

Araştırma örnekleminin %80.5'ini doktor, hemşire, sağlık memuru ve sağlık teknisyenleri oluşturmaktadır. Genel idari hizmet çalışanları örneklemin %7,4'lük kısmını kalan %12.1'lik kısmını ise fizyoterapist, sağlık memuru, ebe, psikolog, biyolog gibi hastanede görev yapan diğer mesleklere mensup kişiler oluşturmaktadır. Hastanelerde çok sayıda farklı meslek grubu bir arada hizmet sunmaktadır.

**Tablo: 6 Ankete Katılanların Yaş Gruplarına Göre Dağılımları**

		Frekans	Yüzde	Geçerli Yüzde	Birikimli Yüzde
Geçerli	20-30	32	12,5	12,5	12,5
	31-40	136	52,9	53,3	65,9
	41 ve üzeri	87	33,9	34,1	100,0
	Toplam	255	99,2	100,0	
Cevapsız		2	,8		
Toplam		257	100,0		

Ankete katılan hastane çalışanlarının %53,3'lük çoğunluğunu 31-40 yaş grubu oluşturmaktadır. Bunu sırasıyla %34,1'lik oranla 41 yaş ve üzeri grup ile %12,5'lik oranla 20-30 yaş grubu izlemektedir.

**Tablo: 7 Ankete Katılanların Sağlık Sektöründe Çalışma Sürelerine Göre Dağılımı**

		Frekans	Yüzde	Geçerli Yüzde	Birikimli Yüzde
Geçerli	1-10	57	22,2	22,5	22,5
	11-20	117	45,5	46,2	68,8
	21 ve üzeri	79	30,7	31,2	100,0
	Toplam	253	98,4	100,0	
Cevapsız		4	1,6		
Toplam		257	100,0		

Araştırma örnekleminin sağlık sektöründe çalışma sürelerine göre frekansları üç grupta birleşmiştir. Ankete katılan hastane çalışanlarının %46,6'lık çoğunluğu 11-20 yıldır sağlık sektöründe hizmet sunmaktadır. Örneklemin %31,2'lik kısmı 21 yıl ve üzeri ve %22,5'lik bir kısmı ise 1-10 yıl aralığında sağlık sektöründe bulunmaktadır.

**Tablo: 8 Ankete Katılanların Muğla Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Çalışma Sürelerine Göre Dağılımı**

		Frekans	Yüzde	Geçerli Yüzde	Birikimli Yüzde
Geçerli	1-5	57	22,2	22,5	22,5
	6-10	117	45,5	46,2	68,8
	11 ve üzeri	79	30,7	31,2	100,0
	Toplam	253	98,4	100,0	
Cevapsız		4	1,6		
Toplam		257	100,0		

Araştırma örnekleminin araştırmanın yapıldığı hastanede çalışma süreleri yukarıdaki tabloda görüldüğü gibi üç grupta yoğunlaşmıştır. Bunların %46,2'lik



çoğunluğu 6-10 yıldır, %31,2'lik kısmı 11 yıl ve üzeri, %22,5'lik kısmı da 1-5 yıl arasında araştırmanın yapıldığı hastanede görev yapmaktadırlar.

### 3.4.3 Faktör Analizi

Araştırmada kullanılan ölçekteki değişkenlerin az sayıda ve birbirinden bağımsız faktörlere ayrıştırılması amacıyla ölçeğe faktör analizi uygulanmıştır. Faktör analizi birbirinden farklı, ancak birbirleriyle ilişkili teknikleri içermektedir. Faktör analizinde faktörlerin elde edilmesinde en yaygın kullanılan teknik “Temel Bileşenler Analizi” (Principal Component Analysis) dir. Araştırmada bu teknikten yararlanılmıştır.

Veri setinin faktör analizi için uygun olup olmadığını değerlendirmek amacıyla KMO (Kaiser-Meyer-Olkin) örneklem yeterliliği değeri ve Barlett Küresellik Testi sonuçları incelenmektedir. KMO değerleri:

- 0,50'nin altında ise kabul edilemez,
- 0,50 ise zayıf,
- 0,60 ise orta
- 0,70 ise iyi,
- 0,80 ise çok iyi,
- 0,90 ise mükemmel olarak yorumlanır.

Bu araştırmada yapılan ilk faktör analizinde KMO değeri 0,868 olarak elde edilmiştir. Faktörler üç kere rotasyona tabi tutulmuş en son analizde KMO değeri 0,840 olarak elde edilmiştir. Barlett Küresellik testi Ki Kare değeri 2216,95,  $p < 0,001$ 'dir.  $p < 0,05$  ise verilerin faktör analizine uygun olduğu kabul edilir. Bu değerler ölçeğin faktör analizine uygun olduğunu göstermektedir. Aşağıdaki tabloda KMO ve Barlett Küresellik Testi sonuçlarına yer verilmiştir.

**Tablo: 9 KMO ve Barlett Küresellik Testi Sonuçları**

KMO Değeri		,840
Barlett Küresellik Testi	Ki Kare	2216,954
	df	276
	Sig.	,000

Faktör analizi yapılırken adlandırılabilir ve yorumlanabilir faktörler elde edilebilmesi amacıyla faktörler rotasyona tabi tutulmaktadır. Faktör rotasyonunda en çok kullanılan yöntem Orthogonal rotasyondur. Orthogonal rotasyonda en yaygın kullanılan teknik ise Varimax tekniğidir. Bu araştırmada rotasyonda Varimax tekniğinden yararlanılmıştır.

Anket sonucu elde edilen verilere faktör analizi uygulanmış, ilk faktör analizinde ölçek 8 boyuta ayrılmıştır. Faktörler rotasyona tabi tutulmuş, binişik madde olan sorular ölçekten çıkarılmıştır. Bir ölçek maddesinin farklı boyutlarda yer alan faktör yükleri arasındaki farkın, 10'dan az olması maddenin binişik madde olduğunu gösterir ve ölçekten çıkarılması önerilir (Kalaycı, 2009: 321-323). Bu şekilde ölçek dört kez faktör analizine tabi tutulmuş, binişik maddeler ve tek bir değişkenle faktör oluşturan maddeler ölçekten çıkarılmıştır. Bir ölçek boyutunun tek bir madde ile açıklanması faktör analizi açısından istenen bir sonuç değildir. Analizler sonucunda araştırmada kullanılan ölçek 7 faktör grubuna ayrılmıştır. Elde edilen rotasyona tabi tutulmuş son faktör matrisi tablosu aşağıdaki gibidir.

**Tablo: 10 Rotasyona Tabi Tutulmuş Faktör Matrisi**

	Faktörler						
	1	2	3	4	5	6	7
S24	,767						
S22	,767						
S25	,741						
S23	,715						
S26	,713						
S15	,622						
S18	,536						
S7		,833					
S9		,753					
S8		,614					
S1		,594					
S6		,588					
S10			,843				
S11			,786				
S4			,655				
S20				,850			
S21				,805			
S19				,534			
S3					,725		
S13					,598		
S29						,838	
S28						,800	
S27							,843
S31							-,578

Faktör analizi sonuçlarına göre, toplam 24 değişken, 7 faktör altında toplanmıştır. Bu faktörler toplam varyansın %65.17'sini açıklamaktadır. 1.Faktör toplam varyansın %28.803'ünü, 2.Faktör %8.597'sini, 3.Faktör %6,905'ini, 4. Faktör %6,278'ini, 5.Faktör %5,458'ini, 6.Faktör %4,938'ini, 7.Faktör ise %4,191'ini açıklamaktadır. Faktör analizi sonucu oluşan faktörler içerdikleri ifadeler incelenerek aşağıdaki gibi adlandırılmışlardır:

- Faktör 1: Yönetim yapısı ve örgüt kültürüne ilişkin ifadeler.
- Faktör 2: Çalışanların TKY hakkında eğitimi ve bilgilendirilmesine ilişkin ifadeler.
- Faktör 3: Motivasyona ilişkin ifadeler.
- Faktör 4: Kaynaklar ve alt yapıya ilişkin ifadeler.
- Faktör 5: TKY'nin yararına ve hastaneler için uygunluğuna inanca ilişkin ifadeler.
- Faktör 6: Çalışanların TKY'ye karşı olumsuz tavrına ilişkin ifadeler.
- Faktör 7: Üst yönetimin TKY'ye yaklaşımına ilişkin ifadeler.

Elde edilen adlandırılmış faktör grupları, her faktör grubunun varyans oranı, her değişkenin faktör yükü ve faktörlerin içerdiği değişkenler aşağıdaki tabloda gösterilmiştir.

**Tablo: 11 Adlandırılmış Faktör Matrisi**

<b>Faktörler ve Değişkenler</b>	<b>Toplam Varyans %65.17</b>	<b>Faktör Yüklere</b>	<b>Varyans %</b>
<b>Faktör: 1 Yönetim yapısı ve örgüt kültürüne ilişkin ifadeler</b>			<b>28.803</b>
24. Hastanemizde problemlerin çözümü için gerekli alanlarda ekip çalışmaları yürütülmektedir.		,767	
22. Hastanemizde üst yönetim ile çalışanlar arasında iletişim sağlanabilmektedir.		,767	
25. Üst yönetim TKY konusunda isteklidir, gerekli liderlik ve desteği sağlamaktadır.		,741	
23. Hastanemizde birimler arası iletişimde herhangi bir sıkıntı bulunmamaktadır		,715	
26. Hastanemizde TKY uygulamalarında, çalışanların görüşleri yönetim tarafından dikkate alınır ve değerlendirilir.		,713	
15. Hastanemizdeki yönetim yapısı TKY'nin temel gerekliliklerinin uygulanması için elverişlidir.		,622	
18. Hastanemizde problemlerin saptanması ve iyileştirmelerin yapılabilmesi için gerekli verilerin toplanmasını ve işlenmesini sağlayacak yeterli bilgi ve istatistik sistemi bulunmaktadır.		,536	
<b>Faktör: 2 Çalışanların TKY hakkında eğitimi ve bilgilendirilmesine ilişkin ifadeler</b>			<b>8.597</b>
7. TKY uygulamaları ile ilgili gereken eğitimler verilmiştir.		,833	
9. Çalışanların düzenlenen eğitimlere katılımı sağlanmaktadır.		,753	
8. TKY ile ilgili verilen eğitimler eğitimcinin yetkinliği ve içerik açısından yeterlidir.		,614	
1. Çalışanlar, TKY'nin faydaları ve uygulama süreci konusunda yeterince bilgilendirilmiştir.		,594	
6. Çalışanlar TKY'ye geçiş sürecine dahil edilmiştir.		,588	
<b>Faktör: 3 Motivasyona ilişkin ifadeler</b>			<b>6,905</b>
10. Çalışanları TKY uygulamaları için motive edecek ödüllendirme sistemleri bulunmaktadır.		,843	
11. Çalışanları TKY uygulamaları için motive edecek ödüllendirme sistemleri etkin ve adil şekilde işlemektedir.		,786	
4. Doktorlar TKY uygulamalarına katılmaktadır.		,655	

<b>Faktör: 4 Kaynaklar ve alt yapıya ilişkin ifadeler</b>		<b>6,278</b>
20. Hastanemizde TKY uygulamaları için çalışan sayısı yeterlidir.	,850	
21. Hastanemizde TKY uygulamaları için ayrılan mali kaynaklar yeterlidir.	,805	
19. Hastanemizde TKY uygulamaları için gerekli zaman ayrılmaktadır.	,534	
<b>Faktör: 5 TKY'nin yararına ve hastaneler için uygunluğuna inanca ilişkin ifadeler</b>		<b>5,458</b>
3. TKY'nin hastanemiz için faydalı olacağına inanıyorum.	,725	
13. Mevzuat, TKY'nin temel gerekliliklerinin uygulanması için elverişlidir.	,598	
<b>Faktör: 6 Çalışanların TKY'ye karşı olumsuz tavrına ilişkin ifadeler</b>		<b>4,938</b>
28. Hastanemizde çalışanlar genel olarak TKY ile gelen değişikliklere ve yeniliklere direnç göstermektedir.	,838	
29. Hastanemizde çalışanlar TKY ile gelen ek görevleri almakta gönülsüzdür.	,800	
<b>Faktör: 7 Üst yönetimin TKY'ye yaklaşımına ilişkin ifadeler</b>		<b>4,191</b>
27. Hastanemizde TKY uygulamaları sadece üst yönetimin yönlendirmesi ve istekleri ile şekillenmektedir.	,843	
31. Hastanemizde TKY'in önemli unsurlarından olan hasta memnuniyetine gereken önem verilmektedir.	-,578	

Aşağıdaki tabloda elde edilen faktörlerin ortalamaları, medyanları ve standart sapmaları yer almaktadır.

**Tablo: 12 Faktörlerin Ortalamaları, Medyanları ve Standart Sapmaları**

	Faktör:1	Faktör: 2	Faktör: 3	Faktör: 4	Faktör: 5	Faktör: 6	Faktör: 7
N Geçerli	250	253	254	255	254	254	255
Geçersiz	7	4	3	2	3	3	2
Ortalama	3,6097	3,1644	4,0341	3,1229	2,9429	3,0000	3,0706
Medyan	3,7143	3,2000	4,0000	3,0000	3,0000	3,0000	3,0000
Standart Sapma	,79900	,76604	,77037	,84683	,83742	,90672	,74435

Tablo: 12’de yer alan aritmetik ortalamalar incelendiğinde 5. faktörün dışındaki faktörlerin ortalama değeri olan 3’ten yüksek olması bu faktörlerin her birinin ankete katılan hastane çalışanları tarafından engel olarak algılandıklarını göstermektedir.

Tabloda yer alan en yüksek ortalamaya (4,0341) sahip olan faktörün 3. faktör yani, motivasyona ilişkin ifadeler faktörü olduğu görülmektedir. Bu durum, katılımcılar tarafından en fazla bu faktörün engel olarak algılandığına işaret etmektedir. Bu faktörde yer alan 10. sorunun frekans analizi incelendiğinde: “Çalışanları TKY uygulamaları için motive edecek ödüllendirme sistemleri bulunmaktadır” ifadesine katılımcıların %41,8’inin katılmıyorum, %42,6’sının kesinlikle katılmıyorum cevabını verdikleri, toplamda %84.4’lük bir oranda katılımcıların TKY uygulamaları için motive edecek ödüllendirme sistemlerinin bulunmadığı yönünde görüşe sahip oldukları görülmektedir. Aynı şekilde bu boyutta 11. sorudaki “Çalışanları TKY uygulamaları için motive edecek ödüllendirme sistemleri etkin ve adil şekilde işlemektedir” ifadesine ankete katılan hastane çalışanları toplamda %86.7’lik bir oranda olumsuz görüş belirtmişlerdir. Buna paralel olarak hastane yönetimi ile ve kalite direktörleri ile yapılan görüşmeler esnasında bu kişilerin tamamı hastanede TKY uygulamalarını motive etmek amacıyla maddi veya maddi olmayan ödüllendirme mekanizmasının sistematik bir şekilde uygulanmadığı, yönünde görüş bildirmişlerdir. Yine aynı boyutta yer alan “Doktorlar TKY uygulamalarına katılmaktadır” ifadesine katılımcılar tarafından %55,6 oranında olumsuz, %26,6 oranında kararsız görüş bildirilmiştir. Doktorların her birimde lider konumunda olduğu ve TKY uygulamalarında liderlerin katılımının çalışanlar için önemli bir motivasyon unsuru olduğu göz önünde tutulduğunda, hastanede TKY uygulamaları konusunda hem motivasyon araçlarının bulunmaması, bu araçların etkin ve adil olmaması ve doktorların TKY uygulamalarına yeterli oranda katılmamaları konularının araştırmanın yapıldığı hastanede yürütülen TKY çalışmaları önünde en önemli engel olduğu sonucuna varılabilir.

Faktörlerin ortalamaları incelendiğinde ikinci sırada engel olarak algılanan boyut; 3,6097 ortalama değeri ile “Yönetim yapısı ve örgüt kültürüne ilişkin ifadeler” içeren 1. faktör, üçüncü sırada engel olarak algılanan boyut; 3,1644 ortalama değeri

ile “Çalışanların TKY hakkında eğitimi ve bilgilendirilmesine ilişkin ifadeler” içeren 2. faktör, dördüncü sırada engel olarak algılanan boyut; 3,1229 ortalama değeri ile “Kaynaklar ve alt yapıya ilişkin ifadeler” içeren 4. faktör, beşinci sırada engel olarak algılanan boyut; 3,0706 ortalama değeri ile “Üst yönetimin TKY’ye yaklaşımına ilişkin ifadeler” içeren 7. faktör, son sırada engel olarak algılanan boyut ise; 3,000 ortalama değeri ile “Çalışanların TKY’ye karşı olumsuz tavrına ilişkin ifadeler” içeren 6. faktördür. Faktörler arasında “TKY’nin yararına ve hastaneler için uygunluğuna inanca ilişkin ifadeler” içeren 5.faktör hastanede TKY uygulamalarının önünde bir engel olarak algılanmamıştır.

#### **3.4.4 Frekans Analizi**

Araştırmada veri toplama aracı olarak kullanılan ankette hastanelerde TKY uygulamalarının problemsiz ve engelsiz yürütülebilmesi ile ilişkilendirilen 32 ifadeye yer verilmiştir. Çalışanların bu ifadelere verdikleri cevaplara göre, her ifade frekans analizine tabi tutulmuştur. Frekans analizi, her soruya verilen cevapların sayı ve yüzde olarak dağılımını gösterir.

Ankette yer alan ifadelere verilen cevapların frekans analizleri incelendiğinde, yüksek oranda katılmıyorum ve kesinlikle katılmıyorum cevabı verilen ifadeler konusunda araştırmanın yapıldığı Muğla Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nde TKY uygulamaları önünde engellerle karşılaşıldığını ifade etmek mümkündür. Bu değerlendirmeye göre, 15 ifadeye %50 ve üzerinde olumsuz cevaplar verilerek bu ifadeler konusunda katılımcılar tarafından araştırmanın yapıldığı hastanede TKY uygulamalarında engellerle karşılaşıldığının belirtildiği görülmektedir. Diğer maddeler ise daha düşük oranlarda engel olarak algılanmıştır. Ankette yer alan 27, 28 ve 29. sorular olumsuz ifade içerdiğinden ters sorulardır. Bu ifadelere diğer ifadelerin aksine yüksek oranda verilen katılıyorum ve tamamen katılıyorum cevapları ilgili konularda TKY uygulamalarında engeller bulunduğu yönündeki çalışanların algısını ortaya koymaktadır. Buna göre, ankette yer alan ifadelere verilen olumsuz anlam içeren cevapların birleştirilmiş yüzde oranları ve bu oranlara göre ifadelerin yukarıdan aşağıya sıralanmış listesi aşağıdaki gibidir:



1. Çalışanları TKY uygulamaları için motive edecek ödüllendirme sistemleri etkin ve adil şekilde işlemektedir: %86,7.
2. Çalışanları TKY uygulamaları için motive edecek ödüllendirme sistemleri bulunmaktadır: %84,4.
3. Hastanemizde TKY'nin önemli unsurlarından olan çalışan memnuniyetine gereken önem verilmektedir: %80,9.
4. Hastanemizde alınan kararlarda politik baskılar ve kayırmacılığın etkisi yoktur: %74,7.
5. Hastanemizde iş tanımları nettir, yetki ve sorumluluk alanları isabetli ve orantılı olarak belirlenmiştir: 70,4.
6. Hastanemizdeki yönetim yapısı TKY'nin temel gerekliliklerinin uygulanması için elverişlidir: %66,8.
7. Hastanemizde üst yönetim ile çalışanlar arasında iletişim sağlanabilmektedir: %61,8.
8. Hastanemizdeki organizasyon yapısı TKY'nin temel gerekliliklerinin uygulanması için elverişlidir: %61,2.
9. Hastanemizde problemlerin çözümü için gerekli alanlarda ekip çalışmaları yürütülmektedir: %60.
10. Hastanemizde TKY uygulamalarında, çalışanların görüşleri yönetim tarafından dikkate alınır ve değerlendirilir: %59,2.
11. Hastanemizde TKY uygulamaları sadece üst yönetimin yönlendirmesi ve istekleri ile şekillenmektedir: %58,6.
12. Çalışanlar, TKY'nin faydaları ve uygulama süreci konusunda yeterince bilgilendirilmiştir: %58,0.
13. Doktorlar, TKY uygulamalarına katılmaktadır: %55,9.
14. Hastanemizde birimler arası iletişimde herhangi bir sıkıntı bulunmamaktadır: %55,7.
15. Çalışanlar, TKY'ye yeterince ilgi göstermektedir: %54,7.
16. Hastanemizde problemlerin saptanması ve iyileştirmelerin yapılabilmesi için gerekli verilerin toplanmasını ve işlenmesini sağlayacak yeterli bilgi ve istatistik sistemi bulunmaktadır: %49,6.

17. TKY ile ilgili verilen eğitimler eğitimcinin yetkinliği ve içerik açısından yeterlidir: %46,3.
18. TKY uygulamaları ile ilgili gereken eğitimler verilmiştir: %44,7.
19. Hastanemizde hastaların aldığı hizmetin kalitesi sağlıklı şekilde izlenebilmekte ve değerlendirilmesinde herhangi bir sıkıntı bulunmamaktadır: %44,6.
20. Üst yönetim TKY konusunda isteklidir, gerekli liderlik ve desteği sağlamaktadır: 42,2.
21. Hastanemizde TKY uygulamaları için gerekli zaman ayrılmaktadır: %41,8.
22. Hastanemizde çalışanlar TKY ile gelen ek görevleri almakta gönülsüzdür: %41,8.
23. Mevzuat, TKY'nin temel gerekliliklerinin uygulanması için elverişlidir: %39,2.
24. Hastanemizdeki TKY programı, hastaların aldığı hizmeti iyileştirme adına uzun vadeli fakat sürdürülebilir hedefler üzerine kurulmuştur: %35,9.
25. Diğer çalışanlar TKY uygulamalarına katılmaktadır: %35,7.
26. Çalışanlar TKY uygulamalarına geçiş sürecine dahil edilmiştir: %33,2.
27. Hastanemizde TKY uygulamaları için çalışan sayısı yeterlidir: %33,2.
28. Hastanemizde TKY uygulamaları için ayrılan mali kaynaklar yeterlidir: %33,2.
29. Çalışanların düzenlenen eğitimlere katılımı sağlanmaktadır: %32,8.
30. Hastanemizde çalışanlar genel olarak TKY ile gelen değişikliklere ve yeniliklere direnç göstermektedir: %29,1.
31. Hastanemizde TKY'nin önemli unsurlarından olan hasta memnuniyetine gereken önem verilmektedir: 29,1.
32. TKY'nin önemine ve hastanemiz için faydalı olacağına inanıyorum: %22,7.

Ankette yer alan ifadelerden katılımcılar tarafından %50 ve üzeri oranda olumsuz görüş belirtilen 15 ifadeye ait frekans tablolarına aşağıda yer verilmiştir. Tablolar, en yüksek oranda olumsuz görüş bildirilen ifadeden geriye doğru yapılmış bir sıralama ile sunulmuştur. Diğer ifadelerle ait frekans analizi tabloları ise Ek 5'te yer almaktadır.

**Tablo: 13 Çalışanları TKY Uygulamaları İçin Motive Edecek Ödüllendirme Sistemlerinin Etkin ve Adil Şekilde İşlemesi**

		Frekans	Yüzde	Geçerli Yüzde	Birikimli Yüzde
Geçerli	Tamamen Katılıyorum	3	1,2	1,2	1,2
	Katılıyorum	8	3,1	3,1	4,3
	Kararsızım	23	8,9	9,0	13,3
	Katılmıyorum	101	39,3	39,6	52,9
	Kesinlikle Katılmıyorum	120	46,7	47,1	100,0
	Toplam	255	99,2	100,0	
Cevapsız		2	,8		
Toplam		257	100,0		

Hastane çalışanları tarafından “Çalışanları TKY uygulamaları için motive edecek ödüllendirme sistemleri etkin ve adil şekilde işlemektedir” ifadesine %86,7 oranında olumsuz görüş bildirilmiştir. Bu konuda çalışanların sadece %4,3'lük bir bölümü olumlu görüş bildirmiştir. Bu sonuca göre, hastanede TKY uygulamaları için motivasyon konusunda önemli bir sorun olduğu görülmektedir. Ancak bu ifadedeki ödüllendirme sistemlerinin etkin ve adaletsiz olduğu konusundaki görüşün ayrıca bir önemi vardır. Çünkü ödüllendirme sistemlerinin adaletsiz olması motivasyonu önemli ölçüde düşüren bir etkidir.

**Tablo: 14 Çalışanları TKY Uygulamaları İçin Motive Edecek Ödüllendirme Sistemlerinin Bulunması**

		Frekans	Yüzde	Geçerli Yüzde	Birikimli Yüzde
Geçerli	Tamamen Katılıyorum	3	1,2	1,2	1,2
	Katılıyorum	12	4,7	4,7	5,9
	Kararsızım	25	9,7	9,8	15,6
	Katılmıyorum	107	41,6	41,8	57,4
	Kesinlikle Katılmıyorum	109	42,4	42,6	100,0
	Toplam	256	99,6	100,0	
Cevapsız		1	,4		
Toplam		257	100,0		

Ankete katılan hastane çalışanlarının “Hastanede TKY uygulamaları için motive edecek ödüllendirme sistemleri bulunmaktadır” ifadesine toplamda %84,4 oranında kesinlikle katılmıyorum ve katılmıyorum şeklinde, örneklemin büyük bir kısmı olumsuz görüş bildirilmiştir. Bu ifadeye çalışanların %5,9'luk az bir kısmı olumlu görüş bildirmiştir. Buna göre Muğla Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nde TKY uygulamalarında motivasyon konusunda önemli bir eksiklik olduğu ifade edilebilir. Faktör analizinde de bu yönde bir sonuç çıkmış bu soruyu içeren faktörün ortalaması en yüksek olarak bulgulanmış ve hastanede TKY uygulamaları önünde en önemli engel olarak yorumlanmıştır. Hastane yönetimi ile gerçekleştirilen görüşmelerde de yöneticiler tarafından çalışanları TKY uygulamaları için motive etmek amacıyla bazı ödüllendirme sistemlerinin bulunduğu, fakat yeterli olmadığı, hastanedeki diğer işlerin yoğunluğu nedeniyle bu konuya ağırlık verilemediği ifade edilmiştir.

**Tablo: 15 Hastanede TKY'nin Önemli Unsurlarından Olan Çalışan Memnuniyetine Gereken Önemin Verilmesi**

		Frekans	Yüzde	Geçerli Yüzde	Birikimli Yüzde
Geçerli	Tamamen Katılıyorum	4	1,6	1,6	1,6
	Katılıyorum	16	6,2	6,2	7,8
	Kararsızım	29	11,3	11,3	19,1
	Katılmıyorum	82	31,9	31,9	51,0
	Kesinlikle Katılmıyorum	126	49,0	49,0	100,0
	Toplam	257	100,0	100,0	

Yukarıdaki tabloya göre araştırmanın yapıldığı Muğla Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde çalışan memnuniyeti konusunda belirgin bir sorun algılanmaktadır. Ankete katılan hastane çalışanlarının %49'u hastanede çalışan memnuniyetine önem verilmesi ile ilgili ifadeye kesinlikle katılmıyorum cevabı vermişlerdir. Bunu %31,9 oranla katılmıyorum cevabı izlemektedir. Toplamda %80,9 oranında büyük bir çoğunluk bu konuda bir sorun olduğuna işaret etmektedir. Bu konuda olumlu ifade kullananlar ise, örneklemin ancak %7,8'idir. Bu sonucu, hastanede hasta memnuniyetine önem verilmesi ile ilgili ifadenin ( Ek 5) sonucu ile ilişkilendirecek olursak, hastanede çalışanların yarıdan fazla oranda hasta memnuniyetine önem verildiğini düşündüğünü, ancak çalışanların %80,9'luk önemli kısmının çalışan memnuniyetine önem verilmediğini düşündüklerini ifade edebiliriz.

**Tablo: 16 Hastanede Alınan Kararlarda Politik Baskılar ve Kayırmacılığın Etkisinin Bulunmaması**

			Yüzde	Geçerli Yüzde	Birikimli Yüzde
Geçerli	Tamamen Katılıyorum	4	1,6	1,6	1,6
	Katılıyorum	17	6,6	6,6	8,2
	Kararsızım	44	17,1	17,1	25,3
	Katılmıyorum	69	26,8	26,8	52,1
	Kesinlikle Katılmıyorum	123	47,9	47,9	100,0
	Toplam	257	100,0	100,0	

“Hastanemizde alınan kararlarda politik baskıların ve kayırmacılığın etkisi yoktur” ifadesine hastane çalışanlarının %8,2’lik küçük bir kısmı katılıyorum ve tamamen katılıyorum şeklinde cevap vermiştir. Buna karşılık, %17’1 oranında kararsızım cevabı verilirken, %47,9 oranla yarıya yakın bir grup kesinlikle katılmıyorum, %26,8 oranındaki bir grup ise katılıyorum cevabı vermişlerdir. Hastane çalışanları toplamda %74,7 gibi büyük oranda hastanede alınan kararlarda politik baskılar ve kayırmacılığın etkisi olduğunu düşünmektedir. Hastanede kararların TKY ilkeleri çerçevesinde alınması TKY’nin başarısı için ön koşul olarak kabul edildiğinden, bu konuda araştırmanın yapıldığı Muğla Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi’nde TKY uygulamaları önünde ciddi bir engel olduğu ifade edilebilir.

**Tablo: 17 Hastanede İş Tanımlarının Net Yetki ve Sorumluluk Alanlarının İsbetli Olarak Belirlenmiş Olması**

		Frekans	Yüzde	Geçerli Yüzde	Birikimli Yüzde
Geçerli	Tamamen Katılıyorum	3	1,2	1,2	1,2
	Katılıyorum	27	10,5	10,5	11,7
	Kararsızım	46	17,9	17,9	29,6
	Katılmıyorum	84	32,7	32,7	62,3
	Kesinlikle Katılmıyorum	97	37,7	37,7	100,0
	Toplam	257	100,0	100,0	

İfadeye katılmıyorum ve kesinlikle katılmıyorum cevaplarının toplam olarak %70,4 oranında olması, araştırmanın yapıldığı hastanede iş tanımları, yetki ve sorumluluk alanlarının belirlenmesi konusunda bir sorun bulunduğunu göstermektedir. İfadeye katılanların oranı, %10,5, tamamen katılanların oranı ise yalnızca %1,2'dir. TKY uygulamalarının başarılı yürütülebilmesi açısından bu konuda da hastanede bir sorun yaşanmaktadır.

**Tablo: 18 Hastanedeki Yönetim Yapısının TKY'nin Temel Gerekliliklerinin Uygulanması İçin Elverişli Olması**

		Frekans	Yüzde	Geçerli Yüzde	Birikimli Yüzde
Geçerli	Tamamen Katılıyorum	3	1,2	1,2	1,2
	Katılıyorum	21	8,2	8,2	9,4
	Kararsızım	61	23,7	23,8	33,2
	Katılmıyorum	107	41,6	41,8	75,0
	Kesinlikle Katılmıyorum	64	24,9	25,0	100,0
	Toplam	256	99,6	100,0	
Cevapsız		1	,4		
Toplam		257	100,0		

Tablo: 18'e göre ankete katılanlardan hastanedeki yönetim yapısının TKY'nin temel gerekliliklerinin uygulanması için elverişli olmadığını düşünenler katılmıyorum ve kesinlikle katılmıyorum cevapları birlikte düşünüldüğünde %66,8'lik bir oranla yarıdan fazla bir gruptur. Bu ifadeye tamamen katılanların oranı, yalnızca %1,2'lik küçük bir orandır. Katılanların oranı, %8,2, kararsızların oranı ise, 23,8'dir. Hastane çalışanlarının ağırlıklı olarak hastanenin yönetim yapısının TKY uygulamaları için uygun olmadığı görüşünde oldukları söylenebilir.

**Tablo: 19 Hastanede Üst Yönetim ile Çalışanlar Arasında İletişimin Sağlanabilmesi**

	Frekans	Yüzde	Geçerli Yüzde	Birikimli Yüzde
Geçerli Tamamen Katılıyorum	4	1,6	1,6	1,6
Katılıyorum	43	16,7	16,7	18,3
Kararsızım	51	19,8	19,8	38,1
Katılmıyorum	70	27,2	27,2	65,4
Kesinlikle Katılmıyorum	89	34,6	34,6	100,0
Toplam	257	100,0	100,0	

Tablo: 19’da görüldüğü gibi, katılımcıların %34,6’sı üst yönetim ile çalışanlar arasında iletişimin sağlanması ifadesine kesinlikle katılmıyorum cevabını vermişlerdir. Katılmıyorum cevabı ile birlikte bu konuda TKY uygulamaları önünde bir engel olduğunu düşünenlerin oranı %61,8 ile yarıdan fazla bir bölümdür. Bu konuda bir sorun olmadığını düşünen hastane çalışanlarının oranı ise, %18,3’tür.

**Tablo: 20 Hastanedeki Organizasyon Yapısının TKY’nin Temel Gerekliliklerinin Uygulanması İçin Elverişli Olması**

	Frekans	Yüzde	Geçerli Yüzde	Birikimli Yüzde
Geçerli Tamamen Katılıyorum	3	1,2	1,2	1,2
Katılıyorum	23	8,9	9,0	10,2
Kararsızım	73	28,4	28,6	38,8
Katılmıyorum	107	41,6	42,0	80,8
Kesinlikle Katılmıyorum	49	19,1	19,2	100,0
Toplam	255	99,2	100,0	
Cevapsız	2	,8		
Toplam	257	100,0		

Ankete katılan hastane çalışanlarının hastanenin organizasyon yapısının TKY uygulamaları için elverişli olup, olmadığı yönündeki görüşü, katılmıyorum ve



kesinlikle katılmıyorum cevaplarının toplamı olarak %61,2 oranında olumsuzdur. Kararsız görüş bildirenlerin oranı, %28,6 iken bu ifade hakkında olumlu görüşe sahip olanlar %10,2'lik bir grubu oluşturmaktadır. Buna göre hastane çalışanlarının yarısından fazlasının hastanenin organizasyon yapısının TKY'nin temel gerekliliklerinin uygulanması için elverişli olmadığını düşündükleri görülmektedir.

**Tablo: 21 Hastanede Problemlerin Çözümü İçin Gerekli Alanlarda Ekip Çalışmasının Yürütülmesi**

		Frekans	Yüzde	Geçerli Yüzde	Birikimli Yüzde
Geçerli	Tamamen Katılıyorum	4	1,6	1,6	1,6
	Katılıyorum	39	15,2	15,2	16,7
	Kararsızım	60	23,3	23,3	40,1
	Katılmıyorum	105	40,9	40,9	80,9
	Kesinlikle Katılmıyorum	49	19,1	19,1	100,0
	Toplam	257	100,0	100,0	

Tablo: 21'e göre hastanede TKY uygulamalarında ekip çalışmaları yürütülmesi açısından bir engel bulunduğunu düşünen katılımcıların oranı, kesinlikle katılmıyorum ve katılmıyorum cevapları birleştirildiğinde %60 oranla yarısından fazla bir gruptur. Bu konuda bir engel bulunmadığını düşünenler ise %16,8 oranında bir grubu oluşturmaktadır. %23,3 oranında bir katılımcı grubu ise bu konuda kararsız olduklarını belirtmişlerdir.

**Tablo: 22 Hastanede TKY Uygulamalarında Çalışanların Görüşlerinin Yönetim Tarafından Dikkate Alınması ve Değerlendirilmesi**

		Frekans	Yüzde	Geçerli Yüzde	Birikimli Yüzde
Geçerli	Tamamen Katılıyorum	3	1,2	1,2	1,2
	Katılıyorum	37	14,4	14,5	15,7
	Kararsızım	64	24,9	25,1	40,8
	Katılmıyorum	71	27,6	27,8	68,6
	Kesinlikle Katılmıyorum	80	31,1	31,4	100,0
	Toplam	255	99,2	100,0	
Cevapsız		2	,8		
Toplam		257	100,0		

Tablo 22'ye göre TKY uygulamalarında çalışanların görüşlerinin yönetim tarafından dikkate alındığını ve değerlendirildiğini düşünenler %1,2 gibi çok az bir grupta tamamen katılıyorum cevabı verenlerdir, bu yönde katılıyorum cevabı verenler ise %14,5 oranındadır. %59,2 oranında yarıdan fazla bir grup ise, kesinlikle katılmıyorum ve katılmıyorum cevabı vermiştir. Bu verilere göre bu konuda TKY uygulamaları önünde bir engel bulunduğu sonucu çıkarılabilir.

**Tablo: 23 Hastanede TKY Uygulamalarının Sadece Üst Yönetimin Yönlendirmesi ve İstekleri ile Şekillenmesi**

		Frekans	Yüzde	Geçerli Yüzde	Birikimli Yüzde
Geçerli	Tamamen Katılıyorum	39	15,2	15,2	15,2
	Katılıyorum	111	43,2	43,4	58,6
	Kararsızım	58	22,6	22,7	81,3
	Katılmıyorum	33	12,8	12,9	94,1
	Kesinlikle Katılmıyorum	15	5,8	5,9	100,0
	Toplam	256	99,6	100,0	
Cevapsız		1	,4		
Toplam		257	100,0		

Bu soruya hastane çalışanları %58,6 oranında katılıyorum ve tamamen katılıyorum cevabı vererek TKY uygulamalarının sadece üst yönetimin istekleri ve yönlendirmesi ile şekillendiğini ifade etmişlerdir. Bu oran, bir önceki ifadede çalışanların görüşlerinin yönetim tarafından dikkate alınmadığını ve değerlendirilmediğini düşünenlerin oranına çok yakındır. Her iki ifadeye verilen cevaplar bizi paralel bir sonuca götürmektedir. Buna göre araştırmanın yapıldığı hastanede çalışanların yarısından fazlasının TKY uygulamaları konusunda görüşlerinin dikkate alınmadığını ve TKY uygulamalarının üst yönetimin baskısı ile yürütülmeye çalışıldığını düşündükleri söylenebilir.

**Tablo: 24 Çalışanların TKY'nin Faydaları ve Uygulama Süreci Konusunda Yeterince Bilgilendirilmesi**

		Frekans	Yüzde	Geçerli Yüzde	Birikimli Yüzde
Geçerli	Tamamen Katılıyorum	11	4,3	4,3	4,3
	Katılıyorum	58	22,6	22,6	26,8
	Kararsızım	39	15,2	15,2	42,0
	Katılmıyorum	122	47,5	47,5	89,5
	Kesinlikle Katılmıyorum	27	10,5	10,5	100,0
	Toplam	257	100,0	100,0	

Ankete katılan hastane çalışanlarının %47,5'i bu ifadeye katılmadıklarını, %10,5'i ise kesinlikle katılmadıklarını belirtmişlerdir. Bu durumda, toplamda %58 oranla hastane çalışanların yarıdan fazlası, TKY'nin faydaları ve uygulama süreci konusunda yeterince bilgilendirilmedikleri görüşündedirler. Bu ifadeye %22,6 oranında katılıyorum, %4,3 oranında tamamen katılıyorum, %15,2 oranında ise kararsızım cevabı verilmiştir. TKY uygulamalarına tam katılımın sağlanabilmesi için uygulama hakkında uygulamadan etkilenecek tüm grupların bilgilendirilmesi büyük önem taşımaktadır. Uygulamanın başında uygulama hakkında bilgi vermek değişime karşı gösterilecek olumsuz tavırları önleyerek başarıyı artırır. Değişiklikler hakkında bilgilendirme yapmak, değişimin neden olduğu kaygıyı azaltmaktadır. Araştırmanın yapıldığı hastanede TKY uygulamaları süreci ve yararları konusunda yeterli bilgilendirme yapılmadığı bu açıdan hastanedeki TKY uygulamaları önünde bir engel bulunduğu sonucuna varılabilir.

**Tablo: 25 Doktorların TKY Uygulamalarına Katılımı**

		Frekans	Yüzde	Geçerli Yüzde	Birikimli Yüzde
Geçerli	Tamamen Katılıyorum	6	2,3	2,3	2,3
	Katılıyorum	39	15,2	15,2	17,6
	Kararsızım	68	26,5	26,6	44,1
	Katılmıyorum	75	29,2	29,3	73,4
	Kesinlikle Katılmıyorum	68	26,5	26,6	100,0
	Toplam	256	99,6	100,0	
Cevapsız		1	,4		
Toplam		257	100,0		

Ankete katılan doktorların da içinde bulunduğu değişik meslek gruplarındaki hastane çalışanlarının %55,9 oranındaki çoğunluğu doktorların TKY uygulamalarına katılmadıkları yönünde görüş belirtmişlerdir. Doktorların, görev yaptıkları birimlerde lider konumda olmaları nedeniyle, TKY uygulamalarına katılımları diğer çalışanların uygulama konusunda motivasyonu yönünden önemlidir. Bu ifadeye %17,5 gibi düşük bir oranda da olumlu görüş belirtilmiştir. Buna paralel olarak faktör analizinde de bu sorunun dahil olduğu faktör, en yüksek ortalama ile hastanede TKY uygulamaları önünde en önemli engel olarak bulgulanmıştır.

**Tablo: 26 Hastanede Birimler Arası İletişimde Herhangi Bir Sıkıntının Bulunmaması**

		Frekans	Yüzde	Geçerli Yüzde	Birikimli Yüzde
Geçerli	Tamamen Katılıyorum	4	1,6	1,6	1,6
	Katılıyorum	51	19,8	19,8	21,4
	Kararsızım	59	23,0	23,0	44,4
	Katılmıyorum	85	33,1	33,1	77,4
	Kesinlikle Katılmıyorum	58	22,6	22,6	100,0
	Toplam	257	100,0	100,0	

Yukarıdaki ifadeye araştırmaya katılanların, %55,7'si olumsuz görüş bildirmişlerdir. %21,4 oranında ise olumlu görüş bulunmakta, buna göre çalışanların yarıdan biraz fazlasının birimler arası iletişim konusunda TKY uygulamaları önünde bir engel bulunduğunu düşündükleri sunucuna varılabilir.

**Tablo: 27 Çalışanların TKY'ye Yeterli İlgiyi Göstermesi**

	Frekans	Yüzde	Geçerli Yüzde	Birikimli Yüzde
Geçerli Tamamen Katılıyorum	7	2,7	2,7	2,7
Katılıyorum	45	17,5	17,6	20,3
Kararsızım	64	24,9	25,0	45,3
Katılmıyorum	111	43,2	43,4	88,7
Kesinlikle Katılmıyorum	29	11,3	11,3	100,0
Toplam	256	99,6	100,0	
Cevapsız	1	,4		
Toplam	257	100,0		

Ankete katılan hastane çalışanlarının yarıdan fazlası (%53,7'si) bu ifadeye olumsuz görüş belirtmiş, çalışanların TKY'ye yeterince ilgi göstermediğini düşündüklerini belirtmişlerdir. Çalışanların %20,3'ü bu konuda olumlu görüş belirtmişlerdir. Buna göre hastanede TKY uygulamaları önünde çalışanların yeterince ilgi göstermesi konusunda da bir engel bulunduğu ifade edilebilir. Çalışanların %58'i TKY uygulama süreci ve yararları konusunda yeterince bilgilendirilmediklerini düşünmektedirler. Bu durum göz önünde tutulduğunda çalışanların yeterince bilgilerinin olmadığı bir konuya yeterince ilgi göstermedikleri yönünde paralel bir sonuca varılabilir.

Yukarıdaki sıralamaya göre, araştırmaya katılan Muğla Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi çalışanları tarafından hastanede çalışanları TKY uygulamaları için motive edecek ödüllendirme sistemlerinin etkin ve adil şekilde işlememesi TKY uygulamaları önünde en önemli engel olarak algılanmaktadır. Adaletsizlik, çalışanların motivasyonunu etkileyen çok önemli ve hassasiyet gösterilmesi gereken bir konudur. J. S. Adams, ABD'nin General Electric firmasında motivasyon

konusunda bazı araştırma ve deneyler yaparak ödül adaletinin çalışanları sürekli motive etmek ve teşvik etmek açısından çok önemli olduğunu bulgulamıştır. Adams araştırmalarında bireylerin kendilerine verilen ödüllerle, başkalarına verilen ödülleri daima karşılaştırdıkları ve kendilerine uygun görülen ödüllerin benzer başarıyı gösteren diğer bireylerle ne oranda eşit olduğunu saptamaya çalıştıklarını belirlemiştir. Bu karşılaştırmada bireyler kendilerinin örgüte sundukları değerler olarak; emekleri, zekaları, bilgi, tecrübe ve yetenekleri ile bunlara bağlı olarak elde ettikleri başarıları göstermektedirler. Buna karşılık örgütten sağladıkları ödüller olarak, ücret ve statü artışları, pirimler, ikramiyeler ve benzeri sosyal yardımlar ile yönetsel yetkiler ve kaynaklar ile iş güvenliği ve işyeri koşullarında iyileştirmeler ve benzeri unsurlar gelmektedir. Bireyler ödül adaletini belirlemek için bu iki unsurun birbirlerine oranını karşılaştırmaktadırlar. Eğer eşitsizlik varsa, ödül adaletinin bozulduğu ve bir dengesizlik hali olduğu gözlenmektedir (Eren, 2001: 522).

Hastane çalışanları, anket çalışmasının yürütülmesi sırasında özellikle maddi ödüllendirmeler konusundaki adaletsiz uygulamalardan duydukları rahatsızlığı ifade etmişlerdir. Bunu, yine motivasyonla ilgili bir engel izlemektedir. Hastanede çalışanları TKY uygulamaları için motive edecek ödüllendirme sistemlerinin bulunmaması, çalışanlar tarafından ikinci önemli engel olarak görülmektedir. Hastanede maddi ödüllendirme sistemleri, bazı birimlerde görev alan çalışanların ek ödemelerinin belirli oranlarda yükseltilmesi şeklinde işletilmektedir. Bu birimlerde çalışacak kişilerin ise subjektif yöntemlerle belirlendiği, hastane çalışanlarınca yaygın bir görüş olarak belirtilmiştir. Ayrıca hastanede maddi olmayan ödüllendirmeler sistematik olarak yapılmamaktadır. Araştırmanın yapıldığı hastanede TKY'nin önemli unsurlarından olan çalışan memnuniyetine gereken önem verilmemesi üçüncü sırada engel olarak karşımıza çıkmaktadır. Çalışanları primer olarak ilgilendiren bu üç konu, TKY'nin başarıyla uygulanmasında çok önemli yer tutmaktadır. Hastanede TKY önünde en önemli engeller olarak algılanan üç konunun çalışanlarla ilgili olması, dikkat çekicidir. TKY, bütünleşik bir sistemdir. TKY'nin tüm ilkeleriyle bir bütün olarak uygulanması gerekmektedir. Çalışanlar, TKY'nin tam katılım ilkesinde en önemli unsurlardandır. Dolayısıyla TKY sürecinde çalışanlarla ilgili yaşanan sorunlar sistemin başarısız olmasına neden olacaktır

(Şimşek, 2002: 129-186). Politik baskılar ve kayırmacılığın etkisi, çalışanlar tarafından dördüncü sırada, iş tanımlarının net olmaması, yetki ve sorumluluk alanlarının isabetli ve orantılı olarak belirlenmemesi ise beşinci sırada engeller olarak algılanmaktadır.

Araştırmada kullanılan ankette katılımcılardan ankette yer almayan, TKY uygulamalarının problemsiz ve engelsiz yürütülmesi için gerekli olduğunu düşündükleri diğer konular varsa, belirtmeleri istenmiştir. Anket formları tek tek taranmış belirtilen görüşler incelenmiştir. Bu konuda görüş bildirenlerden bazıları ankette yer alan konuları vurgulamaktadır. Bu konular, anket üzerinde yapılan analizlerle irdelendiğinden, aşağıda bunlar dışındaki diğer görüşlere yer verilmiştir.

1. Birimler arasında koordinasyonun daha iyi sağlanması.
2. Hekim dışı sağlık çalışanlarına hizmet kalite standartlarıyla değerlendirilen performans sistemi getirilerek, kalite çalışmalarına gereken ilgi ve değere dikkat çekecek şekilde ek ödemelerde düzenlemeler yapılması.
3. TKY'nin evrak üzerinde kalmaması uygulamaya geçirilmesi.
4. Kalite biriminin daha aktif olarak çalışması.
5. TKY'nin gereklerinin birimlerin çalışma ve işleyiş şartları göz önünde bulundurularak uygulanması.
6. Hastanede yapılan denetimlerin olumlu ya da olumsuz sonuçlarının çalışanlara bildirilmesi.
7. Yeni işe başlayan ve tayin olarak gelen çalışanlara hastanedeki kalite çalışmaları hakkında bilgi verilmesi.
8. Çalışanlara daha fazla sosyal imkanların sağlanması.
9. Görevlendirmelerde liyakat esasına dikkat edilmesi, kayırmacılık yapılmaması.



### 3.4.5 Görüşme Bulguları

Bu tezin konusu olan SB'na bağlı hastanelerde TKY uygulamalarında karşılaşılan engelleri tespit edebilmek amacıyla araştırmanın yapıldığı Muğla Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesinde gerçekleştirilen anket çalışması ile bazı bulgular elde edilmiş, bunları farklı bir açıdan değerlendirmek ve karşılaştırmalar yapabilmek amacıyla hastane yönetimi ile de görüşmeler yapılmıştır. Bu kapsamda hastane başhekimisi, hastane müdürü, başhemşire, araştırmanın yapıldığı dönemde görevde olan kalite direktörü ve TKY uygulamalarının başlangıcında ve sonraki dönemde görev yapan, ancak daha sonra bu görevden ayrılan kalite direktörü ile görüşülmüştür. Görüşme yapılan yöneticiler, hastanede TKY uygulamalarında birincil olarak sorumlu olan ve TKY uygulamalarında aktif olarak yer alan kişilerdir. TKY uygulamalarında üst yönetimin desteği, önemlidir. Çünkü, sadece üst düzey yöneticiler, işletmenin yeni becerileri kazanması için gerekli zaman ve para kaynaklarını harekete geçirebilir, örgüt kültürünü stratejik olarak değiştirebilir ve kalite iyileştirmeyi örgütsel bir strateji haline getirebilirler (Doğan ve Kaya, 2004: 67). Bu durumda hastanede TKY uygulamaları sırasında karşılaşılan engelleri daha iyi analiz edebilmek için hastane üst yöneticileri ile görüşmeler gerçekleştirilmiştir.

Hastanede üst yönetici sayısı az olduğu için yöneticilere anket uygulanmamış, anketlerden elde edilen verilerin karşılaştırılabilmesi açısından yöneticilerle görüşmeler yapılmıştır. Görüşmelerde, anketlerde yer alan yönetimi ilgilendiren konular ile anketlerde önemli ölçüde engel olarak algılanan konulara ilişkin sorular hazırlanmıştır. Görüşme soruları Ek 3'te yer almaktadır. Ayrıca, yöneticilerin konu ile ilgili özellikle belirtmek istedikleri durumlara da yer verilmiştir. Yöneticilerin tamamı yoğun çalışma tempolarına rağmen, görüşme teklifini memnuniyetle kabul etmiş ve görüşme sorularını içtenlikle yanıtlamışlardır. Yapılan görüşmelerden sonra yöneticilerin verdikleri cevaplar Ek 4'te görülen görüşme notları şeklinde düzenlenmiştir.

Hastane yöneticileri ile yapılan görüşmelerde tüm yöneticiler, TKY konusunda eğitim aldıklarını ifade etmişlerdir. Çalışanlara da eğitimler verildiğini fakat beşinci yönetici dışında diğerleri, eğitimlere katılımın istenen düzeyde olmadığını söylemiştir. Yöneticilerin tamamı, TKY'ye geçme gerekçesi olarak, sağlık hizmetlerinde kalitenin yükseltilmesini, hizmetlerin standardize edilmesini ve SB'nin bu konuya önem vermesini göstermektedir. TKY'ye geçiş sürecinde yaşanan sorunlar olarak ise; Uygulamaların çalışanların iş yükünü artırması( 1. Yönetici), eğitimlere katılımın az olması (1, 2, 3, 4. Yöneticiler), doktorların çalışmalara katılmaması (2, 3, ve 4. Yöneticiler), hemşirelerin kalite çalışmalarına katılmaması (3. Yönetici), konunun karmaşık olması (3. Yönetici), hastanenin eski bir binada hizmet vermesi nedeniyle fiziki mekanın TKY uygulamaları için elverişli olmaması (5. Yönetici), iletişim sorunları (1, 2, 4, 5. Yöneticiler) gibi nedenler sıralanmıştır. Yöneticilerin çoğu hastanede hasta memnuniyetine önem verildiğini belirtmişlerdir. Ancak beşinci yönetici hastalardan gelen dilek ve şikayetlerin olması gerektiği gibi değerlendirilmediğini, bir komisyon huzurunda kutuların açılması gerektiğini, ancak bir yönetici olarak böyle bir komisyona hiç çağırılmadığını ifade etmiştir.

Çalışanların TKY uygulamalarına katılımının yeterli olmadığı konusunda tüm yöneticiler hem fikirdir. Görüşme yapılan 4. yönetici, çalışanların maddi menfaatleri olduğu sürece çalışmalara katıldığını, aksi halde çalışmalara ilgi göstermediklerini söylemiştir. Hastane yöneticilerinden beşinci yönetici dışında diğerleri TKY uygulamaları için mali kaynakların yeterli olmadığı görüşündedirler. Hastane yöneticilerinin tümünün hem fikir olduğu diğer bir konu ise TKY'nin hastaneleri için yararlı olacağına ve kamu hastaneleri için uygun olduğuna inanmalarıdır. Görüşme yapılan birinci ve beşinci yönetici, doktorların uygulamalara katılımı konusunda sorun yaşamadıklarını, diğer üçü ise doktorların uygulamalara genel olarak katılmadıklarını ve direnç gösterdiklerini ifade etmişlerdir. Bunun nedeni olarak ise doktorların uygulamaları işlerine müdahale olarak algılamalarını ve hekim odaklı bir ortamdan hasta odaklı bir ortama geçilmesi nedeniyle statü kaybına uğradıklarını düşünmelerini göstermişlerdir. Çalışanların TKY uygulamaları için motive edilmesi konusunda ise, tüm yöneticiler sistematik bir ödüllendirme mekanizmasının bulunmadığını, fakat bakanlığın belirlediği birimlere ek ödemelerde belirli oranlarda

fazla ödemeler yapıldığını, zaman zaman da sözel veya yazılı olarak teşekkür bildirimleri yapıldığını belirtmişlerdir. Ancak maddi ödüllendirmelerin yapıldığı birimlerde çalışacak kişilerin seçilmesi ve maddi ödüllendirmelerdeki bazı eşitsizliklerin çalışanlar arasında huzursuzluğa neden olduğunu da ifade etmişlerdir.

Yönetimle çalışanlar arasında ve çalışanların kendi aralarında iletişim sorunları yaşandığı görüşme yapılan dört yönetici tarafından belirtilen diğer bir konudur. Bu konuda üçüncü yönetici, yönetim ve çalışanlar arasında hiçbir sorun bulunmadığını, hatta çalışanların yönetimle fazlaca iletişim halinde olduğunu söylemiştir. Çalışan memnuniyeti konusunda imkanlar ölçüsünde bazı faaliyetler yapıldığı, çalışanların görüşlerine önem verildiği, fakat beklentilerle imkanlar arasındaki farklar nedeniyle çalışan memnuniyetinin sağlanamıyor olabileceği yöneticilerin tamamının ortak kanaatidir. Üçüncü yöneticiye göre, çalışanlar maddi kazancı olduğu sürece memnuniyet göstermektedir. Birinci yönetici tarafından çalışan memnuniyeti anketlerinin yapıldığı, memnuniyet oranının %90 olduğu ifade edilmiş, bunun üzerine kalite birimi ile görüşülerek, çalışan memnuniyeti anketi sonuçlarının %50'nin altında seyrettiğini, buna karşılık hasta memnuniyeti oranının %90'larda olduğu öğrenilmiştir. Bu durumda bu cevabı veren yöneticinin konu hakkında tam olarak bilgi sahibi olmadığı ya da hasta memnuniyeti oranları ile karıştırmış olabileceği akla gelmektedir.

Hastane yöneticilerine TKY uygulamaları önünde engel oluşturabilecek görüşme soruları dışında belirtmek istedikleri diğer durumlar sorulduğunda, bazı yöneticiler tarafından ilgi çekici durumlar ifade edilmiştir. Bunlardan birincisi; birinci yöneticinin ifade ettiği; Çalışanların görev yeri veya çalışma şartları konusunda yöneticilere politik baskı uygulatmaya çalışmalarıdır. Bu konuda görüş belirten beşinci yönetici de çalışanlara belirli bir sendikaya üye olmaları konusunda baskı ve korkutmaların yapıldığını bu durumun da çalışanların kaliteli hizmet sunumu açısından motivasyonunu düşürdüğünü ifade etmiştir. İkinci yönetici ise; Mevzuatta kalite yönetim direktörlerinin ve kalite biriminin daha bağımsız ve daha yetkili olmaları gerektiğini düşünmektedir. Ayrıca, hastanede özellikle dünya görüşü açısından TKY'ye yönelik eleştirilerle karşılaşılması ikinci yöneticini belirttiği diğer

bir konudur. Sistemin global egemen liberal politikaların bir oyunu olduğu, kapitalizme hizmet ettiği ve karı maksimize etmeyi amaçladığı düşünce eleştirilerin kaynağını oluşturmaktadır. Bu duruma dikkat çeken yönetici, hastaların kaliteli hizmet alması, çalışanların yönetime katılması gibi demokratik unsurlar içeren bir sistemin her dünya görüşü açısından uygulanabilir olduğunu söylemiştir. Sistemin standartlaşmaya önem vermesi nedeniyle sosyal adaleti sağlamaya da hizmet ettiğini, dünya görüşlerinin farklılık gösterebileceğini, ancak yararlı sistemlerin desteklenmesi gerektiğini ayrıca belirtmiştir.

## DEĞERLENDİRME VE SONUÇ

Yönetim biliminin önemli konularından biri olan kalite, uzun zamandır gündemde olmasına rağmen, hala popüler bir konudur ve hem teorik alanda hem de uygulama alanında güncelliğini korumaktadır.

İşletmelerde etkili bir yönetim, insan odaklı yaklaşıma dayalı TKY ile sağlanabilir. TKY, müşteri memnuniyetini hedefleyen, müşteriye daha iyi ve kaliteli ürün ve hizmeti sunmak için rekabeti öngören çağdaş bir yönetim metodu olarak sürekli gelişmektedir. TKY, insan odağıyla birlikte rekabet önceliği ve kaliteyi de hedeflemektedir. TKY, insanı her işin, sistemin ve yönetimin merkezine alan bir yönetim yaklaşımıdır.

Sağlık sistemindeki birtakım finansal, organizasyonel ve operasyonel aksaklık ve düzensizlikler hem maliyetleri yükseltmekte, hem de hasta tatmini ve çalışanların hizmet kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir (Altınöz, Esen, Bilgin, Karçaaltıncaba, Kahyaoğlu, 2009: 319). Hastanelerde TKY çalışmaları, teşhis, tedavi ve bakım süreçleri ile doğrudan ilişkilidir. Sağlık kuruluşlarının bir yandan bilimsel norm ve standartlara uygun teşhis ve tedavi prosedürleri uygulaması (teknik kalite), diğer yandan hizmet sunum süreçlerinde hastaların beklenti ve isteklerine cevap vermesi (tedavi sanatı) gerekmektedir (Aslantekin vd., 2005: 63). Daha önce gerçekleştirilen birçok araştırma örneğinde görüldüğü gibi TKY uygulamaları, kalite, maliyet, tatmin gibi konularda hastanelerin ve çalışanların performansına olumlu katkılarda bulunmaktadır (Çatalca, 2003: 27). Sağlık hizmetlerinde TKY uygulamaları, hastanelerin kendi yetersizliklerini tanıma, tanımlama ile hizmetin kalitesini geliştirmek için uygulanacak olan politika ve stratejileri belirlemeye yöneliktir (Aslantekin vd., 2005: 62-63).

Sağlık Bakanlığı tarafından sağlık hizmetlerinde kalite konusuna büyük önem verildiği ve bu konuda geniş çapta çalışmalar yürütüldüğü gözlenmektedir. TKY, etkili bir şekilde uygulandığında çok olumlu sonuçlar veren bir sistem olarak, literatürde yerini almaktadır. Ancak başarı örnekleri dışında TKY'yi uygulamada

başarısızlıkla karşılaşan birçok kurum ve kuruluş olduğu da bilinen bir gerçektir. TKY ile ilgili karşılaşılan engeller, iyileştirme araçlarının niteliklerinden değil, yapılan çalışmaların kalite yönetimine ilişkin etkin ve sürekli organize edilmemesinden kaynaklanmaktadır. Kamuya bağlı hastanelerde TKY uygulamalarında hastanelerin önceki bölümlerde de değindiğimiz diğer hizmet işletmelerinden farklı ve özel konumlarından kaynaklanan bazı sorunlar ve kamu kuruluşları olması nedeniyle, kamu sektörünün yapısından kaynaklanan bir dizi engeller söz konusudur. Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelerde TKY uygulamalarının önünde engel oluşturan bu güçlüklerle rağmen maliyetleri düşürmek, verimi ve kaliteyi artırmak, hasta, çalışan memnuniyetini en üst düzeye çıkarmak gerekmektedir ve tecrübeler bunun başarılabilirliğini göstermektedir.

Bu çalışmada Muğla Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde TKY uygulamalarında karşılaşılan engeller, çalışanlara uygulanan anketler, hastanede TKY çalışmalarında aktif rol alan, uygulamadan birincil olarak sorumlu olan üst yönetim ile yapılan görüşmeler ve gözlemler sonucu elde edilen veriler ışığında belirlenmeye çalışılmıştır.

SB'na bağlı hastanelerde TKY uygulamalarında karşılaşılan engelleri belirlemek ve çözüm önerileri geliştirebilmek amacıyla Muğla Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde çalışanlar arasında gerçekleştirilen anket çalışması sonucunda; çalışanları TKY uygulamaları için motive edecek ödüllendirme sistemlerinin etkin ve adil şekilde işlememesi ve çalışanları TKY uygulamaları için motive edecek ödüllendirme sistemlerinin bulunmaması çalışanlar tarafından en önemli iki engel olarak algılanmıştır. Araştırma kapsamında görüşme yapılan hastane yöneticileri ise bu konuda hastanede sistematik bir uygulama bulunmadığını, ancak bakanlığın belirlediği bazı birimlere ve bazı görevlerde bulunan kişilere maddi ödüllendirmelerde bulunulduğunu ifade etmişlerdir. Ayrıca yöneticiler, maddi ödüllendirmelerin yapıldığı birimlerde ve görevlerde çalışacak kişilerin belirlenmesi konusunda çalışanlar arasında bazı huzursuzluklar yaşandığını belirtmişlerdir. Görüşme yapılan üçüncü yönetici, hastanedeki diğer işlerin yoğunluğu nedeniyle bu konu üzerinde çalışma fırsatı bulamadıklarını söylemiştir. Yine görüşme yapılan

birinci yönetici önceki yıllarda plaket sunumu gibi maddi olmayan ödüllendirme mekanizmalarının bulunduğunu ancak son yıllarda bu tür faaliyetlerin gerçekleşmediğini söylemiştir. Hastanede maddi ve maddi olmayan ödüllendirmeler konusuna hassasiyet gösterilmesi gerektiği görülmektedir. Çalışanları TKY uygulamaları konusunda motive edecek sistemin daha iyi organize edilmesi, bu sistemin çalışanlar arasında iş barışını olumsuz etkilemeyecek ve huzursuzluğa neden olmayacak şekilde düzenlenmesi, bu işleri yürütme görevi, bir idari birime verilerek takibinin sağlanması tavsiye edilebilir. Bülent Atmacan tarafından 1999 yılında iki kamu hastanesi ve bir özel hastanede gerçekleştirilen benzer bir çalışmada da TKY uygulamalarının önünde en önemli engel olarak çalışanların motivasyonunun sağlanmasında kullanılacak ödüllendirme sistemlerinin bulunmaması ve yetersiz olması bulgulanmıştır.

Anket sonuçlarına göre çalışanlar tarafından hastanede çalışan memnuniyetine önem verilmemesi hastanedeki TKY uygulamalarının başarısının önünde üçüncü sırada bir engel olarak görülmektedir. Bu konuda yöneticilerin ortak görüşü ise; Çalışanların memnuniyetine önem verildiği ancak, çalışanların beklentileriyle eldeki imkanların birbirini karşılayamamasından kaynaklanan bazı sorunların bulunduğudır. Bu konuda 4. yönetici, çalışanların maddi kazançları olması halinde memnuniyet gösterdiğini, aksi halde memnun olmadıklarını belirtmiştir. Bu konu da yine bir önceki konuyla ilintilidir. Araştırmanın yapıldığı hastanede çalışan memnuniyeti konusunda daha titiz ve sistemli uygulamalar gerekmektedir.

Anket sonuçlarında çalışanlar tarafından dördüncü sırada yüksek oranda engel olarak algılanan konu hastanede alınan kararlarda politik baskılar ve kayırmacılığın etkisinin bulunmasıdır. Bu konuda birinci yönetici tarafından ilginç bir görüş bildirilmiştir. Birinci yönetici; Hastanede çalışanlarla ilgili alınan görev yeri değişikliği gibi bazı kararlar nedeniyle çalışanlar tarafından yönetime politik baskı uygulatılmaya çalışıldığını ifade etmiştir. Hastanede TKY ilkeleri doğrultusunda ve adaletli bir şekilde kararlar alınması ve daha sonra da herhangi bir baskı nedeniyle taviz verilmemesi bu sorunun giderilmesini sağlayabilecektir.

Beşinci yönetici dışındaki diğer yöneticiler TKY uygulamaları için mali kaynakların yeterli olmadığını ifade ederken, çalışanlar tarafından bu konu ancak 28. sırada bir engel olarak algılanmıştır (Ek 5).

Anket bulgularına göre, doktorların dışındaki çalışanların TKY uygulamalarına katılımı ile ilgili bir sorun bulunduğunu düşünenlerin oranı, %35,7'dir. Çalışanlara göre bu konu TKY uygulamaları önünde 25. sırada bir engel olarak görülmüştür (Ek 5). Ancak, araştırma kapsamında görüşme yapılan yöneticilerin tamamı, çalışanların TKY uygulamalarına katılımının yetersiz olduğu konusunda hemfikirdirler. Çalışanların TKY uygulamalarına katılımının sağlanması, engel olarak algılanan diğer konularla ilintilidir. Çalışanların sistem hakkında yeterli bilgi sahibi olmamaları, çalışanların TKY uygulamaları için motivasyonu ile ilgili sorunlar, çalışanların görüşlerinin dikkate alınmaması ve çalışan memnuniyeti ile ilgili algılanan sorunlar çalışanların TKY uygulamalarına katılımını doğrudan etkilemektedir.

Çalışanlar tarafından yarından fazla oranda yönetim ve çalışanlar ile birimler arası iletişim konusunda TKY uygulamaları önünde bir engel bulunduğu algılanmıştır. Yöneticiler de bu konuda hastanede bir sorun olduğunu belirtmektedirler. Ancak, üçüncü yönetici hastanede özellikle üst yönetimle iletişim konusunda bir sorun bulunmadığını, hatta daha alt kademelerde çözülebilecek sorunlar için bile yönetimle iletişime geçildiğini ifade etmiştir. Bu konuda hastanede iletişim kanalları ve iletişim şekli konusunda incelemeler yapılması ve sonuçta gerekli düzenlemelere gidilmesi önerilebilir.

Doktorların TKY uygulamalarına katılımı konusunda çalışanlar %55,9 oranında olumsuz görüş bildirmiş, birinci ve beşinci yönetici dışındaki diğer yöneticiler de bu konuda sorun yaşandığını belirtmişlerdir. Görüşülen ikinci yönetici hastanede TKY uygulamalarına geçiş sırasında yaşadıkları sorunların en başında doktorların TKY uygulamalarına katılmamasını göstermiştir. Dördüncü yönetici de doktorların hasta merkezli bir yönetim sistemine geçilmesini kendileri açısından statü kaybı olarak görmeleri nedeniyle TKY uygulamalarına direnç gösterdiklerini vurgulamıştır. Bu



konuda doktorlara TKY'nin yararlarının ve gerekliliğinin daha iyi anlatılması, doktorlar arasında sevilen ve itibar gören bir kişinin seçilerek bu kişinin konuyla ilgili iletişimde bulunması, doktorların TKY uygulamalarına müdahil edilmesi sağlanmalıdır.

Çalışanlar ve beşinci yönetici dışındaki diğer yöneticiler hastanede hasta memnuniyetine önem verildiği konusunda hem fikirdirler.

Sonuç olarak; Araştırmanın yapıldığı Muğla Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesinde TKY uygulamaları sırasında yukarıda da bir kısmına değinilen birtakım engeller bulunmasına rağmen, hem çalışanlar hem de hastane üst yönetimi TKY'nin hastaneleri için önemli ve yararlı olduğuna inanmaktadırlar.

## KAYNAKLAR

Akbaba, A. (2007). Konaklama İşletmelerinde Hizmet Kalitesi Yönetimi: Kuram ve Endüstriden Uygulamalar. Şevkinaz Gümüsoğlu (Ed.), *Hizmet Kalitesi, Kavramlar, Yaklaşımlar, Uygulamalar*. Ankara: Detay.

Akdemir, A. (2009). *İşletmeciliğin Temel Bilgileri*. Ankara: Ekin

Akgün, H. S., Öztürk, A. (2002). Sağlık Hizmetlerinde Kalite ve Hasta Tatmini. *Modern Hastane Yönetimi*. Cilt 6. Sayı: 2.

Akın, Ö. (2001). *Toplam Kalite Yönetimi ve İnsan*. Bursa: Ezgi.

Alpugan, O. (1995). Hastane Yönetimi ve Ekonomik İlkeler. Hikmet Seçim (Edt.), *Hastane İşletmeciliği Seçme Yazılar*. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Açıköğretim Fakültesi Yayınları.

Altınöz, H.C., Esen E., M.F., Bilgin, E., Karçaaltıncaba, E., Kahyaoğlu, B. (2009). *Çalışanların Kalite Yönetimi Alguları: Bir Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi Uygulaması*. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Bildiriler Kitabı. T.C. Sağlık Bakanlığı Performans ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı. Cilt: 2. Ankara.

Arkış, N. (1997). Kuruluşunuzda Toplam Kalite Yönetiminin Başarısızlığını Garanti Etmenin 20 Yolu. *Kalkınmada Anahtar Dergisi*. Sayı 101. Ankara.

Aslantekin, F., Göktaş B., Uluşen, M., Erdem, R.(2007). Sağlık Hizmetlerinde Kalite Deneyimi: Dr. Ekrem Hayri Üstündağ Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesi Örneği. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*. Cilt:2. Sayı 6.

Asunakutlu, T. (2005). *Sağlık Hizmetlerinde Kalite*. TC Sağlık Bakanlığı. Ankara.

Asunakutlu, T. (2004). *Türkiye’de Yataklı Tedavi Kurumlarında Kalite Yönetimi*. TC Sağlık Bakanlığı Nihai Rapor. Ankara.

Atmacan, B. (1999). *Hastanelerde Toplam Kalite Yönetimi Uygulamalarında Karşılaşılan Engeller*. Yüksek Lisans Tezi. Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. Eskişehir.

Ay, C., Gülgün, A. (1999). *Kamu Sektöründe Hizmet Kalitesinin Arttırılmasında Etken Bir Araç Olarak İş Tatmini*. Kamu Yönetiminde Kalite 1. Ulusal Kongresi. Cilt:1.. No: 289: Ankara. Türkiye ve Ortadoğu Amme İdaresi Dergisi Yayınları.

Aydın, Ş. (2007). Hizmet İşletmelerinde İşgören Çalışma Ahlakının Hizmet Kalitesi Üzerindeki Etkileri. Şevkinaz Gümüšoğlu (Edt.), *Hizmet Kalitesi, Kavramlar, Yaklaşımlar, Uygulamalar*. Ankara: Detay.

Aydın, S., Demir, M., Güler, H., Tarhan, D., Demir, B., Kapan, H.S. (2009). *Sağlıkta Kurumsal Performans ve Kalite Uygulamaları*. TC Sağlık Bakanlığı Performans Yönetimi Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı. Ankara.

Balcı, A. (1999). *Kamu Sektörü ve Toplam Kalite Yönetimi*. Kamu Yönetiminde Kalite 1. Ulusal Kongresi. Cilt:1. No: 289: Ankara. Türkiye ve Ortadoğu Amme İdaresi Dergisi Yayınları.

Balcı, A. (2005). *Kamu Hizmetleri ve Yerinden Yönetim Sağlık Hizmetleri Sunumunun Yeniden Yapılandırılması*. İstanbul: Atlas.

Bakan, İ. (2004). *Çağdaş Yönetim Yaklaşımları*. 1. Baskı. İstanbul: Beta.

Bayrak,S.,Göncüoğlu, H.(2001). *Toplam Kalite Yönetimi ve Uygulanabilirliğine Yönelik Denizli İlinde Bir Araştırma*. İstanbul: Beta.

Bhat, K. S., Rajashekhar, J. (2009). *An Amprical Study of Barriers to TQM Implementation İn İndia. The TQM Magazine. Vol 21. No:3.*

Bilgiç, V. (2003). Yeni Kamu Yönetimi Anlayışı. Asım Balcı, Ahmet Nohutçu, Namık Kemal Öztürk, Bayram Coşkun (Edt.), *Kamu Yönetiminde Çağdaş Yaklaşımlar*. Seçkin

Boz, M. (2007). Toplam Hizmet Kalitesi Yönetimi. Şevkinaz Gümüšoğlu (Edt.), *Hizmet Kalitesi, Kavramlar, Yaklaşımlar, Uygulamalar*. Ankara: Detay.

Bozkurt, R. (1995). Hizmet Endüstrilerinde Kalite. *Verimlilik Dergisi: Toplam Kalite Özel Sayısı*. MPV Yayınları.

Bozkurt, İ., Şengül, H., Orman, H., Katırcı Fener, S., Kahraman, B., Egici, M.T. (2011). *2006 Yılından İtibaren Hizmet Kalite Standartlarının Kamu Hastanelerine Etkisi*. 3. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Sözel Bildiriler Kitabı. TC Sağlık Bakanlığı Performans ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı. Ankara.

Çatalca, H. (2003). *Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi*. İstanbul: Beta.

Çıraklı, Z. L., Sayım, F. (2009). *Hastanelerdeki Sağlık Hizmetlerinde Kalite Yönetim Sistemlerinde Maliyet Fayda, Maliyet Etkililik, Analizi Göstergelerinin İncelenmesi*. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Bildiriler Kitabı. TC Sağlık Bakanlığı Performans ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı. Cilt: 2. Ankara.

Çoruh, M. (1995). Toplam Kalite Yönetimi Hastane Uygulamaları Gereçekler ve Güçlükler. Mithat Çoruh (Edt.), *Sağlık Sektöründe Toplam Kalite Yönetiminin Yeri*. Ankara: Haberal Eğitim Vakfı Yayınları.

Çoruh, M. (1995). *1. Basamak Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi*. 1. Basamak Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi Sempozyumu, Bildiriler. Ankara: Haberal Eğitim Vakfı Yayınları.

Demirci, H. (2008). *Toplam Kalite Yönetimi*. İstanbul: Kum Saati.

Dinçer, Ö. (1996). *Stratejik Yönetim ve İşletme Politikası*. 3. Baskı: İstanbul: Beta.

Doğan, S., Kaya, S.(2004). Aksaray'daki Sağlık Bakanlığı Hastane Yöneticilerinin Toplam Kalite Yönetimi Konusundaki Algıları. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*. Cilt:7. Sayı:1. Ankara.

Doruk, O. (2002). Toplam Kalite Yönetimi ve Kalite Maliyetleri. *Standart Dergisi*. 41.

Efil, İ. (1996). *Toplam Kalite Yönetimi ve Toplam Kaliteye Ulaşmada Önemli Bir Araç ISO 9000 Kalite Güvence Sistemi*. Bursa: Uludağ Üniversitesi Yayınları.

Eren, E. (2001). *Örgütsel Davranış ve Yönetim Psikolojisi*. 7. Baskı. İstanbul: Beta.

Ergun, T. (1999). *Türk Kamu Bürokrasisi Bağlamında Devlet- Toplum İlişkisinin Sorun Boyutları: Toplam Kalite Yönetimi Kurgularının Önündeki Engeller*. Kamu Yönetiminde Kalite 1. Ulusal Kongresi. Cilt:1. No: 289. Ankara. Türkiye ve Ortadoğu Amme İdaresi Dergisi Yayınları.

Ersen, H. (1997). *Toplam Kalite ve İnsan Kaynakları Yönetimi İlişkisi*. İstanbul: Sim.

Ertuğrul, İ. (2004). *Toplam Kalite Kontrol ve Teknikleri*. İstanbul: Ekin.

Ertürk, M. (2009). *Meslek Yüksekokulları İçin Yönetim ve Organizasyon*. İstanbul: Beta.

Gencel, U. (2001). Yüksek Öğretim Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi ve Akreditasyon. *Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*. Cilt:3, Sayı:3.

Genç, N., Halis, M. (2006). *Kalite Liderliği Dorukları Düşleyenlerin Kitabı*. İstanbul: Timaş.

Gençyılmaz, G., Zaim, S.(1999). Eğitimde Toplam Kalite Yönetimi. *İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi Dergisi*. Cilt:3, Sayı:3.

Gökçümen A., Koçak C., Saraloğlu T., Yenersoy G. (1999). *Belediyelerde TKY Temel Eğitimleri El Kitabı*. İstanbul: KalDer Yayınları No:27.

Gökmen, C., (2001). *Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi* ppt sunusu. [www.sb.gov.tr/TR/dosya/1-9056/h/kaliteelkitabi.pdf](http://www.sb.gov.tr/TR/dosya/1-9056/h/kaliteelkitabi.pdf)

Güden, E., Öksüzkaya, A., Çetinkara, K. (2011). *Kayseri İli Kamu Hastanelerinde Sağlıkta Kalite Standartlarının Değerlendirilmesi*. 3. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Sözel Bildiriler Kitabı. Ankara.

Gümüšoğlu, Ş., Pınar, İ., Akan P., Akbaba, A. (2007). *Hizmet Kalitesi, Kavramlar, Yaklaşımlar, Uygulamalar*. Ankara: Detay.

Güney, S. ( 2007). *Yönetim ve Organizasyon*. 2. Baskı, Ankara: Nobel.

Gürcü, M., Baştürk, F., Yıldız, Ö.(2011). *Yozgat İli Hizmet Kalite Standartlarının Etkinliği ve Kalite Çalışmalarıyla İlgili Hastane Yöneticilerinin Değerlendirmeleri*. 3. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Sözel Bildiriler Kitabı. Ankara. T C Sağlık Bakanlığı.

Hayran. O., (1998). Sağlık Hizmetlerinin Özel ve Kamusal Yönü. Osman Hayran, Haydar Sur (Edt.), *Sağlık Hizmetleri El Kitabı*. İstanbul: Yüce.

Hayran. O., (1998). Sağlık ve Hastalık Kavramları. Osman Hayran, Haydar Sur (Edt.), *Sağlık Hizmetleri El Kitabı*. İstanbul: Yüce.

Hayran, O., Uz, H.(1998). Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi. Osman Hayran, Haydar Sur (Edt.), *Sağlık Hizmetleri El Kitabı*. İstanbul: Yüce.

Hoşgeçin, K. (1997). Hastanelerde Akreditasyon. *Sağlıkta Strateji Dergisi*. Sayı 13. Ankara.

Işık, U. (2009). *TS-EN ISO 9001:2000 Kalite Yönetim Sistemi Uygulamasının Çalışan Verimliliği ve Kurumsal Performans Üzerine Etkisi: Eskişehir Sağlık Müdürlüğü Uygulaması*. Yüksek Lisans Tezi. Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. Kütahya.

İslamoğlu, A. H. (2008). *Pazarlama Yönetimi*. 4. Baskı. İstanbul: Beta.

Joseph, E. D., Meyers, D. Risk Management and Total Quality Management Making the Connection. *Healthcare Education Consulting Publications*.

Kalaycı, Ş. (2009). *SPSS Uygulamalı Çok Değişkenli İstatistik Teknikleri*. 4. Baskı. Ankara: Asil.

KalDer, (2003). *EFQM Mükemmellik Modeli*. İstanbul: KalDer Yayınları.

Kavuncubaşı, Ş., Yıldırım, S. (2010). *Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi*. 2. Baskı. Ankara: Siyasal.

Kaya, S. (2003). Sağlık Hizmetlerinde Kalite Yönetimi: Çeşitli Ülkelerdeki Uygulamalara Genel Bir Bakış. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*. Cilt 6. Sayı:2. Ankara.

Kaya, S. (2004). Aksaray'daki Sağlık Bakanlığı Hastane Yöneticilerinin Toplam Kalite Yönetimi Konusundaki Algıları. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*. Cilt:7. Sayı:1. Ankara.

Kaya, S. (2005). *Sağlık Hizmetlerinde Sürekli Kalite İyileştirme*. Ankara: Pelikan.

Kaylan, A. R. (2008). Değişimin Lideri Olabilmek. *Önce Kalite Dergisi*. Temmuz. Yıl: 17. Sayı: 125.

Kıngır, S. (2006). *Toplam Kalite Yönetimi*. Ankara: Nobel.

Kısa, A. (2007). *Sağlık Kurumları Yönetimi* (Ed.), N. Tokgöz. No: 1778. Eskişehir. T.C. Anadolu Üniversitesi Yayınları.

Koçel, T. (2005). *İşletme Yöneticiliği*. 10. Baskı, İstanbul: Arıkan.

Kovancı, A. (2001). *Toplam Kalite Yönetimi Fakat Nasıl*. İstanbul: Sistem.

Küçükaltan, D. (2007). Turizm Endüstrisinde Hizmet Kavramı. Şevkinaz Gümüšoğlu (Ed.), *Hizmet Kalitesi, Kavramlar, Yaklaşımlar, Uygulamalar*. Ankara: Detay.

Menderes, M., Ersoy, K. (1995). Genel Sistem Kuramı ve Sağlık Alt Sistemi, Hastane Sistemi ve Hasta Bakım Alt Sistemi. Hikmet Seçim (Edt.), *Hastane İşletmeciliği Seçme Yazılar*. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Açıköğretim Fakültesi Yayınları.

Mucuk, İ. (2005). *Modern İşletmecilik*. 15. Baskı. İstanbul: Türkmen.

Muluk, Z., Burcu, E., Danacıoğlu, N. (2000). *Türkiye’de Kalite Olgusunun Gelişimi*. İstanbul: Kal-Der Yayınları, No: 30.

Mutlu, G. (1998). *Tıbbi Hizmet Kalitesi ve Hasta Odaklılık*. Kamu Yönetiminde Kalite 1. Ulusal Kongresi. Cilt: 2. Ankara: Türkiye ve Ortadoğu Amme İdaresi Dergisi Yayınları. No: 289.



Nohutçu, A.(2003). 9. Sürdürülebilir Kamu Yönetimi Kalitesi İçin Toplam Kalite Yönetimi Performans Yönetimi Sorun Alanları, Uygulamalar ve Türk Kamu Yönetimine Uyarlanması. Asım Balcı, Ahmet Nohutçu, Namık Kemal Öztürk, Bayram Coşkun (Ed.), *Kamu Yönetiminde Çağdaş Yaklaşımlar*. Ankara: Seçkin.

Odabaşı, Y. (2001). *Sağlık Hizmetleri Pazarlaması*. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayınları.

Özer, P.S., Özdemir, P. Ö. (2007). Hizmet Kavramı, Ekonomideki Yeri, Tanımı ve Özellikleri. Şevkinaz Gümüsoğlu (Ed.), *Hizmet Kalitesi, Kavramlar, Yaklaşımlar, Uygulamalar*. Ankara: Detay.

Özgen, H., Öztürk, A. (1995). Türkiye’de devlet Hastanelerinin Yönetim ve Organizasyon Yapısını Verimlilik Açısından İnceleyen Bir Araştırma. Hikmet Seçim (Ed.), *Hastane İşletmeciliği Seçme Yazılar*. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Açıköğretim Fakültesi Yayınları.

Özgen, H.(1995). Çağdaş Hastane Yönetim Anlayışı ve Türkiye’deki Uygulamalar. Hikmet Seçim (Ed.), *Hastane İşletmeciliği Seçme Yazılar*. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Açıköğretim Fakültesi Yayınları.

Özkul, E. (2007). Servqual Kavramsal Çerçevesinde Turizm İşletmelerinde Hizmet Kalitesinin Geliştirilmesi. Şevkinaz Gümüsoğlu (Ed.), *Hizmet Kalitesi, Kavramlar, Yaklaşımlar, Uygulamalar*. Ankara: Detay.

Paksoy, M. (2007). Toplam Kalite Yönetimi. Salih Güney (Ed.), *Yönetim ve Organizasyon*. 2. Baskı. Ankara: Nobel.

Pınar,İ. (2007). Kalite Kavramı ve Önemi. Şevkinaz Gümüsoğlu (Ed.), *Hizmet Kalitesi, Kavramlar, Yaklaşımlar, Uygulamalar*. Ankara: Detay.

Polat, M. (2009). *Türkiye’de Sağlık Alanında Toplam Kalite Yönetimi: Devlet Hastaneleri Uygulamaları Üzerine Bir Araştırma*. Yüksek Lisans Tezi. Ankara.

Sarikaya, N.(2003). *Toplam Kalite Yönetimi*. Sakarya: Sakarya.

Sarp, N. (2011). *Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi*. [sarp@health.ankara.edu.tr](mailto:sarp@health.ankara.edu.tr) (erişim:12.12.2011)

Seçim, H. (1995). *Hastane İşletmeciliği Seçme Yazılar*. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Açıköğretim Fakültesi Yayınları.

Sepulveda, C.(1994). Sağlıkla ilgili Temel Hizmetlerin Yönetiminde Kalite Arayışı- Esaslar. Mithat Çoruh (Ed.), *Sağlık Sektöründe Toplam Kalite Yönetiminin Yeri*. Ankara: Haberal Eğitim Vakfı.

Seyran, C.D. (2010). Kalitenin Tarihi Süreci İçinde Oluşan Dönemler ve Neoklasik Kalite Anlayışının Süreç İçindeki Yeri. *Sosyal Gelişim Dergisi*. Haziran yıl: 1.sayı:1.

Sözen, C. (2003). *Sağlık Yönetimi*. Ankara: Palme.

Şahin, Ü. (2005). *Sağlık Hizmetlerinde Kalite*. Zonguldak

Şimşek, M. (2002). *Toplam Kalite Yönetiminde Başarının Anahtarı İnsan Faktörü*. İstanbul: Babıali Kültür.

Şimşek, Ş. (2007). *Yönetim ve Organizasyon*. 9. Baskı. Konya: Adım Ofset.

Şimşek, M., Nursoy, M. (2002). *Toplam Kalite Yönetiminde Performans Ölçme*. İstanbul: Hayat.

Taplık, Y., Keleş, Ö. (1998). Kalite Savaşı. Ekim. s:176. Kal-Der Yayınları.

TC Sağlık Bakanlığı Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı.(2011). *Hastane Hizmet Kalite Standartları*. Ankara.

Tekin, M. (2006). *Kalite Güvence ve Standartlar*. Konya: Günay.

Tengilimoğlu, D., Akbolat, M., Işık, O. (2009). *Sağlık İşletmeleri Yönetimi*. Ankara: Nobel.

Topçu, N. (2005). Toplam Kalite Yönetimi ve Faaliyete Dayalı Maliyetleme Yöntemi. *Ekev Akademi Dergisi*. Yıl:9. Sayı: 24.

Tosun, G. (1999). Türk Kamu Bürokrasisi Bağlamında Devlet-Toplum İlişkisinin Sorun Boyutları: Toplam Kalite Yönetimi Kurgularını Önündeki Engeller, Kamu Yönetiminde Kalite 1. Ulusal Kongresi. Cilt:1. No: 289. Ankara. Türkiye ve Ortadoğu Amme İdaresi Dergisi Yayınları.

Türkmen, İ. (1996). Toplam Kalite Yönetimine Geçiş ve Uygulamada Başarıyı Engelleyen Faktörler. *Verimlilik Dergisi*. *Toplam Kalite Özel Sayısı*. Ankara.

Uluçınar Türkel, A. (2000). *Toplam Kalite Bağlamında Grup Dinamiği ve Çatışma Yönetimi*. İstanbul: Türkmen.

Ülgen, H., Mirze, S.K. (2007). *İşletmelerde Stratejik Yönetim*. 4. Baskı, İstanbul: Arıkan.

Yenersoy, G. (1997). *Toplam Kalite Yönetimi*. İstanbul: Rota.

Yusufoğlu, E. (2008). *Devlet Hastanelerinde Toplam Kalite Yönetimi Uygulaması: Uşak Devlet Hastanesi Örneği*. Yüksek Lisans Tezi. Afyon Kocatepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. Afyonkarahisar.

<http://www.sosyalgelisim.net> (erişim tarihi 02. 01. 2012)

[www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-2952/istatistik-yilliklari.html](http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-2952/istatistik-yilliklari.html) (erişim tarihi 13. 01. 2012)

<http://www.saglik.gov.tr/TR/dosya/1-2577/h/saglikistatistikleriyilligi2010.pdf?ret=0>  
(erişim tarihi 03.01.2012)

[www.performans.saglik.gov.tr](http://www.performans.saglik.gov.tr) (erişim tarihi 16. 01. 2012)

<http://www.mugladh.com/sayfa.asp?blogid=69&pagem=Hastanemiz> (erişim tarihi 31. 03. 2012, güncelleme 27. 03. 2012)

[www.ztb.gov.tr](http://www.ztb.gov.tr) (erişim tarihi 18.04.2012 [www.kahip.org/haberler\\_tr.html](http://www.kahip.org/haberler_tr.html) )

[www.kalite.saglik.gov.tr](http://www.kalite.saglik.gov.tr) (erişim tarihi 22.04.2012)

**EKLER**

## **EK: 1 SAĞLIKTA PERFORMANS VE KALİTE YÖNERGESİ**

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

SAĞLIKTA PERFORMANS ve KALİTE YÖNERGESİ

### **BİRİNCİ BÖLÜM**

Amaç, Kapsam, Dayanak ve Tanımlar

#### **Amaç**

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

#### **Kapsam**

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

#### **Dayanak**

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

#### **Tanımlar**

Madde 4- (1) Bu Yönergede geçen;

- a) Bakanlık: Sağlık Bakanlığını,
- b) Daire Başkanlığı: Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığını,
- c) Müdürlük: İl Sağlık Müdürlüklerini,

- c) Koordinatörlük: İl Performans ve Kalite Koordinatörlüklerini,
- d) Yönetmelik: 12/05/2006 tarih ve 26166 sayılı “Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Görevli Personele Döner Sermaye Gelirlerinden Ek Ödeme Yapılmasına Dair Yönetmelik”i,
- e) Dönem: birinci ve ikinci dönemlerin her birini,
- f) 1. dönem: Ocak, Şubat, Mart, Nisan, Mayıs ve Haziran aylarını,
- g) 2. dönem: Temmuz, Ağustos, Eylül, Ekim, Kasım ve Aralık aylarını,
- ğ) Kurumsal performans katsayısı: Bu Yönerge usul ve esaslarına göre hesaplanan ve Yönetmelik çerçevesinde kurum ve kuruluşlarda dağıtılabilecek döner sermaye tutarının belirlenmesinde kullanılacak olan (0) ile (1) arasında değişen katsayıyı,
- h) Finansal Değerlendirme Katsayısı: Kurumların aylık gelir-borç dengesinin hesaplanması suretiyle aylık kurumsal performans katsayısının hesaplanmasında kullanılan göstereyi,
- ı) Aylık Kurumsal Performans Katsayısı: Finansal Değerlendirme Katsayısı dikkate alınarak her bir ay için ayrı olarak hesaplanan ve Yönetmelik çerçevesinde kurumlarda dağıtılabilecek döner sermaye tutarının belirlenmesinde kullanılacak olan katsayıyı,
- i) Kurum: Bakanlığa bağlı ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarını (Entegre İlçe hastaneleri Hariç),
- j) Kuruluş: İl sağlık müdürlüğü bünyesindeki sağlık grup başkanlıkları, sağlık merkezleri, sağlık ocakları, sağlık evleri, toplum sağlığı merkezleri, 112 acil sağlık istasyonları, halk sağlığı laboratuvarları, ana-çocuk sağlığı ve aile planlaması merkezleri, dispanserler ve benzeri birinci basamak sağlık hizmeti sunan kuruluşları,
- k) Değerlendirici: Yönerge kapsamında kurum ve kuruluşları hizmet kalite standartları çerçevesinde değerlendirmek ve Yönergede belirtilen diğer iş ve işlemler için Başkanlıkça görevlendirilen personeli,
- l) Hizmet Kalite Belgesi: Bakanlıkça belirlenecek usul ve esaslara göre Bakanlığa bağlı sağlık kurum ve kuruluşları ve diğer kamu, üniversite ve özel sağlık kurumlarına verilecek belgeyi,
- m) HKS: Hizmet Kalite Standartlarını ifade eder.

## İKİNCİ BÖLÜM

İl Performans ve Kalite Koordinatörlüğü, Kalite Yönetim Birimi

İl Performans ve Kalite Koordinatörlüğü

Madde 5-

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

(2) Koordinatörlüğün görevlerini yürütebilmesi için müdürlükçe uygun fiziki mekân, araç-gereç ve teknik donanım ve yeterli sayıda personel sağlanır.

(3) Sağlık müdürünce sağlık müdür yardımcılarında birisi Valiliğin teklifi Bakanlığın onayı ile il performans ve kalite koordinatörü olarak görevlendirilir.

(4) İl performans ve kalite koordinatörü başkanlığında ildeki kalite yönetim direktörleri üç ayda bir kez toplantı yapar. Bu toplantıda öz değerlendirme sonuçları, HKS'ye yönelik iyi uygulamaları, HKS çerçevesinde yapılacak eğitimleri ve direktörlerin görüş ve önerileri paylaşılır. Yapılan bu toplantı tutanakları elektronik ortamda Bakanlığa bildirilir.

İl Performans ve Kalite Koordinatörlüğünün Görevleri

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

a) İldeki kurum ve kuruluşların performansla dayalı ek ödeme uygulamalarını takip etmek ve gerektiğinde istatistikleri bakanlığa ulaştırmak,

b) İlde memnuniyet anket çalışmalarını koordine etmek, gerektiğinde anketleri yapmak veya yaptırmak,

c) İldeki kurum ve kuruluşları HKS çerçevesinde yılda 2 kez değerlendirmek,

ç ) Kurum ve kuruluşların HKS kapsamında yapılan kalite uygulamalarının izlenmesi, değerlendirilmesi ve koordinasyonu görevini yürütmek,

d) İldeki kurum ve kuruluşlarda HKS uygulamaları ile hasta ve çalışan güvenliği uygulamalarının desteklenmesi ve geliştirilmesi için çalışmalar yapmak, bu konudaki uygulamaların yaygınlaşmasını sağlamak,

e) Görevleri dâhilinde seminer, konferans gibi etkinliklere katılmak, güncel ve mesleki yayınları izlemek ve ilgili yerlere duyurmak,

f) Koordinatörlük bünyesinde arşiv oluşturmak,



g) Başkanlıkça görevlendirilecek Değerlendiricilere gerekli desteği sağlamak ve yapılacak çalışmalara katılmak,

ğ) İldeki kurum ve kuruluşların değerlendirme verilerini Kurumsal Kalite Sistemine girmek.

Kalite Yönetim Birimi

Madde 7-

(1) HKS uygulamalarını yürütmek üzere kurumlarda “kalite yönetim birimi” kurulur.

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

(3) Kalite Yönetim Direktörü kalite yönetim biriminin sorumlusudur.

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

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

Kurum Katsayıları

Hizmet Kalite Katsayısı

Madde 8-

(Değişik:31/01/2012-4565, 1. Md.)

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

Hizmet kalite katsayısı aşağıdaki şekilde hesaplanır:

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

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

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

Hizmet Kalite Katsayısı aşağıdaki şekilde hesaplanır.

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

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

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

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

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

(8) (MÜLGA: 31/01/2012-4565, 1. Md.)

Memnuniyet Katsayısı

Madde 9-

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

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

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

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

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

#### Veri İzleme Katsayısı

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

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

#### DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

##### Kuruluş Katsayıları

##### 112 Hizmet Kalite Katsayısı

##### Madde 11-

(1) Koordinatörlük her dönem ildeki İl Ambulans Servisi Başhekimliğini ilgili dönem sonuna kadar 112 Hizmet Kalite Standartları çerçevesinde değerlendirmeye tabi tutarak (0) ile (1) arasında değişen 112 Hizmet Kalite katsayısını tespit eder. 112 Hizmet Kalite katsayısı aşağıdaki şekilde hesaplanır:

Değerlendirme yapılacak istasyonların seçiminde;

a) A ve B tipi istasyonlar değerlendirilir.

b) İstasyon sayısı 10 ve altında olan illerdeki bütün istasyonlar değerlendirilir,

c) İstasyon sayısı 11 ve üzerinde olan illerde en az 10 istasyon değerlendirilir,

ç) Aynı istasyonlar, ardışık iki dönemde değerlendirilmeye tabi tutulmaz.

Ancak, değerlendirilecek başka istasyon bulunmadığı hallerde bu istasyonlar yeniden değerlendirilir.

d) Değerlendirme dışı bırakılacak standartlar gerekçesi belirtilerek tutanak altına alınır.

e) 112 Hizmet Kalite Katsayısı aşağıdaki şekilde hesaplanır;

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

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

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

Kalite İndikatör Puanı = Kalite İndikatörleri Bölümünden Elde Edilen Toplam Puan / (Kalite

İndikatörleri Bölümünün Toplam Puanı -Değerlendirme Dışı Puan Toplamı)

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

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

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

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

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

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

## BEŞİNCİ BÖLÜM

### Kurumsal Performans Katsayısı ve Diğer Hükümler

#### Kurumsal Performans Katsayısı

#### Madde 12-

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

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

(3) Kurumsal performans katsayısı aşağıdaki şekilde hesaplanır: (Değişik: 31/01/2012-4565, 2. Md.)

a) Kurumlarda;

Kurumsal performans katsayısı = [(Hizmet Kalite Katsayısı x 0,35) + (Memnuniyet Katsayısı x 0,25) + (Veri İzleme Katsayısı x 0,10) ] + 0,30

(Değişik: 31/01/2012-4565, 2. Md.)

b) Kuruluşlarda;

Kurumsal performans katsayısı = [ (112 Hizmet Kalite Katsayısı x 0,60) ] + 0,40

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

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

b) Entegre ilçe hastanesi iken statüsü değişen kurumların içinde bulunulan dönem ve bir sonraki dönem için kurumsal performans katsayısı (1) olarak kabul edilir.(Değişik: 31/01/2012-4565, 2. Md.)

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

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

(5) Kurumlarda bu maddenin üçüncü fıkrası uyarınca her bir dönem için hesaplanan “kurumsal performans katsayısı” belirlendikten sonra hesaplanan

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

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

Kayıtların Tutulması

Madde 13- (1)

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

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

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

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

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

(2) Finansal Değerlendirme Katsayısının hesaplanmasına esas teşkil edecek borç verileri takip eden ayın ilk iş günü Tek Düzen Muhasebe Sisteminden alınacaktır. Toplam Tahakkuk verileri, ilgili saymanlık tarafından kurumun tahakkuk verileri Tek Düzen Muhasebe sistemine girildikten sonra, Ek Ödeme Döner Sermaye Komisyonu toplanmadan önce Tek Düzen Muhasebe sisteminden alınacaktır.

Finansal Değerlendirme Katsayısı Ek Ödeme Döner Sermaye Komisyonu toplantısından önce kesinleştirilir. Sağlık hizmeti sunumuna yeni başlayan kurumlarda, hizmet sunumunun başladığı tarihten itibaren 12 ay boyunca finansal değerlendirme katsayısı (0) olarak kabul edilir.

#### Diğer Hükümler

##### Madde 14-

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

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

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

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

(Ek:31/01/2012-4565, 4. Md.) GEÇİCİ MADDE 2- (1) Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanelerinde 2012 yılı birinci dönemi için kullanılacak kurumsal performans katsayısı hesaplamasında; memnuniyet katsayısı hesaplanmaz ve memnuniyet katsayısı (1) olarak, veri izleme katsayısı parametrelerinden memnuniyet anket sonuçlarının gönderim puanı hesaplanmaz ve memnuniyet anket sonuçlarının gönderim puanı (0,3) olarak esas alınarak hesaplama yapılır.

(2) Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanelerinde 2012 yılı ikinci dönemi için, Bakanlıkça yayınlanacak olan memnuniyet anketlerinin 01/03/2012 tarihinden itibaren uygulanması suretiyle 2012 yılı Mart, Nisan Mayıs ve Haziran aylarına ilişkin yapılan anket puanları doğrultusunda memnuniyet katsayısı hesaplanır.

#### Yürürlükten kaldırılan hükümler

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

#### Yürürlük

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

#### Yürütme

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

#### Ekler:

Ek 1. Hastane Hizmet Kalite Standartları

Ek 2. ADSM Hizmet Kalite Standartları

(Değişik:31/01/2012-4565, 3. Md.) Ek 3. Veri İzleme İndikatör Seti

Ek 4. 112 Hizmet Kalite Standartları

Ek 5. Memnuniyet Anketleri Uygulama Rehberi

Ek 6. Finansal Değerlendirme Göstergesi

Ek 7. Belgelendirme İzin Talep Formu7

#### Yönergenin Makam Onayı

Tarihi Sayısı	Yürürlük Tarihi
---------------	-----------------

01/03/2011 9489

14 üncü maddesi ile Geçici 1 inci maddesinin 01/03/2011,

diğer maddelerinin 01/07/2011

Yönergede Değişiklik Yapan Düzenlemelerin

31/01/2012 4565 01/07/2011



## EK: 2 ANKET FORMU



**Muğla**  
**Üniversitesi**

**ANKET FORMU**

Bu anket formu, Muğla Üniversitesi İİBF İşletme Anabilim Dalında yapılan “Sağlık Bakanlığı’na Bağlı Hastanelerde Toplam Kalite Yönetimi (TKY) Uygulamaları Sırasında Karşılaşılan Engeller” konulu yüksek lisans tezinde kullanılmak üzere hazırlanmıştır.

Bu anket formu sonucunda elde edilen bilgiler anketi cevaplayacak olan kişiye herhangi bir yükümlülük getirmeyecek, elde edilen veriler yalnızca bilimsel amaçla kullanılacaktır. Sorulara vereceğiniz cevapların gerçek fikirlerinizi yansıtmaması, çalışmadan sağlıklı sonuçlar elde edilmesi için önemlidir. Katılımınız için şimdiden teşekkür ederiz.

Prof. Dr. Tuncer Asunakutlu  
*Tez Danışmanı*

Hülya Şahin  
*Araştırmacı*

**Lütfen Önce Aşağıdaki Bilgileri Doldurunuz:**

<b>Cinsiyetiniz</b>	<input type="checkbox"/> Erkek <input type="checkbox"/> Kadın
<b>Yaşınız</b>	...
<b>Sağlık sektöründe çalışma süreniz (Yıl)</b>	...
<b>Bu hastanede çalışma süreniz (Yıl)</b>	...
<b>Eğitim durumunuz</b>	<input type="checkbox"/> İlköğretim <input type="checkbox"/> Lise <input type="checkbox"/> Önlisans <input type="checkbox"/> Lisans <input type="checkbox"/> Lisansüstü
<b>Göreviniz</b>	<input type="checkbox"/> Doktor <input type="checkbox"/> Hemşire <input type="checkbox"/> Sağlık memuru <input type="checkbox"/> Sağlık teknisyeni <input type="checkbox"/> Genel idari hizmetler çalışanı <input type="checkbox"/> Diğer...

Aşağıda hastanelerde **Toplam Kalite Yönetimi (TKY)** uygulamalarının problemsiz ve engelsiz yürütülebilmesi ile ilişkilendirilen bazı durumlar ifade edilmiştir. Soruları hastanenizdeki mevcut durumu en iyi açıklayan seçeneğe uyacak biçimde aşağıda açıklanan ölçeğe göre yanıtlayınız.

1: Tamamen Katılıyorum, 2: Katılıyorum, 3: Kararsızım, 4: Katılmıyorum, 5: Kesinlikle Katılmıyorum.

Değerlendirme Alanları	Aşağıdaki ifadelere katılıyor musunuz?				
	Tamamen Katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
1. Çalışanlar, TKY'nin faydaları ve uygulama süreci konusunda yeterince bilgilendirilmiştir.	1	2	3	4	5
2. Çalışanlar, TKY'ye yeterince ilgi göstermektedir.	1	2	3	4	5
3. TKY'nin önemine ve hastanemiz için faydalı olacağına inanıyorum.	1	2	3	4	5
4. Doktorlar, TKY uygulamalarına katılmaktadır.	1	2	3	4	5
5. Diğer çalışanlar TKY uygulamalarına katılmaktadır.	1	2	3	4	5
6. Çalışanlar TKY uygulamalarına geçiş sürecine dahil edilmiştir.	1	2	3	4	5
7. TKY uygulamaları ile ilgili gereken eğitimler verilmiştir.	1	2	3	4	5
8. TKY ile ilgili verilen eğitimler eğitimcinin yetkinliği ve içerik açısından yeterlidir.	1	2	3	4	5
9. Çalışanların düzenlenen eğitimlere katılımı sağlanmaktadır.	1	2	3	4	5

<b>Değerlendirme Alanları</b>	<i>Aşağıdaki ifadelere katılıyor musunuz?</i>				
	<i>Tamamen Katılıyorum</i>	<i>Katılıyorum</i>	<i>Kararsızım</i>	<i>Katılmıyorum</i>	<i>Kesinlikle Katılmıyorum</i>
10. Çalışanları TKY uygulamaları için motive edecek ödüllendirme sistemleri bulunmaktadır.	1	2	3	4	5
11. Çalışanları TKY uygulamaları için motive edecek ödüllendirme sistemleri etkin ve adil şekilde işlemektedir.	1	2	3	4	5
12. Hastanemizdeki TKY programı, hastaların aldığı hizmeti iyileştirme adına uzun vadeli fakat sürdürülebilir hedefler üzerine kurulmuştur.	1	2	3	4	5
13. Mevzuat, TKY'nin temel gerekliliklerinin uygulanması için elverişlidir.	1	2	3	4	5
14. Hastanemizdeki organizasyon yapısı TKY'nin temel gerekliliklerinin uygulanması için elverişlidir.	1	2	3	4	5
15. Hastanemizdeki yönetim yapısı TKY'nin temel gerekliliklerinin uygulanması için elverişlidir.	1	2	3	4	5
16. Hastanemizde alınan kararlarda politik baskılar ve kayırmacılığın etkisi yoktur.	1	2	3	4	5
17. Hastanemizde iş tanımları nettir, yetki ve sorumluluk alanları isabetli ve orantılı olarak belirlenmiştir.	1	2	3	4	5
18. Hastanemizde problemlerin saptanması ve iyileştirmelerin yapılabilmesi için gerekli verilerin toplanmasını ve işlenmesini sağlayacak yeterli bilgi ve istatistik sistemi bulunmaktadır.	1	2	3	4	5
19. Hastanemizde TKY uygulamaları için gerekli zaman ayrılmaktadır.	1	2	3	4	5
20. Hastanemizde TKY uygulamaları için çalışan sayısı yeterlidir.	1	2	3	4	5
21. Hastanemizde TKY uygulamaları için ayrılan mali kaynaklar yeterlidir	1	2	3	4	5
22. Hastanemizde üst yönetim ile çalışanlar arasında iletişim sağlanabilmektedir.	1	2	3	4	5

<b>Değerlendirme Alanları</b>	<b>Aşağıdaki ifadelere katılıyor musunuz?</b>				
	<i>Tamamen Katılıyorum</i>	<i>Katılıyorum</i>	<i>Kararsızım</i>	<i>Katılmıyorum</i>	<i>Kesinlikle Katılmıyorum</i>
23. Hastanemizde birimler arası iletişimde herhangi bir sıkıntı bulunmamaktadır.	1	2	3	4	5
24. Hastanemizde problemlerin çözümü için gerekli alanlarda ekip çalışmaları yürütülmektedir.	1	2	3	4	5
25. Üst yönetim TKY konusunda isteklidir, gerekli liderlik ve desteği sağlamaktadır.	1	2	3	4	5
26. Hastanemizde TKY uygulamalarında, çalışanların görüşleri yönetim tarafından dikkate alınır ve değerlendirilir.	1	2	3	4	5
27. Hastanemizde TKY uygulamaları sadece üst yönetimin yönlendirmesi ve istekleri ile şekillenmektedir.	1	2	3	4	5
28. Hastanemizde çalışanlar genel olarak TKY ile gelen değişikliklere ve yeniliklere direnç göstermektedir.	1	2	3	4	5
29. Hastanemizde çalışanlar TKY ile gelen ek görevleri almakta gönülsüzdür.	1	2	3	4	5
30. Hastanemizde hastaların aldığı hizmetin kalitesi sağlıklı şekilde izlenebilmekte ve değerlendirilmesinde herhangi bir sıkıntı bulunmamaktadır.	1	2	3	4	5
31. Hastanemizde TKY'nin önemli unsurlarından olan hasta memnuniyetine gereken önem verilmektedir.	1	2	3	4	5
32. Hastanemizde TKY'nin önemli unsurlarından olan çalışan memnuniyetine gereken önem verilmektedir.	1	2	3	4	5

Size göre hastanenizde toplam kalite yönetiminin problemsiz ve engelsiz yürütülebilmesi için gerekli olan ve yukarıda değinilmeyen diğer durumlar nelerdir?

ANKET BİTMİŞTİR – KATILIMINIZ İÇİN TEŞEKKÜRLER

**EK: 3 GÖRÜŞME SORULARI**

1. Hastanenizde TKY çalışmaları ne zaman, kimin öncülüğünde başlatıldı?
2. TKY'ye geçme gerekçeleri nelerdir?
3. TKY'ye geçiş sürecinde en ciddi sıkıntılar hangi konularda yaşandı?
4. TKY konusunda eğitim aldınız mı?
5. Hastanede hasta memnuniyetine önem veriliyor mu? Görüş ve öneriler dikkate alınıyor mu?
6. Çalışanlara TKY konusunda eğitim verildi mi?
7. Çalışanlar TKY çalışmalarına ilgi gösteriyor mu? TKY'ye geçiş sürecine dahil edildiler mi?
8. TKY'nin hastanemiz için yararlı olacağına inanıyor musunuz? Hastaneler için uygun olduğunu düşünüyor musunuz?
9. Doktorlar TKY uygulamalarına katılıyor mu?
10. Mali kaynakların TKY uygulamaları için yeterli olduğunu düşünüyor musunuz?
11. Çalışanlar TKY uygulamaları için motive ediliyor mu? Motivasyon araçları sizce adaletli mi?
12. Yönetimle çalışanlar ve çalışanların kendi arasında iletişimde sorunlar var mı?
13. Çalışan memnuniyetine önem veriliyor mu?
14. Bunların dışında TKY uygulamaları ile ilgili engel olarak yorumlanabilecek diğer durumlar hakkında görüşleriniz varsa, belirtiniz.

## EK: 4 GÖRÜŞME NOTLARI

### GÖRÜŞME NOTLARI

#### 1.Yönetici ile Yapılan Görüşme (14.03.2012)

**Soru: 1** Hastanenizde TKY çalışmaları ne zaman, kimin öncülüğünde başlatıldı?

Hastanede TKY çalışmalarına 2006 yılında SB'nın talimatıyla başhekim ve Murat Akgül'ün öncülüğünde başlandı.

**Soru: 2** TKY'ye geçme gerekçeleri nelerdir?

- Kamu hastanelerinin özel sektörle rekabet etmesinin gerekli hale gelmesi.
- Kalitenin önem kazanması.
- Hastanelerde otelcilik hizmetlerinin kalitesinin önem kazanması.
- Bakanlığın kalite yönetimi konusuna önem vermesi.

**Soru: 3** TKY'ye geçiş sürecinde en ciddi sıkıntılar hangi konularda yaşandı?

- Performans uygulaması nedeniyle artan hekim çalışma temposu orta kademe çalışanların iş yükünü artırdı.
- Genel olarak iş yükü arttı.
- En ciddi sıkıntılar iletişim konusunda yaşandı (Çalışanlar arasında iletişim sorunları yaşandı).
- Temizlik çalışanlarına eğitim verilmesine rağmen, kalite standartlarına uygun hizmet vermelerini sağlamakta zorluklar yaşandı.

**Soru: 4** TKY konusunda eğitim aldınız mı?

Danışmanlık şirketinin verdiği eğitimler sonucunda sertifika aldım. Ayrıca, iki kere Antalya'da kalite ve performans yönetimi kongresine katıldım.

**Soru: 5** Hastanede hasta memnuniyetine önem veriliyor mu? Görüş ve öneriler dikkate alınıyor mu?

Görüş, öneri formları dikkate alınıyor. Konunun aciliyetine ve imkanlar dahilinde çözüm getirilmeye çalışılıyor. Hasta memnuniyeti anketleri yapılıyor. Sonuçlar %90 seviyelerinde çıkıyor. Hasta hakları birimi de etkili faaliyet gösteriyor.

**Soru: 6** Çalışanlara TKY konusunda eğitim verildi mi?

Çalışanlara, özellikle hemşirelere bu konuda eğitim verildi. Katılım kısmen zorla da olsa sağlandı.

**Soru: 7** Çalışanlar TKY çalışmalarına ilgi gösteriyor mu? TKY'ye geçiş sürecine dahil edildiler mi?

Çalışanların ilgisi yarı yarıya denebilir. İş yükünü artırdığı düşüncesiyle direnç gösterilebiliyor. Çalışanlar TKY'ye geçiş sürecine dahil edildiler.

**Soru: 8** TKY'nin hastanemiz için yararlı olacağına inanıyor musunuz? Hastaneler için uygun olduğunu düşünüyor musunuz?

TKY'nin hastanemiz için yararlı olduğunu düşünüyorum. Görev ve yetkiler bu kapsamda mevzuatta yeniden tanımlandı. Tüm işlemler kolaylıkla takip edilebiliyor ve kayıt altına alınıyor. Böylece gerektiğinde tüm işlemlerle ilgili bilgilere ulaşılabilir.

Hastane eski bir binada hizmet verdiği için fiziki mekan olarak kaliteli hizmet üretimine uygun hale getirilemiyor. Çalışan sayısı yeterli fakat birimler arasında dağılımında sorunlar var.

**Soru: 9** Doktorlar TKY uygulamalarına katılıyor mu?

Genellikle katılıyorlar.

**Soru: 10** Mali kaynakların TKY uygulamaları için yeterli olduğunu düşünüyor musunuz?

Mali kaynaklar yeterli değil.

**Soru: 11** Çalışanlar TKY uygulamaları içi motive ediliyor mu? Motivasyon araçları sizce adaletli mi?

Çalışanları motive etmek amacıyla bazı uygulamalar yapılıyor. Bazı birimlere ek ödemede %10 ile %20 arasında fazladan ödemeler yapılıyor. Bu birimleri bakanlık belirliyor. Bazen teşekkür yazıları yazılıyor. Son yıllarda daha önce uygulanan plaketsunumu gibi taltifler uygulanmıyor. Çalışanlar arasında maddi ödüllendirmelerde eşitsizlikler olması nedeniyle çalışanlar tepki gösteriyor. Bunu yanında hekimler servis çalışanlarını TKY uygulamaları konusunda motive etmiyor.

**Soru: 12** Yönetimle çalışanlar ve çalışanların kendi arasında iletişimde sorunlar var mı?

Çalışanlar arasında iletişim sorunları yaşanıyor.

**Soru: 13** Çalışan memnuniyetine önem veriliyor mu?

Çalışan memnuniyeti anketleri uygulanıyor. Sonuçlar %90'ın altında çıkmıyor.



**Soru: 14** Bunların dışında TKY uygulamaları ile ilgili engel olarak yorumlanabilecek diğer durumlar hakkında görüşleriniz varsa, belirtiniz.

Birimler arasında görev yeri değişikliği, nöbet düzenlemeleri gibi konularda değişiklikler yapılmaya çalışıldığında yönetim olarak çalışanlar tarafından politik baskılar uygulatılmaya çalışılmaktadır.

## **2. Yönetici ile Yapılan Görüşme (14.03.2012)**

**Soru: 1** Hastanenede TKY çalışmaları ne zaman, kimin öncülüğünde başlatıldı?

Hastanede kalite çalışmaları 2003 yılında hastane yönetiminin kararı ve başhekimin öncülüğünde başladı. 2007 yılında ise kalite birimi kuruldu.

**Soru: 2** TKY'ye geçme gerekçeleri nelerdir?

TKY'ye geçişin en önemli nedeni, hastanemizde hizmet kalitesinde daha iyiye ulaşmak istenmesidir.

**Soru: 3** TKY'ye geçiş sürecinde en ciddi sıkıntılar hangi konularda yaşandı?

Bu konuda en ciddi sıkıntılar; Doktorların uygulamalara katılmamaları, maddi kaynak yetersizlikleri, dökümantasyonun kontrolünün zorluğu, eğitime katılımın sağlanamaması ve motivasyon eksikliği konularında yaşandı. Ayrıca, yönetim TKY hakkında bilgi sahibi değildi. Kalite felsefesinden uzaktı. Buna rağmen TKY uygulamalarına geçiş konusunda istekliydiler. TKY'nin kalite biriminin işi olduğunu düşünüyorlardı.

**Soru: 4** TKY konusunda eğitim aldınız mı?

Eğitim aldım.

**Soru: 5** Hastanede hasta memnuniyetine önem veriliyor mu? Görüş ve öneriler dikkate alınıyor mu?

Hasta memnuniyetine önem verilmekte bu konuda çalışmalar yürütülmektedir.

**Soru: 6** Çalışanlara TKY konusunda eğitim verildi mi?

Çalışanlara TKY konusunda bilgiler, eğitim toplantıları yoluyla verildi. Tüm hastane için spor salonunda bir bilgilendirme toplantısı yapıldı. Eğitim salonunda da birçok toplantı düzenlendi. İş yoğunluğu, özendirilmeme, koordinasyon eksikliği gibi nedenlerle eğitime katılım istenen düzeyde olmadı. Bunda eğitimcilerin özellikleri de etken olabilir. Eğitimler, çoğunlukla hastane bünyesinde ilgili kişiler tarafında

verilmektedir. Bu kişilerin çoğu eğitim yöntemleri konusunda formasyona sahip değildir.

**Soru: 7** Çalışanlar TKY çalışmalarına ilgi gösteriyor mu? TKY'ye geçiş sürecine dahil edildiler mi?

Çalışanlar TKY'ye geçiş sürecine dahil edildiler. Bu konuda en yüksek uyumu temizlik çalışanları gösterdi. Temizlik hizmetleri hizmet alımı yoluyla özel bir şirket tarafından yürütülmektedir. Temizlik çalışanlarının uyum göstermesinin nedeni özel sektör çalışanı olmaları olabilir.

**Soru: 8** TKY'nin hastanemiz için yararlı olacağına inanıyor musunuz? Hastaneler için uygun olduğunu düşünüyor musunuz?

TKY'nin hastaneler için yararlı olduğuna inanıyorum, uygulamaları destekliyorum.

**Soru: 9** Doktorlar TKY uygulamalarına katılıyor mu?

Genel olarak doktorlar TKY uygulamalarına katılmıyor, ilgi göstermiyor. Buna, yetişme tarzı, bağımsız çalışma alışkanlığı neden olarak gösterilebilir.

**Soru: 10** Mali kaynakların TKY uygulamaları için yeterli olduğunu düşünüyor musunuz?

Maddi imkanlar sınırlı.

**Soru: 11** Çalışanlar TKY uygulamaları içi motive ediliyor mu? Motivasyon araçları sizce adaletli mi?

Çalışanlara TKY uygulamaları konusunda sözel veya yazılı olarak teşekkürler bildirildi. Nadiren ise birim bazında veya bireysel olarak maddi ödüllendirmeler yapıldı.

**Soru: 12** Yönetimle çalışanlar ve çalışanların kendi arasında iletişimde sorunlar var mı?

Yönetimle çalışanlar arasında ayrıca çalışanların kendi arasında iletişim sorunları yaşanıyor. Toplumsal kültür, sorunları ifade etmeye engel bir ortam yaratmaktadır.

**Soru: 13** Çalışan memnuniyetine önem veriliyor mu?

Çalışanların görüşleri ve istekleri dikkate alınıyor. Fakat çalışanların beklentileriyle olanaklar arasındaki farklar nedeniyle çalışan memnuniyeti sağlanamıyor olabilir.

**Soru: 14** Bunların dışında TKY uygulamaları ile ilgili engel olarak yorumlanabilecek diğer durumlar hakkında görüşleriniz varsa, belirtiniz.

Mevzuatta kalite yönetim direktörlerinin ve kalite biriminin daha bağımsız ve daha yetkili olması gerektiğini düşünüyorum.

Özellikle dünya görüşü olarak çalışanlar tarafından TKY'ye soğuk bakılıyor. Global egemen liberal politikaların bir oyunu olduğu, kapitalizme hizmet ettiği ve karı maksimize etmeyi amaçladığı şeklinde görüşler, buna neden olarak gösteriliyor. Ancak bana göre, "Hastaların kaliteli ve dünya standardında hizmet alması sizi rahatsız eder mi" sorusuna cevabınız hayır ise, sağlıkta TKY'ye destek verilmelidir. Antikapitalist sistemlerde de standartların yeri vardır. Eşit, standart hizmet sunumu sosyal adaleti sağlar. Her hastanın tek kişilik odalarda kalması, kaliteli hizmet alması, her dünya görüşü için istenen durumlardır. Dünya görüşleri farklı olabilir fakat, yararlı uygulamalar desteklenmelidir. Ayrıca, TKY'de çalışanların yönetime katılımı söz konusu olduğundan sistem daha demokratik unsurlar içermektedir. Yanlış uygulamalar sisteme mal edilmemelidir.

### 3. Yönetici ile Yapılan Görüşme (14.03.2012)

**Soru: 1** Hastanenizde TKY çalışmaları ne zaman, kimin öncülüğünde başlatıldı?

2007 yılında hastanede kalite birimi kuruldu. Hastane hizmetlerini iyileştirmek ve hizmetleri standart hale getirmek amacıyla Sağlık Bakanlığı'nın talimatıyla TKY uygulamalarına başlandı.

**Soru: 2** TKY'ye geçme gerekçeleri nelerdir?

TKY'ye geçme gerekçeleri; Hizmet kalitesini artırmak, standart hizmet sunumunu sağlamak ve hizmetlerin takibini sağlamaktır.

**Soru: 3** TKY'ye geçiş sürecinde en ciddi sıkıntılar hangi konularda yaşandı?

Konunun karmaşık olması, hekim ve hemşirelerin ilgi göstermemesi konularında sıkıntılar yaşandı. Hekimler işlemlerde ayrıntıya inmeyi sevmiyorlar. Hemşireler bir noktaya kadar TKY çalışmalarına katılıyor, daha sonra "Doktor yapmıyorsa, ben niye yapayım" düşüncesiyle devam etmiyorlar.

**Soru: 4** TKY konusunda eğitim aldınız mı?

Saha koordinatörleri, kongreler, talimatlar yoluyla konu hakkında bilgilendirildim. Eksikliklerim olduğunu düşünüyorum.

**Soru: 5** Hastanede hasta memnuniyetine önem veriliyor mu? Görüş ve öneriler dikkate alınıyor mu?

Hastanede dilek ve şikayet kutularımız var. Bunlardan çıkan görüşler ve öneriler makul olduğu ölçüde dikkate alınıyor.

**Soru: 6** Çalışanlara TKY konusunda eğitim verildi mi?

Çalışanlara yönelik eğitimler düzenleniyor, fakat katılım yetersiz.

**Soru: 7** Çalışanlar TKY çalışmalarına ilgi gösteriyor mu? TKY'ye geçiş sürecine dahil edildiler mi?

Çalışanlar TKY uygulamalarına ilgi göstermiyor.

**Soru: 8** TKY'nin hastanemiz için yararlı olacağına inanıyor musunuz? Hastaneler için uygun olduğunu düşünüyor musunuz?

TKY'nin hastaneler için uygun olduğuna inanıyorum. Hastanemiz için de yararlı olduğunu düşünüyorum. Dünya standartlarına yaklaşma, hizmet kalitesinin yükselmesi, planlı ve düzenli çalışma, hasta memnuniyetini yükseltme gibi yararları olduğunu düşünüyorum.

**Soru: 9** Doktorlar TKY uygulamalarına katılıyor mu?

Doktorların katılımı yeterli değil.

**Soru:10** Mali kaynakların TKY uygulamaları için yeterli olduğunu düşünüyor musunuz?

Mali kaynaklar yeterli değil.

**Soru: 11** Çalışanlar TKY uygulamaları içi motive ediliyor mu? Motivasyon araçları sizce adaletli mi?

Direk TKY ile ilgili motive edici unsurlar kullanılmadı. Ancak, zaman zaman birimlere veya kişilere teşekkür belgesi verilerek veya sözel olarak teşekkür bildirilerek motivasyon sağlanmaya çalışıldı. Zaman zaman da maddi ödüllendirmeler yapıldı.

**Soru: 12** Yönetimle çalışanlar ve çalışanların kendi arasında iletişimde sorunlar var mı?

Yönetimle çalışanlar arasında iletişim sorunu olmadığını düşünüyorum. İstedikleri zaman bana ulaşabiliyorlar. Hatta fazlaca iletişim halinde olduğumuzu düşünüyorum.

**Soru: 13** Çalışan memnuniyetine önem veriliyor mu?

Çalışan memnuniyetini sağlamak için fiziki mekanlarda düzenlemeler yapıyoruz. Doktor odaları düzenleniyor. İmkanlar ölçüsünde çalışmalar yapılıyor.

**Soru: 14** Bunların dışında TKY uygulamaları ile ilgili engel olarak yorumlanabilecek diğer durumlar hakkında görüşleriniz varsa, belirtiniz.

Hastanemizde TKY'ye geçiş zor oldu. Ama gerekli ve yararlı olduğunu düşünüyorum.

#### **4. Yönetici ile Yapılan Görüşme (14.03.2012)**

**Soru: 1** Hastanenizde TKY çalışmaları ne zaman, kimin öncülüğünde başlatıldı?

2003 yılında hazırlık çalışmaları başladı. 2005'te Sağlık Bakanlığının talimatları ile uygulamaya geçildi.

**Soru: 2** TKY'ye geçme gerekçeleri nelerdir?

TKY'ye geçme gerekçeleri; SB'nın bu konuya önem vermesi, sağlık hizmetlerinin uluslararası standartlara uygun hale getirilmesi, sigorta şirketleri tarafından tanınma, hasta ve çalışan memnuniyetini sağlamak, doktor merkezli sağlık hizmeti sunumunda hasta merkezli bir konuma geçmektir.

**Soru: 3** TKY'ye geçiş sürecinde en ciddi sıkıntılar hangi konularda yaşandı?

Hem yönetim, hem sağlık hizmetleri açısından örgütsel çalışma kültürünün yarleşmemiş olması, çalışanların TKY konusunda farkındalığının olmaması, kalite yönetimi uygulamalarının niçin yapıldığını anlamamış olmaları konularında sorunlar yaşandı.

**Soru: 4** TKY konusunda eğitim aldınız mı?

Kongreler, hizmet içi eğitimler, seminerler ve sertifika programları yolu ile eğitim aldım.

**Soru: 5** Hastanede hasta memnuniyetine önem veriliyor mu? Görüş ve öneriler dikkate alınıyor mu?

Hasta memnuniyeti anketleri, dilek ve şikayet kutuları dikkate alınarak düzeltici, önleyici faaliyetler yapılıyor. Özellikle şikayetlere cevap veriliyor. Anket sonuçlarına göre %90 ve üzerinde hasta memnuniyeti tespit edilmiştir.

**Soru: 6** Çalışanlara TKY konusunda eğitim verildi mi?

Birim, ünite ve meslek bazında eğitimler yapıldı. Eğitimler sürekli hale getirildi. Eğitimlere katılım istenen seviyede değil.

**Soru: 7** Çalışanlar TKY çalışmalarına ilgi gösteriyor mu? TKY'ye geçiş sürecine dahil edildiler mi?

Çalışanlar TKY'ye geçiş sürecine dahil edildiler. Çalışanlar maddi katkı sağlanırsa, TKY çalışmalarına katılıyorlar. Aksi halde böyle bir örgüt kültürü olmadığı için rutin bir iş olarak algılanıyor.

**Soru: 8** TKY'nin hastanemiz için yararlı olacağına inanıyor musunuz? Hastaneler için uygun olduğunu düşünüyor musunuz?

TKY'nin hastanemiz için yararlı olacağına kesinlikle inanıyorum. En önemli yararı, güvenli sağlık hizmeti sunulması ve hizmetin tüm aşamalarının izlenebilirlik açısından kayıt altına alınmasıdır.

**Soru: 9** Doktorlar TKY uygulamalarına katılıyor mu?

Doktorların katılımı yeterli değil. Çalışmalara tepkisel davranılıyor, direnç söz konusu. ek maddi getirisi olursa, doktorlar TKY uygulamalarına destek veriyorlar. Doktorlar kalite çalışmalarını, işlerine müdahale olarak algıladılar. Doktor merkezli bir çalışma ortamından hasta merkezli bir ortama geçildiği için, yeni durum doktorlar tarafından statü kaybı olarak algılandı.

**Soru: 10** Mali kaynakların TKY uygulamaları için yeterli olduğunu düşünüyor musunuz?

Mali kaynaklar yeterli değil. Kalite sistemi için ayrı bir ödenek bulunmuyor. Kalite yönetimi için gereken giderler, hastane gelirlerinden karşılanıyor. Hastanenin kendi imkanlarıyla çalışmalar yürütülüyor.

**Soru: 11** Çalışanlar TKY uygulamaları için motive ediliyor mu? Motivasyon araçları sizce adaletli mi?

Mevzuatta belirtildiği şekilde, maddi ödüllendirme, ek ödemede %10 fazla ödeme yapılması şeklinde riskli birimler ve mevzuatta belirtilen diğer birimlere uygulanmaktadır. Bunun dışında teşekkür belgeleri veriliyor.

**Soru: 12** Yönetimle çalışanlar ve çalışanların kendi arasında iletişimde sorunlar var mı?

Hem yönetimle çalışanlar, hem de birimler arasında iletişim sorunları yaşandı.

**Soru: 13** Çalışan memnuniyetine önem veriliyor mu?

Çalışanlar maddi kazançları olması halinde memnuniyet gösteriyor.

### **5. Yönetici ile Yapılan Görüşme (15.03.2012)**

**Soru: 1** Hastanenizde TKY çalışmaları ne zaman, kimin öncülüğünde başlatıldı?

2003 yılında hazırlık çalışmaları başladı, o zaman SSK hastanesi ayrıydı. Vatandaşa daha iyi hizmet verilmesiyle ilgili ortak bir kanaat sonucu kalite yönetimi çalışmalarına başlandı. Dönemin başhekimi ve başhemşiresi ve hastane müdürü birlikte çalışıldı. SSK Hastanesi Muğla Devlet Hastanesi ile birleştikten sonra ise, Doktor Murat Akgül ve Doktor Akcan Akkaya öncülüğünde kalite çalışmaları yürütüldü. Ayrıca danışmanlık şirketinden de profesyonel yardım alındı.

**Soru: 2** TKY'ye geçme gerekçeleri nelerdir?

Daha iyi sağlık hizmeti sunmak, TKY'ye geçme gerekçemizdir.

**Soru: 3** TKY'ye geçiş sürecinde en ciddi sıkıntılar hangi konularda yaşandı?

Daha çok hastanenin fiziki durumu ile ilgili sıkıntılar yaşandı. Kalite yönetimi çerçevesinde gerekli olan düzenlemeler fiziki mekanın yetersiz olması nedeniyle istenen düzeyde yapılamadı.

**Soru: 4** TKY konusunda eğitim aldınız mı?

Toplantılar, eğitimler ve denetimler yoluyla eğitim aldım.

**Soru: 5** Hastanede hasta memnuniyetine önem veriliyor mu? Görüş ve öneriler dikkate alınıyor mu?

Hasta memnuniyeti ile ilgili sağlıklı bir şekilde bilgi toplandığını düşünmüyorum. Dilek, şikayet kutularının bir komisyon huzurunda açılması gerekir. Hastane yönetiminde bulunmama rağmen böyle bir komisyona çağırılmadım.

**Soru: 6** Çalışanlara TKY konusunda eğitim verildi mi?

Çalışanlara eğitim yapıldı, kendi çalışanlarımın katılımı sağlandı.

**Soru: 7** Çalışanlar TKY çalışmalarına ilgi gösteriyor mu? TKY'ye geçiş sürecine dahil edildiler mi?

Çalışanların ilgisi önceleri daha fazla iken şimdilerde azalmıştır.

**Soru: 8** TKY'nin hastanemiz için yararlı olacağına inanıyor musunuz? Hastaneler için uygun olduğunu düşünüyor musunuz?

TKY yerinde ve zamanında uygulanırsa, yararlı olacaktır. Kamuda uygulanabilir, aksaklıklar sistemden değil yanlış uygulanmalardan kaynaklanıyor. TKY, otokontrolü sağlıyor.

**Soru: 9** Doktorlar TKY uygulamalarına katılıyor mu?

Doktorların uygulamalara katıldığını düşünüyorum. Herhangi bir tepki görmedim.

**Soru: 10** Mali kaynakların TKY uygulamaları için yeterli olduğunu düşünüyor musunuz?

Mali kaynaklar yeterlidir.

**Soru: 11** Çalışanlar TKY uygulamaları için motive ediliyor mu? Motivasyon araçları sizce adaletli mi?

Çalışanların motivasyonunun düşmesine neden olan bazı etkenler olduğunu düşünüyorum. Bazı sendikalar çalışanlar üye olmaları konusunda baskı ve korkutma uygulamaktadır.

**Soru: 12** Yönetimle çalışanlar ve çalışanların kendi arasında iletişimde sorunlar var mı?

Yönetimle çalışanlar arasında ve çalışanların kendi aralarında iletişim kopuklukları olduğunu söyleyebilirim.

**Soru: 13** Çalışan memnuniyetine önem veriliyor mu?

Çalışan memnuniyeti önemlidir, çalışanların performansını etkiler.



## EK: 5 FREKANS ANALİZİ TABLOLARI

**Tablo: 1 Hastanede Problemlerin Saptanması ve İyileştirmelerin Yapılabilmesi İçin Gerekli Verilerin Toplanması ve İşlenmesini Sağlayacak Yeterli Bilgi ve İstatistik Sisteminin Bulunması**

		Frekans	Yüzde	Geçerli Yüzde	Birikimli Yüzde
Geçerli	Tamamen Katılıyorum	6	2,3	2,4	2,4
	Katılıyorum	50	19,5	19,7	22,0
	Kararsızım	72	28,0	28,3	50,4
	Katılmıyorum	86	33,5	33,9	84,3
	Kesinlikle Katılmıyorum	40	15,6	15,7	100,0
	Toplam	254	98,8	100,0	
Cevapsız		3	1,2		
Toplam		257	100,0		

**Tablo: 2 TKY ile İlgili Verilen Eğitimlerin Eğitimcinin Yetkinliği ve İçerik Açısından Yeterliliği**

		Frekans	Yüzde	Geçerli Yüzde	Birikimli Yüzde
Geçerli	Tamamen Katılıyorum	8	3,1	3,1	3,1
	Katılıyorum	37	14,4	14,4	17,5
	Kararsızım	93	36,2	36,2	53,7
	Katılmıyorum	91	35,4	35,4	89,1
	Kesinlikle Katılmıyorum	28	10,9	10,9	100,0
	Toplam	257	100,0	100,0	

**Tablo: 3 TKY Uygulamaları ile İlgili Gereken Eğitimlerin Verilmesi**

		Frekans	Yüzde	Geçerli Yüzde	Birikimli Yüzde
Geçerli	Tamamen Katılıyorum	11	4,3	4,3	4,3
	Katılıyorum	78	30,4	30,6	34,9
	Kararsızım	52	20,2	20,4	55,3
	Katılmıyorum	88	34,2	34,5	89,8
	Kesinlikle Katılmıyorum	26	10,1	10,2	100,0
	Toplam	255	99,2	100,0	
Cevapsız		2	,8		
Toplam		257	100,0		

**Tablo: 4 Hastanede Hastaların Aldığı Hizmetin Kalitesinin Sağlıklı Şekilde İzlenebilmesi ve Değerlendirilmesinde Herhangi Bir Sıkıntı Bulunmaması**

		Frekans	Yüzde	Geçerli Yüzde	Birikimli Yüzde
Geçerli	Tamamen Katılıyorum	12	4,7	4,7	4,7
	Katılıyorum	35	13,6	13,7	18,4
	Kararsızım	95	37,0	37,1	55,5
	Katılmıyorum	78	30,4	30,5	85,9
	Kesinlikle Katılmıyorum	36	14,0	14,1	100,0
	Toplam	256	99,6	100,0	
Cevapsız		1	,4		
Toplam		257	100,0		

**Tablo: 5 Üst Yönetimin TKY Konusunda İstekli Olması Gerekli Liderlik ve Desteği Sağlaması**

		Frekans	Yüzde	Geçerli Yüzde	Birikimli Yüzde
Geçerli	Tamamen Katılıyorum	5	1,9	2,0	2,0
	Katılıyorum	51	19,8	19,9	21,9
	Kararsızım	92	35,8	35,9	57,8
	Katılmıyorum	61	23,7	23,8	81,6
	Kesinlikle Katılmıyorum	47	18,3	18,4	100,0
	Toplam	256	99,6	100,0	
Cevapsız		1	,4		
Toplam		257	100,0		

**Tablo: 6 Hastanede TKY Uygulamaları İçin Gerekli Zamanın Ayrılması**

		Frekans	Yüzde	Geçerli Yüzde	Birikimli Yüzde
Geçerli	Tamamen Katılıyorum	5	1,9	2,0	2,0
	Katılıyorum	64	24,9	25,0	27,0
	Kararsızım	80	31,1	31,3	58,2
	Katılmıyorum	83	32,3	32,4	90,6
	Kesinlikle Katılmıyorum	24	9,3	9,4	100,0
	Toplam	256	99,6	100,0	
Cevapsız		1	,4		
Toplam		257	100,0		

**Tablo: 7 Hastanede Çalışanların TKY ile Gelen Ek Görevleri Almakta Gönülsüz Olması**

		Frekans	Yüzde	Geçerli Yüzde	Birikimli Yüzde
Geçerli	Tamamen Katılıyorum	22	8,6	8,6	8,6
	Katılıyorum	85	33,1	33,2	41,8
	Kararsızım	74	28,8	28,9	70,7
	Katılmıyorum	56	21,8	21,9	92,6
	Kesinlikle katılmıyorum	19	7,4	7,4	100,0
	Toplam	256	99,6	100,0	
Cevapsız		1	,4		
Toplam		257	100,0		

**Tablo: 8 Mevzuatın TKY'nin Temel Gerekliliklerinin Uygulanması İçin Elverişli Olması**

		Frekans	Yüzde	Geçerli Yüzde	Birikimli Yüzde
Geçerli	Tamamen Katılıyorum	6	2,3	2,4	2,4
	Katılıyorum	38	14,8	14,9	17,3
	Kararsızım	111	43,2	43,5	60,8
	Katılmıyorum	78	30,4	30,6	91,4
	Kesinlikle Katılmıyorum	22	8,6	8,6	100,0
	Toplam	255	99,2	100,0	
Cevapsız		2	,8		
Toplam		257	100,0		

**Tablo: 9 Hastanedeki TKY Programının Hastaların Aldığı Hizmeti İyileştirme Adına Uzun Vadeli Fakat Sürdürülebilir Hedefler Üzerine Kurulmuş Olması**

		Frekans	Yüzde	Geçerli Yüzde	Birikimli Yüzde
Geçerli	Tamamen Katılıyorum	11	4,3	4,3	4,3
	Katılıyorum	63	24,5	24,6	28,9
	Kararsızım	90	35,0	35,2	64,1
	Katılmıyorum	59	23,0	23,0	87,1
	Kesinlikle Katılmıyorum	33	12,8	12,9	100,0
	Toplam	256	99,6	100,0	
Cevapsız		1	,4		
Toplam		257	100,0		

**Tablo: 10 Diğer Çalışanların TKY Uygulamalarına Katılımı**

		Frekans	Yüzde	Geçerli Yüzde	Birikimli Yüzde
Geçerli	Tamamen Katılıyorum	12	4,7	4,7	4,7
	Katılıyorum	70	27,2	27,5	32,2
	Kararsızım	82	31,9	32,2	64,3
	Katılmıyorum	73	28,4	28,6	92,9
	Kesinlikle Katılmıyorum	18	7,0	7,1	100,0
	Toplam	255	99,2	100,0	
		2	,8		
Toplam		257	100,0		

**Tablo: 11 Çalışanların TKY'ye Geçiş Sürecine Dahil Edilmesi**

		Frekans	Yüzde	Geçerli Yüzde	Birikimli Yüzde
Geçerli	Tamamen Katılıyorum	11	4,3	4,3	4,3
	Katılıyorum	75	29,2	29,3	33,6
	Kararsızım	85	33,1	33,2	66,8
	Katılmıyorum	60	23,3	23,4	90,2
	Kesinlikle Katılmıyorum	25	9,7	9,8	100,0
	Toplam	256	99,6	100,0	
Cevapsız		1	,4		
Toplam		257	100,0		

**Tablo: 12 Hastanede TKY Uygulamaları İçin Çalışan Sayısının Yeterli Olması**

		Frekans	Yüzde	Geçerli Yüzde	Birikimli Yüzde
Geçerli	Tamamen Katılıyorum	23	8,9	9,0	9,0
	Katılıyorum	67	26,1	26,2	35,2
	Kararsızım	81	31,5	31,6	66,8
	Katılmıyorum	61	23,7	23,8	90,6
	Kesinlikle Katılmıyorum	24	9,3	9,4	100,0
	Toplam	256	99,6	100,0	
Cevapsız		1	,4		
Toplam		257	100,0		

**Tablo: 13 Hastanede TKY Uygulamaları İçin Ayrılan Mali Kaynakların Yeterli Olması**

		Frekans	Yüzde	Geçerli	Birikimli Yüzde
Geçerli	Tamamen Katılıyorum	16	6,2	6,3	6,3
	Katılıyorum	43	16,7	16,8	23,0
	Kararsızım	112	43,6	43,8	66,8
	Katılmıyorum	55	21,4	21,5	88,3
	Kesinlikle Katılmıyorum	30	11,7	11,7	100,0
	Toplam	256	99,6	100,0	
Cevapsız		1	,4		
Toplam		257	100,0		

**Tablo: 14 Çalışanların Düzenlenen Eğitimlere Katılımının Sağlanması**

		Frekans	Yüzde	Geçerli Yüzde	Birikimli Yüzde
Geçerli	Tamamen Katılıyorum	17	6,6	6,6	6,6
	Katılıyorum	95	37,0	37,1	43,8
	Kararsızım	60	23,3	23,4	67,2
	Katılmıyorum	66	25,7	25,8	93,0
	Kesinlikle Katılmıyorum	18	7,0	7,0	100,0
	Toplam	256	99,6	100,0	
Cevapsız		1	,4		
Toplam		257	100,0		

**Tablo: 15 Hastanede Çalışanların Genel Olarak TKY ile Gelen Değişikliklere ve Yeniliklere Direnç Göstermesi**

		Frekans	Yüzde	Geçerli Yüzde	Birikimli Yüzde
Geçerli	Tamamen Katılıyorum	11	4,3	4,3	4,3
	Katılıyorum	63	24,5	24,8	29,1
	Kararsızım	84	32,7	33,1	62,2
	Katılmıyorum	70	27,2	27,6	89,8
	Kesinlikle katılmıyorum	26	10,1	10,2	100,0
	Toplam	254	98,8	100,0	
Cevapsız		3	1,2		
Toplam		257	100,0		

**Tablo: 16 Hastanede TKY'nin Önemli Unsurlarından Olan Hasta Memnuniyetine Gereken Önemin Verilmesi**

		Frekans	Yüzde	Geçerli Yüzde	Birikimli Yüzde
Geçerli	Tamamen Katılıyorum	40	15,6	15,7	15,7
	Katılıyorum	97	37,7	38,0	53,7
	Kararsızım	53	20,6	20,8	74,5
	Katılmıyorum	42	16,3	16,5	91,0
	Kesinlikle Katılmıyorum	23	8,9	9,0	100,0
	Total	255	99,2	100,0	
Cevapsız		2	,8		
Total		257	100,0		



**Tablo: 17 TKY'nin Önemine ve Hastane İçin Faydalı Olacağına Olan İnanç**

		Frekans	Yüzde	Geçerli Yüzde	Birikimli Yüzde
Geçerli	Tamamen Katılıyorum	43	16,7	16,8	16,8
	Katılıyorum	92	35,8	35,9	52,7
	Kararsızım	63	24,5	24,6	77,3
	Katılmıyorum	35	13,6	13,7	91,0
	Kesinlikle Katılmıyorum	23	8,9	9,0	100,0
	Toplam	256	99,6	100,0	
Cevapsız		1	,4		
Toplam		257	100,0		

## **ÖZGEÇMİŞ**

### **KİŞİSEL BİLGİLER**

**Adı Soyadı : Hülya ŞAHİN**

**Doğum Yeri : İstanbul/Bakırköy**

**Doğum Yılı : 1976**

**Medeni Hali : Bekar**

### **EĞİTİM VE AKADEMİK BİLGİLER**

**Lise 1990-1994 : Adana Laboratuvar Sağlık Meslek Lisesi**

**Lisans 1995-1999 : Muğla Üniversitesi İİBF İşletme Bölümü**

**Önlisans 2007-2009 : Anadolu Üniversitesi Açıköğretim Fakültesi Laborant ve Veteriner Sağlık  
Yüksekokulu**

**Yabancı Dil : İngilizce**

### **MESLEKİ BİLGİLER**

**1994- : Muğla Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Laboratuvar Teknisyeni.**